

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA DI  
PANTI JOMPO KOTA MALANG**

**PROPOSAL TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan**

**Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Umum**



**Oleh:**

**UMAR MUKHTAR BIN ABD RAHIM**

**NIM: 155070108121024**

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG**

**2019**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**TUGAS AKHIR**

**Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Panti  
Jompo Kota Malang**

**Oleh :**

**Umar Mukhtar bin Abd Rahim  
NIM.155070108121024**

Telah diuji pada  
Hari : Jumat  
Tanggal : 15 Maret 2019  
Dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji I

dr.Eriko Prawestiningtyas, Sp.F  
NIP. 197709162005012001

Pembimbing I/Penguji II,

Pembimbing II/Penguji III,

dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger  
NIP. 197411262009122001

Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes  
NIP. 197310222003122002

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter

dr. Triwahju Astuti., Sp.PK(K)  
NIP.196310221996012001

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Panti Jompo, Kota Malang”. terselesaikannya penulisan ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu baik dalam proses penelitian maupun selama penulisan . Ucapan terima kasih ini disampaikan kepada :

1. dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger selaku pembimbing pertama yang senantiasa memberikan bimbingan dan petunjuk yang sangat berharga selama penulis menjalankan penelitian dan memberikan waktu, tenaga, arahan, bimbingan, dan motivasi selama penyelesaian skripsi ini.
2. Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes selaku pembimbing kedua yang dengan ketulusan dan perhatian beliau yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan selama penyusunan tesis ini serta atas ilmu yang diberikan selama penelitian dijalankan.
3. dr. Eriko Prawestiningtyas Sp.F sebagai penguji yang telah memberi masukan, saran, dan nasihat serta bimbingan ujian yang sangat baik sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini dengan baik.
4. dr. Tri Wahyu Astuti, M.Kes., Sp.P(K) sebagai ketua Program Studi Pendidikan Dokter yang telah membimbing penulis yang semula dari Maba

hingga kini bisa lulus Program Studi Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

5. Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med.,SpA(K) sebagai dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan untuk terus mengenyam pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB yang selalu siap sedia, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melaksanakan Tugas Akhir dengan lancar.
7. Kepala dan staff perawat Panti Jompo Griya Kasih Siloam yang telah membimbing dan membantu penulis yang dengan sangat sabarnya untuk terlaksananya penelitian ini.
8. Kepala dan staff perawat Panti Jompo Al-Islah yang telah membimbing selalu dan menemani dengan sabar dalam melaksanakan penelitian ini.
9. Keluargaku satu-satunya, orangtuaku, Bapak Abd Rahim dan Ibu Slti Arma Zailan, kakak penulis Asiah, Abang penulis Abdurrahman, terima kasih atas dukungan serta doa-donya.
10. Teman-teman, Rizky, Faisal, Jeri, Sanjung, Azzam, Sahla, dan teman-teman lain yang menjadi motivasi dan selalu menemani agar Tugas Akhir ini terselesaikan dengan baik.
11. Teman-teman kelas PD-C 2015 dan seluruh teman-teman Pendidikan Dokter Angkatan 2015 atas dukungan dan doanya dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
12. Serta pihak-pihak lain yang penulis tidak dapat sebutkan satu persatu namun telah memberikan bantuan yang sangat berharga.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan menjadi bahan masukan dalam dunia pendidikan.

Malang, 10 Maret 2019

Penulis

## ABSTRAK

Umar Mukhtar bin Abd Rahim . 2019. **Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia di Panti Jompo Kota Malang.** Tugas Akhir, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya . Pembimbing : (1) dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger. (2) Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes.

Pada tahun 2017, Indonesia mendapat tempat yang ke 8 sebagai negara yang mempunyai jumlah populasi lanjut usia yang tertinggi, sebanyak 22.743.000 jiwa. Diperkirakan pada tahun 2050 jumlah tersebut akan terus meningkat sehingga mencapai 61.729.000 lanjut usia. Hal ini menunjukkan hal yang positif bahwa tingkat kesehatan Indonesia semakin maju. Namun demikian, apabila jumlah lanjut usia meningkat maka jumlah lanjut usia yang terlantar dan beresiko terkena penyakit kronis juga meningkat. Salah satunya adalah gangguan mental seperti depresi. Lanjut usia yang mempunyai depresi memberi dampak yang negatif terhadap kualitas hidup mereka. Kualitas hidup yang kurang baik disebabkan fungsi fisik, emosi, sosial, psikologis yang kurang baik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada lansia di Panti Jompo, Kota Malang. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional* dengan 44 responden yang memenuhi kriteria inklusi, dengan teknik penelitian menggunakan *total sampling*. Responden diwawancarai dengan kuesioner GDS (*Geriatric Depression Scale*) untuk mengukur tingkat depresi dan WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Instruments*) untuk mengukur kualitas hidup. Metode pengumpulan data dengan lembar kuesioner dan analisis data dengan uji kai kuadrat (*chi-square*) dengan koefisien kontingensi yang digunakan untuk mencari hubungan antara dua variabel, dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ). Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan domain fisik ( $P<0.05$ ), sedangkan tingkat depresi dengan domain psikologis, sosial dan lingkungan menunjukkan  $P>0.05$ . Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup domain fisik pada lanjut usia di Panti Jompo Kota Malang.

**Kata kunci:** Depresi, Kualitas Hidup, Lanjut Usia

## ABSTRACT

Umar Mukhtar bin Abd Rahim. 2019. **Relationship Between Level of Depression with Quality Of Life In Elderly at Panti Jompo Kota Malang**. Final Project , Medical Education Study Program , Faculty of Medicine , Brawijaya University . Supervisor : (1) dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger. (2) Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes.

In 2017, Indonesia gets 8th place as a country that has a highest population of elderly people, as many as 22.743.000 people. It was estimate that in 2050 this number will continue to increase, thus breaking 61.729.000 elderly. If the number of elderly people increases, the number of elderly who are displaced and risk for chronic diseases also increases. This shows that, Indonesia's health is improving per annum. However, there are also risky chronic diseases that occur in the elderly. One of them is a mental disorder such as depression. Elderly who have depression cause a negative impact to their quality of life. The poor quality of life is caused by the changes physical health, psychological, social relationship and environment functions that are not good. This study is to know the relationship between level of depression with the quality of life in elderly at the Nursing Home, Malang City. The method used in this study is descriptive research using Cross Sectional approach with 44 respondents who meet the inclusion criteria, with research techniques using total sampling. Respondents were interviewed with GDS (Geriatric Depression Scale) questionnaire to measure depression and WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instruments) to measure quality of life. Methods of collecting data with questionnaire sheets and data analysis with chi square test with contingency coefficient are used to find the relationship between two variables with a level of trust of 95% ( $\alpha = 0.05$ ). There was a significant relationship between the level of depression and the physical domain ( $P < 0.05$ ), while the level of depression with the psychological, social and environmental domains showed  $P > 0.05$ . There was a significant relationship between the level of depression and the quality of life of the physical domain in the elderly in Malang Nursing Home.

**Keywords:** Depression, Quality Of Life, Elderly

## ABSTRAK

Umar Mukhtar bin Abd Rahim . 2019. **Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia di Panti Jompo Kota Malang.** Tugas Akhir, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya . Pembimbing : (1) dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger. (2) Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes.

Pada tahun 2017, Indonesia mendapat tempat yang ke 8 sebagai negara yang mempunyai jumlah populasi lanjut usia yang tertinggi, sebanyak 22.743.000 jiwa. Diperkirakan pada tahun 2050 jumlah tersebut akan terus meningkat sehingga mencapai 61.729.000 lanjut usia. Hal ini menunjukkan hal yang positif bahwa tingkat kesehatan Indonesia semakin maju. Namun demikian, apabila jumlah lanjut usia meningkat maka jumlah lanjut usia yang terlantar dan beresiko terkena penyakit kronis juga meningkat. Salah satunya adalah gangguan mental seperti depresi. Lanjut usia yang mempunyai depresi memberi dampak yang negatif terhadap kualitas hidup mereka. Kualitas hidup yang kurang baik disebabkan fungsi fisik, emosi, sosial, psikologis yang kurang baik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada lansia di Panti Jompo, Kota Malang. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional* dengan 44 responden yang memenuhi kriteria inklusi, dengan teknik penelitian menggunakan *total sampling*. Responden diwawancarai dengan kuesioner GDS (*Geriatric Depression Scale*) untuk mengukur tingkat depresi dan WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Instruments*) untuk mengukur kualitas hidup. Metode pengumpulan data dengan lembar kuesioner dan analisis data dengan uji kai kuadrat (*chi-square*) dengan koefisien kontingensi yang digunakan untuk mencari hubungan antara dua variabel, dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ). Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan domain fisik ( $P<0.05$ ), sedangkan tingkat depresi dengan domain psikologis, sosial dan lingkungan menunjukkan  $P>0.05$ . Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup domain fisik pada lanjut usia di Panti Jompo Kota Malang.

**Kata kunci:** Depresi, Kualitas Hidup, Lanjut Usia



## ABSTRACT

Umar Mukhtar bin Abd Rahim. 2019. **Relationship Between Level of Depression with Quality Of Life In Elderly at Panti Jompo Kota Malang**. Final Project , Medical Education Study Program , Faculty of Medicine , Brawijaya University . Supervisor : (1) dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger. (2) Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes.

In 2017, Indonesia gets 8th place as a country that has a highest population of elderly people, as many as 22.743.000 people. It was estimate that in 2050 this number will continue to increase, thus breaking 61.729.000 elderly. If the number of elderly people increases, the number of elderly who are displaced and risk for chronic diseases also increases. This shows that, Indonesia's health is improving per annum. However, there are also risky chronic diseases that occur in the elderly. One of them is a mental disorder such as depression. Elderly who have depression cause a negative impact to their quality of life. The poor quality of life is caused by the changes physical health, psychological, social relationship and environment functions that are not good. This study is to know the relationship between level of depression with the quality of life in elderly at the Nursing Home, Malang City. The method used in this study is descriptive research using Cross Sectional approach with 44 respondents who meet the inclusion criteria, with research techniques using total sampling. Respondents were interviewed with GDS (Geriatric Depression Scale) questionnaire to measure depression and WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instruments) to measure quality of life. Methods of collecting data with questionnaire sheets and data analysis with chi square test with contingency coefficient are used to find the relationship between two variables with a level of trust of 95% ( $\alpha = 0.05$ ). There was a significant relationship between the level of depression and the physical domain ( $P < 0.05$ ), while the level of depression with the psychological, social and environmental domains showed  $P > 0.05$ . There was a significant relationship between the level of depression and the quality of life of the physical domain in the elderly in Malang Nursing Home.

**Keywords:** Depression, Quality Of Life, Elderly

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan .....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Abstrak .....	vii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Istilah .....	xvi

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Akademik.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis .....	5

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1.1 Pengertian Depresi.....	6
2.1.2 Gejala Depresi.....	6

2.1.3	Klasifikasi Depresi .....	7
2.1.4	Faktor-faktor Yang Menyebabkan Depresi .....	11
2.1.5	Dampak Depresi Pada Lansia .....	15
2.2	Kualitas Hidup .....	17
2.2.1	Definisi Kualitas Hidup.....	17
2.2.2	Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia ..	19
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>		
3.1	Kerangka Konsep Penelitian .....	27
3.2	Penjelasan Kerangka Konsep .....	28
3.3	Hipotesis Penelitian.....	28
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>		
4.1	Rancangan Penelitian .....	29
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	29
4.3	Variabel Penelitian .....	29
4.4	Populasi dan Sampel .....	30
4.4.1	Populasi Penelitian.....	30
4.4.2	Sampel Penelitian .....	30
4.5	Pengumpulan Data .....	31
4.6	Instrumen Penelitian.....	32
4.6.1	Kuesioner Kualitas Hidup .....	32
4.6.2	Kuesioner Depresi.....	33
4.6.3	Uji Validitas dan Realibilitas.....	34
4.7	Definisi Operasional .....	37
4.8	Pengolahan dan Analisis Data .....	38
4.9	Jadwal Kegiatan.....	39

4.9.1 Etik .....	40
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA</b>	
5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian .....	41
5.1.1 Panti Jompo Al-Islah.....	41
5.1.2 Panti Jompo Griya Kasih Siloam.....	42
5.2 Gambaran Umum Responden.....	43
5.3 Analisis Deskriptif .....	44
5.3.1 Tingkat Depresi .....	44
5.3.2 Kualitas Hidup .....	44
5.3.3 Analisis Depresi dengan <i>physical health</i> .....	45
5.3.4 Analisis Depresi dengan <i>psychological</i> .....	46
5.3.5 Analisis Depresi dengan <i>social relationship</i> .....	47
5.3.6 Analisis Depresi dengan <i>environment</i> .....	48
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian.....	50
6.1.1 Karakteristik Responden Penelitian .....	50
6.1.2 Kejadian Depresi pada Lansia.....	51
6.1.3 Kualitas Hidup pada Lansia.....	51
6.1.4 Analisis Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup pada Lansia .	52
6.1.4.1 Hubungan Depresi dengan domain fisik .....	53
6.1.4.2 Hubungani Depresi dengan domain psikologis.....	55
6.1.4.3 Hubungan Depresi dengan domain sosial .....	56
6.1.4.4 Hubungan Depresi dengan domain lingkungan hidup .....	56
6.2 Implikasi Terhadap Bidang Kedokteran.....	59
6.3 Keterbatasan Penelitian .....	60

**BAB 7 PENUTUP**

7.1 Kesimpulan ..... 61

7.2 Saran ..... 61

**DAFTAR PUSTAKA**..... 63

**LAMPIRAN** ..... 71

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 : Validitas Instrumen.....	35
Tabel 4.3 : Uji Reliabilitas .....	37
Tabel 4.4 : Definisi Operasional.....	37
Tabel 4.5 : Jadwal Kegiatan .....	39
Table 5.1 : Karakteristik Responden.....	43
Table 5.2 : Frekuensi Tingkatan Kejadian Depresi .....	44
Tabel 5.3 : Tingkat Kualitas Hidup.....	44
Tabel 5.4 : Tabulasi Silang Tingkat Depresi Dengan Domain 1 .....	45
Tabel 5.5 : Tabulasi Silang Tingkat Depresi Dengan Domain 2 .....	46
Tabel 5.6 : Tabulasi Silang Tingkat Depresi Dengan Domain 3 .....	47
Tabel 5.7 : Tabulasi Silang Tingkat Depresi Dengan Domain 4 .....	48

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 : Skema Kerangka Konsep Penelitian .....	27

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Hasil Kuisisioner Depresi dan WHOQOL di Griya Kasih Siloam ..	71
Lampiran 2. Hasil Kuisisioner Depresi dan WHOQOL di Al-Islah.....	76
Lampiran 3. Lembar Kuisisioner Depresi.....	81
Lampiran 4. Lembar Kuisisioner Kualitas Hidup .....	82
Lampiran 5. <i>Inform Consent</i> .....	88
Lampiran 6. Kelaikan Etik .....	89
Lampiran 7. Surat Melakukan Penelitian.....	90
Lampiran 8. Foto Penelitian .....	92



## DAFTAR ISTILAH

GDS	: Geriatric Depression Scale
WHOQOL-BREF	: World Health Organization Quality Of Life
LANSIA	: Lanjut Usia
IMT	: Indeks Massa Tubuh

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP  
PADA LANJUT USIA DI PANTI JOMPO KOTA MALANG.**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



**Oleh:**

**UMAR MUKHTAR BIN ABD RAHIM**

**NIM 155070108121024**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
2019**

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang Masalah

Pada hakikatnya menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu masa anak, masa dewasa, dan masa tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki masa tua berarti mengalami kemunduran secara fisik maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan menurun, gerakan menjadi lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitivitas emosional meningkat, dan kurang gairah (Mubarak dkk, 2011).

Pada tahun 2017 Indonesia mendapatkan tempat yang ke 8 sebagai negara yang mempunyai jumlah populasi lansia yang tertinggi, sebanyak 22.743.000 jiwa. Dianggarkan pada tahun 2050 jumlah tersebut terus meningkat hingga mencecah 61.729.000 lansia. Seiring dengan peningkatan ini, jumlah lansia yang terlantar dan berisiko terkena penyakit juga turut bertambah (*United Nation*, 2017). Seiring bertambahnya usia, banyak perubahan yang terjadi seperti, lansia yang kehilangan pekerjaan, berisiko terkena penyakit, kesepian, dan sebagainya. Perubahan tersebut dapat membuat lansia mengalami perubahan mental, salah satunya adalah depresi. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2012), depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan tidur dan makan, kehilangan kesenangan, dan penurunan konsentrasi. Dampak terbesar yang sering terjadi akibat depresi adalah kualitas hidup yang menurun dan menghambat pemenuhan tugas-tugas

perkembangan lansia (Stanley dan Beare, 2006). Depresi adalah suatu perasaan sedih dan pesimis yang berhubungan dengan suatu penderitaan, dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah (Nugroho, 2000 dalam Trisnawati, 2011).

Menurut Effendy dan Mahfudli (2009) suatu saat lansia akan mempunyai masalah yang meliputi perubahan fisik, perubahan psikososial serta perubahan mental. Pada lansia banyak dipengaruhi oleh beberapa hal misalnya adalah kondisi fisik, keturunan, kesehatan, lingkungan, dan kehilangan memori. Perubahan tersebut di karenakan terjadi kemunduran terhadap sistem indra, sistem pernafasan, dan selain itu individu akan mengalami perubahan peran dalam hidupnya, kehilangan orang-orang yang di cintai, dan pekerjaan. Hal tersebut sangatlah berisiko, rentan terhadap individu (lansia) mengalami gangguan mental.

Gejala gangguan depresi menyebabkan penderitaan secara emosional, fisik, menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan risiko kematian pada lansia (Blazer & Hybels, 2005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa gejala depresi secara signifikan banyak dialami oleh komunitas lansia dan memiliki tingkat lebih tinggi pada individu yang lebih tua daripada rekan-rekan mereka yang usianya lebih muda (Mirowsky & Ross, 1992; Newman, 1989; Blazer & Williams, 1982). Lansia depresi yang mengalami penyakit kronis memiliki tingkat lebih tinggi mengalami rasa sakit atau ketidaknyamanan, dan kecemasan, sehingga lansia yang mengalami depresi menghabiskan durasi yang lebih lama dalam penyembuhan penyakit mereka (Unsar & Sut, 2010). Faktor psikologis terkemuka yang terkait dengan bunuh diri di antara orang tua adalah karena depresi (Draper, 1994; Lapierre, Pronovost, Dube & Delisle, 1992). Demikian juga, lansia

yang tinggal di Panti Jompo lebih rentan terkena depresi berbanding yang tidak tinggal di Panti Jompo, karena mereka sering merasakan tidak berharga, menyalahkan diri sendiri, dan merasa diri dibuang oleh keluarga (Herdy, 2015)

Kualitas hidup lansia bisa didapatkan dari kesejahteraan hidup lansia, emosi, fisik, pekerjaan, kognitif dan kehidupan sosial (Fogari dan Zoppi dalam kustanti, 2012, 2004 dalam Norma 2012). Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, kualitas hidup adalah kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat dan kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial. Kualitas hidup merupakan salah satu hal yang penting untuk diperhatikan karena menurut konstitusi WHO tahun 1948, kesehatan meliputi kesehatan fisik, mental, serta sosial secara keseluruhan. Pengukuran kesehatan serta perawatan kesehatan tidak hanya ditunjukkan oleh perubahan frekuensi dan beratnya penyakit, melainkan juga harus meliputi kenyamanan hidup yang dapat dinilai melalui peningkatan kualitas hidup (Pangkahila, 2007). Oleh karena itu, depresi dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia di Panti Jompo, dan menjadi pilihan peneliti untuk meneliti hubungan tersebut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Apakah terdapat hubungan antara tingkat gangguan depresi dengan kualitas hidup pada lansia di Panti Jompo Kota Malang?
2. Apakah tingkat depresi akan menyebabkan penambahan atau pengurangan kualitas hidup lansia pada domain fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan hidup?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

1. Mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada lansia di Panti Jompo Kota Malang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui tingkat depresi lanjut usia di Panti Jompo Kota Malang.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup lanjut usia di Panti Jompo Kota Malang.
3. Menganalisis hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup fisik lanjut usia di Panti Jompo Kota Malang.
4. Menganalisis hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas psikologis hidup lanjut usia di Panti Jompo Kota Malang.
5. Menganalisis hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup hubungan sosial lanjut usia di Panti Jompo Kota Malang.
6. Menganalisis hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup lingkungan hidup lanjut usia di Panti Jompo Kota Malang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat dari pelaksanaan penelitian ini adalah:

#### **1.4.1 Manfaat Akademik**

- Penelitian ini dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dalam bidang psikiatri dan geriatrik.
- Penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan penelitian dalam bidang psikiatri dan geriatrik.
- Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar penelitian selanjutnya dengan cakupan yang lebih luas.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- Penelitian ini akan menambahkan wawasan keilmuan dan pemahaman tentang kualitas hidup pada penderita depresi dan mengetahui penyebabnya.
- Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi Panti Jompo Kota Malang untuk lebih memperhatikan tentang tingkat depresi dan kualitas hidup lanjut usia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1.1 Pengertian depresi**

Depresi satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan mengalami perasaan sedih gejala penyertaannya, termasuk perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Aspiani, 2014, Kaplan, Sadock, 2010). Depresi adalah keadaan sakit jiwa ringan dimana setiap orang dapat merasakan berbagai perasaan yang sering digambarkan dalam bentuk kesedihan dan duka (Nugroho, 2010). Depresi suatu keadaan emosional yang ditandai dengan kehilangan minat dan kegembiraan terhadap hal yang menyenangkan serta merasakan kesedihan yang mendalam, perasaan tidak berharga, merasa bersalah dan menarik diri dari orang lain dilingkungan (Muhith dan Nasir, 2011).

#### **2.1.2 Gejala Deperesi**

Gejala-gejala yang timbul pada penderita depresi dibagi menjadi tiga yaitu sebagai berikut:

##### **1. Gangguan afektif**

Biasanya penderita mengalami perubahan perasaan pada gangguan afektif (Tomb, 2004, Teifon, 2009). Gejala yang biasa timbul pada gangguan afektif adalah perasaan sedih, perasaan negatif terhadap diri sendiri, kehilangan terhadap minat, kesenangan, dan semangat serta mudah menangis.

##### **2. Gangguan kognitif**

Gejala yang muncul adalah penderita akan merasa harga diri dan percaya diri rendah, rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan pesimistik dan suram mengenai masa depan, tindakan yang menyakitkan diri, konsentrasi dan perhatian yang buruk serta merasa putus asa (Tomb, 2004, Teifon, 2009).



### 3. Gangguan somatik

Gejala dari gangguan somatik ini adalah gangguan tidur/ insomnia, hilangnya nafsu makan, penurunan energi dan aktifitas menjadi terbatas, nyeri kepala, nyeri pada punggung, dan gangguan pada sistem pencernaan (Tomb, 2004, Teifon, 2009).

#### 2.1.3 Klasifikasi Depresi

1. Berdasarkan gejala depresi dapat digolongkan menjadi dua yaitu sebagai berikut :

##### a. Depresi neurotik

Depresi ini terjadi saat seseorang mengalami kesedihan yang jauh lebih berat daripada biasanya karena telah mengalami suatu kejadian atau peristiwa (Tomb, 2004). Trauma emosional akan terjadi sebelum penyakit muncul seperti saat kehilangan orang yang dicintai, pekerjaan atau barang yang paling berharga.

##### b. Depresi psikotik

Depresi ini akan menimbulkan penyakit yang kambuh kembali namun dengan suasana hati yang tidak baik (Tomb, 2004). Depresi ini kadang menunjukkan seperti pada depresi berat namun terkadang menunjukkan suasana hati gembira dan aktifitas yang berlebihan. Tanda gejala yang ditunjukkan oleh penderita adalah seperti waham dan halusinasi.

2. Berdasarkan klasifikasi Diagnostik and *Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition* (DSM IV), gangguan depresi terbagi dalam tiga kategori yaitu :

a. Gangguan depresi berat (*Major Depressive Disorder*). Tanda dan gejala yang ditunjukkan pada gangguan depresi berat terdapat lima atau bahkan lebih gejala yang muncul selama 2 minggu (Tomb, 2004, Tjay TH& KR 2007). Suasana

perasaan pada penderita depresi akibat gejala yang muncul dapat dirasakan sepanjang hari oleh penderita. Perasaan yang muncul yaitu kehilangan perasaan senang, berat badan turun atau bahkan mengalami kenaikan berat badan secara drastis, insomnia atau hipersomnia berkelanjutan, mudah letih atau kehilangan energi, perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang sangat mendalam, konsentrasi menurun dan keinginan untuk bunuh diri.

b. Gangguan distimik (*Dysthymic Disorder*) gangguan distimik adalah suatu depresi yang lebih kronis tanpa ada bukti suatu depresi berat (Tomb, 2004, Tjay TH& KR 2007). Perasaan yang timbul pada depresi ini dapat terjadi selama beberapa hari paling sedikit selama 2 tahun. Selama gangguan depresi penderita akan mengalami tidak nafsu makan atau makan berlebihan, insomnia atau hipersomnia, kelelahan, daya konsentrasi rendah, dan perasaan putus asa.

c. Gangguan afektif Bipolar atau siklotimik (*Bipolar Affective Illness or Cyclothymic Disorder*) depresi dengan gangguan siklotimik ditandai dengan penderita sebelumnya pernah mengalami episode depresi berat atau depresi yang lebih berat (Tomb, 2004, Tjay TH& KR 2007). Depresi siklotimik menunjukkan keadaan depresi ringan dan hipomania, terpisah dan bercampur, terus menerus, atau hilang timbul, berlangsung selama paling sedikit 2 tahun. Gangguan ini biasanya terjadi pada usia muda yaitu sekitar usia 20 tahunan.

3. Berdasarkan tingkat penyakit maka depresi dapat digolongkan mejadi tiga kelompok yaitu :

a. Depresi ringan (*Mild Depression/ Minor Depression*)

Depresi ringan ditandai dengan adanya rasa sedih, perubahan proses berpikir, hubungan sosial kurang baik, tidak bersemangat dan merasa tidak nyaman. Pada depresi ringan, mood yang rendah datang dan pergi serta

penyakit datang setelah kejadian stressfull yang spesifik (Lubis, 2009, Dalami E, 2009).

b. Depresi Sedang (*Moderate Depression*)(Lubis, 2009),(Dalami E, 2009)

- Gangguan afektif: perasaan murung, cemas, kesal, marah menangis, rasa bermusuhan, dan harga diri rendah.
- Proses pikir: sulit memberikan perhatian, berpikir lambat, ragu-ragu, konsentrasi menurun, berpikir rumit, dan putus asa serta pesimis.
- Sensasi somatik dan aktivitas motorik: bergerak lambat, tugas terasa berat, tubuh lemah, sakit kepala, sakit dada, mual, muntah, konstipasi, nafsu makan menurun, berat badan menurun, dan gangguan tidur.
- Pola komunikasi: bicara lambat, komunikasi verbal menjadi berkurang, dan komunikasi non verbal menjadi meningkat.
- Partisipasi sosial: seseorang menjadi menarik diri, tidak mau bekerja, mudah tersinggung, bermusuhan, dan tidak memperhatikan kebersihan diri.

c. Depresi berat

Depresi berat mempunyai dua episode yang berlawanan yaitu melankolis (rasa sedih) dan mania (rasa gembira yang berlebihan disertai dengan gerakan hiperaktif). Tanda dan gejala depresi berat:( Lubis, 2009),( Dalami E, 2009)

- Gangguan afektif: pandangan kosong, perasaan hampa, murung, putus asa dan inisiatif kurang.
- Gangguan proses fikir: halusinasi, waham, konsentrasi berkurang, dan pikiran merusak diri.
- Sensasi somatik dan aktivias motorik: diam dalam waktu lama, tiba tiba hiperaktif, bergerak tanpa tujuan, kurang perawatan diri, tidak mau makan

dan minum, berat badan menurun, bangun pagi sekali dengan perasaan tidak enak, dan tugas ringan terasa berat.

- Pola komunikasi: *introvert* dan tidak ada komunikasi verbal sama sekali.
- Partisipasi sosial: kesulitan menjalankan peran sosial dan menarik diri.

4. Berdasarkan cabang ilmu kedokteran yang berurusan dengan klasifikasi penyakit, depresi digolongkan menjadi tiga yaitu: (Lubis, 2009)

a. Depresi psikogenik terjadi karena pengaruh psikologis individu yang dapat membuat seseorang sedih atau stres berat.

b. Depresi endogenik atau disebut depresi pada usia lanjut terjadi pada usia 60-65 tahun pada laki-laki dan usia 50-60 tahun pada perempuan. Depresi ini terjadi karena masalah atau trauma fisik dan psikis.

c. Depresi somatogenetik menunjukkan timbulnya depresi karena faktor jasmani. Depresi ini terbagi dalam dua tipe yaitu depresi organik dan depresi simptomatik. Depresi organik disebabkan oleh perubahan-perubahan morfologi dari otak, seperti arteriosklerosis serebri, demensia mental, dan tumor otak. Depresi simptomatik merupakan depresi akibat atau bersamaan dengan penyakit jasmani, seperti penyakit infeksi, penyakit endokrin, akibat tindakan pembedahan, dan pengobatan jangka panjang dengan obat-obatan antihipertensi.

#### **2.1.4 Faktor-Faktor Yang Menyebabkan Depresi**

1. Faktor Demografi

a. Usia

Usia adalah rentang perhitungan waktu hidup seseorang sejak dilahirkan sampai sekarang. Usia merupakan salah satu faktor yang menyebabkan depresi terutama pada seseorang lansia (Mojtabai, 2014). Lansia dapat digolongkan

menjadi 3 berdasarkan usia yaitu lansia (*elderly*) 60-69 tahun, lansia tua (*old*) 70-80 tahun, usia sangat tua lebih dari 80 tahun (Azizah, 2011). Risiko terjadinya depresi dapat meningkat dua kali lipat saat usia semakin meningkat (Mojtabai, 2014). Banyak terjadi perubahan pada hidup penderita pada masa tersebut sehingga depresi muncul. Perubahan tersebut baik perubahan secara fisik, psikologis, ekonomi, sosial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup lansia (Kartika, 2012).

#### b. Jenis Kelamin

Menurut beberapa studi, lansia perempuan memiliki risiko depresi lebih tinggi dibandingkan dengan lansia laki-laki dengan perbandingan yaitu dua banding satu (Haralambous, 2009). Hal ini dapat disebabkan karena adanya beberapa faktor lain yang kemungkinan menyebabkan depresi, seperti: kematian pasangan hidup, perbedaan sosial dan budaya (Tareque, 2013). Selain itu pengaruh perubahan fisiologis dikarenakan ada kaitannya dengan perubahan hormonal pada perempuan misalnya *early onset of menopause* atau *postmenopause* (Agus, 2014). Tanggung jawab seorang perempuan dalam kehidupan sehari-hari cukup berat, seperti mengurus rumah tangga dan mengurus anak. Menyebabkan kemungkinan faktor risiko depresi lebih banyak pada lansia perempuan daripada laki-laki.

#### c. Status Sosioekonomi

Seseorang dengan status sosioekonomi yang lebih rendah memiliki risiko yang lebih besar menderita depresi dibandingkan dengan yang status sosioekonominya lebih baik (Agus, 2014). Hal ini dikarenakan seseorang dengan status ekonomi yang lebih rendah akan menyebabkan kebutuhan sehari-hari menjadi kurang sehingga mudah terkena depresi.

#### d. Status Pernikahan

Pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki-laki dan perempuan (Riyadi, 2009). Pernikahan tidak hanya mempererat hubungan asmara antara laki-laki dan perempuan, juga bertujuan untuk mengurangi risiko mengalami gangguan psikologis. Bagi pasangan suami-istri yang tidak dapat membina hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena meninggal dapat memicu terjadinya depresi.

#### e. Pendidikan

Pendidikan sangat berkaitan dengan kemampuan kognitif. Kemampuan kognitif adalah bentuk mediator diantara kejadian dalam hidup dengan *mood* (Amir, 2005). Tingkat depresi seseorang dapat semakin tinggi ketika tingkat pendidikan rendah.

### 2. Dukungan Sosial

Lansia secara perlahan akan mengalami penurunan kondisi fisik, penurunan aktifitas, pemutusan hubungan sosial dan perubahan posisi dalam masyarakat (Amir, 2005). Dukungan sosial diperlukan dalam kondisi seperti tersebut. Dukungan sosial seperti perhatian dan motivasi dibutuhkan oleh lansia untuk memperoleh ketenangan (Riyadi, 2009). Dukungan sosial merupakan sumber daya yang terdapat ketika berinteraksi dengan orang lain (Amir, 2005). Dukungan sosial dapat diartikan sebagai bentuk tanda seseorang merasa dicintai, diperhatikan, dan dihagai melalui komunikasi serta kontak sosial. Semakin tinggi frekuensi hubungan dan kontak sosial, maka semakin panjang harapan hidup seseorang. Hasil studi menunjukkan dukungan sosial bagi lansia sangat penting, karena dukungan sosial yang baik telah terbukti menurunkan depresi *parental* dan bertindak sebagai suatu pelindung bagi lansia (Saputri,

2011). Semakin tinggi dukungan sosial yang diterima oleh lansia yang tinggal di panti, semakin rendah depresi yang dialami oleh lansia. Menurut Sarafino, dukungan sosial terbagi kedalam lima bentuk dukungan, antara lain:(Sarafino, 2006)

a. Dukungan emosional

Dukungan emosional adalah suatu bentuk dari ekspresi seseorang seperti memberi perhatian, empati dan turut prihatin kepada orang lain. Seseorang yang menerima dukungan ini akan merasa nyaman, tenang kembali, merasa dimiliki dan dicintai ketika mengalami stres, memberi bantuan dalam bentuk semangat, kehangatan personal, dan cinta.

b. Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan yang berupa penghargaan positif dan diberikan kepada seseorang ketika sedang mengalami stres atau depresi. Dukungan ini dalam bentuk dorongan atau persetujuan terhadap ide ataupun perasaan individu. Dukungan ini dapat menyebabkan individu yang menerima dukungan membangun rasa menghargai dirinya, percaya diri, dan merasa bernilai.

c. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental yaitu dukungan berupa bantuan secara langsung dan nyata seperti memberi, meminjamkan uang, dan membantu meringankan tugas orang yang mengalami masa-masa sulit.

d. Dukungan informasi

Dukungan informasi yaitu dukungan dari orang-orang yang berada disekitar individu akan memberikan dukungan informasi dengan cara menyarankan beberapa pilihan tindakan yang dapat dilakukan individu dalam

mengatasi masalah yang membuatnya stres, misalnya memberikan saran, penilaian tentang bagaimana individu melakukan sesuatu.

#### e. Dukungan kelompok

Dukungan kelompok merupakan dukungan yang dapat menyebabkan individu merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari suatu kelompok dimana anggota-anggotanya dapat saling berbagi, misalnya menemani orang yang sedang stres ketika beristirahat atau berekreasi.

### 3. Pengaruh genetik

Keturunan merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan lansia mengalami depresi (Jacoby dan Openheimer, 2001). Lansia yang memiliki keturunan atau gen depresi dari orang tua maka risiko menderita depresi dapat terjadi lebih awal dari pada yang tidak mempunyai gen depresi.

### 4. Kejadian dalam Hidup (*Life Event*)

Kejadian dalam hidup dapat menimbulkan stres pada lansia dan jika berkelanjutan dapat menimbulkan depresi (Jacoby dan Openheimer, 2001). Kejadian tersebut seperti kehilangan pekerjaan, bercerai, masalah keuangan dan kematian orang tercinta. Gejala depresi akan tampak kurang lebih dalam 2 tahun setelah kejadian terjadi.

### 5. Medikasi

Pengobatan merupakan salah satu tindakan medis untuk memulihkan kembali kondisi tubuh (Jacoby dan Openheimer, 2001). Namun, beberapa obat yang diberikan dapat menimbulkan gejala depresi pada lansia. Obat tersebut seperti obat antihipertensi, obat psikiatri dan analgesik.



### 2.1.5 Dampak Depresi Pada Lansia

#### 1. Fungsi Fisik

Status kesehatan penderita depresi pada lansia dapat menurun jika keadaan depresi berkepanjangan (Miller, 1996). Status kesehatan tidak ada hubungannya dengan keluhan somatik. Lansia yang mengalami depresi mempunyai hubungan terhadap keluhan somatik dari pada lansia yang tidak mengalami depresi. Dampak keluhan somatik yang akan muncul pada lansia depresi yaitu lansia akan mengalami gejala kehilangan nafsu makan, berat badan menurun, gangguan sistem pencernaan, dan gangguan tidur. Akibat tambahan dari gejala depresi adalah kelelahan kronis dan kehilangan energi (Miller, 1996). Lansia dengan keadaan depresi berat dapat menyebabkan terganggunya aktivitas psikomotor seperti melambatnya pergerakan tubuh, respon verbal, dan tidak ingin bicara. Dampak lain yang muncul adalah nyeri, tidak merasa nyaman, dan terganggunya fungsi seksual.

#### 2. Fungsi Psikososial

Pada lansia perubahan *mood* akibat perasaan sedih tidak disadari (Miller, 1996). Padahal mereka sering mengatakan dirinya kesepian. Dampak yang sering muncul adalah perasaan ingin menangis namun tidak bisa menangis, merasa hampa, tidak bahagia, tidak berguna, dan harga diri rendah. Dilihat dari segi psikososial gejala yang tampak adalah kehilangan minat terhadap interaksi dengan orang lain dan meninggalkan kebiasaan yang lama atau hobi. Akibat dari fungsi psikososial ini lansia mulai mengabaikan dirinya dan penampilannya.

#### 3. Tindakan Bunuh Diri

Lansia yang sudah lama mengalami depresi maka bunuh diri merupakan sebuah solusi (Jacoby dan Openheimer, 2001). Pencegahan untuk kejadian

tersebut dapat dilakukan dengan mempelajari faktor risiko dan gejala yang timbul. Berawal dari pikiran putus asa dan merasa tidak berguna akibat dari depresi dapat menimbulkan keinginan untuk bunuh diri. Selanjutnya akan timbul tingkah laku bunuh diri secara tidak langsung seperti mogok makan dan tidak minum obat. Setelah itu muncul tingkah laku melukai diri seperti gantung diri atau meminum racun. Antara pencegahan yang bisa dilakukan adalah mengetahui cara yang betul mengendalikan stres, mendapat tidur yang cukup, pola makan yang baik, berkomunikasi dengan orang yang memahami perasaan yang dirasakan, dan mendapatkan bantuan dari petugas kesehatan.

## **2.2 Kualitas Hidup**

### **2.2.1 Definisi Kualitas Hidup**

Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, kualitas hidup adalah kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari – hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial. Kualitas hidup dipengaruhi oleh tingkat kemandirian, kondisi fisik dan psikologis, aktifitas sosial, interaksi sosial dan fungsi keluarga. Pada umumnya lanjut usia mengalami keterbatasan, sehingga kualitas hidup pada lanjut usia mengalami penurunan. Keluarga merupakan unit terkecil dari

masyarakat sehingga memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan lanjut usia untuk meningkatkan kualitas hidup lanjut usia (Yuliati dkk, 2014).

Berdasarkan penelitian tentang kualitas hidup, kualitas hidup penduduk Indonesia dengan kriteria kurang, lebih banyak dijumpai pada golongan umur lanjut, perempuan, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di daerah pedesaan, serta sosial ekonomi tergolong miskin. Penduduk yang menderita penyakit tidak menular, cedera, menderita gangguan mental emosional, menyangkut faktor risiko antara, dan tinggal di rumah dengan lingkungan terpapar memiliki kualitas hidup kurang. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penduduk adalah golongan umur, kemudian adanya gangguan mental emosional, tinggal di rumah dengan lingkungan terpapar dan jenis kelamin (Pradono dkk, 2007).

a. Penurunan kondisi fisik pada lansia antara lain :

- 1) Penurunan jumlah sel, cairan tubuh serta cairan intraselular. Protein dalam otak, ginjal, otot, hati serta darah akan berkurang, mekanisme perbaikan sel menjadi terganggu, terjadi atrofi pada otak, berat otak berkurang 5 – 10 %.
- 2) Pada sistem persarafan lansia, lansia menjadi lambat dalam merespon sesuatu, saraf pancaindra mengecil.
- 3) Sistem pendengaran pada lansia menurun ditandai dengan hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam.
- 4) Terjadi sklerosis pupil dan hilangnya respon sinar bisa menyebabkan penglihatan lansia menjadi berkurang.
- 5) Pada sistem kardiovaskuler, jantung sudah tidak bisa memompa darah secara optimal.

6) Pada sistem pengaturan temperatur tubuh, tubuh seorang lansia sudah tidak bisa memproduksi panas yang maksimal. Hal ini menyebabkan aktifitas otot menjadi berkurang.

7) Sistem pernafasan yang menurun ditandai dengan hilangnya elastisitas paru – paru.

8) Pada sistem gastrointestinal, lansia akan kehilangan gigi, indra pengecap menurun, fungsi absorpsi akan mengalami penurunan.

9) Sekresi lendir vagina pada lansia perempuan akan berkurang. Produksi sperma di testis pada lansia laki – laki semakin menurun. Produksi hormon pada lansia akan menurun.

10) Hilangnya jaringan lemak pada lansia menyebabkan kulit keriput pada lansia. Rambut pada lansia akan semakin tipis serta terjadi perubahan warna yaitu menjadi lebih kelabu.

b. Perubahan psikologis pada lansia dipengaruhi oleh keadaan fisik lansia yang mengalami penurunan, kondisi kesehatan pada lansia, tingkat pendidikan pada lansia, keturunan (hereditas), serta kondisi lingkungan dimana lansia berada. Perubahan psikologis pada lansia adalah kenangan (*memory*) serta IQ (*IntelligentiaQuantion*) yakni kemampuan verbal lansia, penampilan lansia, persepsi lansia serta ketrampilan psikomotor lansia menjadi berkurang.

c. Perubahan Psikososial Lansia akan mengalami penurunan tingkat kemandirian dan psikomotor. Tingkat kemandirian yakni kemampuan lansia untuk melakukan sesuatu. Fungsi psikomotor yakni meliputi gerakan, tindakan, serta koordinasi. Adanya penurunan fungsi pada tingkat kemandirian serta psikomotor menyebabkan lansia mengalami suatu perubahan dari sisi aspek psikososial. Hal ini tentunya dikaitkan dengan kepribadian lansia

## 2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Lansia

### a. Tingkat kemandirian

Menurut Sugiarto (Irianto, 2014) untuk mengukur tingkat kemandirian lansia digunakan Indeks Barthel yang meliputi :

NO	Aktivitas	Nilai
	<b>Makan</b>	
1	0 : tidak mampu	
2	5 : dibantu (makanan dipotong-potong dulu)	
3	10 : mandiri	
	<b>Mandi</b>	
4	0 : dibantu	
5	5 : mandiri (menggunakan shower)	
	<b>Personal hygiene (cuci muka, menyisir rambut, bercukur jenggot, gosok gigi)</b>	
6	0 : dibantu	
7	5 : mandiri	
	<b>Berpakaian</b>	
8	0 : dibantu seluruhnya	
9	5 : dibantu sebagian	
10	10 : mandiri (termasuk mengancing baju, memakai tali sepatu, dan resleting).	
	<b>Buang Air Besar (BAB)</b>	
11	0 : tidak dapat mengontrol (perlu diberikan enema)	
12	5 : kadang mengalami kecelakaan	
13	10: mampu mengontrol BAB	
	<b>Buang Air Kecil (BAK)</b>	
14	0 : tidak dapat mengontrol BAK, dan menggunakan kateter	
15	5 : kadang mengalami kecelakaan	
16	10 : mampu mengontrol BAK	
	<b>Toileting /ke kamar kecil</b>	
17	0 : dibantu seluruhnya	
18	5: dibantu sebagian	
19	10 : mandiri (melepas atau memakai pakaian, menyiram WC, membersihkan organ kelamin).	
	<b>Berpindah (dari tempat tidur kekursi, dan sebaliknya)</b>	
20	0 : tidak ada keseimbangan untuk duduk	
21	5 : dibantu satu atau dua orang, dan bisa duduk	
22	10 : dibantu (lisan atau fisik)	
23	15 : mandiri	
	<b>Mobilisasi (berjalan di permukaan datar)</b>	
24	0 : tidak dapat berjalan	
25	5 : menggunakan kursi roda	
26	10 : berjalan dengan bantuan satu orang	
27	15 : mandiri	
	<b>Naik dan turun tangga</b>	

28	0 : tidak mampu	
29	5 : dibantu menggunakan tongkat	
30	10 : mandiri.	

### **b. Status Gizi**

Gizi lebih atau kegemukan merupakan masalah yang sering terjadi pada lanjut usia. Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kegemukan pada lanjut usia. Pada lansia terjadi penurunan kegiatan sel dalam tubuh, sehingga kebutuhan akan zat gizi juga ikut menurun. Asupan makanan yang tetap namun kegiatan yang dilakukan sehari-hari oleh lansia mengalami penurunan menyebabkan penumpukan makanan dalam tubuh sehingga dapat menyebabkan kegemukan bahkan menjadi penyakit. Kencing manis, penyakit jantung, tekanan darah tinggi adalah beberapa penyakit yang berkaitan dengan gizi lebih pada lansia. Untuk itu diperlukan adanya pengaturan diet bagi lansia (Irianto, 2014).

Masalah gizi yang kurang pada lansia dapat disebabkan oleh anoreksia yang berkepanjangan. Hal tersebut menyebabkan penurunan berat badan pada lansia. Gizi kurang juga sering diakibatkan oleh penyakit infeksi kronis, penyakit jantung kongestif, masalah sosial dan ekonomi atau sebab lain. Kehilangan berat badan terjadi amat berlebihan sehingga asupan makanan tak dapat mengimbangi kehilangan yang cepat itu. Keadaan kurang gizi pada lansia ini juga perlu mendapat penanganan diet khusus (Irianto, 2014).

Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah suatu alat untuk pemantauan status gizi orang dewasa yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan.

IMT (Indeks Massa Tubuh) dihitung dengan cara :

$$\text{Indeks Massa Tubuh} = \frac{\text{Berat badan (dalam kilogram)}}{[\text{Tinggi badan (dalam meter)}]^2}$$

### c. Kondisi Psikologis Lansia

Penuaan pada lanjut usia sangat dikaitkan dengan perubahan anatomi, perubahan fisiologi, terjadi kesakitan atau hal – hal yang bersifat patologi dan perubahan psikososial. Depresi adalah gangguan psikologis yang kita ketahui sering dialami lanjut usia. Interaksi faktor biologi, fisik, psikologis, serta sosial pada lanjut usia bisa mengakibatkan depresi pada lanjut usia (Soejono dkk, 2009).

Depresi pada usia lanjut lebih sulit dideteksi karena :

1. Kecemasan serta histeria yang merupakan suatu gejala dari depresi justru sering menutupi depresinya
2. Masalah sosial sering membuat depresi menjadi rumit
3. Usia lanjut sering menutupi kesepian serta rasa sedih dengan justru lebih aktif dalam kegiatan di masyarakat (Soejono dkk, 2009). Diagnosis awal dan terapi segera terhadap depresi pada pasien geriatrik dapat memperbaiki kualitas hidup, status fungsional, dan mencegah kematian dini.

Tanda dan gejala depresi yakni:

4. Hilangnya minat atau rasa senang, hampir setiap hari
5. Berat badan menurun atau bertambah yang bermakna
6. Insomnia atau hipersomnia, hampir setiap hari
7. Agitasi atau retardasi psikomotor, hampir tiap hari
8. Kelelahan (rasa lelah atau hilangnya energi), hampir tiap hari
9. Rasa bersalah atau tidak berharga, hampir tiap hari
10. Sulit konsentrasi

11. Pikiran berulang tentang kematian atau gagasan bunuh diri (Soejono dkk,2009)

*Geriatric Depression Scale* (GDS) merupakan salah satu instrumen yang paling sering digunakan untuk mendiagnosis depresi pada usia lanjut. Pertanyaan yang panjang dan banyak pada GDS-30 pertanyaan membuat peneliti mengembangkan versi yang lebih pendek, bervariasi antara 15 pertanyaan dan 1 pertanyaan. Di antara versi-versi tersebut, GDS 15 pertanyaan paling sering digunakan untuk mendeteksi depresi pada lanjut usia dan dapat berfungsi sebaik GDS 30 pertanyaan (Wongpakaran N, 2013).

#### **d. Fungsi Kognitif**

Fungsi kognitif adalah kemampuan berfikir rasional yang terdiri dari beberapa aspek. Fungsi kognitif diukur dengan *Mini Mental State Examination* (MMSE). Hasil skornya yaitu kognitif normal (skor : 16–30) dan gangguan kognitif (skor : 0-15). Aspek yang dinilai pada MMSE adalah status orientasi, registrasi, dan kalkulasi, memori, bahasa dan kemampuan menulis serta menggambar spontan (Folstein dkk, 2011).

Fungsi kognitif yang menurun dapat menyebabkan terjadinya ketidakmampuan lansia dalam melakukan aktifitas normal sehari-hari. Hal ini dapat mengakibatkan para lansia sering bergantung pada orang lain untuk merawat diri sendiri (*care dependence*) pada lansia (Reuser dkk , 2010).

Olahraga atau latihan fisik merupakan kegiatan yang dapat menghambat kemunduran kognitif akibat dari penuaan. Peningkatan kebugaran fisik serta senam otak seperti senam vitalisasi otak yang memerlukan sinkronisasi antara gerak napas fisiologis dan gerakan itu sendiri dapat meningkatkan potensi kerja otak (Markam dkk, 2008).



Faktor usia dapat berhubungan dengan fungsi kognitif. Perubahan yang terjadi pada otak akibat bertambahnya usia antara lain fungsi penyimpanan informasi (*storage*) hanya mengalami sedikit perubahan. Sedangkan fungsi yang mengalami penurunan yang terus menerus adalah kecepatan belajar, kecepatan memproses informasi baru dan kecepatan beraksi terhadap rangsangan sederhana atau kompleks, penurunan ini berbeda antar individu (Lumbantobing, 2009).

#### **e. Aktivitas Sosial**

Aktivitas sosial merupakan salah satu dari aktivitas sehari – hari yang dilakukan oleh lansia. Lansia yang sukses adalah lansia yang mempunyai aktivitas sosial di lingkungannya. Contoh aktivitas sehari-hari yang berkaitan dengan aktivitas sosial yang dikemukakan oleh Marthuranath pada tahun (2004) dalam *Activities of Daily Living Scale for Elderly People* adalah lansia mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya bersama lansia lainnya atau orang - orang terdekat, menjalankan hobi serta aktif dalam aktivitas kelompok. Aktivitas sosial merupakan kegiatan yang dilakukan bersama dengan masyarakat dilingkungan sekitar (Napitupulu, 2010). Menurut Yuli pada tahun (2014) Teori aktivitas atau kegiatan (*activity theory*) menyatakan bahwa lansia yang selalu aktif dan mengikuti banyak kegiatan sosial adalah lansia yang sukses.

#### **f. Interaksi Sosial**

Sebagai makhluk sosial manusia selalu berinteraksi dengan manusia lainnya, makhluk yang mampu berpikir sebelum melakukan sesuatu. Dari proses berpikir muncul perilaku atau tindakan sosial. Ketika seseorang bertemu dengan orang lainnya, dimulailah suatu interaksi sosial. Seseorang dengan orang lainnya melakukan komunikasi baik secara lisan maupun isyarat, aktivitas-aktivitas itu

merupakan suatu bentuk interaksi sosial. Terdapat beberapa macam interaksi sosial. Dari sudut subjek, ada 3 macam interaksi sosial yaitu interaksi antar perorangan, interaksi antar orang dengan kelompoknya atau sebaliknya, interaksi antar kelompok. Dari segi cara, ada 2 macam interaksi sosial yaitu interaksi langsung yaitu interaksi fisik, seperti berkelahi, hubungan seks dan sebagainya, interaksi simbolik yaitu interaksi dengan menggunakan isyarat (Subadi, 2009).

Interaksi sosial merupakan suatu hubungan timbal balik yang saling mempengaruhi antara individu, kelompok sosial, dan masyarakat. Interaksi sosial merupakan suatu proses di mana manusia melakukan komunikasi dan saling mempengaruhi dalam tindakan maupun pemikiran. Penurunan derajat kesehatan dan kemampuan fisik menyebabkan lansia secara perlahan akan menghindar dari hubungan dengan orang lain. Hal ini akan mengakibatkan interaksi sosial menurun (Hardywinoto dan Setiabudhi, T, 2005).

Teori pembebasan (*disengagement theory*) menyatakan bahwa seseorang secara perlahan mulai menarik diri dari kehidupan sosialnya dengan semakin bertambahnya umur. Sering terjadi kehilangan (*triple loss*) yakni kehilangan peran, hambatan kontak sosial, dan berkurangnya kontak komitmen yang disebabkan karena interaksi sosial lansia menurun baik secara kualitas maupun kuantitas (Yuli, 2014).

Penelitian Rante pada tahun (2012) menyebutkan bahwa ada hubungan yang kuat antara interaksi sosial dengan kualitas hidup pada lansia. Semakin baik interaksi sosial lansia, semakin tinggi pula kualitas hidupnya. Penelitian oleh Sanjaya dan Rusdi pada tahun (2012) menyatakan bahwa responden yang memiliki interaksi sosial yang baik tidak akan merasa kesepian dalam hidupnya

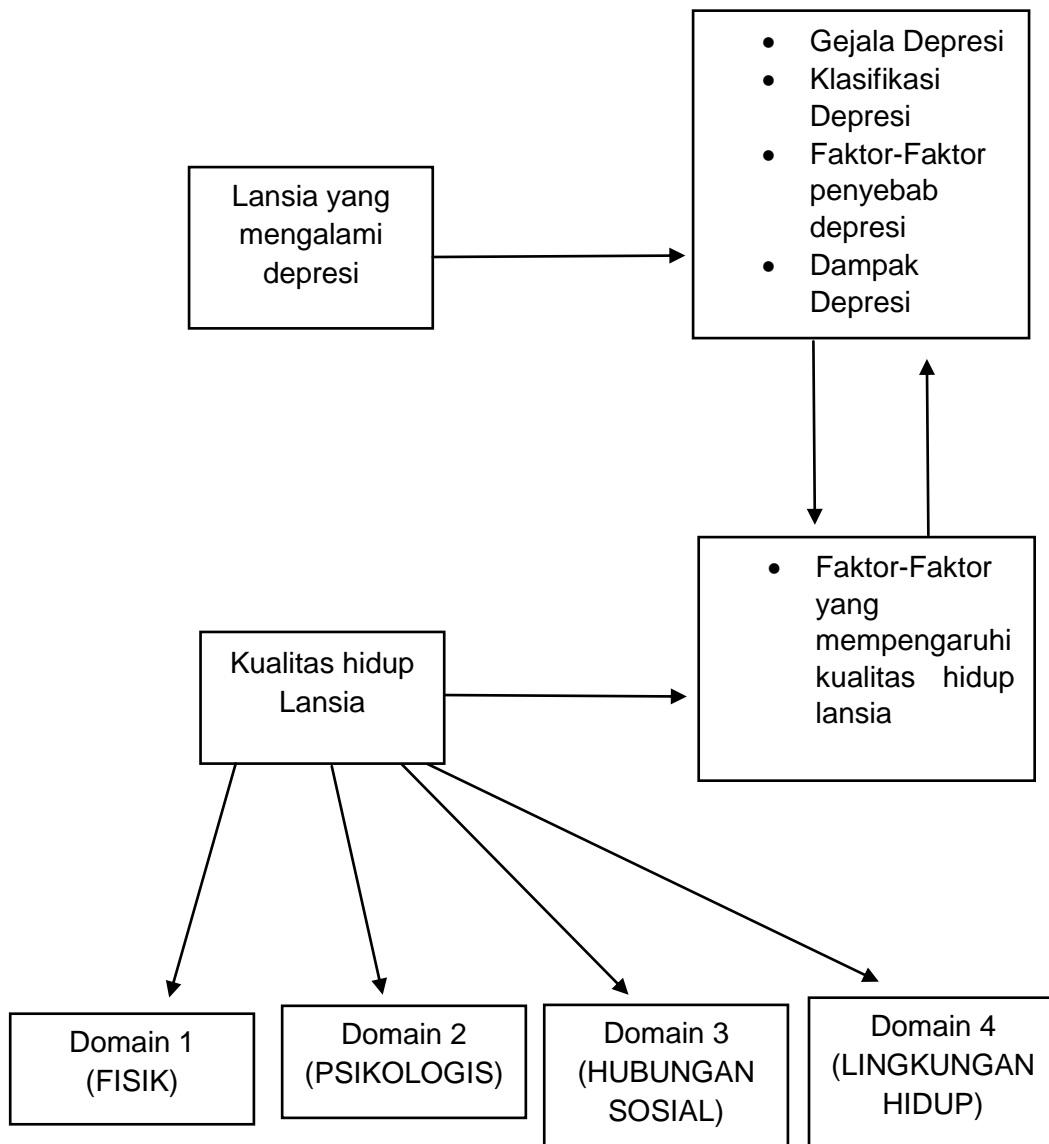
dan hal ini tentu dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan sosial mempunyai efek yang positif pada kesejahteraan emosional lansia dan kesehatan fisik serta diprediksi dapat menurunkan risiko kematian. Lansia sering kehilangan kesempatan partisipasi dan hubungan sosial. Interaksi sosial cenderung menurun disebabkan oleh kerusakan kognitif, kematian teman, fasilitas hidup atau *home care* (Estelle dkk,2006).

### BAB III

#### KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

##### 3.1 Kerangka Konsep Penelitian:

Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian



### **3.2 Penjelasan Kerangka Konsep**

Lanjut usia yang mengalami depresi akan mempengaruhi kapasitas fungsional, psikologis dan kesehatan sosial serta mempengaruhi kesejahteraannya. Dampak dari depresi akan menyebabkan lanjut usia merasa putus asa, kehilangan semangat dan menyebabkan kualitas hidup berkurang.

### **3.3 Hipotesis**

Terdapat hubungan antara tingkat gangguan depresi dan kualitas hidup pada lanjut usia di Panti jompo kota malang.

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional* pada lanjut usia di Panti Jompo kota malang. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *total sampling* yaitu mengambil seluruh sampel lansia yang ada di Panti Jompo Kota Malang. Terhadap 2 variabel yaitu tingkat depresi dan kualitas hidup dengan pengukuran menggunakan alat ukur berupa kuesioner. Tingkat depresi didapatkan dengan menggunakan kuesioner GDS (*geriatric depression scale*) dan kualitas hidup dinilai berdasarkan kuesioner (*WHOQOL*) –*BREF World Health Organization Quality of Life Instruments*. Data karakteristik subyek penelitian diperoleh melalui kuesioner yang ditanyakan kepada subyek.

#### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Panti Griya Kasih Siloam, Kota Malang dan Panti Jompo Al-Islah, Kota Malang. Penelitian dimulai dari bulan Oktober sampai Desember 2018.

#### 4.3 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah tingkat depresi dan kualitas hidup pada lansia. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis korelasi antara tingkat depresi dan kualitas hidup pada lansia.

## **4.4 Populasi dan Sampel**

### **4.4.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah Lansia di Panti Griya Kasih Siloam, Kota Malang dan Panti Jompo Al-Islah, Kota Malang. Populasi dalam penelitian ini dipilih menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi seperti yang berikut:

#### **1. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:**

- a. Lansia di Panti Griya Kasih Siloam, Kota Malang dan Panti Jompo Al-Islah, Kota Malang.
- b. Dapat berkomunikasi verbal dengan baik.
- c. Mampu membaca, dan berbahasa Indonesia.
- d. Bersedia menjadi pasien penelitian.

#### **2. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:**

- a. Lanjut usia dengan penurunan kesadaran.
- b. Lanjut usia yang mengalami masalah kesehatan yang mendadak seperti pusing, letih, skizofrenia, gangguan psikotik, dan masalah lain yang tidak memungkinkan untuk menjadi responden.
- c. Pasien yang tidak bersedia untuk menjadi responden.

### **4.4.2 Sampel**

Sampel pada penelitian ini diambil dari semua lanjut usia yang ada di Panti Griya Kasih Siloam, Kota Malang dan Panti Jompo Al-Islah, Kota Malang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan metode *total sampling* yaitu penentuan sampel dengan menggunakan semua anggota populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

#### 4.5 Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dari penelitian ini berupa data primer, yaitu kumpulan fakta yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara dengan alat pengumpulan data berupa kuesioner. Wawancara adalah suatu teknik untuk mendapat keterangan dari pasien secara lisan melalui bercakap-cakap dengan berhadapan muka dengan pasien dan pada umumnya dibantu dengan alat bantu berupa kuesioner. Pertanyaan di dalam kuesioner ditanyakan langsung oleh peneliti kepada pasien. Adapun prosedur pengumpulan data yaitu dilakukan dengan langkah langkah berikut:

1. Mengajukan permohonan izin pelaksanaan penelitian pada instansi pendidikan.
2. Setelah mendapatkan izin dari instansi pendidikan, kemudian mengajukan permohonan izin kepada Panti Griya Kasih Siloam, Kota Malang dan Panti Jompo Al-Islah, Kota Malang.
3. Memilih responden yang berkonsultasi di Panti Griya Kasih Siloam, Kota Malang dan Panti Jompo Al-Islah, Kota Malang yang memenuhi syarat atau kriteria sampel dan menjelaskan tujuan penelitian kepada pasien serta meminta kesediannya untuk ikut serta dalam penelitian.
4. Setelah mendapat izin, maka meminta persetujuan pasien menjadi responden secara sukarela, setelah responden bersedia maka diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).
5. Pertanyaan di dalam kuesioner ditanyakan langsung oleh peneliti kepada pasien.
6. Pengisian kuesioner untuk tiap pasien dilakukan  $\pm 10 - 15$  menit.



7. Peneliti memeriksa kembali kelengkapan pengisian kuesioner. Jika ada yang kurang maka diklarifikasi kembali kepada pasien pada saat itu juga.

#### **4.6 Instrumen Penelitian**

##### **4.6.1 Kuesioner Kualitas hidup**

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan merupakan sumber data dari observasi dan pengamatan langsung yang dilakukan pada lansia yang tinggal di Panti Griya Kasih Siloam, Kota Malang dan Panti Jompo Al-Islah, Kota Malang menggunakan lembar kuesioner *Quality of Life. WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality Of Life-BREF)* kuesioner ini digunakan untuk mengetahui kualitas hidup lansia. Alat ukur variabel kualitas hidup berupa kuesioner yang dibuat oleh WHO yaitu *World Health Organization Quality Of Life – Bref (WHOQOL-BREF)* yang merupakan pengembangan dari alat ukur WHOQOL-100. Alat ukur ini telah diadaptasi ke berbagai bahasa, termasuk bahasa Indonesia oleh Dr. Riza Sarasvita dan Dr. Satya Joewana. Menurut Sekarwiri (2008) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa instrument WHOQOL-BREF adalah alat ukur yang valid ( $r= 0.89-0.95$ ) dan reliable ( $R=0.66-0.87$ ). WHOQOL-BREF terdiri dari 24 *facets* yang mencakup 4 domain dan terbukti dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Keempat domain tersebut adalah: i) kesehatan fisik (*physical health*) terdiri dari 7 pertanyaan; ii) psikologik (*psychological*) 6 pertanyaan; iii) hubungan sosial (*social relationship*) 3 pertanyaan; dan iv) lingkungan (*environment*) 8 pertanyaan. WHOQOL-BREF juga mengukur 2 *facets* dari kualitas hidup secara umum yaitu: i) kualitas hidup secara keseluruhan (*overall quality of life*); dan ii) kesehatan secara umum (*general health*).Keterangan:

Penilaian WHOQOL-BREF yaitu dengan memberikan skor 1-5 pada setiap pertanyaan. Nilai yang dihasilkan menunjukkan kualitas hidup individu tersebut. Skoring disetiap domain (Salim, 2007). Lalu skor tersebut dijumlahkan, setelah itu ditransformasikan ke tabel menjadi skala 0-100. Skala 0-50 untuk kualitas hidup kurang baik dan 51-100 untuk kualitas hidup yang baik (Sutikno, 2015)

Menurut Nursalam (2013), *instrument* yang digunakan untuk pengumpulan data adalah sebagai berikut:

### **1. Wawancara**

Data karakteristik responden diperoleh dengan wawancara langsung dengan responden, yang isinya menekankan pada informasi karakteristik yaitu; nama, usia, jenis kelamin dan lain-lain.

### **2. Pengukuran Observasi**

Pengukuran observasi dilakukan melalui lembar kuesioner.

#### **4.6.2 Kuesioner Depresi**

*Geriatric Depression Scale* (GDS) memiliki format yang sederhana karena pertanyaan-pertanyaan yang mudah dibaca dan mudah untuk dipahami. *Geriatric Depression Scale* di Indonesia telah divalidasi pada berbagai populasi lansia. GDS yang dipergunakan adalah Kuesioner *Geriatric Depression Scale-15* (GDS-15). Kuesioner ini digunakan untuk *screening* responden yang mengalami depresi. Kuesioner dengan 15 *item* pertanyaan yang dijawab dengan jawaban "IYA" dan "TIDAK" (Greenberg, 2012). Pada soal yang terdiri dari pertanyaan *favorable* pada *item* nomor 1, 5, 7, 11, dan 13 jika dijawab "IYA" maka bernilai 0 dan diberi kode "0" untuk jawaban "IYA" kemudian jika dijawab "TIDAK" maka bernilai 1 dan diberi kode "1" untuk jawaban "TIDAK". Pada soal yang terdiri dari

pertanyaan *unfavorable* pada item nomor 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “TIDAK” kemudian jika dijawab “IYA” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “IYA”. Poin-poin tersebut selanjutnya dijumlah untuk mengetahui skor total dari skala tersebut. Skor total adalah 15 dan skor minimal adalah 0. Kemudian dengan mengetahui skor total ditentukan tingkatan depresi dengan kriteria: 0 – 5 maka tidak depresi, >5 mengindikasikan depresi.

#### **4.6.3 Uji Validitas dan Realibilitas**

##### **1. Uji Validitas**

Ghozali (2009) menyatakan bahwa uji validitas digunakan untuk mengukur sah, atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut.

Pengujian validitas instrumen untuk variabel kualitas hidup dilakukan dengan cara mengkorelasikan setiap skor item dengan skor total menggunakan teknik *Korelasi Pearson (Product Moment)*. Sementara pengujian validitas instrumen untuk variabel tingkat depresi dilakukan dengan menggunakan teknik *Point Biserial*. Kriteria pengujian menyatakan apabila koefisien korelasi ( $r_{IT}$ )  $\geq$  korelasi tabel ( $r_{tabel}$ ) berarti item dinyatakan valid atau mampu mengukur variabel yang diukurnya, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data. Adapun ringkasan hasil pengujian validitas sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 4.1** Validitas Instrumen Depresi

Variabel	Item	Koefisien Validitas	Korelasi Tabel	Keterangan
Tingkat Depresi	P1	0.401	0.297	Valid
	P2	0.338	0.297	Valid
	P3	0.716	0.297	Valid
	P4	0.690	0.297	Valid
	P5	0.425	0.297	Valid
	P6	0.370	0.297	Valid
	P7	0.667	0.297	Valid
	P8	0.525	0.297	Valid
	P9	0.317	0.297	Valid
	P10	0.329	0.297	Valid
	P11	0.504	0.297	Valid
	P12	0.531	0.297	Valid
	P13	0.570	0.297	Valid
	P14	0.385	0.297	Valid
	P15	0.539	0.297	Valid

**Tabel 4.2** Validitas Instrumen Kualitas Hidup

Domain	Item	Koefisien Validitas	Korelasi Tabel	Keterangan
Physical Health	3	0.646	0.297	Valid
	4	0.690	0.297	Valid
	10	0.639	0.297	Valid
	15	0.366	0.297	Valid
	16	0.602	0.297	Valid
	17	0.841	0.297	Valid
	18	0.835	0.297	Valid
Psychological	5	0.833	0.297	Valid
	6	0.720	0.297	Valid
	7	0.438	0.297	Valid
	11	0.521	0.297	Valid
	19	0.685	0.297	Valid
	26	0.670	0.297	Valid
Social Relationship	20	0.809	0.297	Valid
	21	0.603	0.297	Valid
	22	0.844	0.297	Valid

	8	0.518	0.297	Valid
	9	0.528	0.297	Valid
	12	0.625	0.297	Valid
Environment	13	0.309	0.297	Valid
	14	0.573	0.297	Valid
	23	0.526	0.297	Valid
	24	0.423	0.297	Valid
	25	0.651	0.297	Valid

Berdasarkan ringkasan hasil pengujian validitas instrumen dalam penelitian ini diketahui bahwa semua nilai koefisien korelasi setiap item dengan skor total ( $r_{IT}$ ) > nilai korelasi tabel ( $r_{tabel} = 0.297$ ). Dengan demikian semua item dari angka tersebut dinyatakan valid atau mampu mengukur variabel tersebut, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini.

## 2. Uji Reliabilitas

Ghozali (2009) menyatakan bahwa reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari perubahan atau konstruk. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Reliabilitas suatu *test* merujuk pada derajat stabilitas, konsistensi, daya prediksi, dan akurasi. Pengukuran yang memiliki reliabilitas yang tinggi adalah pengukuran yang dapat menghasilkan data yang reliabel

Pengujian reliabilitas menggunakan teknik *Cronbach's Alpha*. Kriteria pengujian menyatakan apabila koefisien *Cronbach's Alpha*  $\geq 0.6$  berarti item kuisisioner dinyatakan reliabel atau konsisten dalam mengukur variabel yang diukurnya. Adapun ringkasan hasil pengujian reliabilitas sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 4.3** Uji Reliabilitas

Variabel	Domain	Koefisien Reliabilitas	Cut Off	Keterangan
Kualitas Hidup	<i>Physical Health</i>	0.761	0.6	Reliabel
	<i>Psychological</i>	0.689	0.6	Reliabel
	<i>Social Relationship</i>	0.629	0.6	Reliabel
	<i>Environment</i>	0.607	0.6	Reliabel
Tingkat Depresi		0.851	0.6	Reliabel

Berdasarkan ringkasan hasil pengujian reliabilitas instrumen penelitian diketahui bahwa semua nilai *Cronbach's Alpha* > 0.6. Dengan demikian item pertanyaan/kuisisioner pada domain *Physical Health*, *Psychological*, *Social Relationship*, *Environment* pada variabel kualitas hidup dan item pertanyaan/kuisisioner pada variabel tingkat depresi dinyatakan reliabel atau konsisten dalam mengukur domain dan variabel tersebut, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini.

#### 4.7 Definisi Operasioanal

**Tabel 4.4** Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Tingkat Depresi	Tingkatan depresi yang dialami oleh lansia (responden) yang sebelumnya telah diukur dengan menggunakan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS) untuk <i>screening</i> depresi pada lansia	Alat ukur yang digunakan adalah lembar kuisisioner <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS)	Lembar kuisisioner GDS ( <i>Geriatric Depression Scale</i> ) yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan jawaban "YA" atau "TIDAK". Masing masing pertanyaan memiliki rentang nilai untuk setiap jawaban 0-1 total skor 0-15 Nilai ukur: Tidak	<i>Ordinal</i>

				depresi (0-5) Depresi (>5)		
2.	Kualitas hidup	keadaan individu melakukan kegiatan kehidupan sehari-hari tanpa adanya gangguan emosional, fungsional	Kuesioner kualitas hidup WHOQOL-BREF	Skor akhir = 0-50 = kualitas hidup kurang baik. 51-100 = kualitas hidup baik.		Ordinal

## 4.8 Pengolahan dan Analisis Data

### 4.8.1 Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul, sebelum dianalisa terlebih dahulu dilakukan hal-hal sebagai berikut:

#### 1. *Editing*

Dilakukan untuk memeriksa data, memeriksa jawaban, memperjelas serta melakukan pengolahan terhadap data yang dikumpulkan serta memeriksa kelengkapan, ketepatan dan kesalahan data.

#### 2. *Coding*

Memberikan kode atau simbol tertentu untuk setiap jawaban pasien sesuai dengan indikator pada kuesioner. Hal ini dilakukan untuk mempermudah penulis dalam melakukan tabulasi dan analisa data.

#### 3. *Entry data*

Merupakan suatu proses memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dianalisis dengan menggunakan program komputer.

## 7. Tabulating

Dari data mentah dilakukan penyesuaian data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan didata untuk disajikan dan dianalisis.

### 4.8.2 Analisis Data

Analisis data adalah proses penyederhanaan data dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan alat bentuk komputer. Analisis data dilakukan dengan menggunakan program SPSS *for windows*. Analisis data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan korelasi antara 2 variabel yaitu tingkat depresi dan kualitas hidup. Analisis bivariat dilakukan dengan uji Chi square.

### 4.9 Jadwal Kegiatan

**Tabel 4.5** Jadwal Kegiatan

NO	JENIS KEGIATAN	DES 2017	JAN 2017	FEB 2017	AGU 2018	NOV 2018	DES 2018
1.	PENYELESAIAN PROPOSAL	•	•	•			
2.	PENGURUSAN ETIK				•	•	
3.	PELAKSAAN PENELITIAN						•
4.	PENGOLAAN DATA						•
5.	PELAPORAN HASIL PENELITIAN						•

#### 4.9.1 Etik

Penelitian ini sudah mendapatkan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan nomor Surat 343/EC/KEPK-S1-PD/12/2018 yang dapat dilihat dibagian lampiran.



## **BAB V**

### **HASIL ANALISIS**

#### **5.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Data penelitian didapatkan 44 responden di dua panti jompo di Kota Malang. Panti jompo tersebut meliputi Panti Jompo Al-Islah dan Griya kasih Siloam.

##### **5.1.1 Panti Jompo Al-Islah**

Panti jompo Al-Islah berlokasi di Jl. Laksa Adi Sucipto No. 30, Pandanwangi, Blimbing, Kota Malang. Panti Jompo ini mempunyai lansia sebanyak 20 orang. Gus Ipul (Wakil Gubernur Jawa Timur) telah meresmikan panti jompo ini pada tahun 2010. Semenjak itu, panti jompo ini banyak membantu memantapkan perkembangan kesehatan lansia. Fasilitas di panti jompo ini seperti kamar mandi, kasur, makanan, dan lain-lain terus bertambah dan jumlah anggota lansia yang masih aktif datang ke panti jompo.

Setiap hari perawat akan melakukan pengecekan kesehatan kepada seluruh anggota lansianya dan dokter atau tenaga kesehatan dari puskesmas atau klinik setempat akan datang setiap 1 atau 2 minggu sekali. Pemeriksaan yang dilakukan adalah memeriksa tanda vital dan memastikan lansia dalam keadaan yang normal. Tatkala anggota lansianya mempunyai masalah tentang kesehatan, mereka sering menanyakan ke perawat yang menjaga di Panti Jompo tersebut.

Pada awalnya panti jompo ini memiliki kapasitas untuk 28 orang, tapi pada tahun 2014 kapasitas berkurang menjadi 20 orang, 20 orang lansia yang tinggal di panti ini semuanya berjenis kelamin perempuan. Usia lansia di panti ini rata-rata usia 75 tahun.

### **5.1.2 Panti Jompo Griya Kasih Siloam**

Panti Jompo Griya Kasih Siloam berkedudukan di Jl. Sigura - Gura No.17, Karangbesuki, Sukun, Kota Malang, Jawa Timur 65149. Panti jompo ini mempunyai 33 anggota lansia. Panti jompo ini memiliki fasilitas yang baik dan banyak membantu dalam perkembangan kesehatan lansia.

Pengecekan kesehatan akan dilakukan oleh dokter tenaga kesehatan dari puskesmas atau klinik setempat pada anggota lansia di Panti Jompo Griya Kasih Siloam seminggu sekali. Kegiatan yang dilakukan adalah memeriksa suhu tubuh, laju pernafasan, laju nadi, dan takanan darah. Terdapat juga penyakit seperti diabetes melitus atau hipertensi pada lansia di panti jompo ini.

Seluruh anggota di Panti Jompo Griya Kasih Siloam ada berjenis kelamin perempuan yang anggota sebanyak 33 orang lansia. Namun pada awalnya panti jompo ini mempunyai kapasitas untuk 40 orang. Usia anggota lansianya rata-rata usia 60 tahun.

## 5.2 Gambaran Umum Responden

Tabel 5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
<b>Usia (Th)</b>	60-70 tahun	26	59.1%
	71-80 tahun	14	31.8%
	81-90 tahun	3	6.8%
	91-100 tahun	1	2.3%
	<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100.0%</b>
<b>Pendidikan</b>	SD-SMP	12	29%
	SMU-D3/D1	28	68%
	S1 &>S1	4	3%
	<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100.0%</b>
<b>Pekerjaan</b>	Ibu Rumah Tangga	19	43%
	Wirausaha	16	36%
	Pensiunan	9	21%
	<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100.0%</b>
<b>Jenis Kelamin</b>	Laki-laki	0	0%
	Perempuan	44	100%
	<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Sumber : hasil penelitian, 2018 berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang mempunyai responden berusia 91 – 100 tahun memiliki persentase 2.3%. Sementara 6.8% responden berusia 81 – 90 tahun dan 31.8% responden yang berusia 71 – 80 tahun. Paling banyak berusia 60 – 70 tahun dengan persentase sebesar 59.1%. Seluruh responden berjenis kelamin perempuan. Sejumlah 21 % responden sudah pensiunan. 36% responden dulunya sebagai wirausahawati. Sebanyak 43% responden dulunya menjadi ibu rumah tangga. Kemudian yang pendidikan terakhir minimal S1 atau lebih memiliki persentasi 3%. Mayoritas lansia pendidikan terakhirnya adalah SMA-D3 atau D1 sebesar 68%. Terakhir SD-SMP sebanyak 29%.

### 5.3 Analisis Deskriptif

#### 5.3.1 Tingkat Depresi

**Tabel 5.2** Frekuensi tingkatan kejadian depresi

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Normal	17	38.60%
Depresi Ringan-Berat	27	61.40%
Total	44	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang paling banyak mengalami depresi dengan persentase sebesar 61.40%. Sementara sisanya tidak mengalami depresi dengan persentase sebesar 38.60%.

#### 5.3.2 Kualitas Hidup

**Tabel 5.3** Tingkat Kualitas hidup

		Kualitas Hidup	
		Kurang Baik	Baik
Domain 1 (Fisik)	R	19	25
	%	43.20%	56.80%
Domain 2 (Psikologis)	R	15	29
	%	34.10%	65.90%
Domain 3 (Hubungan Sosial)	R	3	41
	%	6.80%	93.20%
Domain 4 (Lingkungan Hidup)	R	3	41
	%	6.80%	93.20%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang pada domain 1 paling banyak memiliki kualitas hidup baik dengan persentase sebesar 56.80%. Sementara sisanya memiliki kualitas hidup kurang baik dengan persentase sebesar 43.20%. Kemudian pada domain 2 paling banyak memiliki kualitas hidup baik dengan persentase sebesar 65.90%. Sementara sisanya memiliki kualitas hidup kurang baik dengan persentase sebesar 34.10%. Pada domain 3 dan domain 4 paling banyak memiliki kualitas hidup baik dengan persentase sebesar

93.20%. Sementara sisanya memiliki kualitas hidup kurang baik dengan persentase sebesar 6.80%.

### 5.3.3 Analisis Hubungan Antara Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup pada Domain *Physical Health*

Hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Physical Health* dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 5.4** tabulasi Silang Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Domain 1 (*Physical Health*)

Tingkat Depresi	Kualitas Hidup				Total		P Value
	Kurang Baik		Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Normal	3	6.8%	14	31.8%	17	38.6%	0.007
Depresi	16	36.4%	11	25.0%	27	61.4%	
Total	19	43.2%	25	56.8%	44	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang, 3 orang (6.8%) tidak mengalami depresi dengan kualitas hidup kurang baik dan 14 orang (31.8%) tidak mengalami depresi dengan kualitas hidup baik. Selanjutnya 16 orang (36.4%) mengalami depresi dengan kualitas hidup kurang baik dan 11 orang (25.0%) mengalami depresi dengan kualitas hidup baik.

Pengujian hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Physical Health* di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang dilakukan menggunakan **Chi Square – Yates Correction Test**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas uji *Yates Correction Test* sebesar 0.007. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas < *level of significance* (alpha ( $\alpha=5\%$ )). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Physical Health* di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang.

### 5.3.4 Analisis Hubungan Antara Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup pada Domain *Psychological*

Hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Psychological* dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 5.5** tabulasi Silang Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Domain 2 (*Psychological*)

Tingkat Depresi	Kualitas Hidup				Total		P Value
	Kurang Baik		Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Normal	4	9.1%	13	29.5%	17	38.6%	0.241
Depresi	11	25.0%	16	36.4%	27	61.4%	
Total	15	34.1%	29	65.9%	44	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang, 4 orang (9.1%) tidak mengalami depresi dengan kualitas hidup kurang baik dan 13 orang (29.5%) tidak mengalami depresi dengan kualitas hidup baik. Selanjutnya 11 orang (25.0%) mengalami depresi dengan kualitas hidup kurang baik dan 16 orang (36.4%) mengalami depresi dengan kualitas hidup baik.

Pengujian hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Psychological* di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang dilakukan menggunakan **Chi Square – Yates Correction Test**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas uji *Yates Correction Test* sebesar 0.241. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas > *level of significance* (alpha ( $\alpha=5\%$ )). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Psychological* di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang.

### 5.3.5 Analisis Hubungan Antara Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup pada Domain *Social Relationship*

Hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Social Relationship* dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 5.6** tabulasi Silang Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Domain 3 (*Social Relationship*)

Tingkat Depresi	Kualitas Hidup				Total		P Value
	Kurang Baik		Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Normal	1	2.3%	16	36.4%	17	38.6%	1.000
Depresi	2	4.5%	25	56.8%	27	61.4%	
Total	3	6.8%	41	93.2%	44	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang, 1 orang (2.3%) tidak mengalami depresi dengan kualitas hidup kurang baik dan 2 orang (4.5%) mengalami depresi dengan kualitas hidup kurang baik. Selanjutnya 16 orang (36.4%) tidak mengalami depresi dengan kualitas hidup baik dan 25 orang (56.8%) mengalami depresi dengan kualitas hidup baik.

Pengujian hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Social Relationship* di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang dilakukan menggunakan **Chi Square – Fisher’s Exact Test**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas uji *Fisher’s Exact Test* sebesar 1.000. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas > *level of significance* (alpha ( $\alpha=5\%$ )). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Social Relationship* di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang.

### 5.3.6 Analisis Hubungan Antara Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup pada Domain *Environment*

Hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Environment* dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 5.7** tabulasi Silang Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Domain 4 (*Environment*)

Tingkat Depresi	Kualitas Hidup				Total		P Value
	Kurang Baik		Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Normal	0	0.0%	17	38.6%	24	38.6%	0.272
Depresi	3	6.8%	24	54.5%	20	61.4%	
Total	3	6.8%	41	93.2%	44	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang, tidak satu pun orang tidak mengalami depresi dengan kualitas hidup kurang baik dan 17 orang (38.6%) tidak mengalami depresi dengan kualitas hidup baik. Selanjutnya 3 orang (6.8%) mengalami depresi dengan kualitas hidup kurang baik dan 24 orang (54.5%) mengalami depresi dengan kualitas hidup baik.

Pengujian hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Environment* di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang dilakukan menggunakan **Chi Square – Fisher’s Exact Test**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas uji *Fisher’s Exact Test* sebesar 0.272. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas > *level of significance* (alpha ( $\alpha=5\%$ )). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada domain *Environment* di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Penelitian ini menggunakan jumlah sampel sebanyak 44 responden di dua panti jompo di Kota Malang. Keseluruhan responden adalah berjenis kelamin perempuan. Penelitian ini dilakukan selama bulan Desember 2018 di Panti Jompo Al-Islah dan Griya Kasih Siloam Kota Malang dengan menilai hubungan antara tingkat depresi dan kualitas hidup (WHOQOL-BREF) pada lansia di panti jompo bersangkutan.

#### **6.1 Pembahasan Hasil Penelitian**

##### **6.1.1 Karakteristik Responden Penelitian**

Pada penelitian ini seluruh responden adalah berjenis kelamin perempuan, di Panti Jompo Al-Islah dan Griya Kasih Siloam hanya mempunyai lansia perempuan. Menurut Nugroho, Angka harapan hidup perempuan cenderung lebih tinggi dari pada harapan hidup laki karena kemajuan pelayanan kesehatan membuat angka kematian bayi dan anak menurun, perbaikan gizi dan sanitasi, dan meningkatnya pengawasan terhadap psikis atau fisik. Prevalensi depresi pada lansia berjenis kelamin wanita lebih tinggi. Alasan untuk perbedaan ini meliputi perbedaan hormonal, efek-efek dari melahirkan, perbedaan stressor psikososial, dan model-model perilaku dari *learned helplessness* (Sadock & Sadock, 2007).

Kebanyakan responden berusia 60-70 tahun hampir setengah dari total populasi. Dalam penelitian ini juga dilakukan analisis tingkat depresi berdasarkan karakteristik responden. Adapun hasilnya adalah sebagai berikut, dari hasil analisis tingkat depresi berdasarkan usia didapatkan lansia yang banyak

mengalami depresi adalah lansia yang berasal dari kategori usia lansia (60–74 tahun).

### **6.1.2 Kejadian Depresi pada Lansia**

Sebagian besar penduduk lansia di Indonesia tinggal bersama keluarganya di rumah. Namun, ada juga lansia yang tinggal di panti Jompo. Perbedaan lingkungan tempat tinggal ini memunculkan perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologis, serta spiritual (Wulandari, 2011). Perbedaan ini dapat menyebabkan lansia mengalami depresi.

Lansia yang mengalami depresi memiliki beberapa faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia tersebut yaitu semakin tua umur maka semakin berisiko terkena penyakit. Hal tersebut sesuai dengan Padila (2013) yang menyebutkan bahwa setiap lansia pastinya mengalami perubahan secara biologis, psikososial, sosiokultural, dan konsekuensi fungsional.

Faktor risiko lain yang menyebabkan timbulnya gejala depresi pada lansia selain karena faktor usia, adalah wanita tidak menikah dan janda, lebih banyak disabilitas fisik, adanya penyakit fisik, ada gangguan kognitif atau demensia, gangguan tidur kronik, kegelisahan, status sosial ekonomi yang kurang, adanya kehilangan pasangan atau orang terdekat, stres kronik atau mengalami kehidupan yang penuh stresor, dan kurangnya dukungan psikososial (Blazer, 2003; Gallagher *et al.*, 2009).

### **6.1.3 Kualitas Hidup pada Lansia**

Kuesioner kualitas hidup (WHOQOL-BREF) yang dipakai untuk penelitian ini terbagi menjadi empat domain yaitu domain fisik, domain psikologis domain sosial, dan domain hubungan individu dengan lingkungan. Menurut WHOQOL (Yulianti dan Ririanty, 2014), kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap

kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik, psikologis, tingkat kemandirian dan hubungan individu dengan lingkungan.

#### **6.1.4 Analisis Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup pada Lansia**

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat signifikan pada domain fisik manakala domain psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan hidup tidak signifikan. Dari penelitian ini, beberapa domain tidak signifikan mungkin dikarenakan beberapa hal antaranya adalah, responden kurang mengerti dengan persoalan yang ditanyakan, dan adanya *outliers* yaitu data yang aneh, bisa jadi keanehan ini karena salah dalam mengentri data, bisa jadi karena individu yang memang unik, berbeda dengan kebanyakan. Akibat dari *outlier* ini *standard error* akan meningkat. Signifikansi berbanding terbalik dengan eror standar, jadi semakin besar eror standar semakin kecil peluang untuk mendapatkan hasil yang signifikan (Widhiarso, 2011). Bila data kuesioner terlalu lengkap, responden tidak mau melengkapi atau jujur menjawab kuesioner. Responden umumnya merasa khawatir dan tidak nyaman bila kejujurannya diketahui oleh pihak penyelenggara penelitian (firlydiah, 2009). Selain itu, dikarenakan sampel yang tidak banyak juga berefek pada signifikan penelitian ini. Menggunakan sampel terlalu kecil untuk menginterpretasikan kinerja subkelompok yang menjadi fokus perhatian (Issac, 1982). Beberapa responden dalam penelitian ini juga mempunyai masalah dalam mengingat sesuatu yang sudah lama. Mudah lupa merupakan tahap yang paling ringan dan sering dialami pada orang usia lanjut. Mudah lupa sering diistilahkan *Benign Senescent Forgetfulness* (BSF) atau *Age Associated Memory Impairment* (AAMI). Ciri-ciri kognitifnya adalah proses berfikir

melambat, kurang menggunakan strategi memori yang tepat, kesulitan memusatkan perhatian, mudah beralih pada hal yang kurang perlu, memerlukan waktu yang lebih lama untuk belajar sesuatu yang baru dan memerlukan lebih banyak petunjuk/isyarat (*cue*) untuk mengingat kembali (Hartono, 2006).

#### **6.1.4.1 Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup pada Lansia Domain Fisik**

Pada kualitas hidup domain fisik keterbatasan fisik dianggap sebagai faktor risiko yang berpotensi memberi dampak pada tekanan psikologis dan kualitas hidup. Program fisioterapi dapat membantu meningkatkan atau mempertahankan status fungsional fisik, serta meningkatkan *mood* lansia. Beban kesehatan fisik juga dianggap sebagai faktor risiko yang berpotensi memberi dampak yang besar. Ini dibuktikan dalam sejumlah penelitian lain yang memiliki hubungan dengan depresi dan menyebabkan kualitas hidupnya berkurang (Chapman, 2005, Gunn JM, 2012). Penting untuk lansia menerima pengobatan yang tepat untuk penyakit fisik yang dialami. Demi untuk mengurangi penderitaan fisik dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Penting juga untuk melakukan pendekatan intervensi dini untuk mempromosikan penuaan yang sehat sekaligus meningkatkan kualitas hidup lansia (Naismith, 2009). Mengenai kondisi kesehatan, penyakit kronis dikaitkan dengan kualitas hidup keseluruhannya yang lebih buruk pada domain fisik dan psikologis. Penyakit kronis lebih cenderung membatasi aktivitas sehari-hari karena gejala fisik seperti rasa sakit dan ketidaknyamanan yang dapat menurunkan kapasitas fungsional individu dan secara negatif mencerminkan kualitas hidup mereka, terutama dalam domain fisik (Khanal, 2014, Dogar, 2012, Haroon, 2007, Nicolson, 2000, Yabroff, 2007). Kualitas tidur yang buruk telah diamati memiliki dampak negatif jangka panjang dan pendek dengan mengganggu pada domain kualitas hidup fisik, emosional, mental, dan

sosial (Gottlieb, 2005). Beberapa penelitian menghubungkan kualitas tidur yang baik akan berkontribusi pada kualitas hidup yang lebih baik pada orang dewasa yang lebih tua (Ohayon *et al.*, 2017). Penelitian lain telah menunjukkan kebutuhan untuk mencegah depresi pada lansia dan ini bisa menjadi faktor penting untuk meningkatkan kualitas hidup lansia (Richards *et al.*, 2016). Oleh karena itu, pendidikan dan inisiatif kebijakan yang mempromosikan perilaku tidur yang tepat pada orang lansia adalah penting untuk menilai dengan lebih terperinci intervensi kualitas tidur dengan depresi. Seperti yang diamati dalam penelitian ini, hubungan negatif antara pengobatan farmakologis dan kualitas hidup telah ditunjukkan dalam domain fisik. Penjelasan yang mungkin adalah, penggunaan obat dikaitkan dengan otonomi atau kemandirian pasien yang lebih rendah. Penting untuk ditekankan bahwa ketergantungan pada obat atau perawatan menjadi faktor yang memperburuk kualitas hidup dengan menurunnya kemandirian, dan efek samping obat menyebabkan kurangnya kualitas hidup fisik seperti pusing, merasa lelah, dan mengantuk (Arejas, 2014, Oliveira, 2013, Vagetti, 2013, Fleck, 2003). Lansia yang menganggap kesehatannya kurang baik berbanding orang lain, seringkali mempunyai skor depresi lebih tinggi. (Beekman, 2004, Shimada, 2001, Giray H, 2006, Demir A, 2010). Lansia yang menganggap kesehatan mereka buruk memiliki secara signifikan lebih rendah rata-rata dalam skor kualitas hidup dibandingkan lansia yang menganggap kesehatan mereka baik. Penelitian lain yang dilakukan dengan lansia menemukan bahwa mereka yang menganggap kesehatan mereka kurang baik, cenderung memiliki tingkat ketergantungan yang lebih tinggi dalam kegiatan kehidupan sehari-hari (Hachihasano, 2012). Selain itu, lansia yang mempunyai kesehatan

dan kualitas hidup yang kurang baik cenderung untuk mengalami depresi berbanding lansia yang tidak mempunyai depresi (Sapranaviciute, 2014).

#### **6.1.4.2 Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup pada Lansia Domain Psikologis**

Kualitas hidup pada domain psikologis, responden kebanyakan merasa sedih disebabkan merasa rindu kepada keluarga dan kesepian jika tiada yang datang mengunjungi mereka dalam waktu yang lama. Perasaan sedih adalah emosi yang paling sering dinyatakan. Termasuk rasa beresalah, kegelisahan, kemarahan, depresi, ketidakberdayaan, kesepian dan penyesalan tentang suatu hubungan dengan orang yang telah meninggal. Beberapa orang tidak mampu berkonsentrasi setelah kematian seseorang yang penting bagi mereka. Tanggapan kesedihan tersebut diwujudkan dari individu itu sendiri (Lueckenotte, 2000). Pada penelitian ini, didapatkan depresi dengan kualitas hidup domain psikologis tidak signifikan, ini disebabkan karena kebanyakan responden menjawab pertanyaan dengan nilai yang tidak sesuai dengan apa yang dirasakan.

#### **6.1.4.3 Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup pada Lansia Domain hubungan Sosial**

Selain itu, pada kualitas hidup domain hubungan sosial, hampir semua responden sering mendapat dukungan yang baik dari teman-teman dan perawat yang juga tinggal di panti jompo tersebut. Namun, beberapa lansia kurang suka untuk berkomunikasi dengan lansia lain karena berbeda pandangan dan sikap. Komponen penting yang lain dari masa tua yang sukses dan kesehatan mental adalah adanya sistem pendukung yang efektif. Sumber pendukung pertama biasanya merupakan anggota keluarga seperti pasangan, anak-anak, saudara

kandung, atau cucu. Namun, struktur keluarga akan mengalami perubahan jika ada anggota yang meninggal dunia, pindah ke daerah lain, atau menjadi sakit. Oleh karena itu, kelompok pendukung yang lain sangat penting. Beberapa dari kelompok ini adalah tetangga, teman dekat, kolega sebelumnya dari tempat kerja atau organisasi dan anggota lansia di tempat kerja atau organisasi, dan anggota lansia di tempat ibadah (Stanley and Patricia, 2006). Penelitian ini mendapatkan bahwa tingkat depresi dengan kualitas hidup domain hubungan sosial tidak signifikan. Hal ini disebabkan, lansia kebanyakan mendapat dukungan yang baik dari petugas dan teman yang juga tinggal di Panti Jompo tersebut.

#### **6.1.4.4 Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup pada Lansia Domain Lingkungan Hidup**

Permasalahan yang sering dialami oleh lansia pada domain lingkungan hidup adalah masalah kekurangan sumber keuangan. Keuangan yang tidak mencukupi menyebabkan lansia menjadi stres ketika mereka mahu membeli sesuatu tetapi tidak mampu. Dalam penelitian ini, memiliki penghasilan sendiri dikaitkan dengan kualitas hidup lingkungan hidup yang lebih baik. Hasil serupa ditemukan oleh Azevedo *et al.* 2010 yang mengamati bahwa kelas sosial yang lebih rendah menunjukkan kualitas hidup yang lebih buruk di domain lingkungan hidup. Hasil yang sama juga ditemukan dalam penelitian yang dilakukan dengan wanita Iran, di mana kepuasan mempunyai pendapatan mereka sendiri, menghasilkan kualitas hidup yang lebih baik pada domain lingkungan hidup. Pada penelitian ini didapatkan hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup domain lingkungan hidup tidak signifikan. Hal ini disebabkan, kebanyakan lansia di Panti Jompo tersebut sudah menerima dengan masalah keuangan yang dihadapi dan bersyukur dengan keadaan mereka sekarang. Walaupun

mempunyai masalah keuangan mereka kebanyakan memberi nilai yang baik dalam pertanyaan kualitas hidup yang berhubungan dengan domain lingkungan hidup.

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nurhasanah (2008) didapatkan data *P value*/nilai probabilitas  $<0,05$  yakni 0,000. Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara kejadian depresi dan kualitas hidup pada Lansia di Kabupaten Sleman, Yogyakarta. Penelitian Adeleida (2012) didapatkan hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada lansia di RSUP PROF DR R.D KANDOU, Manado, hasil data bahwa nilai probabilitas adalah 0.000, nilainya kurang dari 5% atau  $<0,05$  bermaksud terdapat signifikan antara depresi dan kualitas hidup pada penelitian tersebut. Penelitian Penelitian Febri Prihatnanto (2013) penelitian tentang hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup lanjut usia di Desa Gedongan, Kabupaten Sukoharjo juga memberikan hasil yang serupa, yakni adanya hubungan yang signifikan dengan nilai probabilitas  $< 0.000$ . Penelitian lain yang dilakukan oleh Ayu Rani (2017) juga menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha, Jakarta, dengan hasil penelitian dari analisa data menunjukkan bahwa nilai *p value*  $< 0,017$ . Penelitian oleh Irwan Firmansyah (2014) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Jember Kidul Kecamatan Kaliwates Kabupaten, Jember dengan hasil penelitian menunjukkan nilai probabilitas 0.001 yang menunjukkan bahwa depresi dan kualitas hidup terdapat hubungan yang signifikan.

Hasil penelitian ini, diketahui bahwa terdapat hubungan signifikan di domain fisik antara tingkat depresi dengan kualitas hidup lanjut usia di Panti



Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang, artinya semakin tinggi tingkat depresi yang ada pada Lansia tersebut maka semakin rendah kualitas hidup fisik yang dialaminya. Hal ini sesuai dengan pendapat Evy (2008) yang mengungkapkan depresi merupakan masalah mental yang sering diderita pada lanjut usia yang memperburuk kondisi kualitas hidup lanjut usia. Dari penelitian ini didapatkan bahwa kualitas hidup yang baik dengan depresi yang rendah memiliki hubungan yang erat untuk kesejahteraan psikologis. Komponen kualitas hidup dapat dibedakan menjadi empat yaitu, hubungan sosial dan tingkat fisik, fungsi peran, Psikologis dan faktor lingkungan. Faktor-faktor dari lingkungan fisik itu menentukan derajat dari batasan yang akan dicapai pada tingkat kualitas hidup individu, salah satu contoh faktor lingkungan adalah dukungan sosial (Katschnig, Freeman dan Sartorius, 2006).

Namun demikian, seperti yang diharapkan, temuan utama adalah bahwa depresi dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih buruk, baik pada gejala maupun tingkat penyakit, orang yang depresi memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada orang yang tidak mengalami depresi (Anne-Sofie Helvik, 2015). Seiring berjalannya waktu, lansia dapat menerima kehilangan kesehatan dan fungsinya karena perubahan biologis dan psikososial, dan dengan demikian akan menurunkan harapan mereka dan menyesuaikan standar internal mereka untuk menghilangkan perbedaan antara kemungkinan dan situasi aktual (*response shift*) (McDowell 2006).

Depresi atau gejala depresi merupakan komorbiditas yang paling umum pada orang tua dengan kesulitan kesehatan fisik, karena depresi mempengaruhi kualitas hidup secara buruk dan sering diabaikan dari kesehatan medis, mendeteksi depresi dan merawat pasien yang depresi adalah penting. Dengan

demikian, sangat direkomendasikan bahwa tenaga kesehatan untuk sering memerhatikan kesehatan mental dan fisik (Sinnige, 2013). Menurut Zan Pieter *et al.*, (2011), penyebab depresi dari faktor internal meliputi stres, usia dan jenis kelamin, kepribadian, biologis, dan psikologis maupun dari faktor eksternal meliputi faktor keluarga, faktor lingkungan, dan faktor tekanan hidup, dari beberapa faktor tersebut dapat menimbulkan depresi sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup pada lansia.

## **6.2 Implikasi Terhadap Bidang Kedokteran**

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa adanya hubungan antara tingkat depresi yang menggunakan GDS (*Geriatry Depression Scale*) sebagai instrumen tingkatan depresi dengan kualitas hidup (WHOQOL-BREF) yang diukur dengan menggunakan *World Health Organization Quality of Life Instruments*. Sehingga memiliki peran yang cukup penting dimiliki oleh lansia, sehingga implikasi dari penelitian ini diharapkan dapat mendeteksi depresi dan kualitas hidup yang kurang baik dengan lebih dini yang dapat meningkatkan kualitas hidup para lansia. Oleh karena itu, semua tim kesehatan bertanggung jawab untuk mengembangkan kemampuan diri dan melaksanakan peran sebagai edukator.

## **6.3 Keterbatasan Penelitian**

### **1. *Recall* bias**

Antara keterbatasan dalam melaksanakan penelitian ini adalah kemampuan responden untuk mengingat kembali pengalamannya terkait gejala dan tanda penyakit yang dialaminya.

### **2. *Self Report***

Penelitian ini mengambil data dengan menggunakan kuesioner, dengan ini berharap responden akan mampu menjawab sendiri semua item pertanyaan dalam kuesioner yang disesuaikan dengan kondisi yang dialami responden, tetapi pada beberapa responden harus membutuhkan pendampingan peneliti pada saat pengisian kuesioner tersebut. Hal ini terjadi karena pasien tidak bisa menulis karena penyakit (*tremor*) atau tidak yakin dengan jawaban yang sudah diberikan.

## **BAB VII**

### **PENUTUP**

#### **7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil kesimpulan bahwa depresi mempunyai hubungan yang kuat dengan kualitas hidup fisik dan berpola pada negatif, artinya semakin tinggi skor depresi yang diukur dengan (GDS) *Geriatry Depression Scale* maka akan semakin buruk kualitas hidup fisik pada lansia Panti Jompo Al-Islah dan Griya Kasih Siloam Kota Malang.

#### **7.2 Saran**

##### **1. Bagi keluarga Lansia**

Anggota keluarga lansia hendaknya memberikan perhatian yang lebih terhadap lansia selalu memberi semangat supaya lansia yang mengalami kualitas hidup kurang menjadi baik.

##### **2. Bagi Peneliti selanjutnya**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar pengembangan bagi peneliti selanjutnya yang berhubungan dengan kejadian depresi dengan sampel yang lebih banyak atau dengan metode penelitian dan variabel yang berbeda.

##### **3. Bagi lansia di panti jompo Al-Islah dan Griya Kasih Siloam**

Semua lansia di panti jompo Al-Islah dan Griya Kasih Siloam diharapkan dapat mengurangi rasa putus asa dan frustrasi dengan cara sering berkomunikasi atau berinteraksi dengan keluarga dan teman agar dapat mengurangi depresi. Responden harus lebih banyak terlibat dalam aktifitas sosial. Dengan ini

diharapkan responden memiliki kualitas hidup yang baik yang dapat memberikan ketenangan, kesejahteraan, dan keselamatan.

#### 4. Bagi institusi Panti Jompo

Untuk membantu mengurangi angka depresi pada lansia dan meningkatkan kualitas hidup pada lansia, diharapkan institusi Panti Jompo Al-Islah dan Griya Kasih Siloam dapat mengadakan kegiatan jasmani dan rohani secara rutin.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agus IGM, Wwpsr B, Ratep N, Westa W. (2014). Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kubu li Factors That Affect The Rate Of Depression In Elderly, pp1–14.
- Amir N. (2005). Depresi Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tata Laksana. Jakarta: FK UI.
- Anne-Sofie Helvik. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons.
- Anurogo,D. & Wulandari, A. (2011). Cara Jitu Mengatasi Nyeri Haid.Yogyakarta: ANDI Yogyakarta.
- Aspiani. (2014). Depresi pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. Jurnal Psikologi Volume 41, pp 241 – 249.
- Azevedo S, Castillo L et al. (2010). The Influence of Masticatory Loading on Craniofacial Morphology: A Test Case Accross Technological in Ohio Valley. American Journal of Physical Antropolgy. pp 297-314.
- Azizah L. (2011). Keperawatan Lanjut Usia. Ed 1. Yogyakarta: Graha Ilmu, pp1-17 .
- Banon, E. (2011). Pengaruh terapi reminiscene dan psikoedukasi keluarga terhadap kondisi depresi dan kualitas hidup lansia di Katulampa Bogor (Tesis, Program Studi Magister). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Blazer, D.G., & Hybels, C.F. (2005) Origins of depression in later life. Psychological Medicine, pp 1–12.
- Blazer, D.G.,&Williams, C.D. (1982). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. American J. Psychiatry, pp 439-444.

- Dalami E dkk. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Draper BM. (2000) The effectiveness of the treatment of depression in the physically ill elderly. *Aging Ment Health*, pp 9-20
- Draper, B. (1994). Suicidal behaviour in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, pp 655–661
- Efendy, F dan Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunikasi : Teori dan praktik dalam keperawatan*, Jakarta : Salembamedika.
- Estelle, J.J., Kirsch, N.L., & Pollack M.E. (2006). *Enhancing Social Interaction In Elderly Communities Via Location- Aware Computing*. *CBI Journal*
- Greenberg S a. The geriatric depression scale (GDS). *Best Pract Nurs Care to Older Adults*.
- Evy. (2008). *Waspada! Depresi pada Lansia*. <http://creasoft.wordpress/2008/04/depresi-2>.
- Ghozali, Imam. (2009). *“Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS “*. Semarang : UNDIP.
- Kustanti, N. (2012). *Kualitas Hidup Lansia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Karangmalang kabupaten Sragen*.
- Hardywinoto dan Setiabudhi, T. (2005). *Panduan Gerontologi*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Herdy Munayang, Anita, Inri dkk. (2015) *Hubungan Lama Tinggal Dengan Depresi Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Tresna Werdha*.
- Haralambous B, Lin X, Dow B dkk. (2009) *Depression In Older Age: A Scoping Study*. *Natl Ageing Res Inst*, pp 1–102.

- Iden KR, Engedal K, Hjorleifsson S, Ruths S: (2014) Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dement Geriatr Cogn Disord*, pp 54–162.
- Irianto Koes. (2014) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Alfabet.
- Jacoby and Openheimer. (2001) *Pschyatric in Elderly 3rd Edition*. Avon: The Bath Press.
- Katschnig, H., Freeman, H., & Sartorius, N. (2006). *Quality of life in mental disorders (2nd Ed.)*. England: John Wiley, Ltd.
- Kaplan HI; Sadock BJ; Grebb JA. (2010) *sinopsis Psikiatri: Ilmu pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. 2nd ed. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Kartika S. (2012). *Gambaran Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia (Lansia) Di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 Dan 03 Jakarta Timur*. J Univ Indones, pp 1–74.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., & Pot, A. M. (2010). Reminiscence and adaptation to critical life events in older adults with mild to moderate depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, pp 638–646.
- Kraaij,V., Arensman,E.,& Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly Persons : Meta-Analysis. *Journal of Gerontology : Psychological Science*, pp 87-94.
- Lapierre, S., Pronovost, J., Dube, M., & Delisle, I. (1992). Risk factors associated with suicide in elderly persons living in the community. *Canada's Mental Health*, 40, pp 8–12.
- Lubis NL. (2009) *Depresi: Tinjauan Psikologis Ed.1*. Jakarta: Kencana.



- Lumbantobing, S.M. (2008). Tekanan darah tinggi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Manthorpe, Jill L & Liffe, S (2005) Depression and Later Life. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Markam, Suprpti Sumarmo. (2008). Pengantar Psikologi Klinis. Jakarta: Universitas Indonesia – Press
- McDowell I. (2006) General Health Status and Quality of Life; Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires. Oxford, Oxford University Press, pp 520–702.
- Miller CA. (1996) Nursing Care of Older Adults: Theory and Practice 4rd Edition. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Mirowsky,J., & Ross,C.E.(1992). Age and depression. Journal of Health and Social Behavior, 33, pp 187-205.
- Mojtabai R. (2014). Diagnosing Depression in Older Adults in Primary Care. The New England Journal of Medicine.
- Mubarak, H.I, et al. (2011). Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi. Jakarta : Salemba Medika.
- Muhith dan Nasir. (2011) Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Napitupulu. (2010). Pendidikan Karakter Diintegrasikan. <http://edukasi.kompas.com/read/2010/08/31/19585479/Pendidikan.Karakter.Diintegrasikan>. [21 Oktober 2010]
- Newman, J.P. (1989). Aging and Depression. Psychology And Aging,4, pp 150-165.

- Norma, K. (2012). Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Karangmalang Kabupaten Sragen. Skripsi Keperawatan. Surakarta : UMS.
- Nursalam. (2013). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Nugroho T. (2010) Kamus Pintar Kesehatan. 1st ed. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pangkahila. (2007). Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta
- Padila. (2013). Buku ajar keperawatan gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pradono. (2007). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Hipertensi Di Daerah Perkotaan (Analisis Data Riskesdas 2007).
- Reuser, Bonneux, & Willekens. (2010). The Effect Of Risk Faktors On The Duration Of Kognitif Imparment : A Multistase Life Table Analysis Of The U. S. Health And Retirement Survey.
- Riyadi S dan TP. (2009) Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sanjaya A. dan Rusdi I. (2012). Hubungan Interaksi Sosial dengan Kesenian Pada Lansia. Naskah Publikasi Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara
- Saputri MAW, Indrawati ES. (2011). Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Wreda Wening Wardoyo Jawa Tengah. J Psikol Undip, 9(1) pp 65–72.
- Sarafino E. (2006). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions fifth edition. USA: Jhon Wiley & Sons.
- Salim, O. C. dkk (2007). Validitas dan reliabilitas World Health Organization Quality of Life – BREF untuk mengukur kualitas hidup lanjut usia, 26(1), pp 27-38

- Sekarwiri, Edesia. (2008). Hubungan Antara Kualitas Hidup Dan Sense Of Community pada Warga DKI Jakarta yang Tinggal di Daerah Rawan Banjir. Skripsi. Fakultas Psikologi. Universitas Indonesia. [Online] diakses pada tanggal 17 Maret 2015 <http://lib.ui.ac.id/125243-362.2.pdf>
- Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. (2013) The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases – a systematic literature review.
- Soejono dkk. (2009). Pedoman Pengelolaan Kesehatan Pasien Geriatri Untuk Dokter Dan Perawat. Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI. Jakarta.
- Stanley, M., & Beare, P.G. (2006). Buku ajar keperawatan gerontik. Diterjemahkan oleh Nety Juniarti dan Sari Kurnianingsih. Jakarta: EGC
- Sutikno, E. (2011). Hubungan Antara Fungsi Keluarga dan Kualitas Hidup Lansia. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, 2(1), pp 73-79
- Subadi, Tjipto. (2009). SOSIOLOGI dan Sosiologi Pendidikan. Kartasura: Fairus Media.
- Tareque MI and BS. (2013) Gender Difference In Disability Free Life Expectancy At Old Ages In Bangladesh. *J Aging Heal*, pp 1–8.
- Teifon D dan TC. (2009). ABC Kesehatan Mental. Jakarta: EGC.
- Tjay TH& KR. (2007). Obat-obatan penting: khasiat penggunaan dan Efek Sampingnya. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Tomb DA.(2004). Buku Saku Psikiatri Ed.6. Jakarta: EGC.
- Trisnawati, D. (2011). Hubungan Aktivitas Religi Dengan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werda Unit Budi Luhur Yogyakarta. *Jurnal Kesmadaska*. 2 (2), pp 1 – 5.

- Unsar, S., & Sut, N. (2010). Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50 (1), pp 6-10.
- WHO. (2004) WHO Quality Of Life Bref. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF*. "Edisi terjemahan oleh Ratna Mardiaty, Sata Jo WHO. 2014. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. "Edisi terjemahan oleh Ratna Mardiaty, Sata Joewana, Hartati Koerniadi, Insfandari, Riza Sarasvita ewana, Hartati Koerniadi, Insfandari, Riza Sarasvita.
- Widhiarso, W. (2011). Berurusan dengan outliers. Diskusi Metodologi Penelitian. <http://wahyupsy.blog.ugm.ac.id/2011/02/21/berurusan-dengan-outliers/>
- World Health Organization. (2012). Depression: a global public health concern. Diperoleh dari [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf)
- Wongpakaran N, D. (2013). The Use Of Gds-15 In Detecting Mdd: A Comparison Between Resident In A Thai Long Term Care Home And Geriatric Outpatients. Chiang Mai. *J Clin Med Res*, 5(2).
- Yuliati, dkk. (2014). Perbedaan kualitas hidup lansia yang tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia.
- Zan Pieter, et al. (2011). Pengantar Psikopatologi untuk Keperawatan. Jakarta : Kencana.