



## **SKRIPSI**

# **HUBUNGAN PERAN DIRI DALAM KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATUA KOTA MAKASSAR**

***PENELITIAN NON-EXPERIMENT***

**OLEH:**

**NURAFIQAH BINTI H. BANGGULU**

**(CX1614201161)**

**OLIVIA ESTRELLA YANA**

**(CX1614201163)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**2018**



## **SKRIPSI**

### **HUBUNGAN PERAN DIRI DALAM KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATUA KOTA MAKASSAR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan  
Dalam Program Studi Ilmu Keperawatan Pada Sekolah  
Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

**OLEH:**

**NURAFIQAH BINTI H. BANGGULU (CX1614201161)**

**OLIVIA ESTRELLA YANA (CX1614201163)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR  
2018**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. NAMA : NURAFIQAH BINTI H. BANGGULU

NIM : CX1614201161

2. NAMA : OLIVIA ESTRELLA YANA

NIM : CX1614201163

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil karya penelitian orang lain.

Demikian surat ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 16 April 2018

Yang menyatakan,



Nurafiqah Binti H. Banggulu

CX1614201161



Olivia Estrella Yana

CX1614201163

# LEMBAR PERSETUJUAN

## SKRIPSI

HUBUNGAN PERAN DIRI DALAM KELUARGA DENGAN TINGKAT  
DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATUA  
KOTA MAKASSAR

Diajukan Oleh:

**NURAFIQAH BINTI H. BANGGULU**  
(CX1614201161)

**OLIVIA ESTRELLA YANA**  
(CX1614201163)

Disetujui Oleh:

**Pembimbing**

**Wakil Ketua I  
Bidang Akademik**



**Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes**  
NIDN.0925117501



**Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN**  
NIDN. 0912106501

# HALAMAN PENGESAHAN

## SKRIPSI

HUBUNGAN PERAN DIRI DALAM KELUARGA DENGAN TINGKAT  
DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATUA  
KOTA MAKASSAR

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Nurafiqah Binti H. Banggulu  
CX1614201161

Olivia Estrella Yana  
CX1614201163

Telah dibimbing dan disetujui oleh :



Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes  
NIDN.0925117501

Telah Diuji dan Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Pada  
Tanggal 16 April 2018 dan Dinyatakan Telah Memenuhi  
Syarat Untuk Diterima

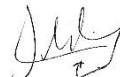
Susunan Dewan Penguji

Penguji I



Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB  
NIDN. 0913098201

Penguji II



Yuliana Tola'ba, Ns., M.Kep  
NIDN.

Makassar , 16 April 2018

Program S1 Keperawatan dan Ners  
Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes  
NIDN. 0906097002

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NURAFIQAH BINTI H. BANGGULU

NIM : CX1614201161

Nama : OLIVIA ESTRELLA YANA

NIM : CX1614201163

Menyatakan menyetujui dan memberi kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris (STIK) Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar – benarnya.

Makassar, 16 April 2018

Yang Menyatakan,



Nurafiqah Binti H. Banggulu

CX1614201161



Olivia Estrella Yana

CX1614201163

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar” yang merupakan tugas akhir dan menjadi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan namun atas tuntunan, bimbingan, doa dan dukungan dari berbagai pihak, serta atas rahmat Tuhan, penulis dapat melewati semua hal tersebut. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang senantiasa membimbing, mengarahkan, menasehati, dan memberi motivasi kepada penulis dalam mengikuti studi.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN,selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes, selaku pembimbing yang telah banyak memberikan masukan selama penyusunan skripsi di STIK Stella Maris Makassar.
4. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB, selaku penguji I yang senantiasa memberikan kritik dan saran kepada peneliti dalam penyusunan skripsi.
5. Yuliana Tola'ba, Ns. M.Kep., selaku penguji II yang senantiasa memberi masukan kepada peneliti dalam penyusunan skripsi .
6. Wirmando, S.Kep.,Ns., selaku pembimbing akademik yang selalu membimbing penulis dalam proses studi di STIK Stella Maris Makassar.
7. Segenap Civitas Akademika Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang selalu membimbing penulis dalam melaksanakan studi.

8. Dr. Yuliaty Pongrekun, selaku kepala Puskesmas Batua Makassar, yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk mengadakan penelitian.
9. Lusiana, S.Kep.,Ns., selaku penanggung jawab bagian lansia di Puskesmas Batua yang telah meluangkan waktu untuk membimbing penulis dalam melakukan penelitian.
10. Kedua orang tua serta sanak saudara penulis yang telah banyak mendukung baik dalam doa, motivasi, serta dukungan moril maupun materil.
11. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Sebagai manusia yang tidak luput dari kesalahan penulis menyadari penyusunan skripsi ini jauh dari kesempurnaan, baik dalam isi maupun dalam penulisannya. Oleh karena itu, dengan rendah hati penulis mohon kritik dan saran dari pembaca untuk membantu penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini dipandang sebagai gudang ilmu dan sepatutnya dapat dimanfaatkan demi meningkatnya pelayanan keperawatan.

Makassar, 16 April 2018

Penulis

## **ABSTRAK**

**HUBUNGAN PERAN DIRI DALAM KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATUA**



## KOTA MAKASSAR

(Dibimbing oleh Rosmina Situngkir)

Nurafiqah Binti H. Banggulu

Olivia Estrella Yana

Program Studi S1 Keperawatan Dan Ners

STIK Stella Maris Makassar

XVIII+54 Halaman+34 Daftar Pustaka+7 Tabel+1 Gambar+13 Lampiran

Semakin lanjut usia seseorang, maka kemampuan fisik akan menurun dan berpengaruh pada peran-peran yang dimiliki terkhususnya peran di dalam keluarga sehingga rentan menimbulkan depresi yang dapat menyebabkan lansia putus asa, merasa tidak berguna, bahkan menimbulkan ide bunuh diri. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan peran diri dalam keluarga dengan depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling* sehingga jumlah sampel penelitian berjumlah 46 orang, dengan instrumen yaitu kuesioner peran diri dalam keluarga dan *Geriatric Depression Rating Scale* (GDRS) untuk menilai tingkat depresi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran diri positif dengan tingkat depresi ringan sebanyak 34 responden (73,9%), sedangkan hubungan peran diri negatif dengan tingkat depresi sedang sebanyak 10 responden (21,7%), dan hubungan peran diri negatif dengan tingkat depresi berat sebanyak 2 responden (4,3%). Hasil Uji statistik menggunakan *Chi-square* dilanjutkan dengan uji alternatif *Kolmogrov-smirnov* diperoleh hasil *p-value* (0,000) <  $\alpha$  (0,05). Kesimpulan ada hubungan peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

**Kata kunci** : Peran diri, Tingkat depresi, Lansia

**Kepustakaan** : 34 (2004-2016)

## **ABSTRACT**

### **THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF ROLES IN THE FAMILY AND THE LEVEL OF DEPRESSION ON ELDERS IN THE WORKING REGION OF BATUA HEALTH CENTER MAKASSAR CITY**

**(Guided by Rosmina Situngkir)**

**Nurafiqah Binti H. Banggulu  
Olivia Estrella Yana**

**Undergraduate Program of Nursing And Ners  
STIK Stella Maris Makassar**

**XVIII+54 Pages+34 Bibliographies+7 Tables+ 1 Image+13 Appendixes**

People who got older would decrease the physical abilities more and it would affect to the roles they had especially in the particular family roles therefore it susceptible to cause depression that could induce elders despair, felt useless, even led to the idea of suicide. The purpose of this research was to know the relationship between self-roles in the family and the level of depression on elders at the working region of Batua health center in Makassar city. The type of research used was quantitative research with crossed sectional approach. Sampling technique used total sampling, the total research samples were 46 people, with the instrument of self-role questionnaire in the family and Geriatric Depression Rating Scale (GDRS) to find the depression level. The results showed that the number of positive self with normal depression level was 34 respondents (73,9%), whereas negative role relation with moderate depression level was 10 respondents (21,7%), and relation with their task compared to them were 2 respondents (4.3%). The result of statistical test using Chi-square continued with Kolmogorov-smirnov alternative test obtained p-value (0,000) <  $\alpha$  (0,05). In conclusion, there was a relationship between self-role in the family and depression on elders at BATUA health center working area of Makassar city.

**Keywords : Self role, Depression Rate, Elders**

**Literature : 34 (2004-2016)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUL DEPAN .....	i
HALAMAN SAMBUL DALAM .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN .....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus .....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Tentang Peran Lansia	
1. Pengertian Peran .....	8
2. Peran – Peran Lanjut Usia .....	8
3. Stress/Tekanan Peran.....	11
4. Faktor – Faktor Penyesuaian Peran .....	11
5. Gangguan Peran.....	11
6. Tanda Dan Gejala Gangguan Peran .....	12

7.	Transisi Peran .....	12
8.	Konflik Peran.....	13
B.	Tinjauan Umum Tentang Depresi	
1.	Pengertian Depresi.....	13
2.	Teori Tentang Depresi.....	14
3.	Tanda Dan Gejala Depresi.....	15
4.	Tingkatan Depresi.....	17
5.	Skala Pengukuran Depresi Pada Lansia.....	19
6.	Penatalaksanaan Depresi .....	19
C.	Tinjauan Umum Tentang Lansia	
1.	Pengertian Lanjut Usia .....	21
2.	Batasan Lanjut Usia.....	22
3.	Karakteristik Lansia .....	22
4.	Teori Proses Menua Yang Berkaitan Dengan Depresi.....	25
5.	Tugas Perkembangan Lansia .....	26
6.	Masalah Dan Stressor Pada Lansia .....	27
<b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS</b>		
A.	Kerangka Konseptual .....	28
B.	Hipotesis Penelitian.....	29
C.	Definisi Operasional .....	30
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>		
A.	Jenis Penelitian.....	31
B.	Tempat dan Waktu .....	31
C.	Populasi dan Sempel .....	31
D.	Instrumen Penelitian.....	32
E.	Pengumpulan Data .....	33
F.	Pengelolaan dan Penyajian Data .....	35
G.	Analisis Data .....	35
<b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>		
A.	Hasil penelitian .....	37
B.	Pembahasan .....	43

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	53
B. Saran .....	53

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	30
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin...	39
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia.....	40
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	40
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Peran Diri Dalam Keluarga .....	41
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi.....	41
Tabel 5.6 Analisa Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia .....	42

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	29
--	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Jadwal Penelitian

Lampiran 2. Surat Izin Pengambilan Data Awal

Lampiran 3. Surat Permohonan Izin Penelitian

Lampiran 4. Surat Pengantar Badan Koordinasi Penanaman Modal

Daerah

Lampiran 5. Surat Pengantar Kantor Walikota Makassar

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Makassar

Lampiran 7. Surat Keterangan Selesai Meneliti Wilayah Kerja Puskesmas

Batua Kota Makassar

Lampiran 8. Lembar Permohonan Responden

Lampiran 9. Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 10. Instrumen penelitian

Lampiran 11. Master Tabel

Lampiran 12. Hasil SPSS

Lampiran 13. Lembar Konsul



## DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

### SINGKATAN

BPS	: Badan Pusat Statistik
GDRS	: <i>Geriatric Depression Rating Scale</i>
Ha	: Hipotesis Alternatif
Ho	: Hipotesis Nol
PPDGJ	: Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa
SPSS	: <i>Statistical Package And Sosial Sciences</i>
STIK	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
UPT PSLU	: Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia
WHO	: <i>World Health Organization</i>

### ISTILAH

$\alpha$	: Derajat kemaknaan
$\rho$	: Nilai kemungkinan / Probability Continuity Corection
Affective/Mood Disorder	: Perubahan kondisi emosional
Agitasi	: Kegelisahan
Anoreksia	: Kurang nafsu makan
Chi-Square	: Uji komparatif non parametris pada dua variabel
Expected Count	: Frekuensi yang diharapkan
Generalized Anxiety Disorder	: Kecemasan yang terjadi di luar kendali dan berlangsung lama serta mengganggu aktivitas sehari-hari
Insomnia	: Kondisi kesulitan untuk tidur
Kolmogrov-Smirnov	: Uji normalitas dengan membandingkan distribusi data

Konstipasi	:Kondisi sulit buang air besar secara teratur
Retardasi	: perlambatan pembaharuan
Sosial Involvement	: Keterlibatan sosial

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Menjadi Tua (Menua) adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Memasuki usia tua banyak mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit keriput karena berkurangnya bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran berkurang, penglihatan memburuk, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat, nafsu makan berkurang dan kondisi tubuh yang lain juga mengalami kemunduran (Padila, 2013). Semakin lanjut usia seseorang, maka kemampuan fisik akan semakin menurun sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran yang dimilikinya (Tamher & Noorkasiani, 2009 dalam Ummy, 2016). Lansia mengalami perubahan yang menyangkut kehidupan psikologis lanjut usia seperti perasaan tersisih, tidak dibutuhkan lagi, ketidak ikhlasan menerima kenyataan baru misalnya penyakit yang tak kunjung sembuh atau kematian pasangan (Hurlock, 1999 dalam Djafar, 2015).

Usia lanjut (usila) selalu dikonotasikan sebagai kelompok rentan yang selalu ketergantungan dan menjadi beban tanggungan baik oleh keluarga, masyarakat dan negara. Melihat kenyataan bahwa angka harapan hidup penduduk Indonesia yang dari tahun ke tahun semakin baik, maka muncullah sebuah hipotesis bahwa akan adanya ledakan jumlah lansia di Indonesia yang akan semakin meningkat setiap tahunnya (Khalid, 2012).

Di Indonesia, usia harapan hidup meningkat dari 68,8 tahun (2004) menjadi 72 tahun (2015). Usia harapan hidup penduduk Indonesia diproyeksikan akan terus meningkat, sehingga presentase penduduk lansia terhadap total penduduk juga terus meningkat. Berdasarkan hasil sensus tahun 2014, jumlah lansia di Indonesia mencapai 20,24 juta orang atau sekitar 8,03% dari seluruh penduduk Indonesia. Data

tersebut menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan hasil sensus penduduk tahun 2010 yaitu 18,1 juta orang atau 7,6% dari total jumlah penduduk (Nugroho, 2014).

Menurut data pada sensus penduduk oleh BPS (2015), presentase lansia di Sulawesi selatan sebanyak 8,8%, Sulawesi Tenggara sebanyak 7,3%, Sulawesi Barat sebanyak 6,3% dan Sulawesi Utara sebanyak 6,3%. Sedangkan hasil survey yang dilakukan peneliti di Puskesmas Batua Kota Makassar, jumlah lansia di tahun 2014 sebanyak 508 orang (laki-laki 241 orang dan perempuan 267 orang), di tahun 2015 sebanyak 532 orang (laki-laki 251 orang dan perempuan 281 orang), dan di tahun 2016 sebanyak 658 orang (laki-laki 260 orang dan perempuan 398 orang).

Meningkatnya jumlah lansia membutuhkan penanganan yang serius karena secara alamiah lansia mengalami penurunan baik dari segi fisik, biologi, maupun mental dan hal ini tidak terlepas dari masalah ekonomi, sosial dan budaya, sehingga perlu adanya peran serta keluarga dan adanya peran sosial dalam penanganannya. (Nugroho, 2014).

Penurunan-penurunan yang dialami oleh lansia berdampak pada peran yang dimilikinya. Lansia mengalami peristiwa pergeseran peran dirinya baik di masyarakat maupun di keluarga (Stanley & Beare, 2007). Di dalam keluarga, orang yang telah lanjut usia (lansia) memiliki peran sebagai yang dituakan, seperti ayah/ibu, kakek/nenek, buyut, dan sebagainya. Orang yang berusia lanjut sering kali dijadikan penasehat bagi anak-anak maupun cucu-cucunya karena dianggap lebih berpengalaman atau lebih bijaksana (Nuryanti, 2012). Namun, seiring dengan berubahnya tugas perkembangan, lansia mengalami transisi peran yang membuatnya kehilangan berbagai peran seperti pensiun, kehilangan hubungan baik dengan teman maupun anak-anaknya yang meninggalkan rumah setelah berumah tangga, menjadi janda/duda karena kematian pasangan, dan peran sebagai kakek/nenek.

Lansia yang pensiun terutama laki-laki mengalami sindrom prestasi dimana ia mengakhiri peran dan mengurangi kekuatan dan kekuasaan yang dimilikinya. Sebaliknya, wanita mempunyai peranan lebih dalam keluarga sehingga lansia laki-laki kehilangan dominasi dan posisi mereka ketika pensiun. Transisi peran juga terjadi ketika anak-anaknya meninggalkan rumah setelah berumah tangga. Keadaan ini lebih besar pengaruhnya pada para wanita dibanding pria. Hilangnya “peran keibuan” yang dapat mengakibatkan depresi. Puncak peran keluarga yang tersedia bagi para lansia adalah sebagai kakek/nenek. Walaupun banyak kakek/nenek yang menampakkan kesenangan dalam perannya, namun hampir 1/3 menyebutkan ketidaknyamanan yang muncul sejak menjadi kakek/nenek. Mereka merasa dasingkan, konflik dengan anak ketika mereka mengasuh untuk bertanggung jawab pada cucu (Yeniar Indriana, 2012).

Transisi peran lansia juga terjadi ketika menjadi janda/duda karena kematian pasangan. Kematian pasangan merubah status dari berdua menjadi sendiri. Perubahan status menyebabkan perubahan peran yang dapat menimbulkan ketegangan peran yaitu konflik peran, peran tidak jelas atau peran berlebihan (Abdul Muhith, 2015).

Dengan adanya perubahan peran, maka lansia diharapkan dapat menanggapi secara positif (dapat menyesuaikan diri dengan perubahan yang ada). Namun, tidak semua lansia dapat menanggapi perubahan secara positif dan menanggapi secara negatif. Ketidakmampuan lansia menyesuaikan diri ini mengakibatkan lansia akan merasa cemas. Menurut Nuryanti (2012), Kecemasan yang terjadi di luar kendali dan berlangsung lama serta mengganggu aktivitas sehari-hari, maka dapat berkembang menjadi suatu kondisi klinis yang disebut *Generalized Anxiety Disorder* dan sangat mempengaruhi kehidupan penderita sehingga terjadi depresi.

Prevalensi depresi pada lansia tinggi sekali, sekitar 12-36% lansia yang menjalani rawat jalan mengalami depresi. Angka ini meningkat

menjadi 30-50% pada lansia dengan penyakit kronis dan perawatan lama yang mengalami depresi. Depresi menyerang 10-15% lansia 65 tahun keatas yang tinggal di keluarga dan angka depresi meningkat secara drastis pada lansia yang tinggal di institusi dengan sekitar 50-75% penghuni perawatan jangka panjang memiliki gejala depresi ringan sampai sedang (Stanley & Beare, 2007 dalam Azizah, 2011).

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Titik Nuryanti (2012) yang melakukan penelitian tentang “Hubungan Perubahan Peran Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Yang Tinggal Di UPT PSLU Pasuruan Babat Lamongan” dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa perubahan peran responden mengalami perubahan peran positif 53% dan tingkat depresi lansia yang tinggal di UPT PSLU Pasuruan Babat Lamongan mayoritas mengalami depresi ringan sebanyak 47%.

Penelitian yang dilakukan oleh Hanggari (2013) yang melakukan penelitian tentang “Hubungan Antara Penyesuaian Diri Dengan Depresi Pada Pensiunan Pegawai di Desa Sidoarum Kecamatan Godean Kabupaten Sleman” menyatakan bahwa besar sumbangan efektif penyesuaian diri terhadap depresi 78,4% sedangkan 21,6% dipengaruhi oleh faktor lain seperti keadaan psikologi termasuk kesiapan mental masing-masing individu dalam menghadapi perubahan yang terjadi dimasa pensiun.

Dari hasil penelitian di atas, memiliki kesamaan yaitu sama-sama meneliti tentang depresi pada lansia namun perbedaan dengan penelitian ini yaitu dari segi variabel yang digunakan yaitu peran diri lansia di dalam keluarga.

Berdasarkan data awal yang diambil peneliti di Puskesmas Batua Kota Makassar, jumlah lansia yang mengalami depresi di tahun 2014 sebanyak 34 orang, di tahun 2015 sebanyak 43 orang dan di tahun 2016 sebanyak 46 orang. Data lansia depresi tersebut diperoleh

Puskesmas Batua dengan cara menskrining para lansia menggunakan *Geriatric Depression Rating Scale* (GDRS).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar”.

## **B. Rumusan Masalah**

Memasuki usia tua banyak mengalami kemunduran, maka kemampuan fisik akan semakin menurun sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran yang dimilikinya. Dengan adanya perubahan peran, maka lansia diharapkan dapat menanggapi secara positif (dapat menyesuaikan diri dengan perubahan yang ada). Namun, tidak semua lansia dapat menanggapi perubahan secara positif dan menanggapi secara negatif. Ketidakmampuan lansia menyesuaikan diri ini mengakibatkan lansia akan merasa cemas. Kecemasan yang terjadi di luar kendali dan berlangsung lama serta mengganggu aktivitas sehari-hari, maka dapat berkembang menjadi suatu kondisi klinis yang disebut *Generalized Anxiety Disorder* dan sangat mempengaruhi kehidupan penderita sehingga terjadi depresi.

Melihat fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk merumuskan masalah apakah ada hubungan peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi peran diri lansia dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.
- b. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.
- c. Menganalisis hubungan peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Melalui hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan bagi STIK Stella Maris Makassar dalam menambah khasanah ilmu pengetahuan mengenai kejadian depresi pada lansia sehingga dapat mengetahui dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, terkhususnya dalam keperawatan geriatrik.

### 2. Bagi Lansia

Sebagai informasi yang dapat memberikan pengetahuan bagi lansia yang mengalami perubahan peran untuk dapat menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada diri selama proses menua sehingga dapat merespon masa tuanya dengan positif dan dapat melakukan kegiatan-kegiatan yang bermakna, dengan demikian kasus depresi dapat diminimalisir.

### 3. Bagi Peneliti

Sebagai wadah untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan meningkatkan wawasan serta menjadi bahan bacaan bagi peneliti selanjutnya yang hendak melakukan penelitian mengenai hubungan peran diri dalam keluarga dengan depresi pada lansia.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Peran Lansia**

##### **1. Pengertian Peran**

Peran adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi individu di dalam kelompok sosialnya (Suliswati, 2005).

Peran menurut Potter & Perry (2005) mencakup harapan atau standar perilaku yang telah diterima oleh keluarga, komunitas dan kultur. Perilaku didasarkan pada pola yang ditetapkan melalui sosialisasi. Peran dapat berfungsi secara efektif apabila seseorang dapat mengetahui perilaku dan nilai yang diharapkan, harus memiliki keinginan untuk memastikan nilai dan perilaku, serta memenuhi tuntutan peran.

Menurut Friedman (2010), peran merupakan kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang harus dilakukan oleh individu di dalam situasi tertentu agar memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka.

##### **2. Peran – Peran Lanjut Usia**

###### **a. Individu**

###### **Makhluk Spiritual**

Masa usia lanjut dapat dikatakan sebagai tahap terakhir dalam kehidupan. Pada umumnya, ketika seseorang telah mendekati usia lanjut, muncul kekhawatiran akan kematian. Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta.

Menurut Hamid (2008), menguraikan spiritualitas sebagai suatu yang multidimensi yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, sedangkan dimensi agama lebih berfokus pada hubungan antara individu dengan Tuhannya. Dimensi spiritual berupaya dalam mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab dan mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stres emosional, penyakit fisik, atau kematian.

Lansia yang memiliki kecerdasan rohani yang tinggi dalam menghadapi kematiannya akan menghargai waktu yang dimiliki dan mengisi kegiatan yang bermanfaat bagi diri sendiri, orang lain dan alam (Adelina, 2007).

b. Sosial

1) Ayah/Ibu (Orang Tua)

Peran lansia sebagai orang tua berlaku ketika para anak masih bergantung pada orang tua untuk periode waktu yang lama, dan dapat membutuhkan bantuan tambahan selama masa periode pernikahan dan gangguan personal lainnya (Spitze, 1988 dalam Friedman, 2010). Bantuan yang diberikan lansia sebagai orang tua biasanya berupa nasihat untuk anaknya, khususnya kepada anak-anak yang telah menikah.

2) Sebagai Panutan

Orang lanjut usia memiliki pengalaman yang lebih banyak dari orang yang lebih muda karena lanjut usia sudah hidup lebih lama. Lansia sering dijadikan sebagai panutan dan sebagai orang yang mampu memberikan nasehat kepada orang yang lebih muda. Para lansia sering menceritakan pengalamannya kepada orang lain, hal tersebut menjadikan lansia merasa dihargai.

3) Suami / Istri

Peran sebagai suami/istri pada lansia akan terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal dan berakhir dengan pasangan lain meninggal. Mempertahankan hubungan perkawinan merupakan salah satu tugas perkembangan keluarga lansia. Perkawinan mempunyai kontribusi yang besar bagi moral dan aktivitas yang berlangsung dari kedua pasangan lansia. Akan tetapi terjadi penurunan kapasitas seksual secara perlahan – lahan, namun keinginan dalam kegiatan seksual masih tetap ada (Friedman, 2010).

#### 4) Janda/Duda

Lansia yang sudah tidak memiliki pasangan hidup tidak dapat memerankan perannya sebagai suami / istri. Maka dari itu muncul pergantian peran yang dimiliki lansia. Menjadi janda / duda adalah kemungkinan yang harus dihadapi oleh lansia yang berumur lebih panjang dari pasangan hidupnya (Indriana, 2010).

#### 5) Kakek/Nenek

Menjadi kakek/nenek merupakan sumber potensial penting dari kepuasan hidup, menjadi lebih bertanggung jawab, menjadi satu dari beberapa aturan baru. Walaupun banyak kakek/nenek yang menampakkan kenyamanan dan kesenangan dalam perannya, namun hampir 1/3 menyebutkan ketidaknyamanan yang muncul sejak menjadi kakek/nenek. Mereka merasa diasingkan, konflik dengan anak ketika mereka mengasuh untuk bertanggung jawab pada cucu (Yeniar Indriana, 2012).

### 3. Stress/Tekanan Peran

Dari berbagai peran yang dimiliki, tidak semua lansia bisa menerimanya secara positif, sehingga dapat menimbulkan stres. Stres peran terjadi jika suatu struktur sosial seperti keluarga menciptakan tuntutan-tuntutan yang sangat sulit, tidak mungkin atau tuntutan-tuntutan yang menimbulkan konflik bagi mereka yang menempati posisi dalam struktur sosial masyarakat (Hardy & Hardy dalam Friedman, 2010).

#### 4. Faktor-Faktor Penyesuaian Peran

Menurut Abdul Muhith (2015), faktor yang mempengaruhi dalam menyesuaikan diri dengan peran yaitu :

- a. Kejelasan perilaku dengan penghargaan yang sesuai dengan peran.
- b. Konsisten respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan.
- c. Kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang diemban.
- d. Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran.
- e. Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran .

#### 5. Gangguan Peran

Menurut Abdul Muhith (2015), gangguan peran dapat diakibatkan oleh :

- a. Konflik peran interpersonal. Individu dari lingkungan tidak mempunyai harapan peran yang selaras
- b. Contoh peran yang tidak adekuat
- c. Kehilangan hubungan yang penting
- d. Perubahan peran seksual
- e. Keragu – ragan peran
- f. Perubahan kemampuan fisik untuk menampilkan peran sehubungan dengan proses menua
- g. Kurangnya kejelasan peran atau pengertian tentang peran

- h. Ketergantungan obat
- i. Kurangnya keterampilan sosial
- j. Perbedaan budaya
- k. Harga diri rendah
- l. Konflik antar peran yang sekaligus perankan.

#### 6. Tanda dan Gejala Gangguan Peran

Menurut Abdul Muhith (2015), Gangguan peran yang terjadi dapat ditandai dengan tanda dan gejala, seperti berikut :

- a. Mengungkapkan ketidakpuasan perannya atau kemampuan menampilkan peran
- b. Mengingkari atau menghindari peran
- c. Kegagalan transisi peran
- d. Ketegangan peran
- e. Kemunduran pola tanggung jawab yang biasa dalam peran
- f. Proses berkabung yang tidak berfungsi
- g. Kejenuhan pekerjaan

#### 7. Transisi Peran

Menurut Potter & Perry (2005), Peran membentuk pola perilaku yang diterima secara sosial yang berkaitan dengan fungsi seseorang individu dalam berbagai kelompok sosial. Perubahan normal yang berkaitan dengan pertumbuhan dan maturasi mengakibatkan terjadinya transisi peran perkembangan. Transisi situasi terjadi ketika orang tua, pasangan hidup, teman dekat meninggal atau pindah tempat tinggal, menikah, bercerai, atau kehilangan pekerjaan. Transisi sehat sakit adalah gerakan dari keadaan sehat atau sejahtera ke arah sakit atau sebaliknya. Masing-masing transisi ini dapat menyebabkan konflik peran, ambiguitas peran, dan ketegangan peran. Peran lansia adalah sekumpulan perilaku lansia yang diharapkan oleh masyarakat dan dirinya sendiri yang berhubungan dengan fungsi lansia.

#### 8. Konflik Peran

Setiap orang memainkan peran yang berbeda-beda. Konflik peran terjadi ketika lansia merasa bahwa ia berkonflik dengan harapan-harapan yang tidak sesuai (Friedman, 2010). Sumber dari ketidakseimbangan tersebut boleh jadi disebabkan oleh adanya perubahan-perubahan dalam harapan yang terjadi dalam diri pelaku, orang lain, atau lingkungan.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Depresi**

### **1. Pengertian Depresi**

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*Affective/Mood Disorder*) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna dan putus asa (Hawari, 2013).

Depresi adalah salah satu jenis gangguan alam perasaan atau emosi yang disertai komponen psikologik : rasa susah, murung, sedih, putus asa dan tidak bahagia, serta komponen somatik : anoreksia, konstipasi, kulit lembab (rasa dingin), tekanan darah dan denyut nadi menurun (Iyus dan Titin, 2014).

Depresi merupakan salah satu gangguan mood yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subyektif adanya penderitaan berat. Mood adalah keadaan emosional interna yang meresap dari seseorang dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi hati emosional saat itu. Depresi berhubungan dengan perubahan suasana hati yang khas, seperti kesedihan, kesepian, dan apatis, konsep diri negatif, keinginan yang regresif dan menghukum diri (Lestari, 2015).

### **2. Teori Tentang Depresi**

Ada beberapa teori yang dapat digunakan untuk menjelaskan munculnya gangguan depresi, dibagi menjadi empat, yaitu (Lestari, 2015) :

#### **a. Teori Biologi**

Adanya *disregulasi aminobiogenik*, penurunan aktivitas *serotigenik* dan *dopaminergik*, juga *disregulasi asetilkolin*.

b. Pandangan Psikodinamika

Studi psikologi tentang depresi dimulai oleh Freud dan Karl Abraham. Mereka menggambarkan depresi sebagai reaksi yang kompleks terhadap kehilangan. Freud menggambarkan berkabung normal dan depresi sebagai respon kehilangan seseorang atau sesuatu yang dicintai. Berbeda dengan orang yang mengalami depresi terjadi pengurangan terhadap diri sendiri secara luar biasa dan pemiskinan ego pada skala yang besar.

c. Perspektif Behavioral

Perspektif ini menjelaskan bahwa yang mengalami depresi kurang menerima penghargaan (*Reward*) atau lebih menerima hukuman (*Punishment*) dari pada orang yang tidak mengalami depresi. Penghargaan yang rendah dan hukuman yang tinggi tersebut mengakibatkan gangguan depresi melalui tiga cara, yaitu:

- 1) Seseorang yang kurang menerima penghargaan atau lebih banyak menerima hukuman secara umum akan mengalami kehidupan kurang menyenangkan.
- 2) Jika perilaku seseorang tidak akan menghasilkan penghargaan atau hukuman, maka individu tersebut akan mempunyai penghargaan yang rendah terhadap dirinya dan mengembangkan konsep diri yang rendah.
- 3) Jika suatu perilaku tidak diberi penghargaan atau hukuman, maka kemungkinan akan mengakibatkan penghargaan yang diterima juga kurang.

d. Perspektif Kognitif

Dasar teori ini adalah adanya ide bahwa pengalaman yang sama mempengaruhi dua orang dengan cara yang berbeda. Perbedaan ini disebabkan oleh cara pandang seseorang terhadap

suatu peristiwa. Seseorang yang depresi akan membuat interpretasi yang salah terhadap fakta yang ada dengan cara negatif, yaitu memfokuskan pada aspek negatif terhadap situasi, dan juga mempunyai harapan yang pesimistik dan putus asa tentang masa depan seseorang yang mengalami depresi untuk menyalahkan kemalangannya karena adanya kekurangan pada dirinya.

e. Perspektif Humanistik Eksistensial

Teori eksistensial memfokuskan kehilangan harga diri sebagai penyebab depresi yang utama. Kehilangan obyek ini dapat nyata atau simbolik, misalnya: kehilangan kekuasaan, status sosial, ataupun uang. Teori humanistik menekankan perbedaan antara ideal diri seseorang dengan persepsinya terhadap kenyataan yang nyata sebagai sumber depresi dan kecemasan.

3. Tanda dan Gejala Depresi

Menurut Pedoman dan Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) – III, gangguan depresi ditandai oleh dua gejala, yaitu (Lestari, 2015) :

a. Gejala Utama

- 1) Mood yang depresi
- 2) Hilangnya minat dan semangat
- 3) Mudah lelah atau tenaga hilang

b. Gejala lainnya

- 1) Konsentrasi menurun
- 2) Perasaan sepi dan bosan
- 3) Harga diri menurun
- 4) Perasaan bersalah dan tidak berguna
- 5) Pesimis terhadap masa depan
- 6) Ide bunuh diri atau gangguan membahayakan diri sendiri
- 7) Pola tidur berubah
- 8) Nafsu makan menurun



Gejala-gejala depresi ini bisa dilihat dari tiga segi, yaitu gejala dilihat dari segi fisik, psikis, dan sosial.

a. Gejala Fisik

Gejala fisik seperti sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit. Umumnya orang yang mengalami depresi menunjukan perilaku pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain seperti menonton tv, makan, tidur penyebab tidak jelas, orang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal atau pekerjaan (Lestari, 2015).

b. Gejala Psikis

Gejala psikis mempunyai tanda seperti (Lestari, 2015) :

- 1) Kehilangan rasa percaya diri, penyebabnya orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif termasuk menilai diri sendiri. Mereka sering sekali membandingkan antara dirinya dengan orang lain.
- 2) Sensitif, orang yang mengalami depresi senang sekali mengaitkan segala sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali mudah tersinggung, mudah marah, curiga dengan maksud orang lain, mudah sedih, murung dan lebih suka menyendiri.
- 3) Merasa diri tidak berguna, perasaan ini muncul karena merasa menjadi orang yang gagal terutama dibidang atau lingkungan yang seharusnya dikuasai.
- 4) Perasaan bersalah, penderita memandang sesuatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan.
- 5) Perasaan terbebani, banyak orang yang menyebabkan orang lain atau kesusahan yang dialaminya. Penderita merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat.

#### c. Gejala Sosial

Depresi yang berawal dari diri sendiri pada akhirnya mempengaruhi lingkungan dan pekerjaan (aktivitas rutin lainnya). Hal tersebut dikarenakan lingkungan tentu akan bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi tersebut yang pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih dan mudah sakit). Problem sosial yang biasa terjadi perasaan malu, minder, cemas jika berada di antara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Penderita merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan (Lestari, 2015).

#### 4. Tingkatan Depresi

Depresi dibagi dalam tiga tingkatan, yaitu ringan, sedang, dan berat, dimana perbedaan antara episode depresi ringan, sedang, berat terletak pada penilaian klinis yang kompleks yang meliputi jumlah, bentuk, dan keparahan gejala yang ditemukan (Lestari, 2015) :

##### a. Depresi Ringan

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada dua dari gejala utama depresi
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala yang lain
- 3) Tidak boleh ada gejala berat diantaranya
- 4) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
- 5) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.

##### b. Depresi Sedang

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada dua dari gejala utama depresi seperti pada episode ringan

- 2) Ditambah sekurang-kurangnya tiga dan sebaiknya empat dari gejala lainnya
- 3) Lamanya seluruh episode berlangsung minimum 2 minggu
- 4) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

c. Depresi Berat

- 1) Semua tiga dari gejala depresi harus ada
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat
- 3) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang jelas, maka pasien tidak mampu melaporkan banyak gejalanya secara rinci dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan
- 4) Episode depresi biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan terjadi sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu 2 minggu
- 5) Sangat tidak mungkin pasien akan mampu melanjutkan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada tingkat yang sangat terbatas.

5. Skala Pengukuran Depresi Pada Lansia

Depresi dapat mempengaruhi perilaku dan aktivitas seseorang terhadap lingkungannya. Gejala depresi pada lansia dapat diukur menurut tingkatan sesuai dengan gejala yang termanifestasi. Jika dicurigai terjadi depresi, harus dilakukan pengkajian dengan alat pengkajian yang terstandarisasi dan dapat dipercayai serta valid dan memang dirancang untuk diujikan kepada lansia. Salah satu yang paling mudah digunakan dan diinterpretasikan di berbagai tempat, baik oleh peneliti maupun praktisi klinis adalah *Geriatric Depression Rating Scale (GDRS)*. Alat ini diperkenalkan oleh Yesavage pada

tahun 1983 dengan indikasi utama pada lanjut usia dan memiliki keunggulan mudah digunakan dan tidak memerlukan keterampilan khusus dari pengguna (Azizah, 2011).

GDRS terdiri dari 15 pertanyaan dan untuk setiap pertanyaan yang benar diberi skor 1 untuk kemudian setiap skor yang terkumpul dijumlahkan untuk mengetahui adanya depresi pada lanjut usia. Skor yang didapatkan kemudian digunakan untuk mengetahui tingkat depresi yang dibedakan menjadi : yang pertama tidak ada gejala depresi dengan jumlah skor 0 - 4, yang kedua depresi ringan jumlah skor 5 - 8, ketiga depresi sedang dengan skor 9 - 11, dan yang terakhir yaitu depresi berat dengan skor 12 - 15 (Lestari, 2015).

## 6. Penatalaksanaan Depresi

Depresi pada pasien geriatrik dapat lebih efektif diobati dengan kombinasi dari psikoterapi dan farmakoterapi yaitu psikoanalitik psikoterapi fokus pada konflik yang baru terjadi dan dinamika pada pasien, menganalisis problem dengan orang lain atau diri sendiri (Lestari, 2015).

### a. Psikotik yang berorientasi insight

Insight merupakan pemahaman pesan terhadap fungsi psikologis dan kepribadiannya. Pasien diajak memahami kondisi maladaptifnya dengan mengubah perasaan, respon, perilaku dan hubungan interpersonal menjadi lebih adaptif.

### b. Psiko Supportif

Dukungan oleh *figure authority* (terapis) dengan bersikap hangat, bersahabat, membimbing, memuaskan kebutuhan dependensi pesan, mendukung kemampuan independent, mengembangkan hobi, dan keseringan yang positif dan memberi nasihat.

### c. Psikoterapi Kelompok

Klien membuat sebuah kelompok yang terdiri dari 1 kelompok minimal 3 orang dan maksimal 15 orang, rata-rata 8-10 orang.

Pasien menyampaikan kemampuan adaptasi dan mekanisme defenisi pada kelompok yang kemudian akan dibahas dan pasien bisa intropeksi kemudian bisa mengubah kondisi maladaptif. Disini terapis tidak boleh intervensi dalam dinamika kelompok, hanya memfasilitasi terjadinya interaksi.

d. Latihan Relaksasi

Banyak digunakan pada kasus-kasus keluhan fisik dengan frekuensi denyut jantung menurun, tekanan darah menurun, neuromuscular stabil seperti yoga, hipnotis, relaksasi dengan bimbingan suara (langsung, tape). *Mental imagery* pasien diajak relaksasi dengan membayangkan dirinya pada suatu tempat yang menyenangkan.

e. Terapi Perilaku

Terapi perilaku ditujukan untuk mengubah perilaku maladaptif dengan jenjang-jenjang terapi untuk mengatasi depresi dengan menentukan pola tingkah laku maladaptif (misalnya kecenderungan memandangi diri selalu kalah), memperhatikan dan mengenali perilaku maladaptif pendalaman/meningkatkan daya obyektivitas terhadap perilaku maladaptif, menetralkan pikiran depresi dengan menyatakan bahwa pikiran itu khayal atau palsu (Lestari, 2015).

### C. Tinjauan Umum Tentang Lanjut Usia

#### 1. Pengertian Lanjut Usia

Lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas (Sunaryo, 2016).

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa, dan akhirnya menjadi tua (Meridian, 2014). Lansia

merupakan proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimana seseorang yang mengalami kemunduran fisik, mental, dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011).

Boedhi Darmojo dan Hadi Martono (1994) mengatakan bahwa "Menua" (menjadi tua) adalah proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Nugroho, 2014).

## 2. Batasan Lanjut Usia

Batasan lanjut usia menurut WHO (1999) dalam Azizah (2011) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi 4 : usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) usia antara 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) usia di atas 90 tahun.

Seperti yang telah di sebutkan tadi di atas, ada beberapa standar atau batasan orang di katakan lansia. Di sini kami menyebutkan batasan usia dari WHO, batasan lansia di indonesia dan menurut ahli :

### a. Batasan Umur Lansia Menurut Organisasi Kesehatan

- 1) Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
- 2) Lanjut usia (*elderly*), antara 60 sampai 74 tahun.
- 3) Lanjut usia tua (*old*), antara 75 sampai 90 tahun.
- 4) Sangat tua (*very old*), diatas 90 tahun.

### b. Batasan Umur Lansia di Indonesia

Di Indonesia, batasan mengenai lanjut usia yaitu 60 tahun ke atas, dimana ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2. Menurut Undang-Undang tersebut di atas lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, baik pria maupun wanita.

### 3. Karakteristik Lansia

Terdapat beberapa karakteristik lansia. Menurut (Keliat, 1999 dalam Mariyam dkk, 2008), Lanjut usia memiliki beberapa karakteristik diantaranya adalah: Pertama, Orang Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No.13 tentang kesehatan); Kedua, kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptive; Ketiga, lingkungan dan tempat tinggal yang bervariasi.

Adapun ciri-ciri pada lansia sehingga akan berdampak terhadap mekanisme coping dari respon yang dihadapi, seperti:

#### a. Usia dan Jenis Pekerjaan

Semakin bertambahnya usia seseorang, semakin siap pula dalam menerima cobaan. Hal ini didukung oleh teori aktivitas yang menyatakan bahwa hubungan antara sistem sosial dengan individu bertahan stabil pada saat individu bergerak dari usia pertengahan menuju usia tua (Cox, 1984 dalam Tamher & Noorkasiani, 2009).

Usia adalah lamanya kehidupan yang dihitung berdasarkan tahun kelahiran sampai dengan ulang tahun terakhir. Oleh sebab itu, tidak dibutuhkan suatu kompensasi terhadap kehilangan, seperti pensiun dari peran sosial karena menua.

Keterkaitannya dengan jenis pekerjaan juga membawa dampak yang berarti (Darmojo dkk, 1999 dalam Tamher & Noorkasiani, 2009).

#### b. Jenis Kelamin

Perbedaan gender juga dapat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi psikologis lansia, sehingga akan berdampak pada bentuk adaptasi yang digunakan (Darmojo dkk, 1999 dalam Tamher & Noorkasiani, 2009), menyatakan hasil penelitian mereka yang memaparkan bahwa ternyata keadaan psikososial lansia di Indonesia secara umum masih lebih baik dibandingkan lansia di negara maju, antara lain tanda-tanda depresi pria (pria 43% dan wanita 42%), menunjukkan kelakuan/tabiat buruk (pria 7,3% dan wanita 3,7%), serta cepat marah *irritable* (pria 17,2% dan wanita 7,1%). Jadi dapat diasumsikan bahwa wanita lebih siap dalam menghadapi masalah dibandingkan laki-laki, karena wanita lebih mampu menghadapi masalah dari pada lelaki yang cenderung lebih emosional.

#### c. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan juga merupakan hal terpenting dalam menghadapi masalah. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin banyak pengalaman hidup yang dilaluinya, sehingga akan lebih siap dalam menghadapi masalah yang terjadi. Umumnya lansia yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi masih dapat produktif, mereka justru banyak memberikan kontribusinya sebagai pengisi waktu luang dengan menulis buku-buku ilmiah maupun biografinya sendiri (Tamher & Noorkasiani, 2009).

#### d. Sosial dan Ekonomi

Kebiasaan sosial budaya masyarakat di dunia timur sampai sekarang masih menempatkan orang-orang usia lanjut pada tempat terhormat dan penghargaan yang tinggi. Menurut Brojklehurst dan Allen (1987) dalam Tamher (2009), lansia sering dianggap lamban, baik dalam berpikir maupun dalam bertindak. Anggapan ini bertentangan dengan pendapat-pendapat pada



zaman sekarang, yang justru menganjurkan masih tetap ada *social involvement* (keterlibatan sosial) yang dianggap penting dan menyakinkan. Contohnya dalam bidang pendidikan, lansia masih tetap butuh tetap melanjutkan pendidikannya, sehingga dapat meningkatkan inteligensi dan memperluas wawasannya. Hal ini merupakan suatu dukungan bagi lansia dalam menghadapi masalah yang terjadi. Pada zaman sekarang status ekonomi baik status menengah keatas, menengah/ sederhana, maupun menengah kebawah sangat diperhatikan seseorang dalam menjalin hubungan baik dengan teman, relasi kerja maupun pasangan hidup sehingga status ekonomi ada hubungan erat dengan status sosial karena dimana status ekonomi individu itu tinggi maka dalam menjalin hubungan dengan relasi akan semakin mudah dan erat misalnya dalam hubungan keluarga terutama dalam pemenuhan kebutuhan dasar.

#### 4. Teori Proses Menua yang Berkaitan Dengan Depresi

Menurut Azizah (2011), teori proses menua yang berkaitan dengan depresi, yaitu:

##### a. Teori Biologi

###### 1) Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel – sel tubuh lelah (rusak).

###### 2) Teori stres fisik

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

##### b. Teori Kejiwaan Sosial

###### 1) Aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)

a) Ketentuan akan meningkatnya pada penurunan jumlah kegiatan secara langsung. Teori ini menyatakan bahwa usia

lanjut yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

b) Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lanjut usia.

c) Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia.

## 2) Kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini merupakan gabungan dari teori di atas. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.

## 3) Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yakni :

a) Kehilangan peran

b) Hambatan kontak sosial

c) Berkurangnya kontak komitmen

## 5. Tugas Perkembangan Lansia

Lansia memiliki tugas perkembangan khusus. Tugas perkembangan ini umumnya ditemui pada lansia. Akan tetapi, cara lansia menyesuaikan perubahan penuaan ini bergantung pada individu sendiri. Berikut akan kategori perkembangan lansia (Azizah, 2011) :

a. Menyesuaikan diri terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan.

- b. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan atau penetapan pendapatan.
- c. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan.
- d. Menerima diri sendiri sebagai individu lansia.
- e. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup.

#### 6. Masalah dan Stressor pada Lansia

Permasalahan psikososial yang seringkali ada pada lansia yaitu (Azizah, 2011) :

- a. Keadaan fisik lemah dan tidak berdaya, sehingga bergantung pada orang lain.
- b. Status ekonominya sangat terancam, sehingga cukup beralasan untuk berbagai perubahan besar dalam pola hidupnya.
- c. Menentukan kondisi hidup yang sesuai dengan perubahan status ekonomi dan kondisi fisik.
- d. Mencari teman baru untuk menggantikan suami atau istri yang telah meninggal atau pergi jauh dan atau cacat.
- e. Mengembangkan kegiatan baru untuk mengisi waktu luang yang bertambah.
- f. Belajar untuk memperlakukan anak yang besar sebagai orang dewasa.
- g. Menjadi “korban” atau dimanfaatkan oleh para penjual obat, buaya darat dan kriminalitas karena mereka tidak sanggup lagi untuk mempertahankan diri. Stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya. Namun tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stressor tersebut, sehingga timbul keluhan-keluhan antara lain berupa stres, cemas, dan depresi.

## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

#### **A. Kerangka Konseptual**

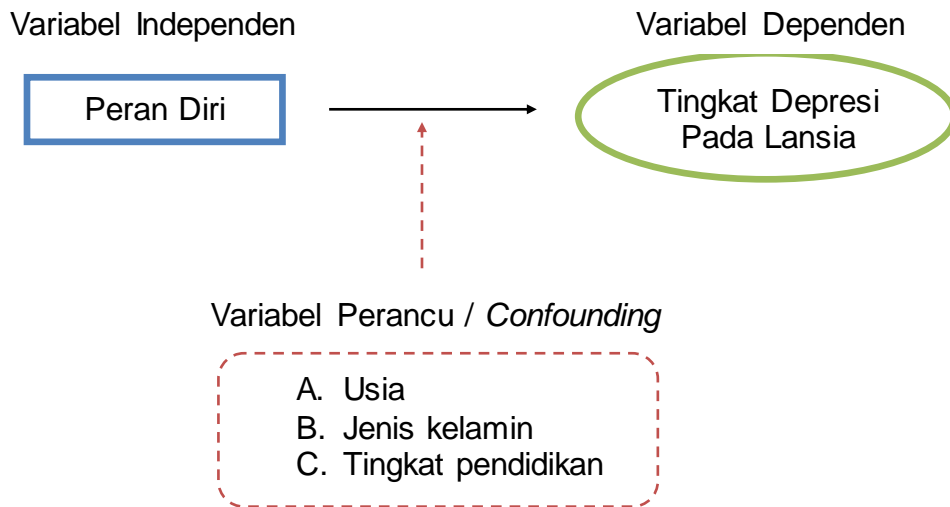
Kemampuan fisik akan semakin menurun seiring dengan terjadinya proses menua sehingga terjadi kemunduran pada peran-peran yang dimiliki, seperti dari seorang pekerja menjadi seorang pensiun, menjadi janda/duda setelah kematian pasangan, dan berperan sebagai kakek/nenek. Dengan adanya perubahan peran, maka lansia diharapkan dapat menanggapi secara positif (dapat menyesuaikan diri dengan perubahan yang ada). Namun, tidak semua lansia dapat menanggapi perubahan peran dirinya secara positif dan menanggapi secara negatif. Ketidakmampuan lansia menyesuaikan diri ini mengakibatkan lansia akan merasa cemas. Kecemasan yang terjadi di luar kendali dan berlangsung lama serta mengganggu aktivitas sehari-hari, maka dapat berkembang menjadi suatu kondisi klinis yang disebut *Generalized Anxiety Disorder* dan sangat mempengaruhi kehidupan penderita sehingga terjadi depresi. Depresi yang terjadi dapat mengakibatkan hilangnya harapan ataupun perasaan yang tidak berdaya.

Selain perubahan peran diri lansia, terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat depresi pada lansia, diantaranya adalah usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.




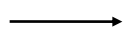
Berdasarkan konsep yang telah diuraikan diatas maka dapat dibuat bagan atau kerangka konsep sebagai berikut :

Gambar 3.1

Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

-  : Variabel Independen
-  : Variabel Dependen
-  : Variabel Perancu / *Confounding*
-  : Penghubung Kedua Variabel

**B. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara peran diri dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

**C. Definisi Operasional**

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional Variabel Penelitian**

No	Variabel	Defenisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala	Skor
1	Independen:  Peran diri	Suatu sikap yang mencerminkan tanggung jawab individu sebagai lansia	1. Peran Individu (makhluk spiritual) 2. Peran Sosial - Suami / Istri - Janda / Duda - Ayah / Ibu - Panutan - Kakek / Nenek	Kuesioner	Ordinal	Negatif: jika total skor jawaban responden 0 – 14  Positif : jika total skor jawaban responden 15 – 28
2	Dependen :  Tingkat Depresi Pada Lansia	Suatu keadaan seorang lansia mengalami kehilangan rasa percaya dirinya dan keputus asaan yang berlarut – larut,dimana dapat digolongkan dalam kriteria ringan, sedang, atau berat.	1. Minat dan semangat 2. Perasaan sepi dan bosan 3. Konsentrasi/ perhatian 4. Mudah lelah atau tenaga hilang 5. Harga diri 6. Perasaan bersalah dan tidak berguna 7. Pesimis terhadap masa depan	<i>Geriatric Depression Rating Scale (GDRS)</i>	Ordinal	Tingkat depresi:  Ringan: 5 – 8  Sedang: 9 – 11  Berat: 12 – 15

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian ini termasuk penelitian *Non-Eksperimental*, dengan menggunakan metode kuantitatif. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan *Cross sectional study*, yang merupakan penelitian dimana pengambilan data variabel independen dan dependen dilakukan secara bersamaan yang bertujuan melihat hubungan peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

##### 1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar. Alasan pemilihan lokasi ini atas pertimbangan bahwa lokasi penelitian sangat strategis mudah dijangkau oleh peneliti dan angka terjadinya depresi pada lansia cukup banyak.

##### 2. Waktu Penelitian

Waktu Penelitian telah dilaksanakan pada tanggal 17 Januari sampai dengan 17 Februari 2018 di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

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

##### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah anggota dari suatu himpunan yang ingin diketahui karakteristiknya berdasarkan inferensi (Supardi, 2013).

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami depresi di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar, yaitu sebanyak 46 orang.

##### 2. Sampel

Sampel adalah sejumlah tertentu anggota himpunan yang dipilih dengan cara tertentu agar mewakili populasi (Supardi, 2013).

Pada penelitian ini, besar sampel penelitian sebanyak 46 orang. Teknik pengambilan sampel ini dilakukan dengan teknik *Non - Probability Sampling* dengan pendekatan *total sampling*. Teknik *total sampling* adalah penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sujarweni, 2014).

### 3. Kriteria Sampling

a. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2016). Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah :

1) Lansia yang bersedia untuk menjadi responden atau subjek penelitian

2) Lansia yang dapat diajak berkomunikasi

b. Kriteria eksklusi adalah menghilangkan / mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2016). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

Lansia yang tidak kooperatif saat penelitian dilakukan

## D. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini pengumpulan data yang dilakukan pada kedua variabel baik independen maupun dependen dilakukan dengan menggunakan alat ukur kuesioner.

### 1. Kuesioner Peran Diri

Untuk mengukur peran diri menggunakan kuesioner yang terdiri dari 14 pertanyaan yang harus dijawab. Alternatif pilihan yaitu jika responden menjawab “selalu” diberi skor 2, “kadang-kadang” diberi skor 1, dan “tidak pernah” diberi skor 0. Setiap skor yang terkumpul dijumlahkan untuk mengetahui peran diri yang dimiliki oleh lansia. Jika total skornya = 0 – 14 maka peran dirinya negatif dan jika total skornya = 15 – 28 maka peran dirinya positif.



## 2. Kuesioner Depresi

Peneliti menggunakan instrumen/kuesioner yang baku yaitu *Geriatric Depression Rating Scale* (GDRS), terdiri dari 15 pertanyaan yang harus dijawab. Sederhana saja, hanya dengan “Ya atau Tidak”. Untuk setiap pertanyaan yang benar diberi skor 1 untuk kemudian setiap skor yang terkumpul dijumlahkan untuk mengetahui adanya depresi pada lanjut usia. Skor yang didapatkan kemudian digunakan untuk mengetahui tingkat depresi, yaitu depresi ringan jumlah skor 5-8, depresi sedang jumlah skor 9-11, dan depresi berat jumlah skor 12-15.

## E. Pengumpulan Data

Dalam melaksanakan penelitian, maka peneliti memerlukan rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar untuk mengajukan permohonan ijin kepada instansi tempat penelitian, yakni Puskesmas Batua Kota Makassar. Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak puskesmas maka penelitian akan dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan etika penelitian meliputi :

### 1. Lembar Persetujuan (*Informed consent*)

Merupakan persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subjek penelitian setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan terbuka dari peneliti tentang keseluruhan pelaksanaan penelitian. Jika responden bersedia maka responden harus menandatangani lembar persetujuan dan juga bila responden tidak bersedia menjadi subjek penelitian maka peneliti harus menghormati hak dari responden tersebut.

### 2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menghormati privasi dan kerahasiaan subjek peneliti, peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut

privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui tentang orang lain maka peneliti tidak akan mencantumkan nama dan alamat responden, tetapi cukup diberi inisial atau nomor kode pada masing-masing lembar kuesioner.

### 3. Kerahasiaan (*Confidality*)

Kerahasiaan responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan didalam disk dan hanya diakses oleh peneliti dan pembimbing.

Tekhnik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan 2 (dua) cara, yaitu :

#### a) Data Primer

Data yang diambil secara langsung dari objek yang diteliti. Data ini berupa angket atau kuesioner, yaitu merupakan suatu daftar atau rangkaian pertanyaan yang disusun secara tertulis mengenai sesuatu yang berkaitan dengan penelitian. Pengumpulan data dilakukan melalui penyebaran kuesioner mengenai Peran Diri dan *Geriatric Depression Rating Scale* (GDRS) kepada responden yang menjadi sampel penelitian dan bersedia untuk diteliti.

#### b) Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari data yang diberikan oleh pihak puskesmas dan instansi puskesmas yang berkaitan dengan masalah yang diteliti berupa jumlah keseluruhan lansia dan jumlah lansia yang mengalami depresi di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

## F. Pengelolaan dan Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur pengelolaan data sebagai berikut :

### 1. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Merupakan upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan (Hidayat, 2014). Data yang diteliti diantaranya kelengkapan ketentuan identitas responden dan kelengkapan lembar kuesioner, apakah setiap pertanyaan sudah dijawab dengan benar sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera oleh peneliti.

#### 2. Pemberian Kode (*Coding*)

Kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori (Hidayat, 2014). Koding bertujuan untuk memudahkan pengolahan data.

#### 3. Memasukkan Data (*Entry*)

Kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau *data base computer*, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi (Hidayat, 2014).

#### 4. Tabulasi Data (*Tabulation*)

Dilakukan setelah data terkumpul dan tersusun, selanjutnya data dikelompokkan dalam suatu tabel menurut sifat – sifat yang dimiliki, sesuai dengan tujuan penelitian untuk mendapatkan distribusi frekuensi dari masing – masing variabel.

### **G. Analisis Data**

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasikan dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan menggunakan metode komputer program SPSS (*Statistical Package And Sosial Sciences*) versi 24 windows. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

#### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan pada sebuah variabel (Hasmi, 2016). Analisis univariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel baik peran diri maupun tingkat depresi pada lansia

terutama untuk melihat tampilan distribusi frekuensi dan presentasi dari tiap-tiap variabel.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan pada dua variabel (Hasmi, 2016). Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (Hubungan Peran Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar) dengan uji statistik non-parametrik yaitu uji *Chi-square* dengan skala kategorik dengan tingkat pemaknaan 5% ( $\alpha=0,05$ ) dengan interpretasi :

- a. Apabila  $p \leq \alpha$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan antara peran diri dalam keluarga dengan depresi pada lansia.
- b. Apabila  $p > \alpha$  maka  $H_a$  ditolak dan  $H_0$  diterima artinya tidak ada hubungan antara peran diri dalam keluarga dengan depresi pada lansia.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Pengantar**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Batua Makassar pada tanggal 17 Januari sampai dengan 17 Februari 2018. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *Non-probability sampling*, dengan jumlah sampel 46 responden.

Pengumpulan data ini menggunakan kuesioner sebagai alat ukur, sedangkan pengolahan data dengan menggunakan *computer program SPSS for windows versi 24*, kemudian dilanjutkan dengan uji statistik *Chi-Square*. Adapun ketentuan terhadap hubungan, apabila nilai  $p < \alpha$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak, artinya ada hubungan antara peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

##### **2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Puskesmas Batua terletak di Kelurahan Batua Kecamatan Manggala. Puskesmas ini menerapkan manajemen mutu berstandar Internasional setelah meraih sertifikat ISO 9001.

Puskesmas Batua berlokasi di Jl. Abdullah Daeng Sirua No. 338. Luas wilayah kerja Puskesmas Batua adalah 1017,01 km berpenduduk 51.654 jiwa yang terdiri dari laki-laki 24.157 jiwa dan 26.864 jiwa perempuan, serta kepala keluarga sebanyak 20.832 KK.

Wilayah kerja Puskesmas Batua meliputi 3 kelurahan yaitu Batua, kelurahan Borong, Kelurahan Tello Baru. Puskesmas Batua memiliki 30 posyandu balita yang terdapat di kelurahan Batua 11 posyandu, kelurahan Borong 12 posyandu, kelurahan Tello Baru 7 posyandu. Terdapat 9 posyandu lansia yang terdapat di kelurahan Batua 4 posyandu, kelurahan Borong 3 posyandu, kelurahan Tello Baru 2 posyandu, 1 poskesdan dan 2 posbindu. Luas tanah Puskesmas Batua adalah 4500 M<sup>2</sup>, terbagi atas ruang rawat jalan dengan luas

bangunan 147 M<sup>2</sup> dan ruang rawat inap dengan luas bangunan 442 M<sup>2</sup>. Untuk meningkatkan kinerja Puskesmas Batua maka telah ditetapkan Visi dan Misi untuk mendukung Rencana Strategis Depkes.

a. Visi

Menjadi Puskesmas dengan pelayanan terbaik yang sehat, nyaman dan mandiri untuk semua

b. Misi

- 1) Profesionalisme sumber daya manusia
- 2) Menyediakan sarana prasarana sesuai standar puskesmas
- 3) Penggunaan system organisasi manajemen berbasis teknologi informasi
- 4) Penajaman program pelayanan kesehatan dasar berupa upaya promotif, preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif
- 5) Pengembangan program inovasi unggulan
- 6) Peningkatan upaya kemandirian masyarakat
- 7) Pererat kemitraan lintas sektor

c. Tujuan

Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Batua.

d. Strategi

- 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas Induk
- 2) Meningkatkan pelayanan promotif dan preventif
- 3) Meningkatkan pelayanan pelayanan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling
- 4) Meningkatkan jaringan komunikasi dan koordinasi dengan *stake holder*

- 5) Memperkuat jaringan peran serta masyarakat di bidang kesehatan
- e. Motto Puskesmas Batua “SEGAR”
- 1) Senyum: merupakan modal pemberi pelayanan
  - 2) Efektif: dengan pelayanan tepat guna, berdaya guna, berhasil guna
  - 3) Gerakan: upaya cepat tindakan dalam pemberian layanan kesehatan masyarakat
  - 4) Amal: merupakan bentuk kerelaan hati petugas dalam memberi pelayanan
  - 5) Ramah: adalah sikap yang tertanam dalam jiwa petugas kesehatan
3. Karakteristik Responden
- a. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin  
Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua  
Kota Makassar

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Laki-laki	9	19,6
Perempuan	37	80,4
Total	46	100

*Sumber : data primer, 2018*

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui jenis kelamin lansia depresi dengan frekuensi terbanyak adalah perempuan yaitu 37 responden (80,4%) dan frekuensi laki-laki sebanyak 9 responden (19,6%).

- b. Berdasarkan Usia

Tabel 5.2  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia  
Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua  
Kota Makassar

Usia	Frekuensi (f)	Presentase (%)
------	---------------	----------------

60-63	13	28.3
64-67	9	19.6
68-71	7	15.2
72-75	5	10.9
76-79	5	10.9
80-83	6	13.0
84-87	1	2.2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>

Sumber :data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 46 responden kelompok usia tertinggi berada pada usia 60-63 sebanyak 13 responden (28.3%) dan kelompok usia terendah berada pada usia 84-87 sebanyak 1 responden (2.2%).

c. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar

<b>Pendidikan</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Tidak Sekolah	11	23.9
SD	27	58.7
SMP	2	4.3
SMA	4	8.7
S1	2	4.3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>

Sumber : data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 46 responden data jumlah pendidikan terakhir responden tertinggi adalah SD yaitu sebanyak 27 responden (58.7%) dan jumlah pendidikan terakhir responden dengan jumlah terendah adalah SMP dan S1 yaitu sebanyak 2 responden (4.3%).

4. Analisa Univariat

a. Peran Diri

Tabel 5.4  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Peran Diri Dalam Keluarga Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar

<b>Peran Diri</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Presentase (%)</b>
-------------------	----------------------	-----------------------



Positif	34	73.9
Negatif	12	26.1
Total	46	100.0

Sumber :data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 46 responden, diperoleh sebanyak 34 responden (73.9%) dengan peran diri kategori positif dan 12 responden (26.1%) dengan peran diri kategori negatif.

b. Tingkat Depresi Pada Lansia

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar

Tingkat Depresi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Ringan	34	73.9
Sedang	10	21.7
Berat	2	4.3
Total	46	100.0

Sumber :data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 46 responden, diperoleh 34 responden (73.9%) dengan tingkat depresi kategori ringan, 10 responden (21.7%) dengan tingkat depresi kategori sedang, dan 2 responden (4.3%) dengan tingkat depresi kategori berat.

5. Analisa Bivariat

Tabel 5.6

Analisa Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar

Peran Diri	Tingkat Depresi						Total		p Value
	Ringan		Sedang		Berat		n	%	
	F	%	f	%	f	%			
Positif	34	73,9	0	0,0	0	0.0	34	73,9	0,000

Negatif	0	0,0	10	21,7	2	4,3	12	26
Total	34	73,9	10	21,7	2	4,34	46	100

Sumber :data primer, 2018

Dalam penelitian ini Analisa bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar. Berdasarkan uji statistik menggunakan uji *Chi-square*, dengan tabel 2x3 tetapi hasil uji statistik tidak dapat dibaca pada *Pearson Chi-square* karena nilai *expected count* < 5 dan > 20% sel, sehingga langkah selanjutnya dilakukan uji alternatif *Kolmogrov-Smirnov* dan diperoleh hasil nilai  $p=0.000$  dimana nilai  $\alpha=0.05$ . Hal ini menunjukkan bahwa nilai  $p (0.000) < \alpha (0.05)$ , maka hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima. Dengan demikian, ada hubungan yang bermakna antara peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

Berdasarkan hasil penelitian analisis hubungan peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar dari 46 responden didapatkan data peran diri positif dengan tingkat depresi ringan sebanyak 34 responden (73,9%), peran diri negatif dengan tingkat depresi sedang sebanyak 10 responden (21,7%) dan peran diri negatif dengan tingkat depresi berat sebanyak 2 responden (4,3%).

## B. Pembahasan

### 1. Peran Diri Lansia Dalam Keluarga

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Batua, dari 46 responden diperoleh hasil bahwa sebagian besar memiliki peran diri positif yaitu 34 responden (73,9%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nuryanti (2012), menunjukkan bahwa sebanyak 52.9% lansia yang mempunyai perubahan peran positif. Perubahan peran positif lansia yaitu masih berfungsinya peran dalam keluarga, status ekonomi maupun sosial masyarakat walaupun berada di UPT PSLU Pasuruan Babat Lamongan.

Hal ini sejalan dengan teori Potter & Perry (2005), yang menyatakan bahwa peran mencakup harapan atau standar perilaku yang diterima oleh keluarga, komunitas, dan kultur. Peran dapat

berfungsi secara efektif apabila seseorang dapat mengetahui perilaku dan nilai yang diharapkan, harus memiliki keinginan untuk memastikan nilai dan perilaku serta memenuhi tuntutan peran.

Hal ini didukung oleh teori menurut Friedman (2010), tentang peran – peran lansia dalam keluarga, seperti perannya sebagai Ayah/Ibu (Orang Tua), Sebagai Panutan, Suami / Istri, Janda/Duda, Kakek/Nenek, dan sebagai makhluk spiritual. Menurut Tamher & Noorkasiani (2009) dalam Ummy (2016), semakin lanjut usia seseorang, maka kemampuan fisik akan semakin menurun sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran yang dimilikinya.

Sebaran jawaban dari kuesioner yang diisi lansia tentang peran dalam keluarga menyatakan bahwa sebagian besar dapat menyesuaikan diri dengan keadaannya saat ini sehingga peran dirinya dikategorikan positif. Menurut peneliti lansia yang memiliki peran diri positif yaitu lansia yang masih membersihkan rumah dan lingkungan rumah sesuai kemampuannya, menjalankan ibadah sesuai keyakinan, dan masih menjalankan peran sebagai orang tua sekaligus kakek/nenek. Ada juga lansia yang memiliki peran positif karena masih dilibatkan dalam diskusi keluarga dan beberapa lansia sering mencurahkan keluhan yang dialaminya kepada keluarga, dengan adanya interaksi antara lansia dengan keluarga membuat lansia masih merasa dihargai dan dicintai. Hal ini didukung oleh teori menurut Maryam, dkk. (2008), yang menyatakan bahwa lansia yang berasal dari keluarga yang memiliki *support system* yang baik dalam hal mempertahankan dan meningkatkan status mental serta memberikan motivasi berupa komunikasi yang baik akan lebih sulit untuk terkena depresi dibandingkan dengan lansia dengan keluarga yang tidak memiliki *support system* yang baik dan tidak peduli terhadap urusan masing – masing anggota keluarganya. Oleh karena itu, ini menjadi salah satu tugas perawat dalam memberi

dukungan pada lansia melalui komunikasi terapeutik sehingga lansia dapat tetap menjalankan perannya sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

## 2. Tingkat Depresi Pada Lansia

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Batua, dari 46 responden diperoleh hasil bahwa sebagian besar memiliki tingkat depresi ringan yaitu 34 responden (73.9%). Hal ini sejalan dengan penelitian Nuryanti (2012), mengenai perubahan peran diri dengan tingkat depresi pada lansia di UPT PSLU Pasuruan Babat Lamongan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentasi tingkat depresi ringan sebesar 47.1% lebih banyak daripada tingkat depresi sedang 29.4%.

Menurut Tamher & Noorkasiani, (2009), menyatakan bahwa pada usia lanjut banyak persoalan hidup yang dihadapi oleh lansia. Akibat dari proses menua sering terjadi masalah seperti krisis ekonomi karena lansia sudah tidak dapat bekerja secara optimal, tidak punya keluarga / sebatang kara, merasa kehilangan teman, tidak adanya teman sebaya yang bisa diajak bicara, merasa tidak berguna, sering marah dan sabaran, kurang mampu berpikir dan berbicara, merasa kehilangan peran dalam keluarga, mudah tersinggung dan merasa tidak berdaya. Kondisi seperti ini dapat memicu stress yang akan berdampak pada terjadinya depresi pada lansia.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, umumnya lansia yang memiliki tingkat depresi ringan karena lansia dapat menanggapi perubahan perannya secara positif, serta adanya keterlibatan keluarga sebagai faktor pendukung sosial sehingga membuat lansia merasa masih dihargai dan dicintai dan meningkatkan motivasi lansia dalam menjalankan peran sesuai kemampuan yang dimiliki. Ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Friedman, (1998) dalam penelitian Efitri & Iwan (2012) mengenai, "Pola Komunikasi Keluarga Dan Tingkat Depresi Lansia Di Kelurahan Padang Bulan

Medan” bahwa, dalam keluarga dengan interaksi yang fungsional sehat dan ideal dapat memenuhi fungsi – fungsi yang umum. Kegiatan yang dapat terjalin dengan dilakukannya pola komunikasi fungsional memiliki kecenderungan mengalami depresi ringan sampai sedang.

Hal ini didukung oleh teori Indriyani, dkk. (2014), mengenai dukungan keluarga merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat melalui pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai orang lain dan juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama. Oleh karena itu, peran perawat dalam hal ini adalah sebagai educator yang membantu lansia dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam hal ini menjelaskan pada lansia tentang cara menanggapi perubahan peran diri yang adaptif sehingga lansia dapat menerima dan menanggapi perubahan peran dirinya secara positif, serta perawat juga dapat berperan sebagai koordinator yang mengarahkan keluarga serta masyarakat agar tetap bersosialisasi dengan lansia agar lansia tidak merasa dikucilkan sehingga dapat meminimalisir tingkat depresi pada lansia.

### 3. Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia

Hasil penelitian bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar. Berdasarkan uji statistik menggunakan uji *Chi-square*, dengan tabel 2x3 tetapi hasil uji statistik tidak dapat dibaca pada *Pearson Chi-square* karena nilai *expected count* < 5 dan > 20% sel, sehingga langkah selanjutnya dilakukan uji alternatif *Kolmogrov-Smirnov* dan diperoleh hasil nilai  $p = 0.000$  dimana nilai  $\alpha = 0.05$ . Hal ini menunjukkan bahwa nilai  $p$  ( $0.000$ ) <  $\alpha$  ( $0.05$ ), maka hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima. Dengan demikian, ada hubungan yang

bermakna antara peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

Hasil penelitian ini hampir sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gusti dan Made (2015), tentang hubungan dukungan sosial keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di Kelurahan Sading. Hasil penelitian didapatkan  $p$ -value  $(0,000) < \alpha (0.05)$ , artinya ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Hal ini mencerminkan bahwa semakin meningkatnya dukungan sosial keluarga maka kecenderungan tingkat depresi akan mengalami penurunan.

Ini sejalan dengan teori menurut Lieberman (dalam Azizah, 2011), dengan adanya dukungan sosial yang diperoleh dari orang terdekat yaitu keluarga dapat menurunkan kecenderungan munculnya kejadian yang mengakibatkan stres. Adanya interaksi dengan keluarga dapat memodifikasi atau mengubah persepsi individu pada kejadian penuh stres, sehingga akan mengurangi potensi munculnya stres. Berdasarkan teori psikodinamik, stres merupakan prediktor yang baik dalam terjadinya depresi, banyak bukti menunjukkan bahwa stres akut dan kronis dapat menyebabkan depresi.

a. Hubungan Peran Diri Positif Dengan Tingkat Depresi Ringan.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan dari 46 responden bahwa ada 34 (73,9%) responden lansia yang memiliki peran diri positif dengan tingkat depresi ringan. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar lansia dapat melaksanakan peran dirinya dengan baik sehingga depresi yang dialami lansia tergolong depresi ringan. Sebaran jawaban dari kuesioner yang diisi lansia tentang peran diri dalam keluarga menyatakan bahwa sebagian besar dapat menyesuaikan diri dengan keadaannya saat ini sehingga peran dirinya dikategorikan positif. Namun, lansia dapat mengalami depresi ringan disebabkan oleh beberapa

faktor seperti lansia sudah tidak memiliki penghasilan sehingga tidak dapat menafkahi dirinya dan bergantung pada anaknya. Selain itu, ada juga lansia yang merasa tidak puas dengan kehidupan dimasa tua sebagai suami/istri dan kesulitan dalam menjalankan peran dalam keluarga sebagai suami sekaligus istri atau sebaliknya karena pasangan telah meninggal, lansia jarang melakukan kegiatan/ hobi, sering merasa bosan, dan sering merasa lebih banyak orang yang lebih baik dari dirinya.

Hal tersebut sejalan dengan teori menurut Suardiman, (2011) dalam Gusti (2015) menyatakan melalui kegiatan, lansia dapat berkumpul dan berkomunikasi dengan sesama lansia. Rasa kesepian dan tidak berguna seringkali muncul dari kurangnya aktivitas apabila dibiarkan secara terus menerus maka akan berdampak negatif bagi lansia.

Teori lain yang mendukung yaitu teori Mariyam, dkk. (2008), yang menyatakan bahwa sumber finansial yang berkurang setelah memasuki periode lansia merupakan faktor yang turut mempunyai peranan pada tingkat depresi lansia begitu juga perpisahan dengan pasangan atau kematian merupakan faktor resiko terhadap tingginya depresi pada lansia. Lansia dengan status janda/duda memiliki tingkat depresi lebih tinggi daripada lansia yang masih berpasangan.

Menurut asumsi peneliti kemampuan lansia melaksanakan perannya dalam keluarga dapat berdampak terhadap tingkat depresinya. Tidak semua lansia dapat menyesuaikan diri dengan peran yang dimiliki, mengakibatkan lansia akan merasa cemas sehingga dapat mempengaruhi tingkat depresinya. Oleh karena itu, hal ini juga tidak terlepas dari peran perawat lansia dalam memberikan motivasi secara berkelanjutan pada lansia untuk tetap menjalankan peran sesuai kemampuan agar tidak merasa

terbebani dengan keadaan dan tidak merasa bosan serta hampa di dalam kehidupan sehingga tidak terjadi peningkatan depresi.

b. Hubungan Peran Diri Negatif Dengan Tingkat Depresi Sedang

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan dari 46 responden bahwa ada 10 (21,7%) responden yang memiliki peran diri negatif dengan tingkat depresi sedang. Hal ini menunjukkan bahwa beberapa lansia tidak melaksanakan peran dirinya dalam keluarga. Sebaran jawaban dari kuesioner yang diisi lansia tentang peran dalam keluarga menyatakan bahwa sebagian besar tidak dapat menyesuaikan diri dengan keadaannya saat ini sehingga peran dirinya dikategorikan negatif, dibuktikan dengan sebagian besar lansia mengatakan bahwa lansia jarang membersihkan rumah dan lingkungan rumahnya, jarang dilibatkan dalam diskusi keluarga, konflik dalam mendidik cucu, dibebankan dengan merawat anak dan cucu yang mengalami gangguan jiwa serta jarang mencurahkan keluhan yang dialami kepada keluarga. Hal ini membuat lansia merasa terbebani dan pesimis terhadap masa depan. Beberapa lansia juga mengalami depresi sedang diakibatkan karena faktor penyakit yang dimiliki lansia, seperti diabetes, hipertensi, bahkan kegagalan dalam operasi katarak sehingga membuat lansia tidak dapat melihat dengan baik lagi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saraswati (2006), tentang hubungan antara konsep diri dengan tingkat depresi pada penderita dm di Rumah Sakit Umum Ungaran, ditemukan bahwa DM dapat menimbulkan perubahan psikologis antara lain perubahan konsep diri dan depresi. Stress psikologi dapat timbul pada saat seseorang menerima diagnosa DM. Mereka beranggapan bahwa DM akan menimbulkan banyak permasalahan seperti pengendalian diet serta terapi yang lama dan kompleks. Hasil penelitian pada 37 responden dengan teknik *puspositive sampling* dan menggunakan uji *Pearson Product*



*Moment* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara konsep diri dengan tingkat depresi pada penderita DM dengan  $p \text{ value} = 0,000 < 0,05$ .

Hal ini sesuai dengan pernyataan Koziar, dkk. (2004), bahwa penyakit dan trauma juga bisa mempengaruhi konsep diri. Respon seseorang terhadap stressor seperti diatas penyakit dan perubahan yang berhubungan dengan penuaan akan berbeda : penerimaan, menolak, menarik diri, dan depresi adalah reaksi yang sering terjadi.

Menurut asumsi peneliti, sebagian besar lansia beranggapan sudah tidak memiliki kekuatan untuk melakukan aktivitas harian dengan alasan bahwa dirinya sudah tua, hal tersebut membuat lansia terkadang berpikir bahwa dirinya tidak lagi berguna, mengalami penurunan semangat dalam menjalankan aktivitas di kehidupannya, sensitif (mudah tersinggung dan mudah marah), dan kehilangan rasa percaya diri sehingga sering membandingkan dirinya dengan orang lain. Begitu pun pada lansia yang mengidap penyakit yang tergolong degeneratif, sebagian dari lansia mampu menerima kondisinya adapula yang tidak mampu menerima hal tersebut sehingga lansia pesimis terhadap masa depannya menyebabkan stress berkepanjangan bagi lansia yang berdampak pada peningkatan tingkat depresinya. Oleh karena itu, sebagai seorang perawat sebaiknya tidak hanya fokus pada perawatan penyakit yang dialami oleh lansia tetapi juga harus memperhatikan kondisi lansia secara komprehensif yaitu memperhatikan aspek bio-psiko-sosial-kultural serta spiritual.

c. Hubungan Peran Diri Negatif Dengan Tingkat Depresi Berat

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan dari 46 responden, sebanyak 2 (4,3%) responden yang memiliki peran diri negatif dengan tingkat depresi berat. Hal ini menunjukkan bahwa

ada lansia yang sama sekali tidak mampu melaksanakan perannya dalam keluarga. Hal ini disebabkan karena lansia mengidap penyakit yang sudah bertahun-tahun tak kunjung sembuh (lansia mengalami stroke). Stroke yang dialami lansia membuat aktivitas lansia terbatas sehingga lansia akan merasa tidak berguna, merasa kehidupannya hampa, tidak lagi bersemangat dalam menjalani kehidupannya, mengalami penurunan nafsu makan sehingga terkadang lansia menolak jika keluarga memberikan makanan, dan terkadang lansia menanyakan kepada petugas kesehatan mengapa dirinya tidak mati saja padahal ia sudah menderita stroke begitu lama. Kegagalan dalam penyesuaian dengan kondisi yang dimiliki inilah yang membuat lansia berada pada fase depresi berat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gabriella A. (2012) dengan judul "Stres Pada Kejadian Stroke" menunjukkan bahwa 40 responden mengalami stroke berulang memiliki tingkat stress sebesar 11 responden (27,5%) stress ringan, 14 responden (35%) stress sedang, dan 9 responden (22,5%) stress berat, ini menunjukkan bahwa penderita stroke berulang banyak mengalami stress, stress yang berkepanjangan inilah yang dapat menimbulkan depresi pada lansia.

Hal ini didukung oleh teori menurut Azizah (2011), dalam menjaga kesehatan baik fisik maupun kejiwaan, lansia justru harus tetap melakukan kegiatan yang berguna bagi kehidupannya, karena apabila tidak maka akan mendatangkan penyakit bagi lansia.

Hal ini juga sejalan dengan teori Lestari (2015), yang menyatakan bahwa depresi dilihat dari gejala psikis mempunyai tanda seperti merasa diri tidak berguna, perasaan tidak berguna ini muncul karena merasa menjadi orang gagal dalam bidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai.

Menurut Pedoman dan Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)-III (dalam Lestari, 2015), gangguan depresi dapat ditandai oleh gejala: mood yang depresi, hilangnya minat dan semangat, mudah lelah atau tenaga hilang, konsentrasi menurun, harga diri menurun, perasaan bersalah dan tidak berguna, pesimis terhadap masa depan, ide bunuh diri atau gagasan membahayakan diri sendiri, pola tidur berubah, dan nafsu makan menurun.

Menurut asumsi peneliti terjadinya masalah kesehatan yaitu penyakit fisik, seperti mengalami stroke yang tak kunjung sembuh membuat lansia mengalami kegagalan dalam penyesuaian dengan peran dirinya sehingga mempengaruhi tingkat depresi pada lansia. Stroke yang dialami lansia membuat aktivitas lansia terbatas sehingga lansia akan merasa tidak berguna sehingga untuk menjalankan ibadah sesuai keyakinannya juga sulit karena kondisi fisik yang lemah.

Penyakit yang terjadi pada lansia tersebut tidak hanya berdampak pada masalah kesehatan, namun juga sosial dan menjadi beban perekonomian bagi lansia karena penanganan penyakit memerlukan biaya sehingga permasalahan ini dapat meningkatkan depresi pada lansia. Oleh karena itu peran perawat dalam pemberian motivasi dan dukungan spiritual sangat penting agar dapat meringankan masalah psikologis, meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasinya secara emosional dan mengurangi kecemasan, sehingga tidak memperberat depresi yang dialami lansia.

Berdasarkan penelitian ini, peneliti mengambil kesimpulan bahwa kemampuan lansia dalam menyesuaikan peran dirinya dalam keluarga berbeda-beda, sehingga dapat menjadi pencetus terjadinya depresi dengan tingkatan yang berbeda-beda pula. Adanya dukungan sosial dari orang terdekat yaitu keluarga, dapat

membuat lansia merasa masih dihargai dan dicintai sehingga lansia dapat menanggapi perubahan peran dirinya secara positif. Hal ini akan mengurangi potensi peningkatan tingkat depresi pada lansia.

## **BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data penelitian yang telah dilakukan terhadap 46 responden pada tanggal 17 Januari sampai dengan 17 Februari 2018 di Puskesmas Batua Kota Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar mayoritas memiliki peran diri kategori positif sebanyak 34 responden (73,9%)
2. Lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar mayoritas memiliki tingkat depresi kategori ringan sebanyak 34 responden (73,9%)
3. Ada hubungan antara peran diri dalam keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar.

### **B. Saran**

1. Bagi Petugas Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi petugas kesehatan khususnya perawat untuk meningkatkan kualitas posyandu lansia dan memberikan dukungan pada lansia melalui komunikasi terapeutik dan BHSP (bina hubungan saling percaya) yang baik sehingga stressor-stressor yang dapat menyebabkan depresi pada lansia dapat berkurang.

2. Bagi Keluarga

Diharapkan agar keluarga lansia lebih memperhatikan, membantu, serta memberikan dukungan pada lansia dalam melaksanakan peran dirinya di dalam keluarga sehingga lansia merasa masih dihargai dan dicintai.

3. Bagi Lansia

Mengingat tingkat depresi dapat dipengaruhi oleh penyesuaian dengan peran diri yang dimiliki, diharapkan agar lansia dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan kondisi yang ada, tetap menjalankan peran sesuai kemampuan yang dimiliki sehingga lansia terhindar dari perasaan tidak berguna yang dapat membuat lansia depresi.

#### 4. Bagi Masyarakat

Diharapkan kepada masyarakat agar tetap bersosialisasi dengan lansia dan tidak mengucilkan atau memberikan stereotip yang negatif terhadap lansia yang dapat membuat lansia merasa tidak berdaya dan tidak berguna lagi yang dapat mempengaruhi kondisi depresi pada lansia.

#### 5. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Peneliti selanjutnya disarankan melakukan penelitian lanjutan dengan sampel yang lebih banyak dan wilayah yang lebih luas agar hasil penelitian lebih representatif.
- b. Peneliti selanjutnya disarankan menggunakan metode penelitian yang berbeda dengan penelitian ini, misalnya melakukan penelitian dengan metode kualitatif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa:Teori Dan Aplikasi*. Yogyakarta : CV. Andi Offset.
- Adelina, D. 2007. *Hubungan Kecerdasan Ruhaniah dengan Kesiapan Menuju Kematian*. *Jurnal Insight*, 9-10. Diambil dari [http://fpsi.mercubuanayogya.ac.id/wpcontent/uploads/2012/06/Agustus\\_207rin-Noor-E.pdf](http://fpsi.mercubuanayogya.ac.id/wpcontent/uploads/2012/06/Agustus_207rin-Noor-E.pdf). (diakses pada tanggal 30 Oktober 2017).
- Azizah, Lilik Ma'rifatul. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Badan Pusat Statistik. 2015. *Kebutuhan Data Ketenagakerjaan Untuk Pembangunan Berkelanjutan* (online). Diambil dari [www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/@ilo.../wcms\\_346599.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/@ilo.../wcms_346599.pdf) (diakses pada tanggal 27 Oktober 2017).
- Djafar, S. S. 2015. *Hubungan Perubahan Peran Diri dengan Depresi Pada Lansia di Kecamatan Buntulia Kabupaten Pohowanto*. Diambil dari <http://kim.ung.ac.id/index.php/KIMFIKK/article/download/11314/11187> (diakses pada tanggal 27 Oktober 2017).
- Efitri, N. S., Iwan R. 2012. *Pola Komunikasi Keluarga Dan Tingkat Depresi Lansia Di Kelurahan Padang Bulan Medan*. Diambil dari [https://scholar.google.co.id/scholar?q=penyebab+lansia+depresi&hl=id&as\\_sdt=0&hs\\_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwj7udizxMXaAhWMuY8KHxfCDeAQgQMlJTA#d=gs\\_qabs&p=&u=%23p%3DLOtQoOF8pFMJ](https://scholar.google.co.id/scholar?q=penyebab+lansia+depresi&hl=id&as_sdt=0&hs_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwj7udizxMXaAhWMuY8KHxfCDeAQgQMlJTA#d=gs_qabs&p=&u=%23p%3DLOtQoOF8pFMJ) (diakses pada tanggal 10 April 2018)
- Friedman, Marilyn M. 2010. *Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktik Edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Gabriella Adientya. 2012. *Stress Pada Kejadian Stroke*. Diambil dari <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jnursing/article/view/448/447> (diakses pada tanggal 14 Maret 2018).

- Hamid, A. Y. S. 2008. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Hanggari, D. R. 2013. *Hubungan Antara Penyesuaian Diri Dengan Depresi Pada Pensiunan Pegawai di Desa Sidoarum Kecamatan Godean Kabupaten Sleman*. Diambil dari <http://docplayer.info/60169382-Hubungan-antara-penyediaan-diri-dengan-depresi-pada-pensiunan-pegawai-di-desa-sidoarum-kecamatan-godean-kabupaten-sleman-skripsi.html> (diakses pada tanggal 1 November 2017).
- Hasmi. 2016. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jayapura : In Media.
- Hawari, Dadang. 2013. *Manajemen Stress Cemas Dan Depresi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2014. *Metode Penelitian Keperawatan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Indriana, Y. 2010. *Perbedaan Religiositas Lansia yang Tinggal Di Panti dan Di Rumah Sendiri*. Diambil dari [http://Feprints.undip.ac.id/perbedaan\\_religiositas\\_lansia.pdf](http://Feprints.undip.ac.id/perbedaan_religiositas_lansia.pdf) (diakses pada tanggal 3 November 2017).
- Khalid, Mujahidullah. 2012. *Keperawatan Geriatrik : Merawat Lansia Dengan Cinta Dan Kasih Sayang*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Kozier, B., Erb, G., Bernman dan Snyder. 2004. *Fundamental Of Nursing: Consept, Process, and Practice*. (7<sup>th</sup>). USA : Pearson.
- Lestari, Titik. 2015. *Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Mariyam, dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika.
- Meridian L. Maas, dkk. 2014. *Asuhan Keperawatan Geriatrik*. Jakarta : EGC.
- Nugroho, Wahjudi. 2014. *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta : EGC.
- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba.



- Nuryanti, T., Indarwati, R., Hadisutyatamana, S. 2012. Hubungan Perubahan Peran Diri dengan Tingkat Depresi pada Lansia yang Tinggal di UPT PSLU Pasuruan Babat Lamongan. Diambil dari <http://journal.unair.ac.id/filerPDF/Titik%20N.docx> (diakses pada tanggal 30 Oktober 2017).
- Padila. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, proses, dan praktek Vol. 1 Edisi 4 (Terjemahan Yasmin Asih)*. Jakarta : EGC.
- Saraswati, R. 2006. *Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Penderita DM Di Rumah Sakit Umum Ungaran*. Diambil dari <http://keperawatan.undip.com> (diakses pada tanggal 10 april 2018)
- Stanley M. & Bear, P. G. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Edisi 2 (Terjemahan Juniarti dan Kurnianingsih)*. Jakarta: EGC.
- Sujarweni, V. W. 2014. *Metode Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Suliswati, dkk. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Sunaryo, et all. 2016. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : CV. Andi Offset.
- Supardi, Sudiby. 2013. *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Tamher, S. & Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Ummy, A. N. 2016. *Gambaran Peran Lansia yang Tinggal Di Balai Pelayanan Sosial Lanjut Usia Dewananta Cilacap*. Diambil dari <http://repository.ump.ac.id/2119/2/UMMY%20APITA%20NINGRU%20BAB%201.pdf> (diakses pada tanggal 27 Oktober 2017).
- Yeniar Indriana. 2012. *Gerontologi & Progeria*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Yosep, Iyus & Sutini, Titin. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung :  
Refika Aditama.

### JADWAL PENELITIAN

NO	KEGIATAN	2017																				2018																				
		SEPTEMBER				OKTOBER					NOVEMBER				DESEMBER					JANUARI				FEBRUARI				MARET					APRIL									
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4						
1.	<b>PERSIAPAN</b>																																									
	a. Mengajukan Judul																																									
	b. ACC Judul																																									
	c. Menyusun Proposal																																									
	d. Ujian Proposal																																									
	e. Perbaikan Proposal																																									
2.	<b>PELAKSANAAN</b>																																									
	a. Pengumpulan Data																																									
	b. Pengelolaan Data																																									
	c. Analisa Data																																									
	d. Pembahasan																																									
3.	<b>PENYELESAIAN</b>																																									
	Menyusun Laporan Hasil Penelitian																																									
4.	<b>UJIAN SKRIPSI</b>																																									
5.	<b>PERBAIKAN SKRIPSI</b>																																									
6.	<b>MEMASUKAN SKRIPSI</b>																																									

## LEMBAR PERMOHONAN RESPONDEN

Kepada Yth

Bpk./Ibu Calon Responden

Di\_

Tempat.

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Nurafiqah Binti H. Banggulu

Olivia Estrella Yana

Alamat : BTP

Adhyaksa Baru

Adalah mahasiswa program studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang **“Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar”**.

Kami sangat mengharapkan partisipasi saudara/saudari dalam penelitian ini demi kelancaran pelaksanaan penelitian.

Kami menjamin kerahasiaan dan segala bentuk informasi yang saudara/saudari berikan dan apabila ada hal-hal yang masih ingin ditanyakan, kami memberikan kesempatan yang sebesar-besarnya untuk meminta penjelasan dari peneliti.

Demikian penyampaian dari kami, atas perhatian dan kerja sama kami mengucapkan terima kasih.

Peneliti,

Nurafiqah Binti H. Banggulu

Olivia Estrella Ya

na

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul Penelitian : Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar

Nama Peneliti : Nurafiqah Binti H. Banggulu (CX1614201161)  
Olivia Estrella Yana (CX1614201163)

---

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjalan **“Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar”** yang dilaksanakan oleh Nurafiqah Binti H. Banggulu dan Olivia Estrella Yana, Mahasiswi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Makassar, 2018

(Responden)

## LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

Hari / Tanggal :  
Nama Pasien (Inisial) :  
Umur :  
Jenis Kelamin :  
Pendidikan Terakhir :

Berilah tanda check list (√) pada jawaban yang paling sesuai dengan keadaan anda saat ini.

---

### KUESIONER PERAN DIRI DALAM KELUARGA

No	PERTANYAAN	SELALU	KADANG-KADANG	TIDAK PERNAH	SKOR
1.	Saya masih membersihkan rumah dan lingkungan rumah sesuai kemampuan saya				
2.	Saya masih dilibatkan dalam diskusi jika ada masalah keluarga				
3.	Saya suka menceritakan kisah masamuda saya kepada anak / cucu / tetangga saat waktu senggang				
4.	Saya selalu memberikan anak saya nasihat sebagai orang tua				
5.	Saya selalu menjalankan ibadah sesuai keyakinan saya				
6.	Saya selalu mengucapkan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa di dalam kehidupan masa tua saya				
7.	Saya dapat menjalankan peran sebagai orang tua sekaligus kakek/nenek dengan baik				
8.	Saya merasa puas dengan kehidupan saya dimasa tua sebagai suami / istri				
9.	Saya sudah tidak dapat menafkahi diri saya sendiri dan keluarga				
10.	Saya masih dilibatkan dalam mendidik cucu				
11.	Saya senang bila anak dan cucu saya berkunjung ke rumah				

12.	Saya selalu mencurahkan keluhan yang saya alami kepada keluarga				
13.	Saya menjalankan peran saya di dalam keluarga sebagai suami sekaligus istri dan sebaliknya karena pasangan saya sudah meninggal				
14.	Saya selalu menanamkan nilai moral yang tinggi dalam keluarga saya				

**PENILAIAN :**

Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab :

Selalu : Skor 2

Kadang-kadang: Skor 1

Tidak Pernah : Skor 0

<b>TOTAL SKOR</b>	<b>PERAN DIRI</b>
<b>0 - 14</b>	<b>Negatif</b>
<b>15 - 28</b>	<b>Positif</b>

**KUESIONER  
GERIATRIC DEPRESSION RATING SCALE (GDRS)**

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK	SKOR
1.	Apakah anda merasa puas terhadap kehidupan anda selama ini ?			
2.	Apakah anda sudah tidak melakukan kegiatan dan hobi anda?			
3.	Apakah anda merasa hidup anda hampa/kosong ?			
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?			
5.	Apakah anda bersemangat menjalani kehidupan saat ini dan ke depan ?			
6.	Apakah anda terganggu dengan pikiran-pikiran yang tidak dapat anda singkirkan?			
7.	Apakah anda merasa bahagia menjalani kehidupan anda ?			
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?			

9.	Apakah anda lebih nyaman di rumah atau lebih suka jalan-jalan keluar atau berbuat sesuatu yang baru ?			
10.	Apakah anda sering lupa ?			
11.	Apakah anda merasa hidup ini indah ?			
12.	Apakah saat ini anda merasa tidak berguna ?			
13.	Apakah anda masih mempunyai kekuatan untuk melakukan kegiatan sehari-hari ?			
14.	Apakah anda merasa tidak mempunyai harapan masa depan ?			
15.	Apakah anda merasa banyak orang yang lebih baik dari anda ?			

1 point diberikan untuk jawaban :

- |          |          |          |           |           |
|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| 1. Tidak | 4. Ya    | 7. Tidak | 10. Ya    | 13. Tidak |
| 2. Ya    | 5. Tidak | 8. Ya    | 11. Tidak | 14. Ya    |
| 3. Ya    | 6. Ya    | 9. Tidak | 12. Ya    | 15. Ya    |

**TOTAL GDRS :** .....

Skor maksimum GDRS : 15

**PENILAIAN :**

TOTAL SKOR	TINGKAT DEPRESI
0 - 4	Normal
5 - 8	Ringan
9 - 11	Sedang
12 - 15	Berat



## Hasil Uji Demografi

		Statistics		
		JENIS KELAMIN	UMUR	PENDIDIKAN TERAKHIR
N	Valid	46	46	46
	Missing	23	23	23
Mean		1.80	2.39	2.11

JENIS KELAMIN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	9	13.0	19.6	19.6
	PEREMPUAN	37	53.6	80.4	100.0
	Total	46	66.7	100.0	
Missing	System	23	33.3		
Total		69	100.0		

USIA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-63	13	28.3	28.3	28.3
	64-67	9	19.6	19.6	47.8
	68-71	7	15.2	15.2	63.0
	72-75	5	10.9	10.9	73.9
	76-79	5	10.9	10.9	84.8
	80-83	6	13.0	13.0	97.8
	84-87	1	2.2	2.2	100.0
	Total	46	100.0	100.0	

PENDIDIKAN TERAKHIR					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK SEKOLAH	11	15.9	23.9	23.9
	SD	27	39.1	58.7	82.6

	SMP	2	2.9	4.3	87.0
	SMA	4	5.8	8.7	95.7
	S1	2	2.9	4.3	100.0
	Total	46	66.7	100.0	
Missing	System	23	33.3		
Total		69	100.0		

**Hasil Uji Chi-square dan Kolmogrov-smirnov**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PERAN DIRI * TINGKAT DEPRESI	46	100.0%	0	0.0%	46	100.0%

**PERAN DIRI \* TINGKAT DEPRESI Crosstabulation**

		TINGKAT DEPRESI			Total
		RINGAN	SEDANG	BERAT	
PERAN DIRI	Count	34	0	0	34
	Expected Count	25.1	7.4	1.5	34.0
	POSITIF	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% within PERAN DIRI	100.0%	0.0%	0.0%	73.9%
	% within TINGKAT DEPRESI	73.9%	0.0%	0.0%	73.9%
	% of Total				
	Count	0	10	2	12
	Expected Count	8.9	2.6	.5	12.0
	NEGATIF	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%
	% within PERAN DIRI	0.0%	100.0%	100.0%	26.1%
% within TINGKAT DEPRESI	0.0%	21.7%	4.3%	26.1%	
% of Total					
Total	Count	34	10	2	46
	Expected Count	34.0	10.0	2.0	46.0
	% within PERAN DIRI	73.9%	21.7%	4.3%	100.0%
	% within TINGKAT DEPRESI	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	73.9%	21.7%	4.3%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	46.000 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	52.805	2	.000
Linear-by-Linear Association	39.541	1	.000
N of Valid Cases	46		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .52.

## Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

### Frequencies

	PERAN DIRI	N
TINGKAT	POSITIF	34
DEPRESI	NEGATIF	12
	Total	46

### Test Statistics<sup>a</sup>

		TINGKAT DEPRESI
Most Extreme	Absolute	1.000
Differences	Positive	1.000
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		2.978
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000

a. Grouping Variable: PERAN DIRI



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIK) STELLA MARIS MAKASSAR  
PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS

JL. MAIPA NO.19 MAKASSAR-90112 Telp.0411-854808

**LEMBARAN KONSULTASI**





Nama Mahasiswa : Nurafiqah Binti H. Banggulu (CX1614201161)

Olivia Estrella Yana (CX1614201163)






Judul : Hubungan Peran Diri Dalam Keluarga Dengan Tingkat  
Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas  
Batua Kota Makassar.


Pembimbing : Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes.

NIDN : 0925117501

NO.	HARI / TANGGAL	URAIAN	PARAF
			PEMBIMBING
1.	Jumat / 20-10-2017	- Konsul Judul - ACC judul	
2.	Rabu / 25-10-2017	PROPOSAL Konsul BAB I - Latar belakang - Tujuan Penelitian	
3.	Sabtu / 28-10-2017	Konsul BAB I - Latar belakang : jelaskan lebih rinci tentang peran diri lansia yang akan diteliti - Tujuan ACC - Lanjutkan BAB II	
4.	Kamis / 2-11-2017	Konsul BAB I - Perbaiki sesuai koreksian Konsul BAB II - Susun teori berdasarkan variabel yang diteliti - Kurangi materi yang tidak perlu	

5.	Senin / 6-11-2017	Konsul BAB I - Penulisan diperbaiki Konsul BAB II - Penulisan nama dalam teori Lanjut BAB III	
6.	Sabtu / 11-11-2017	BAB I : ACC Konsul BAB II - Perbaiki urutan pustaka Konsul BAB III - Perbaiki skor untuk peran diri dan tingkatan depresi Siapkan BAB IV	
7.	Jumat / 17-11-2017	Konsul BAB II - Tambahkan teori tentang alat ukur untuk depresi Konsul BAB III - Perbaiki definisi operasional Buat BAB IV	
8.	Rabu / 22-11-2017	BAB III : ACC Konsul BAB IV - Perbaiki populasi dan sampel penelitian - Perbaiki kriteria inklusi Lengkapi BAB I, II, III, dan IV	
9.	Sabtu / 25-11-2017	Perbaiki penulisan kriteria inklusi dan eksklusif	
10,	Selasa / 28-11-2017	Perbaiki sesuai koreksian	

11.	Sabtu / 2-12-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposal ACC</li> <li>- Persiapkan ujian</li> </ul>	
12.	Rabu / 14-3-2018	<p>SKRIPSI Konsul BAB V dan VI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki pembuatan judul tabel</li> <li>- Pembahasan difokuskan pada analisa bivariat</li> </ul>	
13.	Selasa / 20-3-2018	<p>BAB VI : ACC Konsul BAB V</p> <p>Perbaiki pembahasan berdasarkan analisa bivariat hubungan peran diri dengan depresi lansia :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peran diri positif dengan terjadinya depresi ringan</li> <li>- Peran diri negatif dengan terjadinya depresi sedang dan berat</li> </ul>	
14.	Jumat / 23-3-2018	<p>Konsul BAB V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki susunan pembahasan sesuai dengan analisis bivariat dimulai dari pendapat peneliti, teori dan penelitian lain</li> </ul> <p>Siapkan Abstrak</p>	
15.	Selasa / 27-3-2018	<p>Konsul BAB V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan pembahasan tentang hubungan peran diri dengan depresi</li> </ul> <p>Konsul Abstrak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki susunan abstrak</li> </ul>	

16.	Rabu / 28-3-2018	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki abstrak</li><li>- Perbaiki penulisan spasi dan huruf</li></ul>	
17.	Kamis / 29-3-2018	Skripsi ACC	