

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH RURAL NAGARI SUNGAI
BULUAH SELATAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN**

Penelitian Keperawatan Gerontik



**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
2026**

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH RURAL NAGARI SUNGAI
BULUAH SELATAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN**

Penelitian Keperawatan Gerontik



NIM. 2211312002

**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS**

2026

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH RURAL NAGARI SUNGAI
BULUAH SELATAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN**

Penelitian Keperawatan Gerontik

UNIVERSITAS ANDALAS

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Fakultas Keperawatan
Universitas Andalas**

Oleh:



BILKHISTI SYAHRANI

NIM. 2211312002

**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
2026**

PERSETUJUAN SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH RURAL NAGARI SUNGAI
BULUAH SELATAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN**

**BILKHISTI SYAHRANI
NIM.2211312002**

Skripsi ini telah disetujui
Tanggal 18 Juni 2026

Oleh :

Pembimbing Utama



Dr. Rika Sabri, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
NIP. 197308242002122002

Pembimbing Pendamping



Ns. Ira Erwina, M.Kep., Sp.Kep.J.
NIP. 198101262008122001

Mengetahui:

Ketua Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Fakultas Keperawatan
Universitas Andalas



Dr. Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep.
NIP. 197308242002122002

PENETAPAN PANITIA PENGUJI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERTHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH RURAL NAGARI SUNGAI
BULUAH SELATAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN**

**BILKHISTI SYAHRANI
NIM. 2211312002**

Skripsi ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Fakultas Keperawatan
Universitas Andalas pada tanggal 18 Juni 2026

Panitia penguji,

1. Dr. Rika Sabri, M.Kep., Sp.Kep.Kom

(.....)

2. Ns. Ira Erwina, M.Kep., Sp.Kep.J

(.....)

3. Ns. Feri Fernandes, M.Kep., Sp.Kep.J

(.....)

4. Ns. Randy Refnandes, S.Kep., M.Kep

(.....)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala nikmat dan Rahmat Nya yang selalu dicurahkan kepada seluruh makhluk Nya. Shalawat serta salam dikirimkan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah dengan nikmat dan hidayah Nya, peneliti telah dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Wilayah Rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman”

Terimakasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan kepada Ibu Dr. Ns. Rika Sabri, M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku pembimbing utama dan kepada Ibu Ns. Ira Erwina, M.Kep., Sp.Kep.J sebagai pembimbing pendamping, yang telah dengan telaten dan penuh kesabaran membimbing peneliti dalam menyusun skripsi ini. Terimakasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan kepada Ibu Ns. Esi Afriyanti, S.Kp., M.Kes sebagai pembimbing akademik yang telah memberi motivasi, nasehat dan bimbingan selama saya mengikuti perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Selain itu saya juga mengucapkan terimakasih pada :

1. Ibu Dr. Ns. Deswita, M.Kep., Sp.Kep.An selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
2. Ibu Dr. Ns. Rika Sarfika, M.Kep. selaku Ketua Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.

3. Bapak Ns. Feri Fernandes, M.Kep., Sp.Kep.J, Ibu Ns. Windy Freska, S.Kep., M.Kep, dan Ns. Randy Refnandes, S.Kep., M.Kep selaku penguji yang telah memberikan masukan dan saran menuju kesempurnaan skripsi ini.
4. Seluruh Dosen Program Studi S1 Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
5. Seluruh Staff Administrasi Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
6. Teruntuk cinta pertama, panutan, dan pendukung terbaik sepanjang hidup peneliti, ayahanda Imam M. Syafei. Terimakasih untuk setiap tetes keringat dalam setiap langkah pengorbanan dan kerja keras yang dilakukan untuk memberikan yang terbaik kepada peneliti, mengusahakan segala kebutuhan peneliti, mendidik, membimbing, memberikan dukungan, motivasi, dan selalu ada ketika peneliti hilang arah serta selalu mendoakan disetiap keadaan apapun agar peneliti mampu bertahan untuk melangkah selangkah demi selangkah dalam meraih mimpi peneliti. Papa memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai ke bangku perkuliahan, namun beliau mampu mendidik, memberikan motivasi, dan dukungan dari segi finansial sehingga peneliti mampu meraih gelar sarjana.
7. Teruntuk pintu surgaku, ibunda Candra terimakasih yang sebesar-besarnya peneliti ucapkan kepada wanita terbaik sepanjang hidup peneliti. Mama bukan hanya seorang ibu, tetapi juga sahabat, guru, dan cahaya dalam setiap langkah hidup peneliti. Dari tatapan mama yang lembut peneliti belajar arti ketulusan. Dari air matanya, peneliti belajar memahami makna perjuangan.

Dari doanya yang tidak pernah putus, peneliti mengenal cinta sejati yang tidak bersyarat. Tanpa beliau peneliti bukanlah siapa-siapa. Mama telah memberikan segala bentuk kasih sayang, bantuan, semangat, juga doa yang tidak terputus untuk anak bungsunya. Terimakasih atas segala nasihat yang telah mama berikan, terimakasih atas kesabaran dan kebesaran hati dalam menghadapi anak bungsu ini. Beliau memang tidak menempuh pendidikan hingga perguruan tinggi, namun tekad yang kuat, kerja keras, dan doa yang tidak pernah berhenti, beliau mampu mengantarkan anaknya menjadi seorang sarjana. Mama menjadi penguat dan pengingat sehingga peneliti dapat bertahan dan menyelesaikan skripsi ini..

8. Teruntuk Abang peneliti Reno Syafrawanto dan kakak ipar Sesri Meliza terimakasih kepada abang dan kakak ipar tercinta yang selalu memberikan doa, dukungan, semangat, dan bantuan selama perjalanan perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini. Terimakasih telah membantu peneliti, baik dalam bentuk perhatian, motivasi, maupun bantuan dana ketika peneliti mengalami kesulitan. Semua kebaikan dan dukungan yang diberikan sangat berarti dan menjadi bagian penting dalam perjalanan peneliti hingga sampai pada tahap ini.
9. Teruntuk Ayuk peneliti Silvira Dwisyara dan abang ipar Jefri Wanda Saputra. Terimakasih kepada ayuk tersayang dan abang ipar yang selalu peduli dan hadir membantu peneliti selama menjalani perkuliahan hingga penyelesaian skripsi. Terimakasih atas segala dukungan, perhatian, dan bantuan yang diberikan, baik dalam keadaan suka maupun sulit. Kebaikan

yang diberikan menjadi salah satu kekuatan bagi peneliti untuk sampai pada tahap ini.

10. Teruntuk Mbak peneliti Mardiah Syafitri dan abang ipar Diko Dwi Cahyo.

Terimakasih peneliti sampaikan kepada mbak tersayang dan abang ipar yang selalu menjadi keluarga terdekat bagi peneliti selama menjalani masa perkuliahan. Terimakasih mbak telah menjadi sosok yang selalu memahami, mendengarkan, dan menemani setiap proses yang peneliti lalui. Kehadiran kalian memberikan rasa nyaman dan menjadi bagian berharga dalam perjalanan peneliti hingga menyelesaikan skripsi ini.

11. Teruntuk ponakan-ponakan peneliti Dhitan, Meisya, Zoya, Xena, dan Divyant yang selalu memberikan semangat, dan menjadi motivasi bagi peneliti untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

12. Teruntuk teman tercinta peneliti Firstshila Shelomitha, terimakasih sudah selalu hadir, bukan hanya dalam kebahagiaan, tetapi juga di saat peneliti merasa ragu, lelah, dan hampir menyerah. Kehadiran yang menjadi tempat bercerita, berbagi keluh kesah, serta memberikan semangat dalam setiap proses yang dilalui, terimakasih untuk motivasi dan dukungan yang diberikan sehingga peneliti bisa menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Semoga segala kebaikan, ketulusan, dan dukungan yang telah diberikan mendapatkan balasan terbaik serta keberkahan dalam setiap perjalanan hidupmu

13. Teruntuk Rani Pratiwi Z, Mutiara Aura Dhita, dan Rachel Meliandona, terimakasih sudah menjadi bagian dari perjalanan perkuliahan peneliti.

Terimakasih sudah menjadi pendengar setia dan mampu menerima sisi baik dan buruk peneliti tanpa pernah menghakimi. Kehadiran kalian membuat peneliti kuat dan menginspirasi peneliti selama perkuliahan. Terimakasih atas dukungan, dan motivasi yang diberikan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.

14. Teruntuk Putri Jihan Charissa, dan Nurul Affifah terimakasih sudah menjadi bagian dari perjalanan perkuliahan peneliti. Kehadiran kalian membuat peneliti kuat dan menginspirasi peneliti selama perkuliahan. Terimakasih atas dukungan, dan motivasi yang diberikan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.

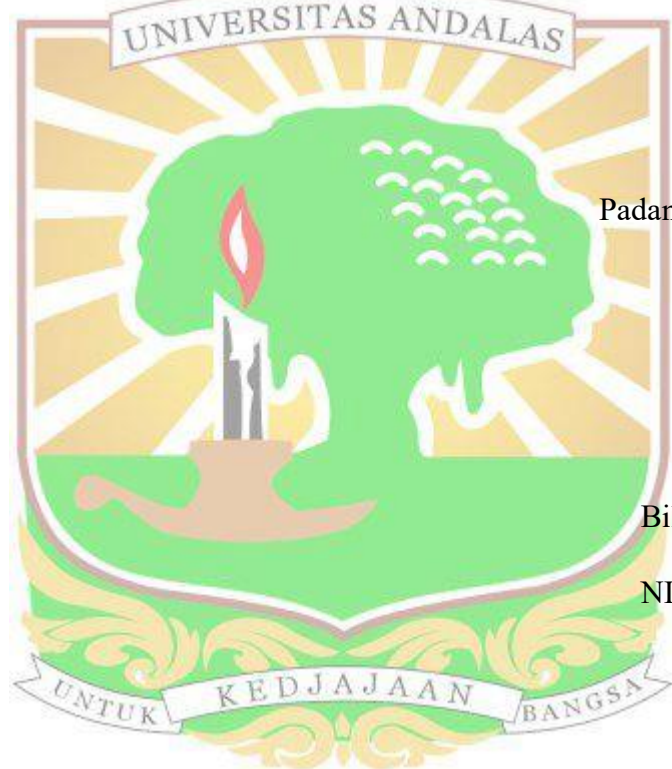
15. Rekan-rekan seperjuangan kelompok A, terkhusus kepada Caca, Imit, Puput, Siva yang telah memberikan semangat kepada peneliti, dan menemani peneliti dalam penyusunan skripsi ini. Terimakasih sudah menjadi teman dan keluarga bagi peneliti selama perkuliahan.

16. Keluarga besar angkatan 2022 program A Fakultas Keperawatan Universitas Andalas yang selalu kompak, tolong menolong, dan selalu bersama dari awal perkuliahan sampai saat ini.

17. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu, memberikan semangat, dan motivasi kepada peneliti demi kelancaran dan keberhasilan peneliti dalam penyusunan skripsi ini.

18. Dan terakhir ucapan terimakasih kepada diri peneliti sendiri Bilkhisti Syahrani, anak bungsu yang telah melalui perjalanan panjang dengan

berbagai rintangan dan hambatan dalam menyelesaikan skripsi ini. Terimakasih telah tetap bertahan di saat banyak hal terasa berat, tetap melangkah meskipun sering merasa lelah, dan terus berusaha hingga akhirnya mampu sampai pada titik ini. Perjalanan ini mengajarkan peneliti tentang kesabaran, kekuatan, dan arti dari sebuah perjuangan. Terimakasih telah memilih untuk tidak menyerah dan terus percaya bahwa setiap proses yang dilalui akan membawa peneliti menuju keberhasilan.



Padang, 18 Juni 2026

Peneliti

Bilkhisti Syahrani

NIM.2211312002

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ANDALAS

JUNI 2026

Nama : Bilkhisti Syahrani

NIM : 2211312002

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Wilayah Rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman

ABSTRAK

Depresi pada lansia menjadi permasalahan kesehatan mental yang perlu diperhatikan karena dapat terjadi akibat perubahan fisik, kehilangan peran sosial, serta berkurangnya dukungan lingkungan. Identifikasi faktor yang berhubungan dengan depresi diperlukan sebagai dasar upaya pencegahan. Berbagai faktor diduga berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia, di antaranya kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan. Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah sampel 234 lansia dipilih dengan teknik *cluster sampling*. Instrumen yang digunakan yaitu *Geriatric Depression Scale-15* (GDS-15) untuk kejadian depresi, *De Jong Gierveld Loneliness Scale* (DJGLS) untuk kesepian, kuesioner dukungan keluarga, dan *Self Administered Comorbidity Questionnaire* (SCQ) untuk penyakit penyerta. Analisis data dilakukan dengan uji *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan sebagian kecil (18,8%) responden mengalami depresi, sebagian kecil (6,8%) responden mengalami kesepian berat, sebagian kecil (8,5%) responden mendapatkan dukungan keluarga kurang, dan kurang dari setengahnya (40,6%) responden memiliki penyakit penyerta. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta dengan kejadian depresi ($p\text{-value} < 0,001$). Diperlukan upaya promotif dan preventif melalui pendampingan keluarga dalam aktivitas lansia, penguatan kegiatan kelompok lansia di masyarakat, serta pemantauan kesehatan dan pengobatan penyakit penyerta secara berkala untuk mencegah depresi.

Kata Kunci : Depresi, Lansia, Kesepian, Dukungan Keluarga, Penyakit Penyerta

Daftar Pustaka : 90 (1979-2025)

FACULTY OF NURSING

ANDALAS UNIVERSITY

JUNE 2026

Name : Bilkhisti Syahrani

Student ID : 2211312002

***Factors Associated with Depression Among Older Adults in the Rural Area of
Nagari Sungai Buluah Selatan Padang Pariaman Regency***

ABSTRACT

Depression in the elderly is a mental health problem that requires attention because it can occur due to physical changes, loss of social roles, and reduced environmental support. Identification of factors related to depression is necessary as a basis for prevention efforts. Various factors are suspected to be associated with the incidence of depression in the elderly, such as loneliness, family support, and comorbidities. This study aims to determine the factors associated with the incidence of depression in the elderly in the rural area of Nagari Sungai Buluh Selatan. This study used a quantitative design with a cross-sectional approach. A sample of 234 elderly people was selected using a cluster sampling technique. The instruments used were the Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) for depression, the De Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS) for loneliness, the family support questionnaire, and the Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ) for comorbidities. Data analysis was performed using the chi-square test. The results showed that a small portion (18.8%) of respondents experienced depression, a small portion (6.8%) of respondents experienced severe loneliness, a small portion (8.5%) of respondents received insufficient family support, and less than half (40.6%) of respondents had comorbidities. Statistical test results showed a significant association between loneliness, family support, and comorbidities with the incidence of depression ($p\text{-value} < 0.001$). Promotive and preventive efforts are needed through family support in elderly activities, strengthening community activities for elderly groups, and regular health monitoring and treatment of comorbidities to prevent depression.

Keywords: Depression, Older Adults, Loneliness, Family Support, Comorbidities

References: 90 (1979–2025)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM.....	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR	ii
LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	v
ABSTRAK	xi
<i>ABSTRACT</i>	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR BAGAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Penetapan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian.....	11
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	14
A. Lanjut Usia	14
1. Pengertian Lansia.....	14
2. Batasan-Batasan Lanjut Usia	15
3. Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lansia	15
B. Konsep Depresi	24
1. Pengertian Depresi.....	24
2. Gejala-Gejala Depresi pada Lansia.....	25

3.	Dampak Depresi pada Kualitas Hidup Lansia	30
4.	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lansia	30
5.	Alat Ukur/Instrumen Depresi.....	31
C.	Konsep Kesepian.....	32
1.	Definisi Kesepian.....	32
2.	Dimensi Kesepian	33
3.	Dampak Kesepian	35
4.	Alat Ukur/Instrumen Kesepian	36
D.	Konsep Dukungan Keluarga	37
1.	Definisi Dukungan Keluarga	37
2.	Jenis-Jenis Dukungan Keluarga	38
3.	Sumber-Sumber Dukungan Keluarga	41
4.	Alat Ukur/Instrumen Dukungan Keluarga	41
E.	Konsep Penyakit Penyerta.....	42
1.	Definisi Penyakit Penyerta.....	42
2.	Penyakit Umum yang Dialami Lansia	43
3.	Alat Ukur/Instrumen Penyakit Penyerta	45
BAB III KERANGKA KONSEP		47
A.	Kerangka Teori.....	47
B.	Kerangka Konsep	52
C.	Hipotesis Penelitian.....	52
BAB IV METODE PENELITIAN		53
A.	Jenis Penelitian.....	53
B.	Tempat dan Waktu Penelitian.....	53

C. Populasi dan Sampel Penelitian	53
D. Variabel dan Definisi Operasional	56
E. Instrumen Penelitian.....	58
F. Etika Penelitian	63
G. Metode Pengumpulan Data	65
H. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data	68
BAB V HASIL	71
A. Gambaran Umum Penelitian	71
B. Analisa Univariat	71
C. Analisa Bivariat.....	74
BAB VI PEMBAHASAN	77
A. Gambaran Kejadian Depresi pada Lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan.	77
B. Gambaran Kesenian pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan.....	86
C. Gambaran Dukungan Keluarga pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan.....	96
D. Gambaran Penyakit Penyerta pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan	108
E. Hubungan Kesenian dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan	115
F. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan	121
G. Hubungan Penyakit Penyerta dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan	128
BAB VII PENUTUP	135
A. Kesimpulan	135

B. Saran.....	136
DAFTAR PUSTAKA	138
LAMPIRAN- LAMPIRAN.....	149
Lampiran 1. Jadwal Kegiatan Penelitian.....	150
Lampiran 2. Anggaran Dana Penelitian	151
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian.....	152
Lampiran 4. Kartu Bimbingan Skripsi	153
Lampiran 5. Lembar Permohonan Menjadi Responden	155
Lampiran 6. <i>Informed Consent</i>	156
Lampiran 7. Kuesioner Penelitian.....	157
Lampiran 8 . Master Tabel	163
Lampiran 9. Hasil Uji Statistik.....	168
Lampiran 10. Dokumentasi Penelitian.....	191
Lampiran 11. <i>Curriculum Vitae</i>	192
Lampiran 12. Surat Hasil Uji Etik.....	193



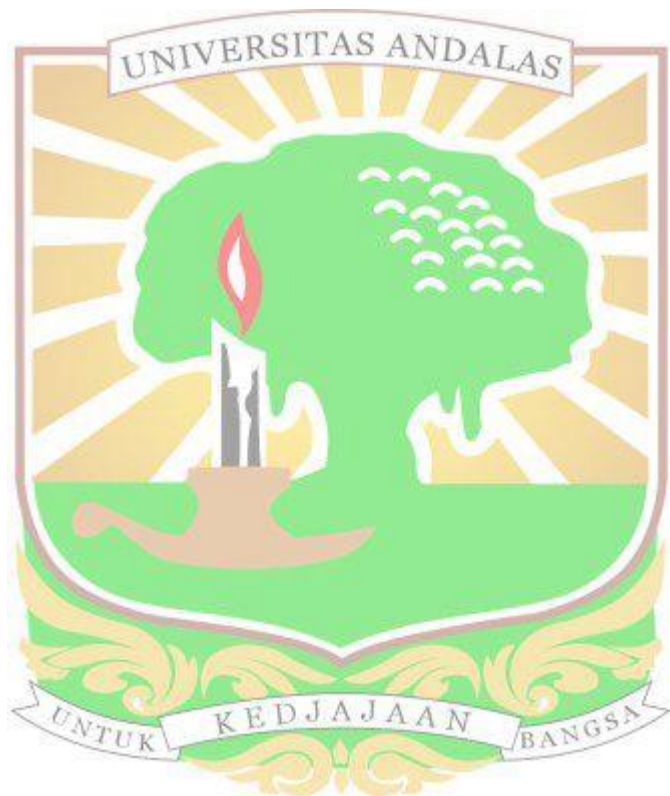
DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional	57
Tabel 4.2 Kisi-Kisi Kuesioner Depresi.....	60
Tabel 4.3 Kisi-Kisi Kuesioner Kesepian	61
Tabel 4.4 Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga.....	62
Tabel 4.5 Kisi-Kisi Kuesioner Penyakit Penyerta	63
Tabel 4.6 Interpretasi Karakteristik Responden	69
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden.....	72
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi, Kesepian, Dukungan Keluarga, dan Penyakit Penyerta	73
Tabel 5.3 Hubungan Kesepian dengan Kejadian Depresi	74
Tabel 5.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Depresi	75
Tabel 5.5 Hubungan Penyakit Penyerta dengan Kejadian Depresi	75



DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Teori.....	51
Bagan 3.2 Kerangka Konsep	52



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Secara global, populasi lansia terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2020 jumlah lansia global di angka 1 miliar, dan pada tahun 2023 meningkat menjadi 1,4 miliar (*World Health Organization*, 2023). WHO juga memperkirakan populasi lansia akan berlipat ganda pada tahun 2050, dan mencapai angka lebih dari 2 miliar (WHO, 2023). Peningkatan jumlah lansia secara signifikan ini bukan hanya menunjukkan perubahan struktur demografi dunia, tetapi juga menimbulkan tantangan yang serius dan akan berdampak besar pada berbagai aspek kehidupan, khususnya di bidang kesehatan. Salah satu isu penting yang seringkali kurang mendapat perhatian adalah kesehatan mental lansia, yang sama mendesaknya dengan kesehatan fisik lansia.

Di Indonesia, Badan Pusat Statistik (2024) melaporkan terjadi peningkatan jumlah penduduk lanjut usia dari 11,75% atau sekitar 22,6 juta jiwa di tahun 2023 menjadi 12% atau sekitar 32,9 juta jiwa di tahun 2024. Dari jumlah tersebut, lansia muda (60-69 tahun) mendominasi sebesar 63,29%, lansia madya (70-79 tahun) mencapai 28,11%, dan lansia tua (80 tahun ke atas) sebesar 8,1% (Badan Pusat Statistik, 2024). Data ini menunjukkan bahwa Indonesia sudah memasuki fase *aging population*, di mana populasi lansia semakin besar dan membutuhkan perhatian yang serius, terutama dalam bidang kesehatan.

Menurut data Badan Pusat Statistik Sumatera Barat jumlah penduduk lansia di tahun 2024 mencapai angka 681.000 jiwa, dari sekitar 654.000 jiwa pada tahun 2023. Jika dikelompokkan berdasarkan usia, lansia yang berusia 60-64 tahun sebanyak 238.600 jiwa, usia 65-69 tahun sebanyak 188.300 jiwa, usia 70-74 tahun sebanyak 129.200 jiwa, dan usia 75 tahun ke atas sebanyak 124.900 jiwa (BPS Sumbar, 2024). Kota Padang tercatat memiliki jumlah lansia terbanyak, sementara Kabupaten Padang Pariaman menempati urutan keempat sebagai daerah dengan persentase penduduk lansia cukup tinggi (Triana, 2025).

Lansia adalah singkatan dari lanjut usia, yang merujuk pada seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (WHO, 2023). Kelompok ini mengalami berbagai perubahan biologis dan psikologis akibat penuaan, yang dapat memengaruhi kemampuan fisik, mental, dan sosialnya, serta memengaruhi kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri. Lansia yang tidak dapat beradaptasi dengan perubahan-perubahan ini sering kali merasakan beban psikologis yang berat, sehingga meningkatkan stresor dan berujung pada depresi (Azari & Zururi, 2021).

Depresi adalah gangguan suasana hati yang ditandai dengan perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat, gangguan tidur, penurunan energi. Depresi merupakan penyakit mental yang paling umum dialami oleh lansia. Depresi pada lansia terjadi karena adanya perubahan peran dalam diri lansia, ketidakmampuan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan, keterbatasan dalam beraktivitas, serta berbagai macam ketidakmampuan pada lansia yang

berhubungan dengan penurunan fungsi kognitif maupun afektif pada diri seorang lansia (Azari & Zururi, 2021). Gejala depresi pada lansia sering tidak diungkapkan secara terbuka, dan dianggap sebagai bagian dari penyakit fisik yang sudah ada (Antony dkk., 2023).

Menurut WHO (2023) sekitar 14% lansia mengalami gangguan mental, dengan depresi dan kecemasan sebagai kondisi kesehatan mental yang paling umum dialami. Studi lintas negara juga menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada lansia yang tinggal di pedesaan lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang tinggal di perkotaan dengan prevalensi mencapai 34-52%, khususnya di negara berkembang seperti China dan India (Antony dkk., 2023). Penelitian yang dilakukan oleh Liu dkk. (2021) prevalensi depresi pada lansia di wilayah pedesaan adalah 34,0% lebih tinggi dibandingkan dengan lansia di wilayah perkotaan dengan 21,5%. Hal ini menunjukkan bahwa lansia di pedesaan memiliki risiko depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan lansia di perkotaan.

Meskipun wilayah pedesaan sering dianggap sebagai lingkungan yang lebih tenang, kondisi tersebut tidak selalu sejalan dengan kesejahteraan psikologis lansia. Lansia di wilayah pedesaan menghadapi berbagai masalah, seperti keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan mental, status sosial ekonomi yang lebih rendah, serta berkurangnya dukungan sosial akibat anggota keluarga yang pergi merantau ke wilayah perkotaan (Antony dkk., 2023). Kondisi ini menyebabkan lansia di pedesaan lebih rentan mengalami depresi.

Berdasarkan laporan dari Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi depresi lansia menunjukkan angka yang cukup tinggi, di mana 1,2% untuk usia 55-64 tahun, 1,6% untuk usia 65-74 tahun, dan 1,9% untuk usia 75 tahun ke atas. Sedangkan prevalensi kejadian depresi di Sumatera Barat pada lansia sebanyak 8,15% dari jumlah lansia (Kementerian Kesehatan, 2023). Masalah depresi ini cukup serius jika tidak ditangani dengan baik. Hal ini dikarenakan depresi pada lansia yang tidak mendapatkan penanganan khusus akan meningkatkan risiko terjadinya ide bunuh diri dan perilaku bunuh diri.

Depresi yang tidak teratasi pada lansia akan menimbulkan berbagai dampak yang serius. Lansia yang mengalami depresi terbukti memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dan tingkat disabilitas yang lebih tinggi (Rong dkk., 2019). Selain itu, depresi dapat meningkatkan kerentanan terhadap *frailty*, risiko jatuh, demensia dan memperpendek harapan hidup (Gao & Zhang, 2025). Studi lain juga menekankan bahwa depresi berperan besar terhadap beban penyakit global di kalangan lansia, meningkatkan angka mortalitas dan menurunkan kesejahteraan mental secara signifikan (Gao dkk., 2024). Dengan demikian, depresi pada lansia yang tidak mendapatkan penanganan yang baik bukan hanya memperberat penderitaan individu lansia, tetapi juga akan membawa dampak sosial dan ekonomi yang luas bagi keluarga dan masyarakat.

Depresi pada lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rong dkk. (2019) pada lansia daerah pedesaan di Anhui, China faktor yang memengaruhi depresi pada lansia berupa kemiskinan, jenis

kelamin, usia yang lebih tua, buta huruf, dan memiliki penyakit. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Maryam dkk. (2022) di wilayah kerja Puskesmas Mala-Mala, Kabupaten Kolaka Utara faktor-faktor yang memengaruhi depresi lansia adalah kesepian, kurangnya dukungan keluarga, pendidikan rendah, dan status pernikahan.

Berdasarkan penelitian-penelitian di atas terdapat beberapa faktor utama yang berhubungan erat dengan terjadinya depresi pada lansia di wilayah rural. Penelitian oleh Hindriyastuti & Safitri, (2022) di Posyandu lansia Desa Geritan, menemukan bahwa dari 61 responden lansia didapatkan hasil 3 responden (4,9%) mengalami kesepian kategori berat dengan tingkat depresi kategori berat, 8 responden (13,1%) mengalami kesepian kategori sedang dengan tingkat depresi kategori berat, 13 responden (21,3%) mengalami kesepian kategori sedang dengan tingkat depresi kategori sedang, dan 3 responden (4,9%) mengalami kesepian kategori sedang dengan tingkat depresi kategori ringan. Responden yang mengalami kesepian kategori ringan dengan tingkat depresi kategori sedang mendapatkan hasil terbanyak yaitu 19 responden (31,1%), dan kesepian kategori ringan dengan tingkat depresi kategori ringan mendapatkan hasil 15 responden (24,6%). Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kesepian dengan tingkat depresi pada lansia di Posyandu lansia Desa Geritan, Kecamatan Pati.

Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Santriono dkk. (2024) pada lansia di Desa Bentek, Kabupaten Lombok Utara menemukan bahwa lansia

yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik, maka akan berpengaruh terhadap tingkat depresi yang semakin menurun. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Bentek, Kabupaten Lombok. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Rong dkk. (2019) menemukan bahwa penyakit kronis berkaitan signifikan dengan peningkatan gejala depresi pada lansia di wilayah rural, dengan prevalensi depresi lebih tinggi pada lansia dengan penyakit kronis dibandingkan yang tidak memiliki penyakit kronis. Berdasarkan penelitian tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti variabel kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta.

Kesepian merupakan salah satu faktor psikologis yang berupa perasaan merasa terasing dari sebuah kelompok, tidak dicintai oleh sekeliling, tidak mampu untuk berbagi perasaan pribadi. Lansia mengalami kesepian saat pasangan hidup atau teman dekatnya meninggal dunia, terpisah dengan keluarga, tidak lagi mengurus anak-anaknya yang sudah dewasa, dan berkurangnya teman akibat jarang melakukan aktivitas di luar rumah (Mauviroh & Suryadi, 2025).

Kesepian merupakan faktor kuat yang memicu terjadinya depresi pada lansia yang tinggal di pedesaan (Cao dkk., 2023). Penelitian oleh Cao dkk. (2023) di wilayah pedesaan China menunjukkan bahwa lansia dengan tingkat kesepian yang tinggi memiliki risiko yang lebih besar mengalami depresi dibandingkan dengan lansia yang memiliki hubungan sosial yang baik. Temuan ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zhang dkk. (2023) dari

3 distrik di Shanghai, Tiongkok menegaskan bahwa kesepian merupakan faktor kuat untuk perubahan gejala depresi pada lansia. Lansia yang mengalami kesepian sedang hingga berat mempunyai skor depresi yang lebih tinggi pada *follow-up* 6 bulan kemudian. Bahkan, lansia dengan kesepian yang terus-menerus menunjukkan risiko depresi hampir tiga kali lipat lebih tinggi. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa pengaruh isolasi sosial terhadap depresi lansia tidak terlalu berpengaruh ketika variabel kesepian bisa dikontrol, hal ini menandakan variabel kesepian berperan sebagai penengah utama antara isolasi sosial dan kesehatan mental lansia. Dengan demikian, kesepian dapat dipandang sebagai faktor psikososial yang lebih penting dan signifikan dibandingkan dengan keterbatasan isolasi sosial.

Selain itu, dukungan keluarga juga berperan penting terhadap depresi lansia. Dukungan keluarga akan membuat lansia merasa aman, merasa ada yang menemani, dan ada yang peduli dengan keberadaannya. Dukungan keluarga yang diberikan dapat memberikan lansia rasa diperhatikan khususnya tentang masalah kesehatan (Teting dkk., 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Santriono dkk. (2024) menunjukkan bahwa peran keluarga sebagai pemberi dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penghargaan berperan penting dengan depresi pada lansia di wilayah pedesaan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Susanti & Mariyati, (2024) pada 56 orang lansia di Desa Kesambi menegaskan bahwa dukungan keluarga berperan penting bagi lansia yang telah mengalami berbagai penurunan dalam kemampuannya untuk menjalani hidup. Temuan

serupa oleh Gao dkk. (2024) pada 501 lansia di wilayah Shaanxi, China Barat Laut mengungkapkan bahwa lansia pedesaan yang tinggal sendirian lebih rentan mengalami depresi karena rendahnya dukungan keluarga, terutama dukungan emosional dari pasangan dan anak. Dengan demikian, dukungan keluarga dapat dipandang sebagai faktor pelindung dalam menjaga kesehatan mental lansia, khususnya di wilayah rural dengan akses layanan kesehatan jiwa yang terbatas.

Selain faktor psikososial, penyakit penyerta juga menjadi faktor penting dalam kejadian depresi pada lansia. Keberadaan penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes meilitus, penyakit jantung, gangguan paru kronis, kanker, dan masalah sistemik lainnya pada lansia tidak hanya menambah beban fisik, tetapi juga memengaruhi kemampuan lansia untuk mempertahankan kemandirian dan keterlibatan sosial. Oleh karena itu, lansia akan mengalami penurunan harga diri dan munculnya perasaan merepotkan bagi keluarga (Liu dkk., 2021).

Penelitian oleh Rong dkk. (2019) melaporkan bahwa adanya penyakit kronis merupakan salah satu faktor yang secara signifikan berkaitan dengan depresi pada lansia di wilayah pedesaan. Lansia dengan penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, atau penyakit jantung rentan mengalami depresi. Keterbatasan fisik membuat mereka semakin bergantung pada orang lain. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Li dkk. (2025) di wilayah rural Tiongkok menemukan hasil bahwa lebih dari 70% lansia menderita satu atau lebih penyakit kronis, dan keparahan penyakit terbukti berhubungan

dengan meningkatnya gejala depresi dan menurunnya kesejahteraan subjektif. Temuan ini menunjukkan bahwa penyakit penyerta bukan hanya memperburuk kondisi fisik, tetapi juga menjadi pemicu utama tekanan psikologis pada lansia, terutama di daerah pedesaan dengan akses layanan kesehatan jiwa terbatas.

Meskipun sudah banyak penelitian yang telah dilakukan, sebagian besar studi mengenai depresi lansia berfokus pada konteks luar negeri atau populasi perkotaan (Antony dkk. 2023). Belum banyak penelitian yang menyoroti faktor-faktor depresi pada lansia di wilayah rural, dan yang secara khusus menyoroti hubungan kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta dengan depresi lansia. Padahal lansia di daerah pedesaan menghadapi tantangan khusus, seperti keterbatasan akses layanan kesehatan jiwa, kondisi sosial budaya, serta tingginya ketergantungan pada dukungan keluarga sebagai sumber utama perawatan (Zhang dkk., 2020). Kondisi ini membuat lansia rural memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan dengan lansia perkotaan, sehingga perlu penelitian yang lebih kontekstual.

Nagari Sungai Buluah Selatan merupakan salah satu nagari dengan jumlah penduduk lansia yang relatif tinggi dibandingkan nagari lain di wilayah Kecamatan Batang Anai, Kabupaten Padang Pariaman, dengan tingkat kepadatan penduduk yang berada pada urutan ke-5 dari 8 nagari (BPS Padang Pariaman, 2025). Kondisi ini menunjukkan adanya populasi lansia yang cukup besar dalam wilayah dengan kepadatan penduduk yang cukup tinggi, sehingga memungkinkan terjadinya peningkatan berbagai masalah kesehatan pada lansia, termasuk kesehatan mental.

Studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti kepada 10 orang lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan yang dipilih secara acak melalui wawancara dan observasi didapatkan hasil bahwa 6 dari 10 lansia menunjukkan tanda dan gejala depresi dan 4 lansia lainnya tidak menunjukkan tanda dan gejala depresi. 5 dari 10 lansia merasakan kesepian karena tinggal sendiri dan jauh dari keluarga, sedangkan 5 lainnya tidak merasakan kesepian karena tinggal bersama keluarga. Dari 10 orang lansia, 5 diantaranya mendapatkan dukungan keluarga yang cukup, sementara 5 lainnya kurang mendapatkan dukungan keluarga yang menyebabkan lansia merasa kesepian dan merasa tidak berharga. Dan 4 dari 10 lansia memiliki penyakit kronis, 6 lainnya tidak memiliki penyakit kronis yang dapat menghambat lansia beraktivitas.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini penting dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan, dengan fokus pada variabel kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan dasar ilmiah dalam pengembangan strategi pencegahan dan penanganan depresi yang lebih kontekstual dan efektif sesuai dengan karakteristik sosial budaya nagari di Sumatera Barat.

B. Penetapan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu “Apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian

depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.
- b. Diketahui distribusi frekuensi kesepian pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.
- c. Diketahui distribusi frekuensi dukungan keluarga pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.
- d. Diketahui distribusi frekuensi penyakit penyerta pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.
- e. Diketahui hubungan faktor kesepian dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.

- f. Diketahui hubungan faktor dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.
- g. Diketahui hubungan faktor penyakit penyerta dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi tenaga keperawatan dalam mengenali dan menangani faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia, terutama di wilayah rural. Penelitian ini juga dapat digunakan sebagai dasar dalam pengembangan program pencegahan dan promosi kesehatan jiwa lansia, serta membantu perawat dalam memberikan edukasi kepada keluarga agar lebih tanggap terhadap tanda-tanda depresi dan pentingnya dukungan sosial bagi lansia.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi referensi ilmiah dan bahan ajar bagi lembaga pendidikan keperawatan dalam mengajarkan konsep keperawatan gerontik dan keperawatan jiwa. Melalui penelitian ini, mahasiswa keperawatan diharapkan dapat memahami hubungan antara faktor biologis,

sosial, dan psikologis terhadap depresi lansia, serta pentingnya pendekatan holistik dan berbasis keluarga dalam praktik keperawatan lansia.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan menjadi dasar bagi penelitian lanjutan yang meninjau faktor-faktor lain yang berhubungan dengan depresi lansia atau mengevaluasi efektivitas program intervensi yang berbasis keluarga dan komunitas. Dengan demikian, hasil penelitian ini dapat memperluas pemahaman ilmiah dan memperdalam kajian tentang kesehatan mental lansia di wilayah rural.



BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Lanjut Usia

1. Pengertian Lansia

Lanjut usia (Lansia) merupakan kelompok umur pada manusia yang sudah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan. Lansia akan mengalami suatu proses penuaan atau *aging process* yang berarti seseorang telah mencapai tahapan kehidupan, di mana telah terjadi proses kemunduran secara biologis, psikologis, dan sosial yang akan memengaruhi fungsi tubuh dan perannya dalam masyarakat (Wahyudi & Puspita, 2025).

Seseorang sudah memasuki usia 60 tahun ke atas dan telah berada pada tahap akhir kehidupan, dan akan mengalami suatu proses penuaan disebut sebagai lansia (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 88, 2021). Proses penuaan pada lansia terjadi seiring bertambahnya umur lansia, dan akan menimbulkan permasalahan terkait dengan aspek kesehatan, ekonomi, maupun sosial (Festy, 2018).

Lansia secara alami banyak mengalami perubahan dan akan lebih rentan terhadap penyakit. Penyakit yang terjadi pada lansia disebabkan oleh proses menua atau akumulasi dari kebiasaan-kebiasaan di masa lalu yang kurang sehat. Proses menua akan dialami selama hidup dan ditandai

oleh kemunduran struktur dan fungsi organ. Kemunduran tersebut akan memengaruhi kehidupan lansia (Rachmawati dkk., 2023).

2. Batasan-Batasan Lanjut Usia

Menurut *World Health Organization* (2023) batasan lansia meliputi:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45-59 tahun.
- b. Lanjut usia (*eldery*) yaitu usia antara 60-74 tahun.
- c. Lanjut usia tua (*old*) usia antara 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) usia di atas 90 tahun.

Jadi lansia dapat diartikan sebagai kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas dan secara perlahan-lahan akan mengalami proses kehilangan kemampuan jaringan untuk memperbaiki, mengganti, dan mempertahankan fungsi normalnya (WHO, 2023)

3. Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Lansia akan mengalami berbagai macam perubahan dan masalah kesehatan. Perubahan yang biasanya terjadi pada lansia yaitu perubahan fisik, perubahan sosial, dan perubahan psikologis (Maryam, 2016).

a. Perubahan Fisik

a) Sel

Perubahan sel yang terjadi pada lansia adalah sel akan berkurang, adanya perubahan jumlah sel, ukuran sel yang membesar, perubahan cairan tubuh dan penurunan cairan intraseluler.

b) Kardiovaskuler

Katup jantung akan menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun, elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

c) Respirasi

Otot-otot pernapasan mengalami penurunan kekuatan dan mengalami kekakuan, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat, alveoli melebar, dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, serta terjadi penyempitan pada bronkus.

d) Persarafan

Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsinya menurun, serta lambat dalam merespons dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stres. Berkurang atau hilangnya lapisan mielin akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respons motorik dan refleksi.

e) Muskuloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (*osteoporosis*), bungkuk (*kifosis*), persendian membesar dan menjadi kaku (*atrofi otot*), kram, tremor, tendon mengerut, dan mengalami *sklerosis*.

f) Gastrointestinal

Esofagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltik menurun sehingga daya absorpsi juga ikut menurun. Ukuran

lambung mengecil serta fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan.

g) Genitourinaria

Ginjal mengecil, aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun, dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasi urine ikut menurun.

h) Vesika Urinaria

Lansia akan merasakan otot-otot mulai melemah, kapasitasnya menurun, dan retensi urine. Pada 75% lansia prostat akan mengalami hipertrofi.

i) Vagina

Pada lansia wanita selaput lendir mulai mengering dan sekresi berkurang, yang sering menyebabkan rasa tidak nyaman dan meningkatkan risiko infeksi. Proses ini berkaitan erat dengan penurunan kadar hormon estrogen yang merupakan bagian alami dari penuaan.

j) Pendengaran

Pada sistem pendengaran membran timpani mengalami *atrofi* dan tulang-tulang pendengaran menjadi lebih kaku, sehingga terjadi penurunan kemampuan mendengar. Kondisi ini membuat lansia sering tampak tidak responsif terhadap percakapan di sekitar mereka, yang kadang disalahartikan sebagai tanda ketidakpedulian, padahal itu merupakan gangguan fisiologis.

k) Penglihatan

Pada indera penglihatan lansia mengalami penurunan respons terhadap cahaya, adaptasi terhadap gelap menurun, lapang pandang mengecil, serta akomodasi yang melemah. Katarak sering muncul sebagai komplikasi umum yang menyebabkan penglihatan menjadi buram.

l) Endokrin

Produksi hormon pada lansia secara bertahap menurun, termasuk hormon tiroid, insulin, dan hormon reproduksi. Penurunan ini berpengaruh terhadap metabolisme tubuh, kestabilan energi, dan regulasi suasana hati.

m) Kulit

Kulit menjadi keriput dan kehilangan elastisitasnya, akibat menurunnya kolagen dan vaskularisasi. Rambut menipis, memutih, sementara rambut di area hidung dan telinga justru menebal. Kelenjar keringat berkurang, sehingga kulit cenderung kering, dan kuku menjadi lebih keras dan rapuh. Perubahan ini sering kali menimbulkan masalah keindahan maupun kesehatan, seperti luka yang sulit sembuh dan infeksi kulit.

n) Belajar dan Memori

Pada aspek kognitif, kemampuan belajar lansia masih ada, namun prosesnya menjadi lebih lambat. Memori jangka pendek menurun karena proses penerimaan informasi baru berkurang efisiensinya.

o) **Inteligensi**

Secara umum inteligensi tidak mengalami penurunan signifikan. Lansia tetap dapat berpikir logis dan reflektif, terutama dalam hal yang membutuhkan kebijaksanaan dan pengalaman hidup.

p) *Personality* dan *Adjustment* (Pengaturan)

Dalam hal kepribadian dan penyesuaian diri, perubahan besar umumnya tidak terjadi, karena pola kepribadian terbentuk stabil sejak masa dewasa.

q) **Pencapaian (*Achievement*)**

Keberhasilan dalam menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik, sosial, dan emosional akan menentukan kesejahteraan psikologis lansia. Banyak di antara lansia yang tetap menunjukkan prestasi atau pencapaian bermakna dalam bidang sains, filsafat, seni, dan spiritualitas yang menjadi bentuk aktualisasi diri di masa lansia.

b. **Perubahan Sosial**

a) **Peran**

Lansia sering kali mengalami kehilangan peran yang sebelumnya melekat kuat pada identitasnya, seperti berhenti kerja, kehilangan pasangan hidup, atau tidak lagi menjadi pusat keputusan keluarga. Fenomena ini kerap menimbulkan *post power syndrome*, terutama pada individu yang sebelumnya memiliki posisi sosial tinggi.

b) Keluarga (*Emptiness*)

Dalam konteks keluarga, muncul perasaan kesendirian atau kehampaan, terutama ketika anak-anak telah berkeluarga dan tidak lagi tinggal bersama.

c) Teman

Kehilangan teman sebaya yang meninggal juga menambah perasaan duka dan kesadaran terhadap kematian. Lansia yang menghabiskan waktu di rumah tanpa aktivitas sosial sering kali menjadi lebih cepat mengalami penurunan kognitif.

d) *Abuse*

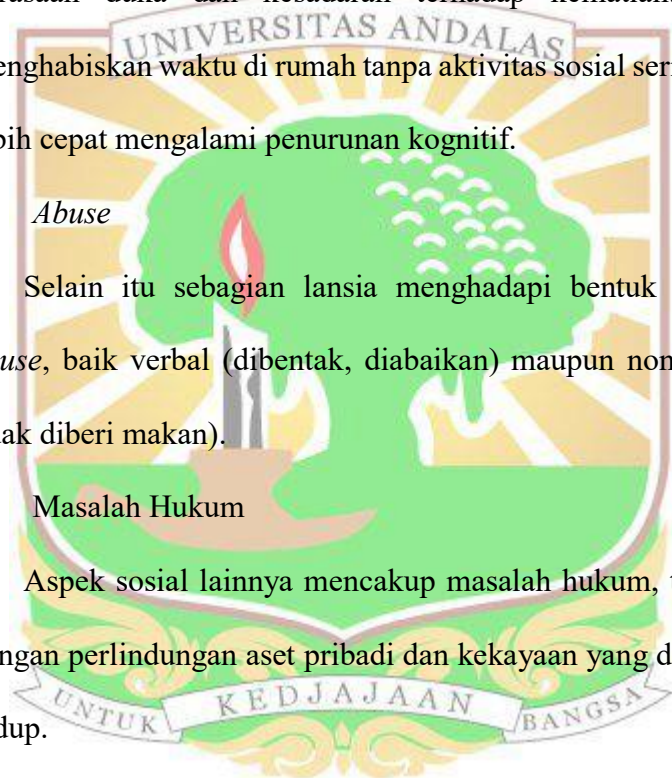
Selain itu sebagian lansia menghadapi bentuk kekerasan atau *abuse*, baik verbal (dibentak, diabaikan) maupun nonverbal (dicubit, tidak diberi makan).

e) Masalah Hukum

Aspek sosial lainnya mencakup masalah hukum, terutama terkait dengan perlindungan aset pribadi dan kekayaan yang diperoleh selama hidup.

f) Pensiun

Bagi pensiunan ASN atau pegawai formal, dana pensiun memberi rasa aman secara finansial. Namun bagi mereka yang bekerja di sektor informal, ketergantungan pada anak dan cucu menjadi satu-satunya sumber dukungan ekonomi yang tidak selalu stabil.



g) Ekonomi

Dari sisi ekonomi, lansia umumnya mengalami penurunan pendapatan dan kesempatan kerja. Keamanan finansial menjadi faktor kunci dalam menentukan kualitas hidup dan kesehatan mental.

h) Rekreasi

Rekreasi bagi lansia bukan sekedar kegiatan mengisi waktu luang, tetapi berperan penting dalam menjaga kesehatan mental dan ketenangan batin.

i) Keamanan

Risiko jatuh, terpeleset, atau cedera meningkat akibat penurunan kekuatan otot, koordinasi, dan penglihatan. Keamanan tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga mencakup rasa aman secara psikologis, merasa dihargai, dilindungi, dan tidak ditelantarkan.

j) Transportasi

Transportasi yang ramah lansia berperan penting dalam mempertahankan partisipasi sosial dan akses terhadap layanan kesehatan. Sistem transportasi publik yang tidak memperhatikan kebutuhan lansia dapat memperkuat isolasi sosial dan menurunkan kualitas hidup.

k) Politik

Partisipasi politik bagi lansia mencerminkan pengakuan terhadap hak-hak sipil mereka sebagai warga negara. Lansia berhak memberikan

pandangan dan masukan terhadap kebijakan publik yang menyangkut kesejahteraan kelompok usia mereka.

l) Pendidikan

Program pengentasan buta aksara, pelatihan keterampilan dasar teknologi, atau kegiatan pembelajaran komunitas memberikan lansia ruang untuk mempertahankan harga diri dan kemandirian intelektual.

m) Agama

Bagi sebagian besar lansia, agama menjadi sumber kekuatan batin, makna hidup, dan mekanisme koping terhadap kesepian maupun ketakutan akan kematian. Melaksanakan ibadah memberikan rasa damai dan keterhubungan dengan sesuatu yang agung.

n) Panti Jompo

Bagi sebagian lansia, tinggal di panti jompo bisa menjadi solusi atas keterbatasan fisik dan sosial. Namun bagi banya lainnya kondisi ini justru menimbulkan perasaan terbuang atau diasingkan. Ketika lansia dipindahkan ke panti tanpa keterlibatan emosional keluarga, muncul rasa kehilangan makna dan identitas diri yang dapat memicu depresi.

c. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lansia meliputi, *short term memory*, frustasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, depresi, dan kecemasan. Banyak lansia yang merasa takut menjadi beban bagi keluarga atau menghadapi kematian tanpa dukungan emosional. Perasaan tidak berdaya ini sering diperparah oleh kondisi fisik yang melemah,

keterbatasan ekonomi, dan berkurangnya interaksi sosial (Maryam, 2016).

Namun tidak semua perubahan psikologis bersifat negatif. Beberapa lansia menunjukkan kemampuan beradaptasi yang baik, dengan cara menemukan makna baru dalam kehidupan melalui kegiatan spiritual, sosial, atau hobi yang sesuai dengan kondisi mereka. Meskipun depresi dan kecemasan merupakan masalah umum yang dihadapi, dukungan keluarga, rasa diterima, dan keterlibatan sosial dapat menjadi pelindung alami terhadap tekanan psikologis (Maryam, 2016).

Masalah-masalah yang muncul pada lansia akibat perubahan psikologis menurut *Australian Psychological Society* tahun 2018 diantaranya adalah :

1) Kesepian

Kesepian merupakan perasaan negatif yang muncul ketika kebutuhan sosial seseorang tidak terpenuhi oleh hubungan sosial mereka saat ini. Kesepian pada lansia terjadi karena adanya perasaan kehilangan, dan kurangnya dukungan sosial yang mengakibatkan lansia merasa terasingi, tersisihkan, terpencil dari orang lain dan merasa berbeda dengan orang lain.

2) Gangguan Tidur

Gangguan tidur pada lansia disebabkan oleh ketidakmapuan lansia dalam mempertahankan tidurnya, sering terjaga karena mendengar suara binatang atau suara kebisingan lainnya.

3) Demensia

Demensia merupakan gangguan yang disebabkan oleh kerusakan sel saraf di dalam otak, sehingga mempengaruhi otak dan cara seseorang berpikir dan berperilaku.

4) Kecemasan

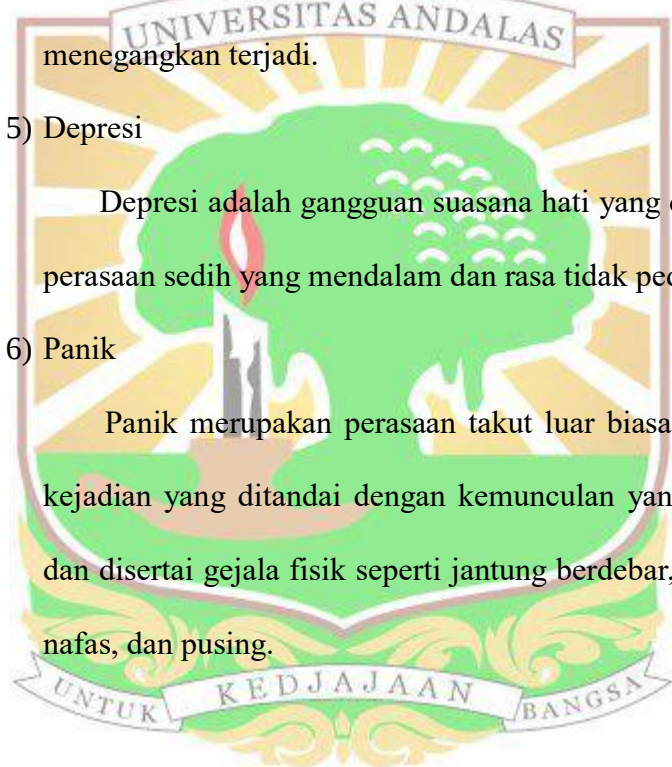
Kecemasan merupakan perasaan alami dan berjangka pendek yang dialami seseorang atau lansia ketika situasi menegangkan terjadi.

5) Depresi

Depresi adalah gangguan suasana hati yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan rasa tidak peduli.

6) Panik

Panik merupakan perasaan takut luar biasa terhadap suatu kejadian yang ditandai dengan kemunculan yang tidak terduga dan disertai gejala fisik seperti jantung berdebar, gemetar, sesak nafas, dan pusing.



B. Konsep Depresi

1. Pengertian Depresi

Depresi merupakan masalah psikososial yang sering dialami oleh lansia. Depresi merupakan salah satu jenis gangguan alam perasaan atau emosi yang disertai dengan komponen psikologis berupa anoreksia, konstipasi, kulit lembab, rasa dingin, tekanan darah, dan denyut nadi

menurun (Nirwan, 2020). World Health Organization, (2023) mengartikan depresi sebagai gangguan mental umum, yang melibatkan suasana hati yang tertekan dan hilangnya minat kesenangan atau minat dalam beraktivitas dalam jangka waktu yang lama.

Depresi merupakan gangguan fungsi psikososial yang dapat terjadi pada masa tua. Depresi pada lansia merupakan masalah psikososial yang tidak hanya dipicu oleh faktor genetik, tetapi juga dipengaruhi signifikan oleh lingkungan. Hal ini dikarenakan ketidakmampuan lansia dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan, sehingga mengakibatkan terjadinya stres dan depresi pada lansia (Miller, 2012 dalam Wisanti & History, 2024).

Depresi adalah kondisi yang dapat memengaruhi pikiran, dan tubuh. Depresi tidak hanya berdampak kepada orang yang mengalami depresi, tetapi orang-orang disekitar juga akan terkena dampaknya. Depresi dapat diartikan sebagai suatu kondisi gangguan mental yang seringkali terjadi pada masyarakat dan ditandai dengan kesedihan, kehilangan minat, dan kesenangan, perasaan bersalah, dan gangguan fungsi kerja pada tubuh. Depresi yang berat akan mengganggu kehidupan dan aktivitas seseorang.

2. Gejala-Gejala Depresi pada Lansia

Gejala depresi pada lansia sering kali berbeda dengan gejala depresi pada usia muda, dan lebih sulit untuk dikenali. Gejala depresi pada lansia sering kali muncul dalam bentuk fisik, yang disalahartikan sebagai bagian dari kondisi medis dan proses penuaan. Gejala depresi pada lansia menurut

Yesavage & Sheikh, (1986) yang lebih menekankan aspek psikologis dan emosional dibandingkan dengan gejala somatik adalah :

a. Perubahan Emosional dan Afektif

Depresi pada lansia ditandai dengan adanya perubahan perasaan berupa perasaan sedih, hampa, dan bekurangnya perasaan bahagia yang menetap dalam kehidupan sehari-hari. Lansia yang mengalami depresi sering kali tidak menunjukkan kesedihan secara nyata, tetapi menunjukkan afek datar dan respon emosional yang menurun terhadap lingkungan sekitar (Sadock dkk., 2015).

Selain itu, lansia yang mengalami depresi cenderung memiliki pandangan negatif terhadap kehidupan yang sedang dijalani, dan memiliki perasaan putus asa terhadap masa depan (Blazer, 2003). Aspek afektif yang dialami lansia menjadi fokus utama dalam *Geriatric Depression Scale-15* (GDS-15) yang menilai perasaan bahagia, kepuasan hidup, dan kondisi emosional lansia tanpa melibatkan keluhan fisik yang dapat menimbulkan bias. Dalam GDS-15 aspek ini berupa gejala seperti perasaan tidak bahagia, jarang merasa kegembiraan, dan kecenderungan merasa sedih dalam kehidupan sehari-hari (Yesavage & Sheikh, 1986).

b. Kehilangan Minat dan Kepuasan Hidup (*Anhedonia*)

Kehilangan minat terhadap aktivitas yang sebelumnya menyenangkan merupakan salah satu gejala inti depresi yang dialami lansia. Sering kali lansia menunjukkan penurunan keterlibatan dan

aktivitas sosial, rekreasi, dan kegiatan sehari-hari yang dahulu memberikan rasa bahagia (Blazer, 2003).

Kepuasan hidup pada lansia sering dianggap sebagai bagian dari proses penuaan yang normal, sehingga depresi pada lansia tidak terdeteksi lebih awal (Djernes, 2006). Gejala kehilangan minat dan kepuasan hidup dalam instrumen GDS-15 berupa tidak menikmati aktivitas sehari-hari, merasa hidup kosong, dan merasa tidak puas dengan kehidupan yang dijalani. Gejala-gejala ini digunakan untuk menilai *anhedonia* sebagai indikator psikologis utama depresi pada lansia (Yesavage & Sheikh, 1986).

c. Perasaan Tidak Berharga dan Tidak Berguna

Lansia yang mengalami depresi sering kali merasa dirinya sebagai seseorang yang tidak memiliki nilai atau peran dalam keluarga dan masyarakat (Sadock dkk., 2015). Perasaan tidak berharga ini disebabkan oleh terjadinya perubahan sosial, ketergantungan pada orang lain, serta penurunan fungsi yang dialami lansia seiring dengan bertambahnya usia (Blazer, 2003). Perasaan rendah diri dan tidak berguna merupakan aspek kognitif yang berperan penting terhadap keparahan gejala depresi pada lansia.

Dalam GDS-15, aspek ini berupa gejala seperti perasaan tidak berguna, merasa diri lebih buruk dibandingkan dengan orang lain, serta keyakinan bahwa diri tidak lagi memiliki nilai. Gejala-gejala tersebut

menunjukkan pikiran tidak benar yang umum terjadi pada depresi lansia (Yesavage & Sheikh, 1986).

d. Penarikan Diri Sosial

Depresi pada lansia sering disertai dengan perubahan perilaku sosial berupa penarikan diri dari lingkungan. Lansia cenderung mengurangi interaksi dengan keluarga dan teman serta lebih memilih untuk mengasingkan diri (Blazer, 2003). Penarikan diri sosial yang berlangsung lama dapat memperburuk kondisi psikologis lansia dan memperkuat perasaan kesepian. Kondisi ini sering kali dianggap sebagai pilihan pribadi lansia, padahal kondisi ini merupakan gejala gangguan emosional (Djernes, 2006).

Dalam GDS-15, penarikan diri sosial ditunjukkan melalui gejala seperti lebih suka tinggal di rumah, menghindari aktivitas sosial, dan merasa lebih nyaman sendiri. Gejala ini dinilai sebagai bagian dari gangguan psikologis bukan hanya akibat keterbatasan fisik atau usia lanjut (Yesavage & Sheikh, 1986).

e. Gangguan Kognitif Ringan dan Kesulitan Konsentrasi

Lansia yang mengalami depresi sering kali mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi, berpikir jernih, dan membuat keputusan sederhana. Gejala ini hampir sama dengan penurunan kognitif akibat penuaan, sehingga sering tidak dikenali sebagai bagian dari gejala depresi (Sadock dkk., 2015). Gangguan kognitif pada depresi yang dialami lansia bersifat fungsional dan berkaitan erat dengan kondisi

emosional yang dialami lansia. Kondisi ini dapat menurunkan kemampuan lansia dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, jika tidak dikenali dengan baik (Blazer, 2003).

GDS-15 menggambarkan gangguan kognitif ringan berupa gejala seperti kesulitan berkonsentrasi, merasa pikiran tidak jernih, dan kesulitan dalam mengambil keputusan. Penilaian ini membantu membedakan depresi dari gangguan kognitif murni pada lansia (Yesavage & Sheikh, 1986).

f. Pandangan Negatif terhadap Kehidupan dan Masa Depan

Lansia yang mengalami depresi memiliki pandangan pesimistis terhadap kehidupan dan masa depan serta merasa kehilangan kendali atas hidupnya sendiri. Pandangan negatif yang dirasakan lansia akan memperburuk kondisi emosional dan menghambat proses adaptasi lansia terhadap perubahan hidup yang dialami lansia (Blazer, 2003). Kondisi depresi yang lebih berat dapat membuat lansia mulai memandang hidup sebagai sesuatu yang tidak lagi memiliki makna. Pikiran ini berhubungan dengan meningkatnya risiko gangguan psikologis yang lebih serius (Sadock dkk., 2015).

Dalam GDS-15, pandangan negatif terhadap kehidupan ditunjukkan melalui gejala seperti perasaan hidup tidak memiliki harapan, merasa hidup tidak bermakna, dan keyakinan bahwa kondisi hidup tidak akan membaik. Gejala-gejala ini digunakan sebagai

indikator penting dalam skrining depresi pada lansia (Yesavage & Sheikh, 1986).

3. Dampak Depresi pada Kualitas Hidup Lansia

Depresi yang tidak ditangani dengan baik pada lansia akan dapat berdampak besar terhadap kualitas hidup lansia. Beberapa dampak utama meliputi : (Sofianti dkk., 2025).

a. Penurunan Fungsi Fisik dan Kognitif

Lansia yang depresi cenderung akan mengalami penurunan kemampuan dalam aktivitas sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, atau makan.

b. Risiko Meningkatnya Penyakit Fisik

Depresi pada lansia dapat memperburuk kondisi fisik yang sudah ada, seperti memperburuk gejala penyakit kronis.

c. Peningkatan Angka Kematian

Depresi pada lansia dapat meningkatkan risiko kematian dini akibat penyakit ataupun akibat bunuh diri.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lansia

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan atau memperburuk depresi pada lansia meliputi : (Sofianti dkk., 2025).

a. Faktor Demografis

1) Usia

Semakin tua seorang lansia, maka akan semakin berisiko untuk mengalami depresi.

2) Jenis Kelamin

Wanita lebih rentan mengalami depresi pada usia lanjut dibandingkan dengan pria.

3) Status Pendidikan dan Sosial Ekonomi

Lansia dengan pendidikan rendah dan status sosial ekonomi yang buruk lebih rentan mengalami depresi karena terbatasnya akses ke layanan kesehatan dan dukungan sosial.

b. Kesehatan Fisik

Lansia yang memiliki penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, atau penyakit lainnya berisiko lebih tinggi untuk mengalami depresi. Hal ini dikarenakan keterbatasan fisik yang mereka alami dapat meningkatkan perasaan tidak berdaya dan isolasi sosial.

c. Faktor Sosial

Lansia yang kurang memiliki dukungan sosial atau interaksi sosial yang terbatas lebih rentan mengalami depresi. Kehilangan pasangan hidup, anak-anak yang jauh, atau perasaan terisolasi dapat memperburuk perasaan depresi pada lansia. Perasaan ini akan membuat lansia merasakan kesepian dan akan memperburuk depresi pada lansia.

5. Alat Ukur/Instrumen Depresi

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur variabel depresi pada penelitian adalah *Geriatric Depression Scale-15* (GDS-15) yang sudah disederhanakan dan dikembangkan dari *Geriatric Depression Scale* oleh

Yesavage dkk. (1982). Instrumen ini secara khusus dirancang untuk populasi lansia dengan jawaban dikotomis ya dan tidak, sehingga meminimalkan beban kognitif dan kelelahan responden (Yesavage & Sheikh, 1986).

Instrumen lain yang sering digunakan untuk mengukur depresi adalah Patient Health Quistionnaire-9 (PHQ-9) dan Beck Depression Inventory (BDI). PHQ-9 banyak digunakan pada populasi dewasa umum dan berdasarkan frekuensi gejala, sedang BDI memiliki jumlah item pertanyaan yang lebih panjang dan memerlukan tingkat refleksi diri yang lebih tinggi. Dibandingkan dengan kedua instrumen tersebut, GDS-15 lebih unggul untuk penelitian pada lansia karena dapat menghindari gejala somatik yang hampir sama dengan penyakit fisik pada lansia, sehingga risiko kesalahan klasifikasi depresi menjadi lebih kecil.

C. Konsep Kesepian

1. Definisi Kesepian

Kesepian merupakan keadaan emosional yang timbul akibat adanya ketidaksesuaian antara hubungan sosial dimiliki dengan hubungan sosial yang diharapkan oleh individu. Peplau & Perlman (1979) mendefinisikan kesepian sebagai pengalaman tidak menyenangkan yang muncul ketika hubungan sosial seseorang dianggap tidak memadai. Kondisi ini bersifat subjektif, sehingga seseorang dapat merasakan kesepian meskipun secara objektif mereka tidak terisolasi.

Kesepian adalah perasaan terasingi, tersisihkan, terpencil dari orang lain akibat berkurangnya interaksi sosial dan peran sosial seseorang. Kesepian merupakan hal yang menyakitkan bagi seseorang yang muncul ketika seseorang merasa tersisih dari kelompok, tidak diperhatikan oleh orang-orang sekitarnya, terisolasi dari lingkungannya, tidak ada orang untuk berbagi pengalaman, dan seseorang yang harus sendiri tanpa ada pilihan (Suardiman, 2016).

Kesepian juga dianggap sebagai salah satu faktor psikososial yang berperan terhadap munculnya depresi pada lansia, baik secara langsung maupun melalui mekanisme penurunan persepsi kendali diri, dan dukungan. Proses penerimaan juga berperan dalam memperkuat atau melemahkan dampak kesepian terhadap kondisi psikologis. Pada lansia, kesepian sering muncul akibat kehilangan pasangan hidup, berkurangnya interaksi sosial, penurunan fungsi fisik, dan perubahan peran sosial (Zhang dkk., 2023). Lansia yang mengalami kesepian cenderung mengalami perasaan tidak berdaya yang dapat berkembang menjadi depresi (Lim dkk., 2022).

2. Dimensi Kesepian

De Jong Gierveld (2006) menyebutkan ada dua bentuk kesepian yaitu:

a. Kesepian Emosional

Kesepian emosional merupakan suatu bentuk kesepian yang muncul ketika seseorang tidak memiliki ikatan hubungan yang

intim. Misalnya, orang yang ditinggal pasangannya. Bentuk kesepian ini berkaitan erat dengan perasaan hampa, kehilangan, dan keterasingan emosional, terutama ketika seseorang kehilangan pasangan akibat kematian, perceraian, atau perpisahan jangka panjang (Gierveld & Tilburg, 2006). Pada lansia kondisi ini muncul ketika terjadi perubahan besar kehidupan seperti menjadi duda atau janda yang menyebabkan berkurangnya kelekatan emosional yang sebelumnya menjadi sumber rasa aman dan dukungan psikologis (Gierveld & Tilburg, 2006).

Dalam De Jong Gierveld Loneliness Scale, kesepian emosional diukur melalui item pertanyaan yang menggambarkan perasaan kosong emosional dan tidak adanya kedekatan personal seperti ada kekosongan dalam hidup, atau tidak ada orang yang benar-benar dekat. Pertanyaan ini dibuat untuk menangkap pengalaman subjektif kehilangan ikatan emosional yang mendalam dan sering kali menjadi inti dari penyebab depresi pada lansia.

b. Kesepian Sosial

Kesepian sosial merupakan suatu bentuk kesepian ketika seseorang tidak memiliki keterlibatan sosial dalam dirinya. Misalnya, tidak ikut berpartisipasi dalam kelompok atau komunitas yang melibatkan adanya kebersamaan, minat yang sama, aktivitas yang terorganisasi, dan peran-peran yang berarti. Bentuk kesepian ini bukan hanya karena tidak adanya orang disekitar, akan tetapi

tidak hadirnya rasa memiliki dalam suatu interaksi sosial yang bermakna. Lansia yang jarang berinteraksi akibat keterbatasan fisik dan sosial memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami kesepian sosial (Gierveld & Tilburg, 2006).

Dalam instrumen De Jong Gierveld, kesepian sosial diukur melalui item pertanyaan yang menggambarkan kurangnya dukungan sosial seperti perasaan bahwa tidak banyak orang yang bisa diandalkan atau hubungan sosial yang terbatas. Item pertanyaan ini menilai sejauh mana individu merasa dirinya menjadi bagian dari hubungan sosial yang mendukung. Pada lansia dimensi kesepian sosial berkaitan dengan isolasi sosial, penurunan partisipasi sosial, dan meningkatnya kerentanan terhadap depresi (Gierveld & Tilburg, 2006)

3. Dampak Kesepian

Akibat kesepian yang dirasakan pada lansia adalah munculnya perasaan ketidakberdayaan, kurang percaya diri, ketergantungan, keterlantaran, dan perasaan kehilangan. Kesepian akan membuat lansia merasa rendah diri, tidak ingin berkegiatan sosial, sulit dalam mengambil keputusan, takut bertemu dengan orang lain, dan memiliki persepsi negatif terhadap diri sendiri yang berlebihan (Suardiman, 2016). Dampak kesepian menurut Hikmat, (2025) yaitu :

a. Dampak Psikologis

Lansia yang merasa kesepian akan lebih rentan mengalami depresi, kecemasan, dan gangguan tidur. Perasaan tidak dihargai dan merasa terisolasi dari dunia luar menyebabkan lansia merasa rendah diri dan sering kali kehilangan motivasi hidup.

b. Dampak Kesepian pada Kesehatan Fisik

Kesepian pada lansia tidak hanya berdampak pada kesehatan mental, tetapi juga dapat memengaruhi kesehatan fisik lansia. Ketika lansia merasa kesepian, mereka lebih cenderung untuk tidak menjaga kesehatan tubuh mereka dengan baik. Hal ini akan berakibat meningkatnya risiko penyakit jantung, stroke, diabetes, dan penurunan kekuatan otot.

c. Dampak Kesepian terhadap Kesehatan Kognitif

Kesepian juga berdampak besar terhadap kesehatan kognitif lansia. Lansia yang merasa kesepian cenderung mengalami penurunan daya ingat dan fungsi kognitif, yang berakibat pada demensia atau penyakit alzheimer.

4. Alat Ukur/Instrumen Kesepian

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur variabel depresi dalam penelitian ini adalah *De Jong Gierveld Loneliness Scale* (DJGLS) yang dikembangkan oleh De Jong Gierveld dan Van Tilburg pada tahun 2006. Instrumen ini menilai kesepian melalui dua dimensi utama, yaitu kesepian emosional dan kesepian sosial, sehingga memberikan

pemahaman yang lebih menyeluruh mengenai pengalaman subjektif seseorang.

Instrumen lain yang sering digunakan adalah *UCLA Loneliness Scale* yang mengukur tingkat kesepian secara menyeluruh tanpa memisahkan dimensi emosional dan sosial. Meskipun *UCLA Loneliness Scale* memiliki reliabilitas yang tinggi dan sudah banyak digunakan dalam penelitian, instrumen ini kurang mampu menggambarkan jenis kesepian yang dialami lansia. *De Jong Gierlviold Loneliness Scale* membedakan bentuk kesepian akibat kehilangan kedekatan emosional dari kesepian akibat keterbatasan interaksi sosial yang sangat relevan pada populasi lansia (Gierveld & Tilburg, 2006).

D. Konsep Dukungan Keluarga

1. Definisi Dukungan Keluarga

Menurut Balaion dan Maglaya tahun 1978 dalam Lukman (2024) keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup di dalam satu rumah tangga terjadi karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, dan mereka saling berinteraksi satu dengan yang lainnya, mempunyai peran masing-masing, serta menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

Keluarga adalah hubungan dua orang atau lebih yang hidup bersama terbentuk dari ikatan perkawinan yang sah atau adopsi dan memiliki kedekatan emosional yang baik, mampu memenuhi kebutuhan hidup

baik spiritual, material yang layak, bertaqwa kepada tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dengan masyarakat serta lingkungannya. (Friedman dkk., 2014 dalam Lukman, 2024).

Dukungan keluarga merupakan bentuk dukungan sosial yang memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan mental lansia, khususnya di wilayah pedesaan. Menurut House dkk. (1988) dukungan sosial terdiri atas tiga komponen utama, yaitu integrasi sosial, jaringan sosial, dan dukungan fungsional. House dkk. (1988) menegaskan bahwa dukungan sosial berfungsi sebagai penyangga terhadap stres, melalui mekanisme yang dapat mengurangi paparan individu terhadap tekanan serta melemahkan dampak negatif stres terhadap kesehatan mental.

Dukungan keluarga yang baik dapat memberikan rasa aman, diterima, dan berharga, sehingga menurunkan tingkat stress dan risiko depresi. Sebaliknya kurangnya dukungan emosional dalam keluarga dapat memperburuk perasaan kesepian serta meningkatkan kerentanan lansia terhadap depresi (Gao dkk., 2024).

2. Jenis-Jenis Dukungan Keluarga

Terdapat empat dimensi utama dari dukungan keluarga yaitu : (Friedman dkk., 2010).

a. Dukungan Emosional

Dukungan emosional dapat berupa ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian dari orang yang bersangkutan kepada

anggota keluarga yang mengalami masalah. Dukungan emosional dapat memberikan semangat kepada anggota keluarga lain untuk semangat dalam menjalani hidup dan menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi (Friedman dkk., 2010).

Dukungan emosional dapat dinilai dengan perbuatan yang menggambarkan sikap dan respon emosional keluarga seperti mendengarkan keluhan lansia, memberikan perhatian ketika lansia merasa sedih atau sakit, serta memberikan semangat dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental merupakan dukungan yang bersifat nyata dan langsung berupa bantuan fisik, material, maupun fasilitas yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Tujuan dari dukungan ini adalah untuk meringankan beban bagi anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan dengan memberikan dukungan berupa bantuan fasilitas yang memadai (Friedman dkk., 2010). Pada lansia dukungan ini dapat berupa bantuan dalam pemenuhan kebutuhan dasar, mobilitas, dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang sangat dibutuhkan lansia akibat dari penurunan fungsi fisik seiring bertambahnya usia (House dkk., 1988).

c. Dukungan Informasi

Dukungan informasi merupakan dukungan yang diberikan anggota keluarga melalui penyampaian informasi. Dukungan ini diberikan dengan cara memberikan informasi, nasehat dan petunjuk tentang cara penyelesaian masalah ketika ada anggota keluarga yang tidak dapat menyelesaikan masalahnya. Dukungan informasional membantu individu memahami kondisi yang dialaminya serta menentukan langkah yang tepat dalam menyelesaikan permasalahan, khususnya masalah kesehatan (Friedman dkk., 2010). Pada lansia dukungan ini penting untuk membantu lansia dalam mendapatkan dan memahami informasi kesehatan secara mandiri. Informasi yang jelas dan mudah dipahami keluarga dapat meningkatkan rasa aman dan membantu lansia mengambil keputusan yang lebih tepat terkait kesehatannya (House dkk., 1988).

Dukungan informasi pada lansia dapat berupa keluarga memberikan nasihat kepada lansia ketika mengalami masalah kesehatan, mengingatkan cara menjaga kesehatan, serta memberikan informasi tentang pengobatan atau pemeriksaan yang perlu diberikan.

d. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan bentuk dukungan keluarga yang diberikan melalui penghargaan, pengakuan, dan penguatan terhadap peran dan keberadaan lansia. Friedman dkk. (2010)

menyebutkan bahwa dukungan ini membantu individu menilai dirinya secara positif dan meningkatkan rasa percaya diri. Pada lansia dukungan ini berperan untuk mencegah perasaan tidak berguna dan rendah diri yang sering muncul akibat keterbatasan fisik maupun perubahan sosial. Dukungan ini dapat berupa menghargai pendapat lansia, memberikan pujian atas hal-hal yang dilakukan, serta membuat lansia merasa dirinya berguna bagi keluarga.

3. Sumber-Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga berdasarkan sumbernya dibagi menjadi 2 yaitu :
(Friedman dkk., 2010)

a. Dukungan Keluarga Internal

Dukungan keluarga internal adalah dukungan keluarga yang berasal dari keluarga inti seperti suami atau istri, saudara kandung, orang tua, atau dukungan dari anak.

b. Dukungan Keluarga Eksternal

Dukungan keluarga eksternal adalah dukungan yang berasal dari sahabat, teman kerja, tetangga, teman sekolah, keluarga besar, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah, atau praktisi kesehatan.

4. Alat Ukur/Instrumen Dukungan Keluarga

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur variabel dukungan keluarga dalam penelitian ini adalah kuesioner dukungan keluarga yang dikembangkan oleh Desi (2015) dan sudah dimodifikasi oleh Yulianti,

(2022). Kuesioner ini mengkaji dukungan emosional, instrumental, informasi, dan penghargaan.

Instrumen lain yang bisa digunakan untuk mengukur variabel dukungan keluarga adalah *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) dan *Family APGAR* yang menilai dukungan sosial atau fungsi keluarga secara umum. MSPSS menggabungkan sumber dukungan dari keluarga, teman, dan lainnya, sehingga tidak fokus untuk mengukur peran keluarga. Sementara itu *Family APGAR* lebih menilai kepuasan terhadap fungsi keluarga daripada bentuk dukungan keluarga yang lebih nyata. Dibandingkan dengan kedua instrumen tersebut kuesioner dukungan keluarga Desi (2015) lebih fokus mengukur dukungan keluarga dan sesuai dengan konteks sosial budaya Indonesia.

E. Konsep Penyakit Penyerta

1. Definisi Penyakit Penyerta

Penyakit penyerta atau komorbiditas diartikan sebagai keberadaan dua atau lebih kondisi medis kronis yang terjadi secara bersamaan dalam satu individu. Jumlah penyakit penyerta meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Kondisi ini umum dialami oleh lansia karena proses penuaan yang menurunkan fungsi organ tubuh dan meningkatkan kerentanan terhadap berbagai penyakit. Penyakit penyerta yang biasanya dimiliki oleh lansia adalah hipertensi, diabetes mellitus (DM), stroke, dan penyakit jantung yang dapat menurunkan kemampuan tubuh

untuk beradaptasi dengan stres fisiologis maupun psikologis (Charlson dkk., 1987). Pada lansia, peningkatan skor komorbiditas sering diikuti dengan penurunan fungsi fisik dan meningkatnya ketergantungan terhadap orang lain, yang berpotensi menimbulkan stres psikologis dan depresi.

2. Penyakit Umum yang Dialami Lansia

Penyakit yang umum terjadi pada lansia adalah :

a. Paru

Infeksi paru yang sering diderita lansia adalah pneumonia, tuberkulosis, bronchitis kronis, dan kadang juga dijumpai kanker paru terutama pada lansia perokok berat.

b. Jantung dan Pembuluh Darah

Lansia umumnya mengalami pembesaran jantung dan tekanan darah akan naik secara bertahap, elastisitas dinding pada orang berusia 70 tahun menurun 50% dibanding dengan orang muda berusia 20 tahun. Pada tahap awal gangguan dari dinding pembuluh darah yang menyebabkan elastisitasnya berkurang akan memacu jantung bekerja lebih keras karena terjadi hipertensi. Jika terjadi sumbatan jaringan yang dialiri zat asam oleh pembuluh darah ini akan rusak atau mati yang disebut dengan infark. Jika hal ini terjadi di otak lansia akan mengalami stroke, sedangkan jika terjadi di jantung dapat menyebabkan infark miokard, dan jika masih ringan dapat terjadi angina pectoris atau gangguan koroner lainnya.

c. Hipertensi

Hipertensi menjadi masalah pada usia lanjut karena sering ditemukan dan menjadi faktor utama terjadinya payah jantung dan penyakit jantung koroner

d. Penyakit Sistem Pencernaan

Penyakit dan gangguan pada lambung meliputi atrofi mukosa dan atrofi sel kelenjar dilambung menyebabkan sekresi asam lambung kurang, gastritis, dan ulkus peptikum.

e. Penyakit Sistem Urogerital

Peradangan pada sistem urogenital sering ditemukan pada lansia wanita adalah peradangan kandung kemih, peradangan ginjal akibat retensi urin dalam vesika urinaria. Pada lansia pria retensi urin dalam kandung kemih dapat disebabkan oleh pembesaran kelenjar prostat dan secara progresif dapat berkembang menjadi kelenjar prostat apabila tidak ditangani segera.

f. Penyakit Gangguan Endokrin atau Metabolisme

Pada lanjut usia ditemukan kemunduran fungsi kelenjar tiroid sehingga lansia tampak lesu dan kurang bergairah. Kemunduran fungsi kelenjar endokrin lain adalah menopause pada wanita yang mendahului proses menua yang mengakibatkan sindrom dalam bentuk yang beragam. Sedangkan pada pria, terjadi penurunan sekresi kelenjar testis pada usia tertentu. Penyakit metabolik lain adalah diabetes meilitus dan osteoporosis.

g. Penyakit pada Persendian Tulang

Penyakit pada sendi adalah akibat degenerasi atau kerusakan pada permukaan sendi tulang yang banyak ditemukan pada lansia, terutama lansia yang gemuk. Bagian yang terkena biasanya persendian, jari-jari, tulang punggung, dan sendi-sendi penahan tubuh.

h. Penyakit Sistem Persyarafan

Penyakit saraf yang paling terpenting adalah akibat kerusakan pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan perdarahan otak, menimbulkan stroke, demensia, dan gangguan saraf tepi yang menimbulkan hambatan pergerakan sehingga mengakibatkan immobilisasi.

3. Alat Ukur/Instrumen Penyakit Penyerta

Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel penyakit penyerta dalam penelitian ini adalah *Self-Administired Comorbidity Questionnaire* (SCQ) yang dikembangkan oleh Sangha dkk. (2003). SCQ menilai keberadaan penyakit kronik, pengobatan yang dijalani, serta dampaknya terhadap aktivitas harian berdasarkan laporan dari responden.

Instrumen lain yang biasa digunakan adalah *Charlson Comorbidity Index* (CCI) atau *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS). CCI banyak digunakan dalam penelitian klinis untuk memprediksi mortalitas, tetapi memerlukan data rekam medis dan penilaian klinis tertentu. Kuesioner

CIRS lebih menyeluruh dan lebih kompleks untuk penelitian lapangan. Dibandingkan dengan instrumen tersebut, SCQ memiliki kemudahan administrasi dan kesesuaiannya untuk penelitian komunitas, terutama ketika terbatasnya akses terhadap data medis responden.



BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Teori

Perubahan yang terjadi pada lansia merupakan konsekuensi alami dari proses menua. Perubahan yang terjadi pada lansia mencakup aspek fisik, psikologis, dan sosial yang saling memengaruhi. Secara fisik, lansia mengalami penurunan fungsi organ tubuh seperti melemahnya otot, gangguan penglihatan, dan pendengaran, serta meningkatnya risiko penyakit kronis. Dari aspek psikologis, lansia menghadapi perubahan berupa penurunan daya ingat, kehilangan pasangan hidup, serta rasa tidak berdaya dalam menghadapi perubahan sosial. Secara sosial, perubahan ini diperparah oleh keterbatasan akses terhadap aktivitas sosial dan fasilitas publik, terutama di wilayah rural yang memiliki keterbatasan layanan kesehatan dan sosial (Maryam, 2016).

Jika perubahan-perubahan tersebut tidak ditangani dengan baik, lansia berisiko kehilangan peran sosialnya di masyarakat, mengalami penurunan interaksi sosial, rasa kesepian yang mendalam, stress emosional, perasaan tidak berguna, bahkan akan berakibat pada depresi. Sebaliknya, perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia yang ditangani dengan baik membuat lansia dapat beradaptasi dan kesejahteraan psikologis lansia terjamin.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan atau memperburuk depresi pada lansia adalah faktor demografis yaitu usia, jenis kelamin, status pendidikan,

dan sosial ekonomi. Faktor lain adalah penyakit penyerta, dan juga faktor sosial yaitu dukungan keluarga, dan kesepian (Sofianti dkk., 2025).

Kesepian merupakan faktor psikologis dan sosial utama yang sering menjadi akar munculnya depresi. Berdasarkan teori kesepian dari Peplau & Perlman (1979) yang dikenal dengan *Cognitive Discrepancy Model*, kesepian muncul ketika terdapat perbedaan antara hubungan sosial yang diinginkan seseorang dengan hubungan sosial yang sebenarnya dimiliki. Bagi banyak lansia, terutama yang tinggal di wilayah pedesaan, kehilangan pasangan hidup, jaranganya kunjungan anak, serta berkurangnya aktivitas sosial dapat menimbulkan perasaan terisolasi. Perasaan ini tidak selalu tampak secara fisik, tetapi terasa dalam bentuk kehampaan, tidak dibutuhkan, dan kehilangan makna hidup. Dalam jangka panjang, kondisi tersebut dapat berkembang menjadi depresi.

Seiring perkembangan ilmu, teori kesepian tidak hanya dipahami sebagai pengalaman subjektif, tetapi juga sebagai stresor yang berdampak pada kesehatan mental. Luo dkk. (2012) menjelaskan kesepian berfungsi sebagai stresor yang dapat memengaruhi emosi, meningkatkan respon stres fisiologis, serta menurunkan kemampuan individu dalam menghadapi masalah kehidupan. Pada lansia kesepian yang berlangsung lama dapat memperburuk kondisi psikologis dan meningkatkan risiko depresi.

Dukungan keluarga hadir sebagai penyangga emosional yang sangat penting bagi lansia. Berdasarkan teori dukungan sosial dari House dkk. (1988), perhatian, empati, dan keterlibatan keluarga dapat memperkuat daya tahan

psikologis individu dalam menghadapi tekanan hidup. Lansia yang merasa diterima, dihargai, dan dilibatkan dalam keputusan keluarga cenderung memiliki tingkat depresi yang lebih rendah. Dukungan ini tidak selalu berupa materi, tetapi bisa berupa waktu untuk mendengarkan, membantu aktivitas harian, atau sekedar berbagi cerita sederhana yang dapat memulihkan rasa berharga dalam diri lansia.

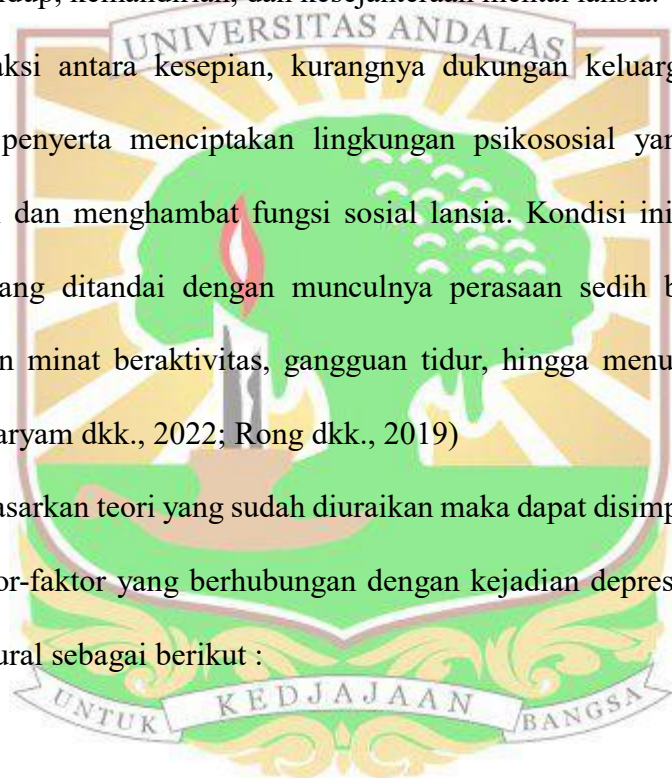
Perkembangan teori menekankan bahwa efektivitas dukungan keluarga tidak hanya ditentukan oleh jenis dukungan yang diberikan, tetapi juga oleh kualitas dan hubungan keluarga yang berkelanjutan. *Convoy Model of Social Relations* yang dikemukakan oleh Antonucci dkk. (2014) menjelaskan bahwa individu dikelilingi oleh jaringan hubungan sosial yang cukup stabil, terutama keluarga yang berperan sebagai sumber dukungan utama pada lansia. Kekuatan ikatan emosional, kedekatan hubungan, serta dukungan dari anggota keluarga menjadi faktor penting dalam menjaga kesehatan mental dan mencegah depresi pada lansia.

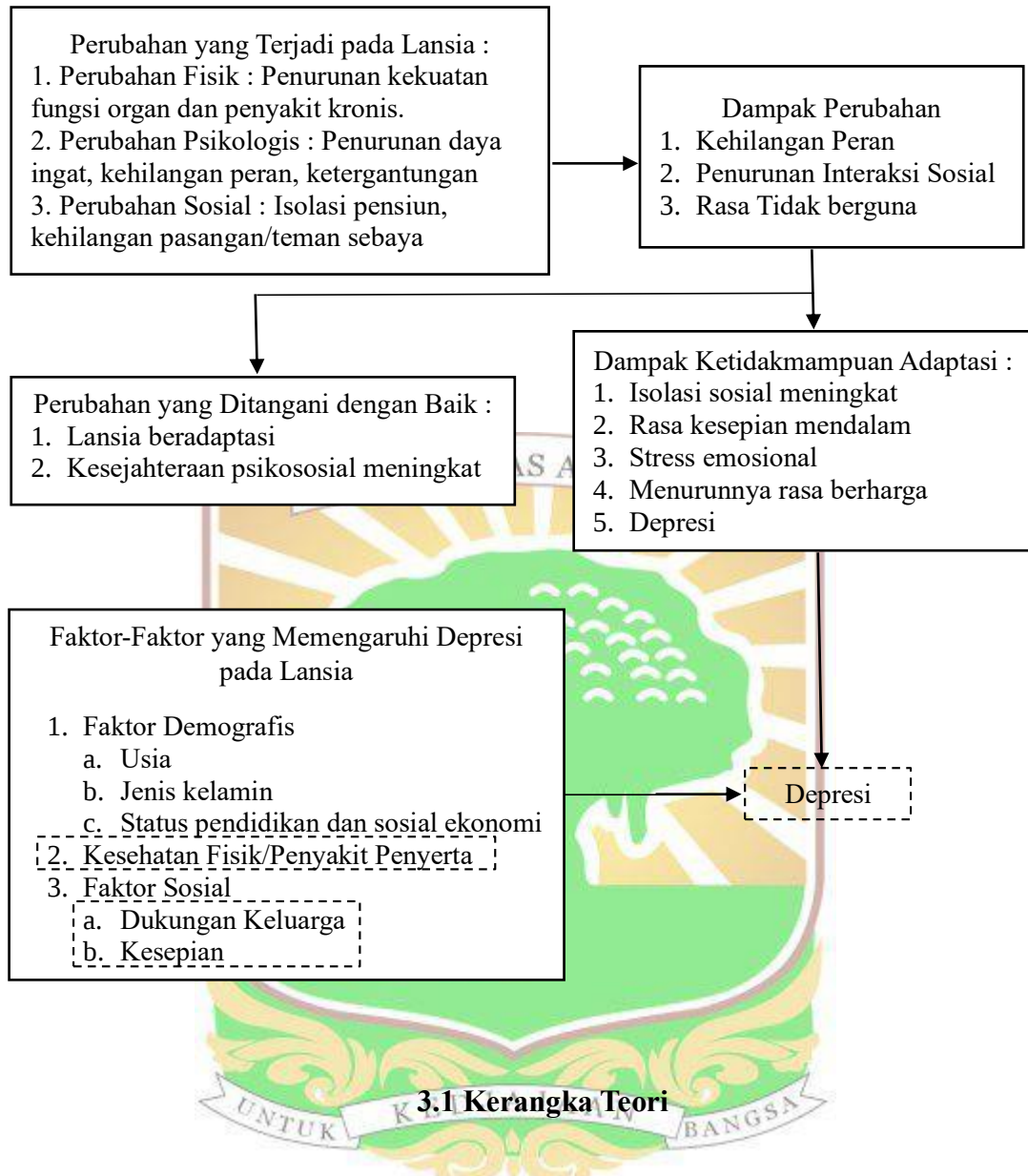
Faktor biologis juga tidak bisa diabaikan. Berdasarkan teori komorbiditas dari Charlson dkk. (1987), keberadaan penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, atau penyakit ginjal dapat memperberat kondisi psikologis lansia. Kelelahan fisik, nyeri kronis, serta ketergantungan terhadap orang lain menimbulkan rasa tidak berdaya dan frustrasi. Beban ganda antara menurunnya fungsi tubuh dan perasaan menjadi beban bagi keluarga dapat memperkuat munculnya depresi, terutama ketika dukungan sosial tidak memadai.

Seiring berkembangnya kajian kesehatan lansia, teori komorbiditas diperluas melalui konsep multimorbiditas. Barnett dkk. (2012) menjelaskan bahwa lansia umumnya mengalami lebih dari satu penyakit kronis secara bersamaan, dan kondisi tersebut saling berinteraksi, dan berdampak pada fungsi fisik, psikologis serta sosial. Pendekatan multimorbiditas tidak hanya menilai jumlah penyakit, tetapi juga menekankan dampak penyakit terhadap kualitas hidup, kemandirian, dan kesejahteraan mental lansia.

Interaksi antara kesepian, kurangnya dukungan keluarga, dan adanya penyakit penyerta menciptakan lingkungan psikososial yang menurunkan harga diri dan menghambat fungsi sosial lansia. Kondisi ini berujung pada depresi yang ditandai dengan munculnya perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat beraktivitas, gangguan tidur, hingga menurunnya kualitas hidup (Maryam dkk., 2022; Rong dkk., 2019)

Berdasarkan teori yang sudah diuraikan maka dapat disimpulkan kerangka teori faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural sebagai berikut :





Sumber : Charlson, dkk., 1987; Gierveld & Tilburg, 2006; House, dkk., 1988; Maryam., 2016; Peplau & Perlman, 1979; Rong, dkk., 2019; Sofianti, dkk., 2025

Keterangan:

⋯ : Diteliti

□ : Tidak Diteliti

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang akan diukur maupun diamati dalam suatu penelitian (Notoatmodjo, 2018). Variabel dari penelitian ini terdiri dari variabel dependen dan variabel independen. Variabel independen penelitian ini yaitu kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta. Sedangkan variabel dependennya yaitu kejadian depresi pada lansia di wilayah rural.



C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian yang didasarkan pada fakta empiris yang harus dibuktikan melalui penelitian.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ha : Terdapat hubungan antara kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian berupa *cross-sectional* yang berarti penelitian ini dilakukan dengan cara pendekatan observasi serta pengumpulan data variabel dependen dan independen dilakukan sekaligus dalam satu waktu (Notoatmodjo, 2018).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Nagari Sungai Buluah Selatan, Kecamatan Batang Anai, Kabupaten Padang Pariaman. Waktu penelitian yaitu dimulai pada bulan September 2025 sampai bulan Juni 2026.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Menurut Sugiyono (2013), populasi adalah area generalisasi yang terdiri dari objek atau subjek dan mempunyai kualitas serta karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti dan kemudian dapat ditarik kesimpulannya. Populasi dari penelitian ini adalah lansia Nagari Sungai Buluah Selatan yang berjumlah 563 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi, dan sampel harus benar-benar mewakili populasi (Sugiyono, 2013). Pada penelitian ini jumlah sampel ditentukan dengan melakukan perhitungan jumlah populasi dengan rumus solvin.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *cluster sampling* yaitu pengambilan sampel berdasarkan kelompok/area tertentu (Sugiyono, 2013). Dari jumlah total 563 lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan.

Keterangan:

n = Besar Sample

N = Besar Populasi

E = Persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sample yang masih bisa ditolerir; e= 5% (0,05).



$$n = \frac{563}{1 + 563(0,0025)}$$

$$n = \frac{563}{1 + 1,41}$$

$$n = \frac{563}{2,41}$$

$$n = 234$$

Berdasarkan rumus yang digunakan peneliti didapatkan sampel pada penelitian ini sebanyak 234 orang. Pengambilan sampel akan dilakukan dengan mengambil 2 korong yang ada di Nagari Sungai Buluah Selatan secara acak, lalu semua individu dalam korong yang terpilih dijadikan sampel.

3. Kriteria Sampel dalam Penelitian

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2018). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Lansia yang berumur 60-85 tahun.
- b) Lansia yang mampu berkomunikasi dengan baik.
- c) Lansia yang bersedia menjadi responden dalam penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2018). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Lansia yang menderita skizofrenia dan gangguan psikotik.
- b) Lansia yang tidak dapat mendengar

D. Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel merupakan segala sesuatu yang berbentuk ciri, karakteristik, nilai dari orang, objek, dan kegiatan yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga dapat diperoleh informasi tentang hal tersebut dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2013).

Penelitian ini menggunakan dua variabel, yaitu variabel dependen, dan variabel independen. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian depresi pada lansia, sedangkan variabel independennya adalah kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau dapat diartikan dengan mengubah konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati dan yang dapat diuji dan ditentukan kebenarannya oleh orang lain (Hikmawati, 2020).

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Variabel Dependen Depresi	Status depresi lansia berdasarkan skor skrinning gejala depresi.	Wawancara Terpimpin	Kuesioner <i>Geriatric Depression Scale-15</i> (GDS-15) (Yesavage & Sheikh, 1986)	Ordinal	- 0-4 = tidak mengalami depresi - 5-15 = Depresi
2	Variabel Independen Kesepian	Persepsi subjektif tentang rasa kesendirian yang dirasakan lansia	Wawancara Terpimpin	Kuesioner <i>De Jong Gierveld Loneliness Scale</i> (DJGLS) (Gierveld & Tilburg, 2006)	Ordinal	- 11-22 = kesepian ringan - 23-33 = kesepian sedang - 34-44 = kesepian berat
3	Dukungan Keluarga	Tingkat dukungan keluarga inti (suami/istri, anak) dan juga keluarga besar yang dirasakan lansia	Wawancara Terpimpin	Kuesioner <i>Dukungan Keluarga</i> Desi, (2015) dalam Yulianti, (2022)	Ordinal	- 20-40 = kurang - 41-59 = cukup - 60-80 = baik
4	Penyakit Penyerta	Jumlah serta dampak penyakit kronik yang dimiliki lansia	Wawancara Terpimpin	Kuesioner <i>Self Administered Comorbidity Quistionnaire</i> (Sangha, dkk., 2003)	Ordinal	- 0 = tidak ada penyakit penyerta - >0 = ada penyakit penyerta

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur suatu kejadian atau fenomena alam maupun sosial yang diamati (Sugiyono, 2013). Instrumen dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kuesioner Karakteristik Demografi Responden

Kuesioner karakteristik demografi memuat data biodata responden yang terdiri dari beberapa item pertanyaan berupa nama/inisial, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, keluarga yang tinggal serumah, dan pendapatan keluarga

2. Depresi

Instrumen yang digunakan untuk kejadian depresi pada lansia adalah kuesioner *Geriatric Depression Scale-15* (GDS-15) yang dikembangkan oleh Yesavage & Sheikh tahun (1986). Instrumen ini digunakan untuk membantu menangkap pengalaman emosional seseorang dengan lebih terstruktur. GDS-15 terdiri dari 15 pernyataan yang menggambarkan gejala depresi, seperti kehilangan minat, kesedihan mendalam, putus asa, perasaan tidak berdaya, penarikan diri sosial dan isolasi, dan pikiran mengenai hidup yang terasa berat.

Kuesioner ini menggunakan skala nominal dikotomis, berupa ya atau tidak, dengan setiap pertanyaan mendapat skor 0 atau 1 poin. Untuk pertanyaan nomor 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, dan 15 jawaban “Ya” akan mendapat skor 1, dan jawaban “Tidak” akan mendapat skor 0. Sedangkan pertanyaan nomor 1, 5, 7, 11, dan 13 jawaban “Ya” akan mendapat skor

0 dan jawaban tidak akan mendapat skor 1. Kemudian setiap skor yang didapatkan akan dijumlahkan untuk mengetahui skor total. Total skor yang didapatkan adalah 0 sampai 15.

Instrumen ini sudah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia dan telah melalui uji validitas dan reliabilitas yang kuat berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Utami pada tahun 2019. Uji validitas didapatkan hasil 15 pertanyaan valid dan memiliki korelasi *HAM-D* versi Bahasa Indonesia. Hasil analisis *ROC* nilai *Area Under Curve (AUC)* 92,2% (IK 95% ; 88,6 - 95,7%) , nilai *cut-off* = 5,50, sensitivitas 71,8% dan spesifisitas 87,6%. Berdasarkan hasil temuan ini, GDS-15 versi Bahasa Indonesia dinilai sebagai instrumen yang valid, reliabel, dan layak digunakan untuk mengukur tingkat keparahan depresi pada populasi penelitian.

Tabel 4.2 Kisi-Kisi Kuesioner Depresi

Kuesioner	Indikator	Nomor Item	Jumlah
Kuesioner Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)	Perubahan emosional dan afektif	1, 5, 7, 11	4
	Kehilangan minat dan kepuasan hidup (<i>anhedonia</i>)	2, 3, 12	3
	Perasaan tidak berharga dan tidak berguna	4, 8, 9	3
	Penarikan diri social	6, 10, 14	3
	Pandangan negatif terhadap kehidupan dan masa depan	13, 15	2
Jumlah			15

3. Kesepian

Instrumen yang digunakan untuk kesepian adalah kuesioner *De Jong Gierveld Loneliness Scale* yang dikembangkan oleh Gierveld & Tilburg pada tahun 2006 dan terdiri dari 11 item pertanyaan. Instrumen ini dirancang berdasarkan konsep teori Weiss (1973) yang membagi kesepian menjadi 2 jenis, akan tetapi instrumen ini dapat digunakan secara sederhana yang memperlihatkan tingkat kesepian seseorang (Gierveld & Tilburg, 2006).

Kuesioner ini menggunakan *skala likert* dengan rentang skor 1 sampai 4 pada setiap pertanyaan. Pada dimensi kesepian sosial, skor 1 untuk sangat setuju, skor 2 untuk setuju, skor 3 untuk tidak setuju, dan skor 4 untuk sangat tidak setuju. Sedangkan pada dimensi kesepian emosional 1 untuk sangat tidak setuju, skor 2 untuk tidak setuju, skor 3 untuk setuju, skor 4 untuk sangat setuju Total skor untuk kuesioner ini adalah 11 sampai 44.

Kuesioner ini sudah diterjemahkan dan diuji validitas dan reliabilitas oleh Rakhmawati dkk., (2022) dan menunjukkan tingkat validitas serta reliabilitas yang baik. Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,84 yang menunjukkan instrumen kesepian ini berada pada kategori reliabel sangat tinggi.

Tabel 4.3 Kisi-Kisi Kuesioner Kesepian

Variabel	Indikator	Nomor Item	Jumlah
Kuesioner kesepian De Jong Gierveld <i>Loneliness Scale</i> (DJGLS)	Kesepian Sosial	1,4,7,8,11	5
	Kesepian Emosional	2,3,5,6,9,10	6
Jumlah			11

4. Dukungan Keluarga

Instrumen yang digunakan untuk dukungan keluarga adalah kuesioner dukungan keluarga yang sudah baku milik Desi (2015), dan sudah dimodifikasi oleh Yulianti, (2022). Kuesioner ini merujuk pada teori Friedman dkk. (2010) yang membagi dukungan keluarga menjadi 4 indikator yaitu dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, serta dukungan penghargaan. Kuesioner ini terdiri 20 item pertanyaan dan menggunakan *skala likert* dengan rentang skor 1 sampai 4. Skor 1 untuk tidak pernah, skor 2 untuk jarang, skor 3 untuk sering, dan skor 4 untuk selalu. Total skor untuk kuesioner ini adalah 20 sampai 80.

Instrumen ini sudah melalui uji validitas dan reliabilitas oleh Yulianti, (2022) dengan hasil diperoleh 0,9 untuk uji validitas dan 0,90 untuk uji reliabilitas. Sehingga alat ukur dinyatakan valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian.

Tabel 4.4 Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga

Variabel	Indikator	Nomor Item	Jumlah
Kuesioner dukungan keluarga	Dukungan Emosional	1, 2, 3, 4, 5	5
	Dukungan Instrumental	6, 7, 8, 9, 10	5
	Dukungan Informasi	11, 12, 13, 14, 15	5
	Dukungan Penghargaan	16, 17, 18, 19, 20	5
Jumlah			20

5. Penyakit Penyerta

Instrumen yang digunakan untuk mengukur kondisi penyakit penyerta dalam penelitian ini adalah kuesioner *Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ)* yang dikembangkan oleh Sangha dkk., pada tahun 2003. Instrumen ini dirancang untuk menilai komorbiditas berdasarkan laporan diri responden, sehingga dapat digunakan ketika data rekam medis tidak tersedia secara lengkap.

SCQ terdiri dari 13 kondisi medis yang telah ditentukan sehingga memungkinkan peneliti memperoleh gambaran yang nyata mengenai beban penyakit penyerta pada individu. Skor pada kuesioner ini yaitu 1 jika memiliki penyakit tersebut, 1 jika mendapatkan perawatan untuk penyakit, dan 1 jika penyakit menghambat aktivitas. Total skor secara keseluruhan adalah dari 0 sampai 42. Skor 0 jika ketiga pertanyaan dijawab tidak.

SCQ telah divalidasi dan menunjukkan korelasi yang memadai dengan nilai korelasi spearman berkisar 0,32- 0,55, sehingga mendukung reliabilitas penggunaannya dalam penelitian epidemiologis maupun klinis berbasis populasi lansia maupun kelompok lainnya.

Tabel 4.5 Kisi-Kisi Kuesioner Penyakit Penyerta

Variabel	Indikator	Nomor Item	Jumlah
Kuesioner Penyakit Penyerta Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ)	Penyakit jantung	1a, 1b, 1c	3
	Penyakit hipertensi	2a, 2b, 2c	3
	Penyakit paru kronik	3a, 3b, 3c	3
	Diabetes mellitus	4a, 4b, 4c	3
	Penyakit lambung	5a, 5b, 5c	3
	Penyakit ginjal	6a, 6b, 6c	3
	Penyakit hati	7a, 7b, 7c	3
	Anemia atau gangguan darah kronik	8a, 8b, 8c	3
	Penyakit kanker (aktif/riwayat)	9a, 9b, 9c	3
	Depresi	10a, 10b, 10c	3
	Anxiety/ gangguan kecemasan	11a, 11b, 11c	3
	Arthritis/ osteoarthritis/ rheumatoid	12a, 12b, 12c	3
	Penyakit punggung kronik	13a, 13b, 13c	3
Jumlah			39

F. Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian baik pihak peneliti, pihak yang diteliti atau subjek penelitian dan masyarakat yang akan mendapatkan dampak dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018). Etika penelitian diantaranya, yaitu :

1. Izin Penelitian

Surat izin penelitian dan pengambilan data diajukan oleh peneliti ke Fakultas Keperawatan Universitas Andalas yang akan diitujukan ke wali Nagari Sungai Buluah Selatan. Peneliti memberikan surat izin penelitian dari fakultas dengan nomor surat B/461/UN16.13.WD1/PT.01.04/2025 ke wali Nagari Sungai Buluah Selatan dengan mengantarkan langsung ke

kantor wali nagari. Pengajuan surat di kantor wali nagari disertai dengan proposal penelitian minimal BAB 1.

2. *Inform Consent*

Inform consent diberikan kepada setiap responden yang akan diteliti agar responden dapat mengetahui maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Responden yang setuju untuk ikut serta akan menandatangani persetujuan dan responden yang menolak tidak akan dipaksa untuk ikut serta.

3. *Anonymity (Tanpa Nama)*

Peneliti melindungi identitas responden dengan tidak mencantumkan nama responden secara lengkap, melainkan hanya mencantumkan inisial nama responden tersebut.

4. *Confidentiality (Rahasia)*

Informasi dari responden dirahasiakan dan dilindungi oleh peneliti dengan menyimpan formulir yang telah diisi oleh responden untuk dijaga kerahasiaannya.

5. *Justice (Adil)*

Peneliti memperlakukan responden secara adil tanpa adanya perbedaan dan diskriminasi pada responden baik itu sebelum, selama, ataupun setelah penelitian dilakukan.



6. *Honesty* (Jujur)

Peneliti jujur dalam segala hal selama penelitian, baik itu mengumpulkan referensi, mengumpulkan data, melaksanakan penelitian dan mempublikasikan hasil penelitian.

7. Pengisian Kuesioner

Responden mengisi kuesioner dengan cara dibacakan oleh peneliti agar responden memahami maksud dari masing-masing pertanyaan pada kuesioner penelitian. Pengisian kuesioner bersifat rahasia dan hanya akan diketahui oleh responden, peneliti, dan pihak yang terlibat dalam penelitian ini.

G. Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti melalui responden penelitian berupa angket, observasi, wawancara, dan lainnya yang sudah melalui proses pengukuran, atau perhitungan sendiri (Elia dkk., 2023). Dalam penelitian ini, peneliti memperoleh data primer dengan membagikan kuesioner secara langsung kepada responden.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang sudah ada sebelumnya dan dikumpulkan dari sumber-sumber tidak langsung (Elia dkk., 2023). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Wali Nagari Sungai Buluh

Selatan, buku sumber, dan jurnal pendukung dari penelitian. Data tersebut didapatkan melalui surat izin penelitian dan pengambilan data yang dikeluarkan oleh Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.

3. Langkah-Langkah Pengumpulan Data

a. Tahap Persiapan

- a) Pengurusan surat izin pengambilan data dan penelitian ke Nagari Sungai Buluah Selatan pada pihak akademik Fakultas Keperawatan Universitas Andalas dengan tujuan surat kepada Wali Nagari Sungai Buluah Selatan.
- b) Memberikan surat izin penelitian ke Wali Nagari Sungai Buluah Selatan langsung ke kantor wali nagari.
- c) Peneliti mengantarkan surat penelitian ke korong setempat.
- d) Peneliti diarahkan kepada kader setempat yang kemudian akan mengantarkan peneliti ke rumah masing-masing lansia.
- e) Peneliti meminta waktu 10-15 menit kepada keluarga dan lansia yang berada di rumah untuk menjelaskan pengisian kuesioner oleh responden.
- f) Pengumpulan data dilakukan selama 3 minggu dengan teknik *cluster sampling*

b. Tahap Pelaksanaan

- a) Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan dari penelitian.

- b) Peneliti membagikan kuesioner kepada lansia yang berisi *inform concent* dan membacakan pertanyaan-pertanyaan kuesioner tentang depresi, kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta.
- c) Pengisian kuesioner dilakukan secara langsung dengan rentang waktu 10-15 menit.
- d) Responden diminta untuk mengisi kuesioner GDS-15 (*Geriatric Depression Scale-15*) yaitu instrumen yang digunakan untuk mengukur depresi pada responden.
- e) Selanjutnya responden diminta untuk mengisi kuesioner De Jong Gierveld *Loneliness Scale* (DJGLS) untuk mengukur tingkat kesepian pada responden.
- f) Berikutnya responden diminta untuk mengisi kuesioner dukungan keluarga untuk mengukur dukungan keluarga pada responden
- g) Terakhir responden diminta untuk mengisi kuesioner SCQ (*Self Administered Comorbidity Questionnaire*) yaitu untuk mengukur penyakit penyerta pada responden.
- h) Setelah kuesioner diisi, kuesioner dikumpulkan pada peneliti.
- i) Setelah jumlah sampel terpenuhi, peneliti melapor kepada pihak nagari bahwa penelitian telah selesai dilakukan

- j) Peneliti melakukan proses pengolahan data yang sudah didapatkan dengan teknik pengolahan data melalui komputerisasi.
- k) Peneliti membuat hasil dan kesimpulan dari penelitian.

H. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data

1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian dapat dilakukan dengan langkah-langkah berikut yaitu :

a. *Editing*

Data yang didapat dari penelitian diperiksa kembali apakah jawaban yang diberikan responden sudah lengkap, jelas, dan jawaban sudah sesuai dengan pertanyaan.

b. *Coding Data*

Jawaban-jawaban atau hasil yang ada kemudian dikelompokkan dalam bentuk yang lebih ringkas dengan menggunakan kode-kode.

c. *Entry Data*

Data yang telah *dicoding* dimasukan secara manual dengan menggunakan master tabel yang telah dibuat, terdiri dari baris dan kolom.

d. *Tabulasi Data*

Tabulasi data yaitu membuat tabel-tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisa univariat tergantung pada jenis data. Untuk data numerik yang digunakan adalah rata-rata, median, dan standar deviasi. Pada umumnya analisa univariat akan menghasilkan distribusi frekuensi dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2018). Analisa univariat untuk penelitian ini yaitu melihat distribusi frekuensi dari kejadian depresi, kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta pada responden. Interpretasi hasil menurut Arikunto (2010) adalah sebagai berikut:

Tabel 4.6 Interpretasi Karakteristik Responden dan Variabel Penelitian

Interprestasi	Persentase
Tidak ada	0%
Sebagian Kecil	1-24%
Kurang dari Setengahnya	25-49%
Setengah	50%
Lebih dari Setengahnya	51-74%
Sebagian Besar	75-99%
Seluruhnya	100%

b. Analisa Bivariat

Uji yang digunakan untuk melihat hubungan antar variabel dalam penelitian ini yaitu uji *chi-square*. Uji *Chi-Square* adalah uji statistik yang digunakan untuk membandingkan hasil pengamatan dan hasil yang diharapkan. Uji ini dilakukan untuk melihat

hubungan antara depresi, kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta pada responden. Pengambilan keputusan pada uji *chi-square* dilakukan dengan *pearson chi-square*. Jika signifikan nilai *chi-square* $<0,05$ maka terdapat hubungan antara variabel dependen dan independen.



BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman. Pengumpulan data penelitian ini dilaksanakan selama 3 minggu, yang dimulai dari tanggal 23 Februari 2026 hingga 16 Maret 2026. Jumlah sampel pada penelitian ini yaitu 234 orang lansia Korong Palapa Saiyo 1 dan Korong Palapa Saiyo 2.

B. Analisa Univariat

1. Karakteristik Responden

Hasil penelitian dipaparkan berdasarkan distribusi frekuensi (f) dan persentase (%) karakteristik responden menurut usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status perkawinan, keluarga yang tinggal serumah, dan jumlah penghasilan lansia/keluarga per bulan yang dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden pada lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan (n=234)

Karakteristik	<i>f</i>	%
Usia		
60-74	211	90,2
75-85	23	9,8
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	100	42,7
Perempuan	134	57,3
Pendidikan Terakhir		
SD	34	14,5
SMP	46	19,7
SMA	116	49,6
Diploma	3	1,3
Sarjana	35	15,0
Pekerjaan		
IRT	95	40,6
Buruh/Petani	46	19,7
Pensiunan	44	18,8
Swasta	8	3,4
Pedagang	14	6,0
Tidak Bekerja	27	11,5
Status Perkawinan		
Menikah	156	66,7
Janda/Duda	78	33,4
Keluarga yang Tinggal Serumah		
Sendiri	20	8,5
Pasangan	39	16,7
Anak	29	12,4
Cucu	3	1,3
Kerabat	3	1,3
Pasangan, dan Anak	83	35,5
Pasangan, Anak, dan Cucu	31	13,2
Anak, dan Cucu	26	11,1
Jumlah Penghasilan Lansia/Keluarga Per Bulan		
<3.200.000	131	56,0
≥3.200.000	103	44,0

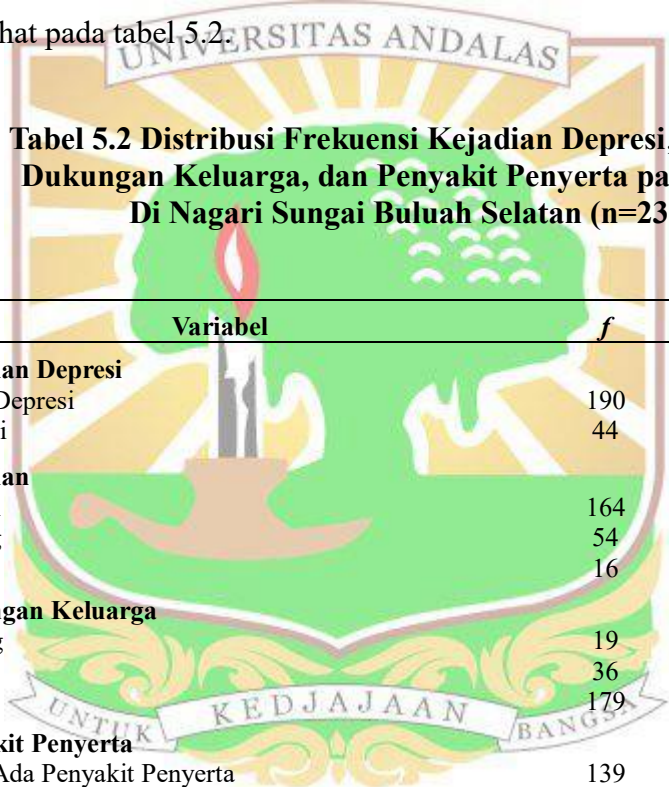
Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan informasi bahwa sebagian besar (90,2%) responden berada pada rentang usia 60-74 tahun (*eldery*), lebih dari setengahnya (57,3%) berjenis kelamin perempuan, kurang dari setengahnya (49,6%) responden menempuh pendidikan SMA, kurang dari setengah (40,6%) responden bekerja sebagai IRT, lebih dari

setengah (66,7%) responden status perkawinan yaitu menikah, kurang dari setengah responden (35,5%) tinggal bersama pasangan, dan anak, serta lebih dari setengah responden (56,0%) berpenghasilan <3.200.000.

2. Kejadian Depresi, Kesepian, Dukungan Keluarga, dan Penyakit Penyerta

Gambaran kejadian depresi, kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi, Kesepian, Dukungan Keluarga, dan Penyakit Penyerta pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan (n=234)



Variabel	<i>f</i>	%
Kejadian Depresi		
Tidak Depresi	190	81,2
Depresi	44	18,8
Kesepian		
Ringan	164	70,1
Sedang	54	23,1
Berat	16	6,8
Dukungan Keluarga		
Kurang	19	8,1
Cukup	36	15,4
Baik	179	76,5
Penyakit Penyerta		
Tidak Ada Penyakit Penyerta	139	59,4
Ada Penyakit Penyerta	95	40,6

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan hasil bahwa sebagian kecil (18,8%) responden mengalami depresi, sebagian kecil (6,8%) responden mengalami kesepian berat, sebagian kecil (8,1%) responden

mendapatkan dukungan keluarga yang kurang, dan kurang dari setengah (40,6%) responden memiliki penyakit penyerta.

C. Analisa Bivariat

Analisa hubungan antara kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta dengan kejadian depresi menggunakan uji statistik *chi-square*.

1. Hubungan Kesepian dengan Kejadian Depresi

Tabel 5.3 Hubungan Kesepian dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan (n=234)

Kesepian	Kejadian Depresi				Total	p-Value
	Tidak Depresi		Depresi			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ringan	162	98,8	2	1,2	164	100
Sedang	28	51,9	26	48,1	54	100
Berat	0	0,0	16	100,0	16	100

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 164 responden yang mengalami kesepian ringan, 1,2% responden mengalami depresi. 54 responden dengan kesepian sedang, 48,1% mengalami depresi. 16 responden dengan kesepian berat, 100% mengalami depresi. Hasil uji *chi-square* didapatkan nilai *p-value* = 0,000, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kesepian dengan kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman.

2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Depresi

Tabel 5.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan (n=234)

Dukungan Keluarga	Kejadian Depresi				Total		p-Value
	Tidak Depresi		Depresi				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Kurang	2	10,5	17	89,5	19	100	<0,001
Cukup	15	41,7	21	58,3	36	100	
Baik	173	96.6	6	3.4	179	100	

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 19 responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga, 89,5% mengalami depresi. 36 responden yang cukup mendapatkan dukungan keluarga, 58,3% mengalami depresi. 179 responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik, 3,4% mengalami depresi. Hasil uji *chi-square* didapatkan hasil *p-value* = 0,000, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan.

3. Hubungan Penyakit Penyerta dengan Kejadian Depresi

Tabel 5.5 Hubungan Penyakit Penyerta dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan (n=234)

Penyakit Penyerta		Kejadian Depresi				Total		p-Value
		Tidak Depresi		Depresi				
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Tidak Ada Penyakit Penyerta	135	97,1	4	2,9	139	100	<0,001	
Ada Penyakit Penyerta	55	57,9	40	42,1	95	100		

Pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa 139 responden yang tidak ada penyakit penyerta, 2,9% mengalami depresi. 95 responden yang memiliki penyakit penyerta, 42,1% mengalami depresi. Hasil uji *chi-square* didapatkan hasil nilai *p-value* = 0,000, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penyakit penyerta dengan kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan.



BAB VI

PEMBAHASAN

A. Gambaran Kejadian Depresi pada Lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 234 lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan didapatkan bahwa sebagian besar lansia berada pada kategori tidak mengalami depresi yaitu sebanyak 190 responden (81,2%), sedangkan lansia yang mengalami depresi sebanyak 44 responden (18,8%). Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan masih memiliki kondisi psikologis yang baik, kejadian depresi tetap ditemukan pada hampir seperlima dari jumlah responden, hal ini menjadi masalah kesehatan mental yang perlu mendapatkan perhatian.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Amelia dkk. (2021) yang menemukan bahwa sebagian besar lansia tidak mengalami depresi yaitu sebesar 84%, namun masih terdapat lansia yang mengalami depresi sebesar 16%. Penelitian Hadrianti dkk., (2024) juga menunjukkan hasil serupa dengan mayoritas lansia berada pada kategori tidak depresi yaitu sebesar 73,3%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak semua proses penuaan menyebabkan gangguan psikologis, karena sebagian lansia masih mampu melakukan adaptasi terhadap perubahan fisik, sosial, dan psikologis yang terjadi selama masa lanjut usia. Namun, adanya proporsi lansia yang

mengalami depresi menunjukkan bahwa proses adaptasi tersebut tidak terjadi secara sama pada seluruh lansia.

Menurut teori proses penuaan Maryam dkk. (2016), lanjut usia merupakan tahap perkembangan yang ditandai oleh perubahan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Perubahan tersebut dapat menjadi sumber stresor apabila lansia mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri. Penurunan kemampuan fisik, kehilangan peran sosial, perubahan kondisi ekonomi, kehilangan pasangan hidup, serta meningkatnya ketergantungan terhadap keluarga dapat menyebabkan lansia mengalami perasaan kehilangan kontrol terhadap kehidupannya (Maryam dkk., 2016). Kondisi ini dapat berkembang menjadi gangguan emosional berupa depresi apabila tidak diikuti dengan mekanisme coping dan dukungan lingkungan yang adekuat.

Berdasarkan karakteristik responden, sebagian besar lansia berada pada kelompok usia 60-74 tahun yaitu sebanyak 211 orang (90,2%). Kelompok usia ini termasuk kategori lansia muda yang secara umum masih memiliki kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang relatif lebih baik dibandingkan lansia usia lebih tua (Kim & Cha, 2021). Kondisi ini dapat menjadi salah satu faktor yang mendukung rendahnya kejadian depresi dalam penelitian ini karena sebagian besar responden masih memiliki kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Lansia yang masih mampu melakukan aktivitas produktif dan mempertahankan perannya dalam keluarga cenderung memiliki rasa kebermanaan hidup yang lebih

baik sehingga risiko mengalami depresi dapat lebih rendah (Kim & Cha, 2021).

Namun, usia yang masih tergolong lansia muda tidak sepenuhnya menjadi faktor protektif terhadap depresi. Pada penelitian ini masih ditemukan 18,8% lansia mengalami depresi, yang menunjukkan bahwa faktor psikososial lain juga berperan terhadap kondisi emosional lansia. Penelitian Wardhani dkk. (2024) menjelaskan bahwa peningkatan usia berhubungan dengan meningkatnya risiko gangguan mental emosional akibat semakin kompleksnya perubahan yang harus dihadapi lansia. Selain usia, pengalaman kehilangan, kondisi kesehatan, hubungan keluarga, serta kemampuan beradaptasi terhadap perubahan kehidupan memiliki kontribusi terhadap munculnya depresi (Remes dkk., 2021).

Dilihat berdasarkan karakteristik jenis kelamin, penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 134 orang (57,3%). Dominasi lansia perempuan dapat menjadi salah satu aspek yang perlu diperhatikan karena perempuan memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi dibandingkan laki-laki (Sofianti dkk., 2025). Perempuan pada masa lanjut usia sering menghadapi perubahan biologis, kehilangan pasangan hidup, keterbatasan ekonomi, serta perubahan peran dalam keluarga yang dapat memengaruhi kondisi psikologis. Selain itu, perempuan cenderung lebih mudah mengungkapkan keluhan emosional dibandingkan laki-laki sehingga gejala depresi lebih mungkin teridentifikasi.

Berdasarkan status perkawinan, lebih dari setengah responden masih berstatus menikah yaitu sebanyak 156 orang (66,7%), sedangkan lansia yang berstatus janda atau duda sebanyak 78 orang (33,3%). Status perkawinan menjadi salah satu faktor yang dapat memengaruhi kondisi psikologis lansia karena pasangan hidup dapat menjadi sumber dukungan emosional, tempat berbagi pengalaman, serta memberikan rasa memiliki dalam kehidupan sehari-hari. Sebaliknya, kehilangan pasangan hidup dapat menyebabkan lansia mengalami kesepian, kehilangan peran, dan berkurangnya dukungan emosional sehingga meningkatkan kerentanan terhadap depresi (Reza dkk., 2025).

Kondisi keluarga pada penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar lansia masih tinggal bersama keluarga, terutama bersama pasangan dan anak yaitu sebanyak 83 orang (35,5%). Selain itu, terdapat lansia yang tinggal bersama pasangan, anak, dan cucu sebanyak 31 orang (13,2%). Keberadaan keluarga dalam kehidupan lansia dapat menjadi faktor protektif karena memberikan dukungan emosional, instrumental, dan sosial (Jasmita, 2024). Lingkungan rural seperti Nagari Sungai Buluah Selatan yang masih memiliki hubungan kekerabatan yang erat memungkinkan lansia tetap terlibat dalam aktivitas keluarga dan masyarakat sehingga membantu mempertahankan kesejahteraan psikologis.

Meskipun demikian, keberadaan keluarga tidak selalu menjamin lansia terbebas dari depresi. Hal ini terlihat dari masih adanya lansia yang mengalami depresi meskipun tinggal bersama keluarga. Depresi dapat tetap

terjadi apabila lansia merasa kurang dihargai, kehilangan peran dalam keluarga, mengalami keterbatasan fisik, atau merasa menjadi beban bagi anggota keluarga (Wang et al., 2024). Oleh karena itu, keberadaan keluarga perlu diikuti dengan kualitas interaksi dan dukungan emosional yang baik, bukan hanya sekadar tinggal dalam satu rumah.

Berdasarkan hasil analisis item kuesioner *Geriatric Depression Scale-15* (GDS-15) pada kelompok lansia yang mengalami depresi, ditemukan bahwa gejala yang paling banyak dirasakan responden adalah perasaan takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi yaitu sebanyak 43 responden (97,7%). Selain itu, sebanyak 40 responden (90,9%) merasa bosan, 37 responden (84,1%) menyatakan mulai meninggalkan aktivitas atau minat yang sebelumnya disukai, dan 23 responden (52,3%) mengalami penurunan semangat hidup. Temuan ini menunjukkan bahwa gejala depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan lebih banyak muncul dalam bentuk gejala psikologis berupa kekhawatiran berlebihan, kehilangan ketertarikan terhadap aktivitas, serta menurunnya motivasi dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Tingginya persentase lansia yang merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi menunjukkan adanya kecenderungan kecemasan yang menyertai kondisi depresi. Pada usia lanjut, kekhawatiran tersebut dapat berkaitan dengan berbagai perubahan yang dialami lansia, seperti ketidakpastian terhadap kondisi kesehatan, ketakutan mengalami ketergantungan pada keluarga, keterbatasan dalam melakukan aktivitas,

serta kekhawatiran mengenai masa depan. Menurut teori penuaan yang dikemukakan Maryam dkk. (2016), proses lanjut usia menyebabkan seseorang menghadapi berbagai kehilangan, baik kehilangan fungsi tubuh, peran sosial, maupun kemampuan untuk melakukan aktivitas seperti sebelumnya. Apabila perubahan tersebut diartikan sebagai ancaman dan tidak mampu diterima dengan baik, maka dapat memunculkan respons emosional negatif seperti rasa takut, cemas, dan perasaan tidak berdaya yang berperan terhadap terjadinya depresi.

Selain rasa takut terhadap sesuatu yang buruk, sebagian besar lansia yang mengalami depresi juga mengalami rasa bosan yaitu sebanyak 90,9%. Rasa bosan pada lansia dapat menggambarkan adanya penurunan keterlibatan dalam aktivitas yang sebelumnya memberikan kepuasan atau makna dalam kehidupan. Kondisi ini dapat terjadi akibat perubahan peran setelah memasuki masa lanjut usia, seperti berhenti bekerja, berkurangnya aktivitas produktif, keterbatasan mobilitas, serta semakin sedikitnya kesempatan untuk berinteraksi dengan lingkungan sosial. Menurut teori aktivitas (*activity theory*), keterlibatan lansia dalam aktivitas yang bermakna berperan penting dalam mempertahankan kepuasan hidup dan kesejahteraan psikologis. Ketika lansia mengalami penurunan aktivitas dan kehilangan kesempatan untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial, maka risiko munculnya perasaan kosong, tidak berguna, dan depresi dapat meningkat (Choi dkk., 2021).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebanyak 84,1% lansia yang mengalami depresi menyatakan telah meninggalkan aktivitas, minat, atau kesenangan yang sebelumnya dilakukan. Kondisi tersebut menggambarkan adanya gejala *anhedonia*, yaitu berkurangnya kemampuan seseorang untuk merasakan kesenangan terhadap aktivitas yang sebelumnya disukai. *Anhedonia* merupakan salah satu gejala utama dalam gangguan depresi karena menunjukkan adanya penurunan motivasi dan ketertarikan terhadap lingkungan sekitar (Serretti, 2023). Pada lansia, kondisi ini sering kali tidak terlihat secara jelas karena dapat dianggap sebagai perilaku normal dari proses penuaan. Namun, apabila kehilangan minat tersebut disertai dengan penurunan semangat hidup, menarik diri dari lingkungan sosial, dan perasaan negatif terhadap kehidupan, maka kondisi tersebut perlu mendapatkan perhatian.

Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian Rachmawati dkk. (2023) yang menyatakan bahwa depresi pada lansia sering ditandai dengan kehilangan minat melakukan aktivitas, rasa bosan, penurunan motivasi, serta kecenderungan menarik diri dari lingkungan sosial. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa perubahan perilaku pada lansia sering kali kurang dikenali karena keluarga maupun masyarakat menganggap perubahan tersebut sebagai bagian dari proses menua. Padahal, gejala tersebut dapat menjadi tanda awal adanya gangguan psikologis yang membutuhkan penanganan lebih lanjut.

Selain gejala kehilangan minat, penelitian ini juga menemukan bahwa sebanyak 30 responden (68,2%) pada kelompok depresi merasa tidak berdaya. Perasaan tidak berdaya menunjukkan bahwa lansia merasa kurang mampu mengendalikan keadaan hidupnya dan merasa terbatas dalam menghadapi perubahan yang terjadi. Kondisi ini dapat berkaitan dengan keberadaan penyakit penyerta pada lansia. Penyakit kronis pada lansia, dapat menyebabkan keterbatasan fisik, penurunan kemampuan melakukan aktivitas, serta meningkatnya ketergantungan terhadap keluarga (Mualim dkk., 2025). Kondisi kesehatan yang menurun dapat menyebabkan lansia merasa kehilangan kemandirian sehingga meningkatkan risiko munculnya depresi.

Selain faktor kesehatan, kondisi sosial ekonomi juga dapat berperan terhadap munculnya depresi pada lansia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar lansia atau keluarga memiliki pendapatan kurang dari Rp.3.200.000 per bulan yaitu sebanyak 131 responden (56%). Kondisi ekonomi yang terbatas dapat menyebabkan lansia memiliki keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan, melakukan aktivitas rekreasi, maupun memperoleh pelayanan kesehatan secara optimal. Keterbatasan tersebut dapat meningkatkan stres psikologis terutama ketika lansia mengalami penyakit atau membutuhkan bantuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari (Sofianti dkk., 2025).

Pada aspek pandangan terhadap kehidupan, penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 23 responden (52,3%) yang mengalami depresi merasa

bahwa hidup saat ini kurang menyenangkan, dan sebanyak 19 responden (43,2%) tidak merasa bahagia dalam sebagian besar kehidupannya. Temuan ini menunjukkan adanya perubahan pandangan positif terhadap kehidupan yang merupakan salah satu indikator gangguan emosional pada lansia. Lansia yang mengalami depresi cenderung melihat kehidupannya secara lebih negatif, merasa kehilangan kepuasan hidup, serta mengalami penurunan harapan terhadap masa depan (Joshnloo & Blasco, 2023).

Hal tersebut juga terlihat dari hasil analisis bahwa sebanyak 43 responden (97,7%) pada kelompok depresi merasa bahwa banyak orang memiliki keadaan yang lebih baik dibandingkan dirinya. Persepsi membandingkan diri secara negatif dengan orang lain menunjukkan adanya penurunan penghargaan terhadap diri sendiri. Kondisi ini dapat terjadi ketika lansia merasa tidak lagi memiliki kemampuan atau kontribusi seperti sebelumnya, terutama setelah mengalami perubahan peran akibat pensiun, keterbatasan fisik, atau meningkatnya ketergantungan terhadap keluarga.

Berdasarkan kondisi ini, kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor usia, tetapi merupakan hasil dari berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial. Sebagian besar lansia masih mampu mempertahankan kondisi psikologis yang baik karena memiliki dukungan keluarga dan lingkungan sosial yang mendukung. Namun, kelompok lansia yang mengalami depresi menunjukkan adanya gabungan masalah seperti munculnya kekhawatiran berlebihan, kehilangan

minat aktivitas, rasa bosan, perasaan tidak berdaya, keterbatasan kesehatan, serta pandangan negatif terhadap kehidupan.

Kondisi masyarakat rural di Nagari Sungai Buluah Selatan yang memiliki hubungan sosial dan kekeluargaan yang cukup erat menjadi faktor yang dapat membantu menjaga kesehatan mental lansia. Akan tetapi, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kedekatan sosial belum sepenuhnya mampu mencegah depresi pada seluruh lansia. Beberapa lansia tetap mengalami gangguan emosional akibat faktor individu maupun kondisi kehidupan yang dihadapi.

B. Gambaran Kesepian pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 234 lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan menunjukkan bahwa sebagian besar lansia mengalami kesepian ringan yaitu sebanyak 164 responden (70,1%). Selain itu, terdapat 54 responden (23,1%) yang mengalami kesepian sedang dan 16 responden (6,8%) mengalami kesepian berat. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar lansia masih mampu mempertahankan hubungan sosial dan emosional dalam kehidupannya, namun masih terdapat lansia yang mengalami kesepian pada tingkat sedang hingga berat yang perlu menjadi perhatian karena kondisi tersebut berpotensi meningkatkan risiko gangguan psikologis, salah satunya depresi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Putri dkk. (2025) yang menemukan bahwa sebagian besar lansia mengalami kesepian ringan yaitu

sebesar 70,8%. Penelitian Hilmawan dkk. (2023) juga menunjukkan bahwa sebagian lansia mengalami kesepian ringan yaitu sebesar 41,1%. Temuan hasil ini menunjukkan bahwa tidak semua lansia mengalami kesepian berat setelah memasuki usia lanjut. Sebagian lansia masih mampu mempertahankan hubungan interpersonal, memperoleh dukungan dari keluarga, serta tetap terlibat dalam aktivitas sosial di lingkungan sekitar. Namun, adanya lansia dengan kesepian sedang dan berat menunjukkan bahwa proses penuaan tetap dapat menyebabkan perubahan hubungan sosial dan emosional yang berdampak terhadap kondisi psikologis lansia.

Kesepian pada lansia merupakan pengalaman subjektif yang muncul ketika terdapat ketidaksesuaian antara hubungan sosial yang diharapkan dengan hubungan sosial yang sebenarnya dimiliki individu. Menurut *Cognitive Discrepancy Model* yang dikemukakan oleh Peplau dan Perlman (1979), seseorang tidak mengalami kesepian hanya karena memiliki sedikit hubungan sosial, tetapi karena hubungan yang dimiliki tidak mampu memenuhi kebutuhan emosional dan sosial yang diharapkan. Oleh karena itu, lansia yang tinggal bersama keluarga belum tentu terbebas dari kesepian apabila hubungan yang terjalin kurang memberikan rasa dekat, perhatian, dan keterlibatan emosional.

Berdasarkan karakteristik responden, sebagian besar lansia dalam penelitian ini masih berstatus menikah yaitu sebanyak 156 responden (66,7%). Status perkawinan tersebut dapat menjadi salah satu faktor yang membantu lansia mempertahankan kondisi sosial dan emosional yang lebih

baik. Pasangan hidup dapat menjadi sumber dukungan emosional, tempat berbagi pengalaman, serta teman dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Penelitian Reza dkk. (2025) menjelaskan bahwa lansia yang masih memiliki pasangan cenderung memiliki tingkat kesepian lebih rendah dibandingkan lansia yang kehilangan pasangan karena masih memperoleh dukungan emosional secara berkelanjutan.

Namun demikian, status menikah tidak sepenuhnya menjamin lansia terbebas dari kesepian. Kualitas hubungan dengan pasangan dan keluarga memiliki peran yang lebih besar dibandingkan hanya keberadaan pasangan secara fisik. Lansia dapat tetap merasa kesepian apabila komunikasi dengan pasangan berkurang, merasa kurang dipahami, atau mengalami perubahan peran akibat proses penuaan. Hal ini sesuai dengan konsep kesepian menurut Gierveld dan Tilburg (2006) yang menyatakan bahwa kesepian lebih berkaitan dengan kualitas hubungan interpersonal dibandingkan jumlah orang yang berada di sekitar individu.

Pada kategori kesepian ringan, sebagian besar lansia masih menunjukkan kemampuan mempertahankan hubungan sosial dan emosional yang cukup baik. Berdasarkan hasil analisis dimensi kesepian sosial, sebagian besar lansia masih memiliki hubungan dengan keluarga, teman, maupun lingkungan masyarakat. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa meskipun lansia mengalami perubahan akibat proses penuaan, sebagian besar masih memiliki akses terhadap sumber dukungan sosial yang membantu mereka menjalani kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan dimensi kesepian emosional, lansia pada kategori kesepian ringan juga menunjukkan bahwa sebagian besar kebutuhan emosional masih terpenuhi. Hal ini terlihat dari rendahnya respons negatif pada beberapa aspek seperti perasaan kosong dan merasa terabaikan. Sebagian besar responden masih merasa diterima oleh lingkungan dan memiliki hubungan yang memberikan rasa nyaman. Kondisi tersebut dapat menjadi faktor protektif terhadap munculnya masalah psikologis seperti depresi.

Meskipun demikian, pada kategori kesepian ringan masih ditemukan beberapa lansia yang menunjukkan adanya kebutuhan emosional yang belum sepenuhnya terpenuhi. Sebagian lansia masih memiliki kerinduan untuk berkumpul dengan orang lain maupun memiliki kedekatan dengan orang tertentu. Kondisi ini menunjukkan bahwa kesepian ringan bukan berarti tidak terdapat masalah psikologis sama sekali, tetapi menggambarkan adanya keterbatasan hubungan sosial atau emosional yang masih dapat dikompensasi oleh dukungan lingkungan sekitar.

Pada kategori kesepian sedang, penelitian ini menemukan bahwa sebanyak 54 responden (23,1%) mengalami kesepian sedang. Meskipun jumlahnya lebih kecil dibandingkan kesepian ringan, kelompok ini perlu mendapatkan perhatian karena menunjukkan adanya peningkatan masalah hubungan sosial dan emosional pada lansia. Kesepian sedang menggambarkan kondisi ketika lansia masih memiliki hubungan dengan lingkungan sekitar, tetapi hubungan tersebut belum sepenuhnya mampu memenuhi kebutuhan akan kedekatan, dukungan, dan rasa memiliki

(Hussain dkk., 2023). Kondisi ini menjadi penting karena berdasarkan hasil analisis hubungan penelitian, lansia dengan tingkat kesepian yang lebih tinggi memiliki proporsi depresi yang lebih besar dibandingkan lansia dengan kesepian ringan.

Berdasarkan dimensi kesepian sosial, lansia dengan kesepian sedang mulai menunjukkan adanya keterbatasan dalam memperoleh dukungan sosial. Pada item mengenai keberadaan seseorang yang dapat diceritakan mengenai masalah sehari-hari, sebanyak 14 responden (25,9%) menjawab tidak setuju, dan 5 responden (9,3%) menjawab sangat tidak setuju, namun telah ditemukan respon positif berupa setuju sebanyak 34 responden (63%) dan sangat setuju sebanyak 1 responden (1,9%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian lansia mulai merasakan berkurangnya tempat untuk berbagi masalah pribadi. Meskipun lansia masih memiliki hubungan dengan orang lain, hubungan tersebut belum tentu memberikan rasa kedekatan dan keamanan emosional yang dibutuhkan.

Kondisi serupa juga terlihat pada item mengenai adanya orang yang dapat diandalkan ketika mengalami masalah. Pada kelompok kesepian sedang terdapat 14 responden (25,9%) yang menjawab tidak setuju dan 2 responden (3,7%) menjawab sangat tidak setuju. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian lansia mulai mengalami penurunan persepsi terhadap ketersediaan dukungan sosial. Bagi lansia, keterbatasan seseorang yang dapat dipercaya untuk membantu menghadapi masalah dapat meningkatkan

perasaan tidak aman dan meningkatkan kerentanan terhadap tekanan psikologis.

Berdasarkan dimensi kesepian emosional, masalah yang lebih dominan pada kelompok kesepian sedang terlihat dari meningkatnya kebutuhan terhadap hubungan dekat dan rasa kebersamaan. Pada item mengenai kerinduan memiliki sahabat, sebanyak 30 responden (55,6%) menjawab setuju dan 16 responden (29,6%) menjawab sangat setuju. Selain itu, pada item mengenai kerinduan dikelilingi oleh orang-orang yang disayangi, sebanyak 32 responden (59,3%) menjawab setuju dan 20 responden (37%) menjawab sangat setuju. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian lansia mengalami kekurangan kedekatan emosional meskipun masih berada dalam lingkungan keluarga maupun masyarakat.

Kondisi ini dapat dikaitkan dengan perubahan yang dialami lansia selama proses penuaan. Menurut teori perkembangan lansia Maryam dkk. (2016), proses menua menyebabkan perubahan pada berbagai aspek kehidupan, termasuk perubahan peran sosial, kehilangan orang terdekat, serta berkurangnya kesempatan untuk melakukan aktivitas seperti sebelumnya. Perubahan tersebut dapat menyebabkan lansia merasa kehilangan posisi atau peran dalam kehidupan sosialnya. Apabila kebutuhan untuk merasa dihargai, dibutuhkan, dan terhubung dengan orang lain tidak terpenuhi, maka perasaan kesepian dapat berkembang menjadi tekanan psikologis yang lebih berat.

Temuan ini didukung oleh hasil penelitian Fierloos dkk. (2021) dengan menjelaskan bahwa kesepian pada lansia lebih banyak dipengaruhi oleh kualitas hubungan interpersonal dibandingkan jumlah hubungan sosial yang dimiliki. Lansia yang memiliki banyak orang di sekitar mereka tetap dapat mengalami kesepian apabila hubungan tersebut tidak memberikan kedekatan emosional yang cukup. Temuan ini mendukung hasil penelitian pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan yang masih terdapat lansia yang mengalami kesepian sedang meskipun sebagian besar lansia tinggal bersama keluarga dan berada dalam lingkungan masyarakat yang memiliki hubungan sosial cukup erat.

Pada kategori kesepian berat, penelitian ini menemukan sebanyak 16 responden (6,8%) mengalami kesepian berat. Walaupun jumlahnya tergolong kecil, kelompok ini merupakan kelompok yang memiliki kondisi psikososial paling rentan karena menunjukkan adanya masalah hubungan sosial dan emosional yang lebih mendalam. Kesepian berat menggambarkan bahwa lansia mengalami kesenjangan yang besar antara hubungan sosial yang diharapkan dengan hubungan yang sebenarnya dimiliki sehingga dapat meningkatkan risiko munculnya gangguan emosional seperti depresi (Zhang dkk., 2023).

Berdasarkan dimensi kesepian sosial, lansia dengan kesepian berat menunjukkan keterbatasan hubungan sosial yang cukup jelas. Pada item mengenai keberadaan seseorang yang dapat diceritakan tentang masalah sehari-hari, sebanyak 7 responden (43,8%) menjawab tidak setuju dan 9

responden (56,3%) menjawab sangat tidak setuju. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh responden dalam kelompok ini merasakan keterbatasan dalam memiliki tempat untuk berbagi masalah. Tidak adanya hubungan sosial yang memberikan dukungan dapat menyebabkan lansia merasa sendiri dalam menghadapi perubahan kehidupan, terutama ketika menghadapi masalah kesehatan maupun keterbatasan aktivitas (Hindriyastuti & Safitri, 2022).

Keterbatasan hubungan sosial juga terlihat pada item mengenai orang yang dapat diandalkan ketika menghadapi masalah. Sebanyak 11 responden (68,8%) menjawab tidak setuju dan 5 responden (31,3%) menjawab sangat tidak setuju bahwa mereka mengalami keterbatasan dukungan. Temuan ini menggambarkan bahwa lansia dengan kesepian berat tidak hanya mengalami kurangnya interaksi sosial, tetapi juga mengalami kehilangan sumber dukungan yang dapat memberikan rasa aman dan perlindungan psikologis.

Pada dimensi kesepian emosional, kelompok kesepian berat menunjukkan masalah yang lebih besar. Sebanyak 14 responden (87,5%) sangat setuju bahwa mereka merindukan memiliki sahabat. Selain itu, sebanyak 14 responden (87,5%) sangat setuju bahwa mereka merindukan dikelilingi oleh orang-orang yang disayangi. Tingginya respons tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar lansia mengalami kehilangan kedekatan emosional yang bermakna dalam kehidupannya.

Perasaan terabaikan juga menjadi salah satu aspek penting pada kelompok kesepian berat. Pada item mengenai sering merasa terabaikan, sebanyak 14 responden (87,5%) menjawab setuju dan 2 responden (12,5%) menjawab sangat setuju. Kondisi ini menunjukkan adanya persepsi bahwa kebutuhan emosional lansia belum sepenuhnya terpenuhi. Perasaan tidak diperhatikan atau tidak menjadi bagian penting dalam kehidupan orang lain dapat menyebabkan lansia memiliki pandangan negatif terhadap dirinya sendiri dan kehidupannya.

Temuan mengenai kesepian berat ini menjadi semakin penting apabila dikaitkan dengan hasil hubungan kesepian dengan kejadian depresi pada penelitian ini. Seluruh lansia yang mengalami kesepian berat diketahui mengalami depresi. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesepian berat bukan hanya menggambarkan kondisi sosial yang kurang baik, tetapi juga berkaitan dengan kondisi psikologis yang lebih serius. Lansia yang mengalami keterasingan sosial dan emosional dalam waktu lama dapat mengalami penurunan motivasi, kehilangan minat aktivitas, merasa tidak berdaya, serta memiliki pandangan negatif terhadap kehidupan (Hikhmat, 2025).

Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh karakteristik lansia di wilayah penelitian. Sebagian lansia mengalami perubahan dalam kehidupan sosial akibat proses penuaan, seperti berkurangnya aktivitas pekerjaan, keterbatasan fisik, kehilangan pasangan hidup, maupun berkurangnya kemampuan untuk berpartisipasi dalam kegiatan masyarakat. Meskipun

masyarakat Nagari Sungai Buluah Selatan masih memiliki budaya kekeluargaan dan interaksi sosial yang cukup kuat, perubahan kondisi individu dapat menyebabkan sebagian lansia tetap mengalami kesepian apabila tidak mendapatkan hubungan emosional yang sesuai dengan kebutuhannya.

Penelitian Li dkk. (2022) menjelaskan bahwa keterasingan sosial yang berlangsung dalam waktu lama dapat meningkatkan risiko depresi dan menurunkan kualitas hidup lansia. Kesepian yang tidak ditangani dapat menyebabkan lansia semakin menarik diri dari lingkungan, mengurangi aktivitas sosial, dan memperkuat perasaan tidak berharga. Oleh karena itu, lansia dengan kesepian sedang dan terutama kesepian berat membutuhkan perhatian lebih melalui penguatan dukungan keluarga, peningkatan keterlibatan sosial, serta pemantauan kondisi psikologis secara berkala.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dianalisis bahwa tingkat kesepian pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan memiliki pola yang berkaitan dengan kondisi psikologis lansia. Lansia dengan kesepian ringan masih mampu mempertahankan hubungan sosial dan emosional yang mendukung, sedangkan lansia dengan kesepian sedang mulai mengalami keterbatasan hubungan yang dapat meningkatkan kerentanan psikologis. Sementara itu, lansia dengan kesepian berat menunjukkan adanya kehilangan hubungan sosial dan emosional yang signifikan sehingga menjadi kelompok yang paling berisiko mengalami depresi.

C. Gambaran Dukungan Keluarga pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 234 lansia di wilayah rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman menunjukkan bahwa sebagian besar responden memperoleh dukungan keluarga dalam kategori baik yaitu sebanyak 179 responden (76,5%), sedangkan sebagian kecil responden berada pada kategori dukungan keluarga cukup sebanyak 36 responden (15,4%) dan kategori kurang sebanyak 19 responden (8,1%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas lansia masih memperoleh keterlibatan keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, maupun kesehatan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Dwisetia dkk. (2024) yang menunjukkan bahwa sebagian besar lansia (76,9%) memperoleh dukungan keluarga baik. Penelitian Annissa dkk. (2023) juga menemukan bahwa sebagian besar lansia (82,6%) mendapatkan dukungan keluarga yang baik. Temuan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga masih menjadi sumber dukungan utama bagi lansia, khususnya pada masyarakat rural yang masih mempertahankan hubungan kekeluargaan dan kedekatan antar anggota keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar lansia masih tinggal bersama anggota keluarga, yaitu 35,5% tinggal bersama pasangan dan anak, 16,7% tinggal bersama pasangan, 13,2% tinggal bersama pasangan, anak, dan cucu, serta 12,4% tinggal bersama anak. Kondisi tersebut menunjukkan

bahwa sebagian besar lansia memiliki lingkungan keluarga yang memungkinkan terjadinya interaksi dan komunikasi secara langsung dalam kehidupan sehari-hari. Keberadaan anggota keluarga dalam satu rumah dapat meningkatkan peluang lansia memperoleh bantuan ketika mengalami keterbatasan aktivitas, mendapatkan perhatian terhadap kondisi kesehatan, serta memiliki tempat untuk berbagi pengalaman maupun perasaan (Santriono et al., 2024). Namun demikian, hasil penelitian juga menemukan bahwa terdapat 8,5% lansia yang tinggal sendiri. Kondisi tinggal sendiri menjadi salah satu aspek yang perlu diperhatikan karena keberadaan keluarga secara fisik dapat memengaruhi kemudahan lansia dalam memperoleh dukungan emosional maupun instrumental.

Menurut teori dukungan sosial Friedman dkk. (2010), keluarga memiliki peran penting dalam mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan anggota keluarga melalui empat bentuk dukungan, yaitu dukungan emosional, instrumental, informasi, dan penghargaan. Dukungan emosional berkaitan dengan rasa dicintai, diperhatikan, dan diterima oleh keluarga, dukungan instrumental berupa bantuan langsung dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, dukungan informasi berupa pemberian informasi atau arahan terkait masalah kesehatan, sedangkan dukungan penghargaan berkaitan dengan pengakuan dan penghormatan terhadap keberadaan individu dalam keluarga. Pada lansia, dukungan keluarga menjadi semakin penting karena proses penuaan menyebabkan perubahan biologis,

psikologis, dan sosial yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap masalah kesehatan mental, termasuk depresi (Maryam dkk., 2016).

Berdasarkan hasil analisis kuesioner pada responden dengan dukungan keluarga kategori baik, seluruh dimensi dukungan keluarga menunjukkan kecenderungan positif. Pada dimensi dukungan emosional, sebagian besar lansia menyatakan bahwa keluarga selalu memberikan rasa nyaman dan aman, yaitu sebanyak 171 responden (95,5%) menyatakan keluarga selalu menjadi tempat tinggal yang nyaman dan tenang, serta 170 responden (95%) menyatakan keluarga selalu menciptakan lingkungan rumah yang aman untuk beraktivitas. Selain itu, sebanyak 169 responden (94,4%) menyatakan keluarga selalu memberikan kasih sayang dalam aktivitas sehari-hari. Hasil tersebut menunjukkan bahwa keluarga pada sebagian besar responden mampu memberikan rasa diterima dan dihargai, yang merupakan aspek penting dalam mempertahankan kondisi psikologis lansia.

Meskipun demikian, terdapat perbedaan pada aspek komunikasi emosional, khususnya pada item keluarga mendengarkan curahan hati ketika lansia merasa sedih. Sebanyak 145 responden (81,0%) menyatakan selalu mendapatkan dukungan tersebut, namun masih terdapat 34 responden (19,0%) yang menjawab sering atau tidak selalu. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun keluarga telah memberikan perhatian secara umum, keterlibatan keluarga dalam memahami kondisi emosional lansia belum sepenuhnya optimal. Hal ini penting diperhatikan karena lansia tidak hanya membutuhkan bantuan fisik, tetapi juga membutuhkan kesempatan untuk

mengekspresikan perasaan, pengalaman, dan kekhawatiran yang dialami selama proses penuaan.

Pada dimensi dukungan instrumental, mayoritas lansia dengan dukungan keluarga baik memperoleh bantuan nyata dari keluarga. Sebanyak 167 responden (93,3%) menyatakan keluarga selalu memberikan fasilitas yang diperlukan dalam aktivitas sehari-hari, seperti alat bantu berjalan, kebutuhan mandi, maupun kebutuhan makan. Selain itu, sebanyak 160 responden (89,4%) menyatakan keluarga selalu membantu ketika mengalami kendala dalam aktivitas sehari-hari. Tingginya dukungan instrumental ini berkaitan dengan kondisi masyarakat rural yang masih memiliki pola kehidupan keluarga multigenerasi, sehingga anggota keluarga cenderung terlibat langsung dalam pemenuhan kebutuhan lansia (Gao dkk., 2024)

Namun, terdapat satu aspek yang memiliki persentase lebih rendah dibandingkan indikator lainnya, yaitu keluarga meluangkan waktu untuk menemani aktivitas sehari-hari. Sebanyak 140 responden (78,2%) menyatakan selalu memperoleh dukungan tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian keluarga masih memiliki keterbatasan waktu untuk mendampingi lansia, meskipun bantuan secara fisik telah diberikan. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh tuntutan pekerjaan dan aktivitas ekonomi keluarga, terutama karena sebagian responden berasal dari keluarga dengan tingkat penghasilan <Rp.3.200.000 sebanyak 131 responden (56,0%). Keterbatasan ekonomi dapat menyebabkan anggota keluarga lebih banyak

berfokus pada pemenuhan kebutuhan finansial sehingga waktu interaksi dengan lansia menjadi berkurang.

Pada dimensi dukungan informasi, sebagian besar lansia mendapatkan arahan terkait kesehatan dari keluarga. Sebanyak 171 responden (95,5%) menyatakan keluarga selalu mengingatkan untuk menjaga kesehatan dan sebanyak 169 responden (94,4%) menyatakan keluarga selalu memberikan solusi terhadap permasalahan aktivitas sehari-hari. Namun, ditemukan bahwa dukungan terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat masih lebih rendah dibandingkan indikator lainnya, yaitu hanya 123 responden (68,7%) yang menyatakan keluarga selalu menyarankan kunjungan ke posyandu lansia. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga telah berperan dalam memberikan perhatian terhadap kesehatan lansia, tetapi keterlibatan dalam mendorong pemanfaatan layanan kesehatan preventif masih perlu ditingkatkan.

Pada dimensi dukungan penghargaan, sebagian besar lansia merasa tetap dihargai dan dilibatkan oleh keluarga. Sebanyak 169 responden (94,4%) menyatakan keluarga selalu menunjukkan kepedulian terhadap kondisi lansia, dan sebanyak 161 responden (89,9%) menyatakan keluarga mendorong lansia untuk tetap menjalin hubungan sosial. Dukungan penghargaan tersebut penting karena dapat membantu lansia mempertahankan harga diri dan perasaan bahwa dirinya masih memiliki peran dalam keluarga maupun lingkungan sosial. Perasaan dihargai menjadi

salah satu faktor protektif terhadap munculnya masalah psikologis seperti perasaan tidak berguna, kehilangan peran, dan depresi pada lansia.

Meskipun sebagian besar lansia dalam penelitian ini memperoleh dukungan keluarga dalam kategori baik, masih ditemukan sebanyak 36 responden (15,4%) dengan dukungan keluarga kategori cukup. Hasil ini menunjukkan bahwa keberadaan keluarga belum sepenuhnya menjamin terpenuhinya seluruh kebutuhan lansia, karena kualitas dukungan yang diberikan dapat berbeda pada setiap keluarga. Temuan ini sejalan dengan penelitian Barus dkk. (2026) yang menemukan bahwa sebagian kecil lansia (11,3%) memperoleh dukungan keluarga dalam kategori cukup. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa sebagian lansia masih mendapatkan perhatian dari keluarga, namun intensitas, konsistensi, dan bentuk dukungan yang diterima belum optimal dalam memenuhi kebutuhan psikologis maupun sosial lansia.

Berdasarkan karakteristik responden, kondisi dukungan keluarga cukup dapat dikaitkan dengan pola kehidupan keluarga lansia di wilayah rural. Walaupun sebagian besar lansia tinggal bersama anggota keluarga, keberadaan keluarga secara fisik tidak selalu menunjukkan bahwa lansia memperoleh dukungan yang memadai. Sebanyak 35,5% lansia dalam penelitian ini tinggal bersama pasangan dan anak, sedangkan 12,4% tinggal bersama anak. Tinggal bersama keluarga dapat meningkatkan peluang mendapatkan bantuan, tetapi kualitas interaksi, komunikasi, dan keterlibatan emosional keluarga menjadi faktor yang menentukan apakah

lansia benar-benar merasakan dukungan. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga tidak hanya dilihat dari siapa yang tinggal bersama lansia, tetapi juga bagaimana keluarga menjalankan fungsi perawatan dan memberikan perhatian terhadap kebutuhan lansia.

Pada kategori dukungan keluarga cukup, berdasarkan hasil analisis kuesioner ditemukan bahwa sebagian besar responden memberikan jawaban “sering”, namun belum mencapai tingkat “selalu” seperti pada kategori dukungan keluarga baik. Pada dimensi dukungan emosional, sebanyak 21 responden (58,3%) menyatakan keluarga sering menjadi tempat tinggal yang nyaman dan tenang, sebanyak 27 responden (75%) menyatakan keluarga sering menciptakan lingkungan rumah yang aman, dan sebanyak 28 responden (77,8%) menyatakan keluarga sering memberikan kepercayaan kepada lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Namun, pada aspek komunikasi emosional, masih terdapat 15 responden (41,7%) yang menyatakan keluarga jarang mendengarkan curahan hati ketika lansia merasa sedih. Temuan ini menunjukkan bahwa keterbatasan dukungan emosional tidak selalu berupa kurangnya perhatian secara fisik, tetapi dapat terlihat dari kurangnya kesempatan lansia untuk berbagi perasaan dan memperoleh respons emosional dari keluarga.

Kondisi ini menjadi penting dalam kaitannya dengan kesehatan psikologis lansia karena perubahan kehidupan pada masa lanjut usia sering kali disertai dengan pengalaman kehilangan, seperti penurunan kemampuan fisik, perubahan peran dalam keluarga, kehilangan pasangan, maupun

berkurangnya aktivitas sosial. Menurut teori Friedman dkk. (2010), dukungan emosional merupakan salah satu bentuk dukungan keluarga yang berperan dalam memberikan rasa aman, meningkatkan harga diri, dan membantu individu menghadapi stresor kehidupan. Apabila dukungan emosional yang diterima tidak konsisten, lansia dapat lebih mudah mengalami perasaan kesepian, tidak diperhatikan, dan kehilangan makna dalam kehidupan sehari-hari yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap depresi.

Pada dimensi dukungan instrumental kategori cukup, ditemukan bahwa bantuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari masih belum sepenuhnya optimal. Sebanyak 22 responden (61,1%) menyatakan keluarga sering memberikan fasilitas untuk melakukan aktivitas sehari-hari, tetapi sebanyak 19 responden (52,8%) menyatakan keluarga jarang meluangkan waktu untuk menemani aktivitas sehari-hari dan sebanyak 15 responden (41,7%) menyatakan keluarga jarang menyediakan transportasi. Temuan ini menunjukkan adanya kesenjangan antara ketersediaan bantuan fisik dengan keterlibatan langsung keluarga dalam mendampingi lansia. Keluarga mungkin tetap menyediakan kebutuhan dasar lansia, tetapi keterbatasan waktu akibat pekerjaan atau tanggung jawab keluarga lainnya dapat menyebabkan interaksi dan pendampingan menjadi berkurang.

Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh karakteristik ekonomi keluarga responden. Berdasarkan hasil penelitian, sebanyak 131 responden (56,0%) memiliki penghasilan lansia atau keluarga kurang dari Rp.3.200.000 per

bulan. Keterbatasan ekonomi dapat menyebabkan anggota keluarga lebih berfokus pada pemenuhan kebutuhan sehari-hari sehingga perhatian terhadap kebutuhan psikososial lansia menjadi kurang maksimal (Sofianti dkk., 2025). Selain itu, sebagian responden masih berada pada usia 60–74 tahun (90,2%), yang secara umum masih memiliki kemampuan melakukan aktivitas mandiri, sehingga keluarga dapat beranggapan bahwa lansia belum membutuhkan pendampingan secara intensif. Namun, asumsi tersebut perlu diperhatikan karena kebutuhan dukungan psikologis tetap dapat muncul meskipun lansia masih mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

Pada dimensi dukungan informasi, sebagian besar lansia dengan dukungan keluarga cukup masih mendapatkan informasi kesehatan dari keluarga. Sebanyak 27 responden (75,0%) menyatakan keluarga sering mencari informasi mengenai masalah kesehatan lansia, dan sebanyak 33 responden (91,7%) menyatakan keluarga sering mengingatkan untuk menjaga kesehatan. Namun, dukungan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan lansia masih rendah, yaitu hanya 12 responden (33,3%) yang menyatakan keluarga sering menyarankan kunjungan ke posyandu lansia. Rendahnya keterlibatan keluarga dalam mendorong lansia mengikuti pelayanan kesehatan komunitas menunjukkan bahwa aspek promotif dan preventif masih perlu diperkuat. Padahal, keterlibatan lansia dalam kegiatan kesehatan masyarakat tidak hanya berperan dalam pemantauan kondisi fisik, tetapi juga dapat meningkatkan interaksi sosial dan mengurangi risiko masalah psikologis.

Pada dimensi dukungan penghargaan, sebagian besar responden dengan kategori cukup masih merasa dihargai oleh keluarga, tetapi intensitasnya belum optimal. Sebanyak 19 responden (52,8%) menyatakan keluarga sering mendorong lansia untuk tetap menjalin hubungan sosial, sedangkan sebagian lainnya belum mendapatkan dukungan tersebut secara konsisten. Kurangnya dorongan untuk mempertahankan aktivitas sosial dapat menyebabkan lansia mengalami keterbatasan interaksi dengan lingkungan sekitar. Hal ini menjadi perhatian karena kehilangan keterlibatan sosial merupakan salah satu faktor yang dapat memperburuk perasaan kesepian dan meningkatkan risiko depresi.

Selain kategori cukup, penelitian ini juga menemukan sebanyak 19 responden (8,1%) berada pada kategori dukungan keluarga kurang. Meskipun jumlahnya relatif kecil, kelompok ini merupakan kelompok yang perlu mendapat perhatian karena berdasarkan hasil analisis hubungan dalam penelitian ini, sebagian besar lansia dengan dukungan keluarga kurang mengalami depresi. Temuan tersebut menunjukkan bahwa rendahnya dukungan keluarga memiliki keterkaitan yang kuat dengan kondisi psikologis lansia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wibowo dkk. (2025) yang menemukan bahwa sebagian kecil lansia memperoleh dukungan keluarga kurang. Rendahnya dukungan keluarga dapat menyebabkan lansia kehilangan sumber utama bantuan dalam menghadapi perubahan pada masa tua. Menurut konsep dukungan sosial, keluarga merupakan sistem

pendukung utama yang berfungsi memberikan rasa aman, membantu penyelesaian masalah, serta memberikan penguatan emosional kepada individu (House dkk., 1988). Ketika dukungan tersebut tidak tersedia secara memadai, lansia dapat mengalami peningkatan stres psikologis karena merasa kurang diperhatikan, kurang dibutuhkan, dan tidak memiliki tempat untuk berbagi masalah.

Berdasarkan hasil analisis kuesioner, responden dengan dukungan keluarga kurang menunjukkan rendahnya dukungan pada hampir seluruh dimensi. Pada dukungan emosional, sebanyak 11 responden (57,9%) menyatakan keluarga jarang menjadi tempat tinggal yang nyaman dan sebanyak 14 responden (73,7%) menyatakan keluarga jarang menciptakan lingkungan rumah yang aman. Selain itu, sebanyak 10 responden (52,6%) menyatakan keluarga jarang mendengarkan curahan hati ketika merasa sedih dan sebanyak 13 responden (68,4%) menyatakan keluarga jarang memberikan kasih sayang dalam aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa sebagian lansia tidak hanya mengalami keterbatasan bantuan, tetapi juga mengalami kekurangan dalam pemenuhan kebutuhan emosional berupa perhatian, penerimaan, dan kedekatan dengan keluarga.

Pada dukungan instrumental, sebagian besar responden dengan kategori kurang menyatakan keluarga jarang memberikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari. Sebanyak 13 responden (68,4%) menyatakan keluarga jarang menyediakan transportasi dan sebanyak 13 responden (68,4%) menyatakan keluarga jarang membantu ketika mengalami kesulitan dalam aktivitas

sehari-hari. Rendahnya dukungan instrumental dapat meningkatkan beban lansia dalam menjalankan aktivitas, terutama ketika terjadi penurunan kemampuan fisik akibat proses penuaan.

Selain itu, pada dukungan informasi ditemukan bahwa sebanyak 14 responden (73,7%) menyatakan keluarga jarang menyarankan kunjungan ke posyandu lansia. Rendahnya dukungan informasi mengenai pelayanan kesehatan dapat menyebabkan lansia kurang mendapatkan pemantauan kesehatan secara berkala. Pada dukungan penghargaan, sebanyak 12 responden (63,2%) menyatakan keluarga jarang mendorong lansia untuk tetap menjalin hubungan sosial. Kurangnya dorongan tersebut dapat mempersempit kesempatan lansia untuk berinteraksi dengan lingkungan, sehingga meningkatkan risiko isolasi sosial dan masalah psikologis.

Temuan ini diperkuat oleh penelitian Gautam et dkk. (2024) yang menunjukkan bahwa rendahnya persepsi terhadap dukungan sosial berhubungan dengan peningkatan risiko masalah psikologis pada lansia. Lansia yang merasa kurang mendapatkan perhatian, bantuan, dan penghargaan dari keluarga lebih rentan mengalami kesepian, stres emosional, serta penurunan kesejahteraan psikologis. Dalam konteks penelitian ini, rendahnya dukungan keluarga menjadi faktor yang perlu diperhatikan karena hampir seluruh lansia dengan dukungan keluarga kurang mengalami depresi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat rural Nagari Sungai Buluah Selatan masih memiliki kekuatan budaya kekeluargaan yang

mendukung kehidupan lansia. Namun, penelitian ini juga menunjukkan bahwa keberadaan keluarga belum selalu berbanding lurus dengan kualitas dukungan yang diterima lansia. Sebagian keluarga masih perlu meningkatkan keterlibatan emosional, pendampingan aktivitas, pemberian informasi kesehatan, serta penghargaan terhadap peran lansia dalam keluarga. Upaya peningkatan dukungan keluarga menjadi penting dalam pencegahan depresi karena keluarga tidak hanya berfungsi sebagai pemberi bantuan fisik, tetapi juga sebagai sumber utama rasa aman, kebermaknaan hidup, dan kesejahteraan psikologis lansia.

D. Gambaran Penyakit Penyerta pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 234 lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman, diperoleh bahwa sebagian besar responden tidak memiliki penyakit penyerta yaitu sebanyak 139 responden (59,4%), sedangkan sebanyak 95 responden (40,6%) memiliki penyakit penyerta. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar lansia masih berada dalam kondisi tanpa komorbiditas yang dapat mengganggu kesehatan secara signifikan. Namun, proporsi lansia yang memiliki penyakit penyerta masih tergolong cukup besar, yaitu hampir setengah dari jumlah responden, sehingga keberadaan penyakit kronis tetap menjadi aspek penting yang perlu diperhatikan dalam kelompok lanjut usia, terutama karena penyakit penyerta tidak hanya berdampak terhadap kondisi

fisik tetapi juga dapat memengaruhi kondisi psikologis lansia seperti munculnya stres, keterbatasan aktivitas, ketergantungan, hingga risiko depresi.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa proses penuaan pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan masih sebagian besar dapat dijalani dengan kondisi kesehatan fisik yang cukup baik. Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh karakteristik responden yang sebagian besar berada pada kelompok usia 60-74 tahun yaitu sebanyak 211 responden (90,2%). Kelompok usia tersebut termasuk kategori lansia awal yang secara umum masih memiliki kemampuan fisik dan fungsi tubuh yang relatif lebih baik dibandingkan kelompok usia lanjut yang lebih tua. Selain itu, karakteristik masyarakat rural yang masih mempertahankan aktivitas sehari-hari seperti pekerjaan rumah tangga, aktivitas sosial, berjalan kaki, maupun kegiatan lingkungan juga dapat berkontribusi dalam mempertahankan kemampuan fisik lansia. Meskipun demikian, peningkatan usia tetap menyebabkan terjadinya perubahan fisiologis yang membuat lansia secara bertahap lebih rentan mengalami penyakit degeneratif (Sofianti dkk., 2025).

Menurut teori proses penuaan, bertambahnya usia menyebabkan penurunan kemampuan regenerasi sel, perubahan sistem imun, penurunan fungsi organ, serta perubahan sistem muskuloskeletal yang meningkatkan risiko munculnya penyakit kronis pada lansia (Maryam dkk., 2016). Penyakit penyerta atau komorbiditas pada lansia merupakan kondisi ketika individu mengalami satu atau lebih penyakit kronis secara bersamaan yang

dapat memengaruhi kemampuan individu dalam menjalankan fungsi kehidupan sehari-hari (Hikmat, 2025). Keberadaan penyakit kronis pada lansia perlu menjadi perhatian karena kondisi tersebut tidak hanya menyebabkan gangguan kesehatan fisik, tetapi juga dapat menimbulkan perubahan psikologis akibat keterbatasan aktivitas, kebutuhan pengobatan jangka panjang, serta meningkatnya ketergantungan terhadap keluarga.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zhao dkk. (2021) yang menunjukkan bahwa sebagian lansia masih mampu mempertahankan fungsi fisik dan kemandirian meskipun mengalami proses penuaan. Lansia yang tetap aktif secara fisik dan memiliki kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari cenderung memiliki kondisi kesehatan yang lebih baik. Namun, penelitian Chen dkk. (2022) menunjukkan bahwa penyakit kronis tetap menjadi masalah yang umum terjadi pada lansia akibat perubahan degeneratif yang berlangsung secara progresif. Perbedaan kondisi kesehatan antar lansia tersebut menunjukkan bahwa proses penuaan tidak dialami secara seragam, karena dipengaruhi oleh faktor biologis, gaya hidup, lingkungan, serta dukungan sosial yang tersedia.

Berdasarkan hasil analisis kuesioner *Self-Administered Comorbidity Questionnaire* (SCQ), pada kelompok lansia yang tidak memiliki penyakit penyerta seluruh responden menjawab tidak pada seluruh item penyakit, kebutuhan pengobatan, maupun keterbatasan aktivitas akibat penyakit. Hal ini menunjukkan bahwa kelompok tersebut tidak mengalami penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, gangguan persendian,

penyakit lambung, penyakit ginjal, penyakit paru kronik, maupun penyakit kronis lainnya. Selain itu, responden juga tidak mengalami kebutuhan pengobatan rutin maupun hambatan aktivitas akibat kondisi kesehatan tertentu. Kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian lansia masih mampu mempertahankan kemampuan fungsional sehingga memiliki peluang lebih besar untuk tetap mandiri dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Meskipun demikian, hasil penelitian tidak dapat hanya diartikan bahwa lansia tanpa penyakit penyerta sepenuhnya terbebas dari risiko masalah kesehatan. Lansia tetap mengalami perubahan biologis akibat proses menua dan tetap membutuhkan upaya pemeliharaan kesehatan secara berkelanjutan. Kondisi tanpa penyakit penyerta dapat menjadi salah satu faktor yang mendukung kesejahteraan psikologis karena lansia cenderung memiliki lebih sedikit hambatan dalam melakukan aktivitas, mempertahankan peran sosial, dan menjaga kemandirian. Sebaliknya, keberadaan penyakit kronis dapat menjadi stresor tambahan yang meningkatkan kerentanan terhadap gangguan psikologis.

Pada kelompok lansia yang memiliki penyakit penyerta sebanyak 95 responden (40,6%), hasil analisis kuesioner menunjukkan bahwa penyakit yang paling banyak ditemukan adalah nyeri sendi sebanyak 61 responden (64,2%), hipertensi sebanyak 50 responden (52,6%), penyakit lambung sebanyak 29 responden (30,5%), diabetes mellitus sebanyak 19 responden (20%), dan penyakit jantung sebanyak 12 responden (12,6%). Temuan ini menunjukkan bahwa penyakit yang dominan dialami lansia di Nagari

Sungai Buluh Selatan merupakan penyakit degeneratif yang berkaitan erat dengan proses penuaan, terutama gangguan muskuloskeletal dan penyakit kardiovaskular.

Nyeri sendi menjadi penyakit penyerta yang paling banyak ditemukan dalam penelitian ini. Berdasarkan hasil analisis item SCQ, sebanyak 41 responden (43,2%) menyatakan membutuhkan pengobatan untuk nyeri sendi dan sebanyak 35 responden (36,8%) menyatakan penyakit tersebut membatasi aktivitas sehari-hari. Tingginya angka keterbatasan aktivitas akibat nyeri sendi menunjukkan bahwa gangguan muskuloskeletal memiliki dampak yang besar terhadap kehidupan lansia karena berhubungan langsung dengan kemampuan berjalan, melakukan pekerjaan rumah tangga, mengikuti aktivitas sosial, serta mempertahankan kemandirian. Penurunan kemampuan melakukan aktivitas yang sebelumnya dapat dilakukan secara mandiri dapat menyebabkan perubahan peran dan meningkatkan ketergantungan terhadap keluarga (Chen et al., 2022).

Kondisi tersebut menjadi penting dalam kaitannya dengan kejadian depresi pada lansia. Ketika penyakit penyerta menyebabkan keterbatasan fisik, lansia dapat mengalami kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas yang bermakna, berkurangnya interaksi sosial, serta munculnya perasaan tidak berdaya karena membutuhkan bantuan orang lain (Nareswari, 2021). Perubahan tersebut dapat menjadi faktor psikososial yang meningkatkan risiko depresi, terutama apabila lansia merasa kehilangan kemandirian atau menjadi beban bagi keluarga. Oleh karena itu,

dampak penyakit kronis pada lansia tidak hanya dilihat dari aspek medis, tetapi juga dari kemampuan lansia dalam mempertahankan fungsi psikologis dan sosial.

Selain nyeri sendi, hipertensi merupakan penyakit penyerta kedua terbanyak yang ditemukan pada penelitian ini. Sebanyak 45 responden (47,4%) melaporkan menjalani pengobatan rutin untuk hipertensi, namun hanya 15 responden (15,8%) yang menyatakan hipertensi menyebabkan keterbatasan aktivitas. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar lansia masih mampu mengendalikan kondisi hipertensi sehingga belum memberikan dampak besar terhadap aktivitas harian. Namun, hipertensi tetap membutuhkan perhatian karena merupakan penyakit kronis yang memerlukan pengelolaan jangka panjang. Kewajiban mengonsumsi obat secara rutin, melakukan pemeriksaan berkala, serta kekhawatiran terhadap komplikasi penyakit dapat menjadi sumber stres psikologis bagi sebagian lansia.

Pada penyakit diabetes mellitus, sebanyak 18 responden (18,9%) menyatakan membutuhkan pengobatan, sedangkan pada penyakit lambung sebagian responden juga membutuhkan pengobatan rutin meskipun keterbatasan aktivitas yang ditimbulkan relatif lebih rendah dibandingkan nyeri sendi. Hal ini menunjukkan bahwa dampak penyakit penyerta terhadap kehidupan lansia berbeda-beda. Penyakit yang secara langsung menghambat mobilitas dan kemandirian seperti gangguan persendian

cenderung memberikan pengaruh lebih besar terhadap kualitas hidup dibandingkan penyakit yang masih dapat dikendalikan dengan pengobatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ni dkk. (2023) yang menunjukkan bahwa multimorbiditas pada lansia berhubungan dengan peningkatan keterbatasan aktivitas, penurunan kualitas hidup, serta meningkatnya ketergantungan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Lansia dengan jumlah penyakit kronis yang lebih banyak memiliki risiko lebih besar mengalami penurunan fungsi fisik dan gangguan psikologis dibandingkan lansia tanpa penyakit penyerta. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit kronis dapat menjadi salah satu jalur yang berkontribusi terhadap munculnya depresi melalui mekanisme keterbatasan aktivitas, kehilangan kemandirian, dan berkurangnya partisipasi sosial.

Dalam penelitian ini, keberadaan penyakit penyerta juga perlu dilihat berdasarkan kondisi sosial keluarga lansia. Sebagian besar responden masih tinggal bersama keluarga, sehingga keberadaan dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang membantu lansia beradaptasi dengan kondisi penyakit yang dialami. Namun, apabila dukungan keluarga tidak optimal, penyakit kronis yang menyebabkan keterbatasan aktivitas dapat semakin meningkatkan risiko masalah psikologis. Lansia yang mengalami penyakit penyerta membutuhkan bukan hanya pengobatan medis, tetapi juga dukungan emosional, bantuan aktivitas, dan pendampingan agar tetap memiliki rasa berharga serta mampu menjalani kehidupan sehari-hari dengan baik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan tidak mengalami penyakit penyerta, tetapi kurang dari setengah responden telah mengalami kondisi komorbid terutama nyeri sendi dan hipertensi. Keberadaan penyakit penyerta menjadi perhatian karena dapat memengaruhi kemampuan fisik, kemandirian, interaksi sosial, serta kondisi psikologis lansia. Oleh karena itu, pengendalian penyakit kronis melalui pemeriksaan kesehatan berkala, pengelolaan pengobatan, peningkatan aktivitas fisik sesuai kemampuan, serta dukungan keluarga menjadi langkah penting tidak hanya untuk mempertahankan kesehatan fisik tetapi juga sebagai upaya pencegahan masalah psikologis seperti depresi pada lansia.

E. Hubungan Kesepian dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kesepian dengan kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$. Hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat depresi meningkat seiring dengan meningkatnya tingkat kesepian yang dialami lansia. Pada lansia dengan kesepian ringan, sebagian besar tidak mengalami depresi yaitu sebanyak 162 responden (98,8%), namun masih terdapat 2 responden (1,2%) yang mengalami depresi. Pada kelompok kesepian sedang, kejadian depresi mengalami peningkatan dimana sebanyak 26 responden (48,1%) mengalami

depresi. Sementara itu, seluruh lansia yang mengalami kesepian berat mengalami depresi yaitu sebanyak 16 responden (100%). Temuan tersebut menunjukkan bahwa kesepian merupakan salah satu faktor psikososial yang berperan terhadap kondisi kesehatan mental lansia, dimana semakin tinggi tingkat kesepian yang dialami maka semakin besar kemungkinan lansia mengalami depresi.

Hasil penelitian ini dapat dijelaskan melalui *Cognitive Discrepancy Model of Loneliness* yang dikemukakan oleh Peplau dan Perlman (1979), yang menyatakan bahwa kesepian terjadi ketika terdapat kesenjangan antara hubungan sosial yang diharapkan dengan hubungan sosial yang sebenarnya dimiliki individu. Pada masa lanjut usia, perubahan kondisi kehidupan seperti kehilangan pasangan, berkurangnya aktivitas sosial, perubahan peran dalam keluarga, serta menurunnya kemampuan berinteraksi dapat menyebabkan lansia merasa tidak memperoleh hubungan sosial sesuai dengan kebutuhannya. Apabila kondisi tersebut berlangsung terus menerus, lansia dapat mengalami perasaan kosong, tidak dihargai, tidak dibutuhkan, dan kehilangan tujuan hidup yang kemudian meningkatkan risiko terjadinya depresi.

Teori tersebut diperkuat oleh konsep kesepian yang dikembangkan oleh Gierveld dan Tilburg (2006), yang menjelaskan bahwa kesepian pada lansia terdiri dari dua dimensi yaitu kesepian emosional dan kesepian sosial. Kesepian emosional terjadi ketika seseorang kehilangan hubungan dekat yang memberikan rasa aman dan dukungan emosional, sedangkan kesepian

sosial berkaitan dengan berkurangnya keterlibatan dalam kelompok sosial maupun aktivitas masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian ini, tingginya kejadian depresi pada lansia dengan kesepian sedang dan berat menunjukkan bahwa keterbatasan hubungan emosional maupun sosial dapat menyebabkan lansia mengalami tekanan psikologis yang lebih besar.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada kelompok lansia dengan kesepian sedang terdapat 26 responden (48,1%) yang mengalami depresi. Kondisi tersebut menggambarkan bahwa meskipun tingkat kesepian belum berada pada kategori berat, hampir setengah dari lansia telah menunjukkan dampak psikologis berupa depresi. Lansia dengan kesepian sedang kemungkinan masih memiliki beberapa bentuk hubungan sosial, tetapi hubungan tersebut belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan emosional maupun sosialnya. Lansia dapat tetap tinggal bersama keluarga, namun merasa kurang mendapatkan perhatian, kurang dilibatkan dalam aktivitas keluarga, atau mengalami penurunan komunikasi dengan orang terdekat. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan keluarga secara fisik belum tentu menghilangkan kesepian apabila kualitas hubungan emosional yang terbentuk masih rendah.

Kondisi tersebut dapat dikaitkan dengan karakteristik responden dalam penelitian ini, dimana sebanyak 83 responden (35,5%) tinggal bersama pasangan dan anak, serta 29 responden (12,4%) tinggal bersama anak. Meskipun sebagian besar lansia tinggal bersama keluarga, masih terdapat kemungkinan lansia mengalami kesepian akibat kurangnya interaksi

bermakna dengan anggota keluarga. Pada masyarakat rural, keluarga biasanya memiliki peran besar dalam kehidupan lansia, namun perubahan pola kehidupan seperti kesibukan anggota keluarga, perbedaan aktivitas antar generasi, dan berkurangnya komunikasi dapat menyebabkan lansia tetap merasa sendiri meskipun berada di lingkungan keluarga (Zhang dkk., 2020).

Pada kelompok kesepian berat, seluruh responden mengalami depresi yaitu sebanyak 16 responden (100%). Hasil ini menunjukkan bahwa kesepian berat merupakan kondisi yang sangat berkaitan dengan gangguan psikologis pada lansia. Lansia dengan kesepian berat kemungkinan mengalami kehilangan hubungan sosial yang signifikan, baik akibat kehilangan pasangan hidup, berkurangnya keterlibatan masyarakat, maupun tidak adanya hubungan emosional yang dekat dengan orang lain. Kesepian yang berlangsung lama dapat menyebabkan lansia mengalami perasaan tidak berharga, kehilangan motivasi, menarik diri dari lingkungan, serta memiliki pandangan negatif terhadap kehidupan (Sofianti dkk., 2025).

Hasil tersebut dapat dikaitkan dengan karakteristik status perkawinan responden dimana terdapat 78 lansia (29,1%) yang berstatus janda atau duda. Kehilangan pasangan hidup merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko kesepian karena pasangan sering menjadi sumber dukungan emosional utama bagi lansia. Setelah kehilangan pasangan, lansia dapat mengalami perubahan besar dalam kehidupan sehari-hari, seperti berkurangnya teman berbagi cerita, perubahan aktivitas rutin, serta

berkurangnya rasa aman secara emosional. Kondisi tersebut dapat menjadi faktor yang memperkuat hubungan antara kesepian dan depresi dalam penelitian ini.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hindriyastuti & Safitri, (2022) pada lansia di Posyandu Lansia Desa Geritan Kabupaten Pati yang menemukan adanya hubungan signifikan antara kesepian dengan depresi pada lansia dengan nilai $p\text{-value} = 0,00$. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa lansia dengan tingkat kesepian tinggi lebih banyak mengalami depresi dibandingkan lansia dengan tingkat kesepian rendah. Hasil tersebut mendukung temuan penelitian ini bahwa peningkatan tingkat kesepian diikuti dengan peningkatan kejadian depresi, terutama terlihat pada kelompok kesepian sedang dan berat.

Penelitian Rahmawati dkk. (2023) juga menemukan hubungan signifikan antara tingkat kesepian dengan depresi pada lansia dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa lansia yang mengalami keterbatasan interaksi sosial dan kurang mendapatkan hubungan emosional yang mendukung lebih berisiko mengalami depresi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian di Nagari Sungai Buluah Selatan dimana lansia dengan kesepian sedang dan berat menunjukkan proporsi depresi yang jauh lebih tinggi dibandingkan lansia dengan kesepian ringan.

Selain itu, penelitian Monicaputri & Luthfiyana, (2025) juga menjelaskan bahwa meningkatnya kesepian pada lansia berhubungan dengan meningkatnya tingkat depresi karena lansia kehilangan kesempatan

untuk memperoleh dukungan emosional dan keterlibatan sosial. Kesamaan hasil penelitian tersebut memperkuat bahwa kesepian bukan hanya kondisi perasaan sementara, tetapi dapat menjadi faktor psikososial yang memengaruhi kesehatan mental lansia apabila berlangsung dalam waktu yang lama.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat dianalisis bahwa lansia yang mengalami depresi di Nagari Sungai Buluah Selatan lebih banyak ditemukan pada kelompok dengan tingkat kesepian yang lebih tinggi. Lansia yang mengalami kesepian sedang maupun berat menunjukkan adanya kemungkinan kehilangan hubungan sosial yang bermakna sehingga lebih rentan mengalami gejala depresi seperti kehilangan minat aktivitas, rasa tidak berdaya, kekhawatiran terhadap masa depan, dan penurunan semangat hidup. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pencegahan depresi pada lansia tidak hanya dapat dilakukan melalui pendekatan kesehatan fisik, tetapi juga perlu memperhatikan aspek sosial dan emosional melalui peningkatan interaksi keluarga, keterlibatan lansia dalam kegiatan masyarakat, serta pemberian dukungan psikososial yang berkelanjutan.

Namun demikian, hubungan yang ditemukan dalam penelitian ini tidak dapat diartikan bahwa kesepian secara langsung menyebabkan depresi karena depresi pada lansia merupakan kondisi multifaktorial. Faktor lain seperti penyakit penyerta, dukungan keluarga, kondisi ekonomi, kehilangan pasangan, dan kemampuan adaptasi individu juga dapat memengaruhi munculnya depresi. Oleh karena itu, kesepian dapat dipandang sebagai salah

satu faktor yang berkontribusi terhadap kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan.

F. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$. Temuan yang paling menonjol dalam penelitian ini adalah tingginya proporsi depresi pada lansia yang memiliki dukungan keluarga kurang dan cukup. Pada kelompok dukungan keluarga kurang, hampir seluruh lansia mengalami depresi yaitu sebanyak 17 responden (89,5%). Sementara itu, pada kelompok dukungan keluarga cukup ditemukan lebih dari setengah responden mengalami depresi yaitu sebanyak 21 responden (58,3%). Hasil ini menunjukkan bahwa ketidakcukupan dukungan keluarga berhubungan dengan meningkatnya kerentanan lansia terhadap gangguan psikologis. Lansia yang tidak memperoleh perhatian, penghargaan, bantuan, maupun komunikasi yang memadai dari keluarga cenderung lebih mudah mengalami perasaan kesepian, tidak berharga, dan kehilangan makna hidup yang selanjutnya dapat berkembang menjadi depresi.

Menurut teori dukungan sosial House dkk. (1988), dukungan keluarga yang efektif tidak hanya berupa bantuan fisik, tetapi juga mencakup dukungan emosional, penghargaan, informasional, dan instrumental. Pada

lansia dengan dukungan keluarga kurang, kemungkinan terdapat kebutuhan emosional yang tidak terpenuhi sehingga lansia merasa kurang diperhatikan atau tidak lagi memiliki peran penting dalam keluarga. Kondisi tersebut dapat menyebabkan munculnya perasaan tidak berdaya, kehilangan harapan, dan penurunan kesejahteraan psikologis yang merupakan karakteristik depresi pada lansia.

Tingginya angka depresi pada kelompok dukungan keluarga cukup juga menjadi temuan penting yang perlu diperhatikan. Dukungan keluarga yang berada pada tingkat cukup menunjukkan bahwa lansia masih memperoleh bantuan tertentu dari keluarga, namun dukungan tersebut kemungkinan belum mampu memenuhi seluruh kebutuhan psikologis lansia. Lansia mungkin masih dibantu dalam aktivitas sehari-hari, tetapi kurang memperoleh kesempatan untuk berbagi perasaan, kurang dilibatkan dalam pengambilan keputusan keluarga, atau kurang mendapatkan perhatian emosional. Kondisi ini dapat menjelaskan mengapa lebih dari separuh lansia pada kelompok dukungan keluarga cukup tetap mengalami depresi.

Temuan ini dapat dikaitkan dengan karakteristik responden penelitian dimana sebagian besar lansia tinggal bersama pasangan dan anak (35,5%), pasangan-anak-cucu (13,2%), serta anak (12,4%). Meskipun sebagian besar lansia tinggal bersama keluarga, masih ditemukan tingginya kejadian depresi pada kelompok dengan dukungan keluarga kurang dan cukup. Hasil ini menunjukkan bahwa keberadaan keluarga dalam satu rumah belum tentu mencerminkan kualitas dukungan yang diterima lansia. Kualitas

komunikasi, perhatian emosional, penghargaan, dan keterlibatan lansia dalam kehidupan keluarga memiliki peran yang lebih penting dibandingkan sekadar tinggal bersama anggota keluarga.

Pada kelompok dukungan keluarga baik masih ditemukan 6 responden (3,4%) yang mengalami depresi. Temuan ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang baik dapat menurunkan risiko depresi, namun tidak sepenuhnya menghilangkan kemungkinan terjadinya depresi. Depresi pada lansia merupakan kondisi multifaktorial yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Berdasarkan karakteristik responden, terdapat 95 lansia (40,6%) yang memiliki penyakit penyerta dan 78 lansia (33,3%) berstatus janda atau duda. Kondisi kesehatan yang menurun maupun pengalaman kehilangan pasangan hidup dapat menjadi sumber stres psikologis yang tetap memicu depresi meskipun lansia telah memperoleh dukungan keluarga yang baik. Teori tersebut diperkuat oleh Friedman dkk. (2010) yang menjelaskan bahwa keluarga memiliki fungsi afektif dan fungsi perawatan kesehatan. Fungsi afektif keluarga berkaitan dengan kemampuan keluarga memberikan rasa aman, kasih sayang, serta penghargaan terhadap anggota keluarga, termasuk lansia. Sementara fungsi perawatan kesehatan berkaitan dengan kemampuan keluarga membantu lansia dalam mempertahankan kesehatan dan menghadapi perubahan akibat proses penuaan. Apabila keluarga mampu menjalankan fungsi tersebut dengan baik, lansia akan lebih mudah beradaptasi terhadap perubahan fisik maupun psikososial. Sebaliknya, apabila dukungan keluarga rendah, lansia lebih berisiko mengalami

perasaan kesepian, tidak berdaya, dan kehilangan makna hidup yang menjadi faktor psikologis dalam munculnya depresi.

Berdasarkan hasil penelitian, kelompok dengan dukungan keluarga kurang menunjukkan proporsi depresi paling tinggi yaitu sebanyak 17 responden (89,5%). Temuan ini menggambarkan bahwa kurangnya dukungan keluarga menjadi kondisi yang sangat berhubungan dengan munculnya depresi pada lansia. Lansia yang kurang mendapatkan perhatian, bantuan dalam aktivitas sehari-hari, maupun komunikasi dari keluarga dapat merasa tidak memiliki tempat bergantung ketika menghadapi berbagai perubahan pada masa tua (Yulianti dkk., (2024). Perasaan tersebut dapat menyebabkan lansia merasa terabaikan, tidak dihargai, dan kehilangan peran dalam keluarga sehingga meningkatkan kemungkinan munculnya gejala depresi.

Kondisi tersebut dapat dikaitkan dengan karakteristik responden penelitian dimana sebagian besar lansia memang tinggal bersama keluarga, namun keberadaan keluarga secara fisik tidak selalu menunjukkan adanya dukungan yang optimal. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar lansia tinggal bersama pasangan dan anak yaitu sebanyak 83 responden (35,5%), serta tinggal bersama anak sebanyak 29 responden (12,4%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar lansia tidak hidup sendiri, tetapi masih terdapat lansia yang mengalami depresi pada kelompok dukungan keluarga kurang. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kualitas hubungan dan

keterlibatan keluarga memiliki peranan yang lebih penting dibandingkan hanya keberadaan anggota keluarga dalam satu rumah.

Pada kelompok lansia dengan dukungan keluarga cukup, ditemukan bahwa lebih dari setengah responden mengalami depresi yaitu sebanyak 21 orang (58,3%). Hasil ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang berada pada tingkat cukup belum sepenuhnya mampu memberikan perlindungan psikologis bagi lansia. Dukungan yang diberikan kemungkinan belum mencakup seluruh kebutuhan emosional lansia, seperti kebutuhan untuk didengarkan, dihargai, dilibatkan dalam pengambilan keputusan keluarga, serta tetap merasa memiliki peran dalam kehidupan keluarga. Lansia dapat tetap menerima bantuan praktis dari keluarga, tetapi apabila kebutuhan emosional tidak terpenuhi maka risiko munculnya depresi masih dapat terjadi.

Sementara itu, pada kelompok dukungan keluarga baik masih ditemukan 6 responden (3,4%) yang mengalami depresi. Temuan ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor protektif, tetapi bukan satu-satunya faktor yang menentukan kondisi psikologis lansia. Depresi pada lansia merupakan kondisi multifaktorial yang dapat dipengaruhi oleh kondisi kesehatan, pengalaman kehilangan, faktor ekonomi, kemampuan adaptasi individu, serta faktor psikologis lainnya. Lansia yang mendapatkan dukungan keluarga baik tetap dapat mengalami depresi apabila menghadapi masalah lain seperti penyakit kronis,

kehilangan pasangan, keterbatasan aktivitas, atau perubahan kemampuan fisik yang menyebabkan munculnya perasaan tidak berdaya.

Hal tersebut dapat dikaitkan dengan karakteristik responden penelitian dimana sebanyak 95 lansia (40,6%) memiliki penyakit penyerta. Penyakit kronis pada lansia dapat menyebabkan perubahan besar dalam kehidupan sehari-hari seperti keterbatasan melakukan aktivitas, meningkatnya ketergantungan terhadap orang lain, dan kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan. Meskipun keluarga telah memberikan dukungan, beban psikologis akibat penyakit yang dialami tetap dapat menyebabkan lansia mengalami depresi. Oleh karena itu, dukungan keluarga perlu berjalan bersama dengan pengelolaan kesehatan fisik dan pendampingan psikologis bagi lansia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Mualim dkk. (2025) yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan risiko depresi pada lansia dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa lansia yang memperoleh dukungan keluarga baik memiliki risiko depresi lebih rendah dibandingkan lansia yang mendapatkan dukungan keluarga kurang. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga memiliki peran penting dalam membantu lansia menghadapi perubahan kehidupan selama proses penuaan.

Penelitian Gao dkk. (2024) juga menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan rendahnya tingkat depresi pada lansia. Dukungan emosional dari keluarga dapat membantu lansia

mempertahankan rasa memiliki, meningkatkan harga diri, serta mengurangi perasaan tidak berdaya. Lansia yang merasa diperhatikan dan dihargai akan memiliki kemampuan adaptasi psikologis yang lebih baik dibandingkan lansia yang merasa kurang mendapatkan perhatian dari lingkungan keluarga.

Penelitian Sari dkk. (2020) pada lansia komunitas juga menunjukkan bahwa dukungan keluarga berperan dalam meningkatkan kualitas hidup dan kondisi psikososial lansia. Keterlibatan keluarga dalam aktivitas sehari-hari lansia dapat membantu mempertahankan hubungan interpersonal dan mencegah munculnya perasaan terisolasi. Temuan tersebut mendukung hasil penelitian ini bahwa lansia dengan dukungan keluarga baik sebagian besar tidak mengalami depresi.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dianalisis bahwa dukungan keluarga memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan mental lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan. Lansia dengan dukungan keluarga kurang memiliki risiko lebih besar mengalami depresi karena kurang memperoleh sumber dukungan emosional maupun bantuan dalam menghadapi perubahan kehidupan. Sementara itu, lansia dengan dukungan keluarga cukup masih menunjukkan proporsi depresi yang tinggi karena dukungan yang diterima belum tentu memenuhi kebutuhan psikologis lansia. Adapun lansia dengan dukungan keluarga baik sebagian besar mampu mempertahankan kondisi psikologis yang lebih baik, meskipun sebagian kecil tetap mengalami depresi akibat faktor lain.

Kondisi masyarakat rural Nagari Sungai Buluah Selatan yang masih memiliki hubungan kekeluargaan yang erat menjadi potensi dalam mempertahankan kesehatan mental lansia. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa perhatian terhadap lansia tidak cukup hanya melalui keberadaan keluarga, tetapi perlu diwujudkan dalam bentuk komunikasi, perhatian emosional, penghargaan, dan keterlibatan lansia dalam kehidupan keluarga. Oleh karena itu, peningkatan kualitas dukungan keluarga menjadi salah satu strategi penting dalam mencegah depresi pada lansia.

G. Hubungan Penyakit Penyerta dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Nagari Sungai Buluah Selatan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penyakit penyerta dengan kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$. Hasil analisis menunjukkan bahwa lansia yang memiliki penyakit penyerta lebih banyak mengalami depresi dibandingkan lansia yang tidak memiliki penyakit penyerta. Dari 95 lansia yang memiliki penyakit penyerta, sebanyak 40 responden (42,1%) mengalami depresi, sedangkan dari 139 lansia yang tidak memiliki penyakit penyerta hanya 4 responden (2,9%) yang mengalami depresi. Temuan ini menunjukkan bahwa keberadaan penyakit penyerta berhubungan dengan meningkatnya kerentanan lansia terhadap gangguan psikologis, dimana kondisi kesehatan

fisik yang menurun dapat memberikan dampak terhadap kondisi emosional dan kemampuan lansia dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Hubungan antara penyakit penyerta dan depresi pada lansia dapat dijelaskan melalui konsep komorbiditas yang dikemukakan oleh Charlson dkk. (1987), dimana komorbiditas menggambarkan adanya beberapa kondisi penyakit yang terjadi secara bersamaan pada seseorang dan dapat meningkatkan beban kesehatan individu. Pada kelompok lansia, keberadaan penyakit penyerta tidak hanya berdampak terhadap kondisi fisik, tetapi juga dapat memengaruhi aspek psikologis dan sosial. Penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, stroke, maupun gangguan muskuloskeletal dapat menyebabkan lansia mengalami keterbatasan aktivitas, ketergantungan terhadap orang lain, serta berkurangnya kemampuan untuk mempertahankan peran sosial. Perubahan tersebut dapat memunculkan perasaan kehilangan kemandirian, tidak berdaya, dan menjadi beban bagi keluarga yang merupakan faktor risiko terjadinya depresi.

Menurut teori perkembangan lansia yang dikemukakan Maryam dkk. (2016), proses penuaan menyebabkan perubahan pada aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Perubahan biologis yang disertai dengan penyakit kronis dapat memperberat proses adaptasi lansia terhadap masa tua. Lansia yang sebelumnya mampu melakukan berbagai aktivitas secara mandiri dapat mengalami keterbatasan akibat penyakit yang diderita sehingga terjadi perubahan peran dalam keluarga maupun masyarakat.

Apabila perubahan tersebut dipersepsikan secara negatif dan tidak diimbangi dengan dukungan yang memadai, maka lansia lebih rentan mengalami gangguan emosional seperti depresi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok lansia yang memiliki penyakit penyerta dan mengalami depresi mencapai 42,1%. Proporsi tersebut menunjukkan bahwa hampir setengah lansia dengan masalah kesehatan kronis mengalami gangguan psikologis. Kondisi ini dapat terjadi karena penyakit penyerta pada lansia sering kali tidak hanya menyebabkan keluhan fisik, tetapi juga membawa konsekuensi psikologis. Lansia dengan penyakit kronis dapat mengalami kekhawatiran terhadap perkembangan penyakit, ketakutan terhadap komplikasi, kecemasan mengenai masa depan, serta perasaan kehilangan kemampuan untuk hidup mandiri (Chen dkk., 2022). Keadaan tersebut sesuai dengan hasil analisis GDS-15 pada penelitian ini, dimana pada kelompok lansia depresi ditemukan gejala dominan berupa rasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi sebanyak 43 responden (97,7%) dan merasa tidak berdaya sebanyak 30 responden (68,2%). Gejala tersebut dapat berkaitan dengan pengalaman lansia dalam menghadapi kondisi kesehatan yang semakin menurun.

Selain dampak psikologis, penyakit penyerta juga dapat menyebabkan keterbatasan aktivitas dan berkurangnya keterlibatan lansia dalam kehidupan sosial. Lansia yang mengalami gangguan kesehatan cenderung lebih sulit mengikuti kegiatan masyarakat, aktivitas keagamaan, maupun interaksi sosial dengan lingkungan sekitar (Nareswari, 2021). Berkurangnya

aktivitas tersebut dapat meningkatkan risiko isolasi sosial dan memperkuat perasaan kesepian. Kondisi ini menjadi penting pada masyarakat rural seperti Nagari Sungai Buluah Selatan, dimana aktivitas sosial masyarakat menjadi salah satu sumber interaksi dan kebermaknaan hidup bagi lansia. Ketika kondisi kesehatan membatasi keterlibatan tersebut, lansia dapat mengalami penurunan kesejahteraan psikologis.

Hasil penelitian ini juga dapat dikaitkan dengan karakteristik pekerjaan responden. Sebagian besar lansia dalam penelitian ini masih memiliki riwayat aktivitas pekerjaan, dimana sebanyak 46 responden (19,7%) bekerja sebagai buruh/petani dan 14 responden (6,0%) sebagai pedagang. Bagi sebagian lansia di wilayah rural, aktivitas bekerja tidak hanya menjadi sumber penghasilan, tetapi juga menjadi bentuk keterlibatan sosial dan cara mempertahankan peran dalam keluarga maupun masyarakat. Ketika penyakit penyerta menyebabkan lansia tidak mampu lagi melakukan aktivitas tersebut, perubahan peran yang terjadi dapat memunculkan perasaan kehilangan fungsi dan menurunkan harga diri sehingga meningkatkan risiko depresi.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Lin dkk. (2021) yang menemukan bahwa multimorbiditas berhubungan signifikan dengan peningkatan gejala depresi pada lansia. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa lansia dengan beberapa penyakit kronis memiliki tekanan psikologis lebih besar akibat meningkatnya keterbatasan fisik, kebutuhan pengobatan, serta ketergantungan terhadap orang lain. Kondisi tersebut menunjukkan

bahwa semakin besar beban penyakit yang dialami lansia, semakin besar pula tantangan psikologis yang harus dihadapi.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Park dkk. (2021) yang menemukan bahwa kondisi kesehatan kronis dan keterbatasan fungsi fisik berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia komunitas. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa gangguan kesehatan dapat menyebabkan penurunan kemandirian dan kualitas hidup sehingga lansia lebih mudah mengalami perasaan tidak mampu, kehilangan kontrol terhadap kehidupan, dan gangguan emosional. Temuan tersebut mendukung hasil penelitian ini bahwa lansia dengan penyakit penyerta memiliki proporsi depresi yang lebih tinggi dibandingkan lansia tanpa penyakit penyerta.

Selain itu, systematic review yang dilakukan oleh Zenebe dkk. (2021) menjelaskan bahwa penyakit kronis merupakan salah satu determinan penting terjadinya depresi pada lansia. Penyakit kronis dapat menyebabkan perubahan besar dalam kehidupan lansia melalui peningkatan ketergantungan, keterbatasan fungsi, beban biaya pengobatan, dan kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan di masa mendatang. Oleh karena itu, pengelolaan penyakit kronis pada lansia perlu memperhatikan dampak psikologis yang menyertainya, bukan hanya berfokus pada aspek fisik.

Meskipun demikian, hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tidak semua lansia dengan penyakit penyerta mengalami depresi. Dari 95 lansia yang memiliki penyakit penyerta, terdapat 55 responden (57,9%) yang tidak mengalami depresi. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa penyakit

penyerta bukan merupakan faktor tunggal yang menentukan munculnya depresi. Lansia yang memiliki kemampuan adaptasi baik, memperoleh dukungan keluarga, tetap aktif secara sosial, serta memiliki mekanisme koping yang positif dapat mempertahankan kondisi psikologis yang lebih baik meskipun mengalami penyakit kronis.

Sebaliknya, penelitian ini juga menemukan bahwa terdapat 4 lansia (2,9%) yang tidak memiliki penyakit penyerta tetapi mengalami depresi. Temuan ini menunjukkan bahwa depresi pada lansia tidak hanya disebabkan oleh masalah kesehatan fisik, tetapi juga dapat dipengaruhi oleh faktor psikososial lainnya seperti kesepian, kehilangan pasangan, kondisi ekonomi, perubahan peran, dan kurangnya dukungan emosional. Hal ini memperkuat bahwa depresi pada lansia merupakan kondisi yang bersifat multifaktorial dan membutuhkan pendekatan yang menyeluruh.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dianalisis bahwa penyakit penyerta memiliki hubungan yang kuat dengan kejadian depresi pada lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan. Lansia yang mengalami penyakit penyerta lebih rentan mengalami depresi karena harus menghadapi perubahan kemampuan fisik, keterbatasan aktivitas, ketergantungan terhadap keluarga, serta kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan. Namun, keberadaan penyakit tidak secara otomatis menyebabkan depresi karena faktor psikologis dan sosial juga berperan dalam menentukan kemampuan lansia beradaptasi.

Oleh karena itu, pelayanan kesehatan lansia tidak hanya perlu berfokus pada pengendalian penyakit kronis, tetapi juga melakukan pemantauan

kondisi psikologis melalui skrining depresi, pemberian dukungan keluarga, peningkatan aktivitas sosial, serta pemberdayaan lansia agar tetap memiliki peran dalam keluarga dan masyarakat. Pendekatan yang komprehensif diperlukan agar lansia dengan penyakit penyerta tetap mampu mempertahankan kualitas hidup dan kesejahteraan psikologisnya.



BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Wilayah Rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman” dapat ditarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

1. Sebagian kecil lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan mengalami depresi.
2. Sebagian kecil lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan mengalami kesepian berat.
3. Sebagian kecil lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan mendapatkan dukungan keluarga yang kurang.
4. Kurang dari setengahnya lansia di Nagari Sungai Buluah Selatan memiliki penyakit penyerta.
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara kesepian, dukungan keluarga, penyakit penyerta dengan kejadian depresi pada lansia. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa kesepian, dukungan keluarga, dan penyakit penyerta memiliki $p\text{-value} < 0,001$ ($p < 0,05$), hal ini dapat diartikan bahwa secara statistik signifikan berhubungan dengan munculnya depresi.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian diharapkan institusi pelayanan keperawatan, khususnya puskesmas dan posyandu lansia di wilayah Kabupaten Padang Pariaman, dapat meningkatkan upaya promotif dan preventif terkait kesehatan mental lansia melalui skrining depresi secara berkala menggunakan instrumen yang sesuai. Selain itu, perawat komunitas perlu mengembangkan program yang bertujuan mengurangi kesepian emosional lansia, seperti pembentukan kelompok aktivitas lansia, kelompok dukungan sebaya, kegiatan sosial rutin, serta kunjungan rumah bagi lansia yang berisiko mengalami isolasi sosial. Pelayanan keperawatan juga perlu mengoptimalkan edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya dukungan emosional dan informasi kesehatan bagi lansia, terutama dalam membantu lansia mengelola penyakit kronis seperti hipertensi dan nyeri sendi yang berpotensi meningkatkan risiko depresi.

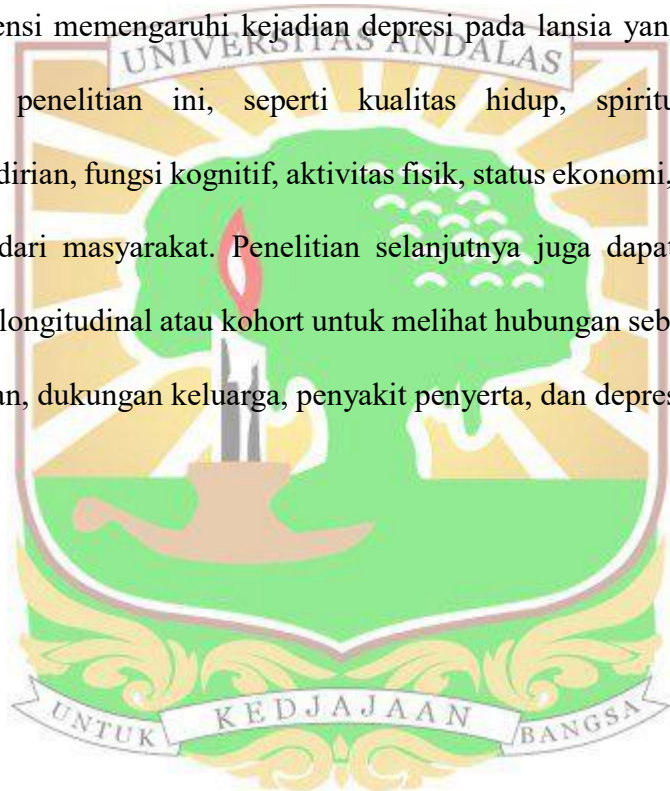
2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Institusi pendidikan keperawatan diharapkan dapat memperkuat pembelajaran mengenai keperawatan gerontik dan keperawatan komunitas, khususnya terkait deteksi dini depresi, penanganan kesepian pada lansia, serta strategi pemberdayaan keluarga dalam perawatan lansia. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam proses pembelajaran mengenai faktor psikososial yang memengaruhi kesehatan mental lansia di komunitas. Selain itu, institusi pendidikan dapat mendorong

mahasiswa untuk mengembangkan program intervensi berbasis komunitas yang berfokus pada peningkatan interaksi sosial, dukungan keluarga, dan pengelolaan penyakit kronis pada lansia sebagai bagian dari kegiatan pengabdian masyarakat maupun praktik profesi.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti faktor-faktor lain yang berpotensi memengaruhi kejadian depresi pada lansia yang belum diteliti dalam penelitian ini, seperti kualitas hidup, spiritualitas, tingkat kemandirian, fungsi kognitif, aktivitas fisik, status ekonomi, serta dukungan sosial dari masyarakat. Penelitian selanjutnya juga dapat menggunakan desain longitudinal atau kohort untuk melihat hubungan sebab akibat antara kesepian, dukungan keluarga, penyakit penyerta, dan depresi pada lansia.



DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, R., Wahyuni, A. S., & Harahap, J. (2021). Hubungan Status Depresi Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Kota Medan. *Talenta Conference Series: Tropical Medicine (TM)*, 1(2), 342–347. <https://doi.org/10.32734/tm.v1i2.198>
- Annisia, Ibrahim, & Khairani. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia pada Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh. *Jurnal Ilmu Keperawatan*.
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *Gerontologist*, 54(1), 82–92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Antony, A., Parida, S. P., Behera, P., & Padhy, S. K. (2023). Geriatric depression: prevalence and its associated factors in rural Odisha. *Frontiers in Public Health*, 11(5). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1180446>
- Australian Psychological Society. (2018). *Loneliness is a health issue, and needs targeted solutions*.
- Azari, A. A., & Zururi, M. I. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Pada Lansia. *Medical Jurnal of Al Qodiri*, 6(2), 66–72. https://doi.org/10.52264/jurnal_stikesalqodiri.v6i2.94
- Badan Pusat Statistik. (2024). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2024* (Vol. 21).
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Padang Pariaman. (2025). *Kecamatan Batang Anai dalam Angka 2025* (Vol. 15).
- Badan Pusat Statistik Sumatera Barat. (2024). *Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Provinsi Sumatera Barat 2024*. <https://sumbar.bps.go.id/id/statistics-table/3/WVc0MGEyMXBkVFUxY25KeE9HdDZkbTQzWkVkb1p6MDkjMw==/jumlah-penduduk-menurut-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin--ribu->

jiwa--di-provinsi-sumatera-barat--2023.html?year=2024

- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Barus, M., Saragih, H., & Dawolo, V. O. (2026). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia Di Desa Kenangan Baru Kecamatan Percut Sei Tuan Tahun 2025*. 14(01), 1–22.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M249–M265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>
- Cao, W., Cao, C., Ren, B., Yang, J., Chen, R., Hu, Z., & Bai, Z. (2023). Complex association of self-rated health, depression, functional ability with loneliness in rural community-dwelling older people. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03965-4>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Chen, S., Wang, S., Jia, W., Han, K., Song, Y., Liu, S., Li, X., Liu, M., & He, Y. (2022). Spatiotemporal Analysis of the Prevalence and Pattern of Multimorbidity in Older Chinese Adults. *Frontiers in Medicine*, 8(January), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.806616>
- Choi, E., Han, K.-M., Chang, J., Lee, Y. J., Choi, K. W., Han, C., & Ham, B.-J. (2021). Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: Emotional social support as a mediator. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 589–596. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.043>
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of

elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372–387.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>

Dwisetya, B., Rantiasia, I. M., & Sanggilalung, G. (2024). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Loneliness pada Lansia di Desa Binjeita Kecamatan Bolangitang Timur. *Jurnal Kesehatan Amanah*, 8(1), 13–23.
<https://doi.org/10.57214/jka.v8i1.674>

Elia, A., & Dkk. (2023). *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*.

Festy, P. W. (2018). *Lanjut Usia, Perspektif, dan Masalah : Buku Ajar Lansia*. Surabaya: UM Surabaya. 1–6.
https://www.google.co.id/books/edition/Lanjut_Usia_Perspektif_dan_Masalah/aPmvDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=lansia+artinya+apa&pg=PA3&printsec=frontcover

Fierloos, I. N., Tan, S. S., Williams, G., Alhambra-Borrás, T., Koppelaar, E., Bilajac, L., Verma, A., Markaki, A., Mattace-Raso, F., Vasiljev, V., Franse, C. B., & Raat, H. (2021). Socio-demographic characteristics associated with emotional and social loneliness among older adults. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02058-4>

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, & Praktik* (5 ed.). EGC.

Gao, Q., Lei, C., Wei, X., Peng, L., Wang, X., Yue, A., & Shi, Y. (2024). Exploring the interplay of living arrangements, social support, and depression among older adults in rural northwest China. *BMC Public Health*, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-20737-w>

Gao, S., & Zhang, H. (2025). Development and validation of a depression risk prediction model for rural elderly living alone. *BMC Psychiatry*, 25(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-025-06785-5>

Gautam, S., Poudel, A., Khatry, R. A., & Mishra, R. (2024). The mediating role of perceived social support on loneliness and depression in community-dwelling

- Nepalese older adults. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05461-9>
- Gierveld, J. D. J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582–598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Hadrianti, D., Saherna, J., Arji, A., Pratama, Z., Putri, A., & Khaliza, N. (2024). *Geriatric Depression Scale (GDS) Sebagai Pengkajian Status Psikologis pada Lansia*. 2, 306–312.
- Hikhmat, R. (2025). *Menggapai Bahagia Bersama di Usia Senja* (Jamali, A. Asmuni, & J. Anda (ed.); 1 ed.). K-Media. https://www.google.co.id/books/edition/MENGGAPAI_BAHAGIA_BERSAMA_DI_USIA_SENJA/aBhCEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=dampak+kesepian+pada+lansia&pg=PA32&printsec=frontcover
- Hikmawati, F. (2020). *Metodologi Penelitian* (1 ed.). Rajawali Pers.
- Hilmawan, R., Sari, I., Hartinah, D., & Jauhar, M. (2023). *Tingkat Spiritualitas dan Risiko Kesepian pada Lansia*. 14(2), 507–517.
- Hindriyastuti, S., & Safitri, F. (2022). Hubungan Kesepian dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Posyandu Lansia Desa Geritan Kecamatan Panti. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 9(2), 110–126. <http://jurnal.akperkridahusada.ac.id>
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293–318. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Hussain, B., Mirza, M., Baines, R., Burns, L., Stevens, S., Asthana, S., & Chatterjee, A. (2023). Loneliness and social networks of older adults in rural communities: a narrative synthesis systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1113864>
- Jasmita, R. (2024). Pengaruh Dukungan Sosial Dan Kesejahteraan Psikologis

- Terhadap Loneliness Pada Lansia. *Cons-Iedu*, 4(1), 11–25.
<https://doi.org/10.51192/cons.v4i1.849>
- Joshanloo, M., & Blasco-Belled, A. (2023). Reciprocal Associations between Depressive Symptoms, Life Satisfaction, and Eudaimonic Well-Being in Older Adults over a 16-Year Period. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032374>
- Kementerian Kesehatan. (2023). *Dalam Angka Tim Penyusunan SKI Tahun 2023 Dalam Angka Kementerian Kesehatan*.
- Kim, J., & Cha, E. (2021). Predictors of cognitive function in community-dwelling older adults by age group: Based on the 2017 national survey of older Korean adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189600>
- Li, Y., Bai, X., & Chen, H. (2022). Social Isolation, Cognitive Function, and Depression Among Chinese Older Adults: Examining Internet Use as a Predictor and a Moderator. *Frontiers in Public Health*, 10(March), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.809713>
- Li, Z., Qin, S., Zhu, Y., Zhou, Q., Yi, A., Mo, C., Gao, J., Chen, J., Wang, T., Feng, Z., & Mo, X. (2025). Social support mediates the relationship between depression and subjective well-being in elderly patients with chronic diseases: Evidence from a survey in Rural Western China. *Plos One*, 20(6 JUNE), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325029>
- Lim, Y. M., Baek, J., Lee, S., & Kim, J. S. (2022). Association between Loneliness and Depression among Community-Dwelling Older Women Living Alone in South Korea: The Mediating Effects of Subjective Physical Health, Resilience, and Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19159246>
- Lin, H., Xiao, S., Shi, L., Zheng, X., Xue, Y., Yun, Q., Ouyang, P., Wang, D., Zhu, H., & Zhang, C. (2021). Impact of Multimorbidity on Symptoms of

- Depression, Anxiety, and Stress in Older Adults: Is There a Sex Difference? *Frontiers in Psychology*, 12(December), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.762310>
- Liu, H., Fan, X., Luo, H., Zhou, Z., Shen, C., Hu, N., & Zhai, X. (2021). Comparison of Depressive Symptoms and Its Influencing Factors among the Elderly in Urban and Rural Areas: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083886>
- Lukman, S. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Sarana Ilmu Indonesia (Salnesia). <https://doi.org/10.36590/penerbit.salnesia.5>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Maryam. (2016). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya* (R. Angriani (ed.)). Salemba Medika. https://www.google.co.id/books/edition/Menengenal_Usia_Lanjut_dan_Perawatannya/jxpDEZ27dnwC?hl=id&gbpv=1&dq=perubahan+fisik+lansia&pg=PA55&printsec=frontcover
- Maryam, A., Elis, A., & Kasmawati. (2022). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Mala-Mala Kabupaten Kolaka Utara. *Zahra: Journal of Health and Medical Research*, 2(3), 185–203.
- Mauviroh, F. Y., & Suryadi, S. (2025). Analisis Loneliness (Perasaan Kesepian) Pada Lansia Di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember Kecamatan Puger. *Psychospiritual: Journal of Trends in Islamic Psychological Research*, 4(1), 69–80. <https://doi.org/10.35719/psychospiritual.v4i1.126>
- Mualim, A., Jannah, S. R., Syarif, H., Asniar, & Kesuma, Z. M. (2025). *Determinan*

yang Berhubungan dengan Risiko Depresi pada Lansia. 6(0), 167–186.

Nadia Monicaputri, & Nurul Ulya Luthfiyana. (2025). Kesepian dan Depresi pada Lansia di Pelayanan Sosial Tresna Werdha (PSTW) Jember, Indonesia. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat, 4(4), 1294–1303.* <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v4i4.6179>

Nareswari, P. J. (2021). Depresi Pada Lansia : Faktor Resiko, Diagnosis Dan Tatalaksana. *Jurnal Medika Utama, 02(02), 1–58.*

Ni, W., Yuan, X., Zhang, Y., Zhang, H., Zheng, Y., & Xu, J. (2023). Sociodemographic and lifestyle determinants of multimorbidity among community-dwelling older adults: findings from 346,760 SHARE participants. *BMC Geriatrics, 23(1), 1–10.* <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04128-1>

Nirwan. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di RSUD Sawerigading Kota Palopo. *Jurnal Kesehatan Luwu raya, 6(02), 11.*

Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (3 ed.). Rineka Cipta.

Park, K. S., Lee, G. Y., Seo, Y. M., Seo, S. H., & Yoo, J. Il. (2021). Disability, Frailty and Depression in the community-dwelling older adults with Osteosarcopenia. *BMC Geriatrics, 21(1), 1–7.* <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02022-2>

Peplau, L. A., & Perlman, D. (1979). *Blueprint For A Social Psychological Theory Of Loneliness. Note 3, 99–108.*

Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 88, Peraturan Presiden RI No 88 1 (2021). peraturanbpk.go.id

Putri, W., Sari, Y. P., & Oktarini, S. (2025). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kesepian Pada Lansia Di Puskesmas Guguk Panjang Kota Bukittinggi The Relationship Between Family Support and the Level of Loneliness Among the Elderly at Pendahuluan Seiring bertambahnya usia , lansia mengalami. 8(3).* <https://doi.org/10.32524/jksp.v8i3.1710>

- Rachmawati, F., Z, D., Muttaqin, Z., & Muryati, M. (2023). Analisis Faktor Penyebab Depresi pada Lansia: Riwayat Penyakit, Interaksi Sosial dan Dukungan Keluarga. *Jurnal Keperawatan Indonesia Florence Nightingale*, 3(2), 8–16. <https://doi.org/10.34011/jkifn.v3i2.1782>
- Rahmawati, A. R., Wisnusakti, K., & Bolla, I. N. (2023). Hubungan Tingkat Kesepian dengan Depresi Pada Lansia Di UPTD Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia. *Jurnal Ilmu Kesehatan Kejuruan*, 1(2), 1–6.
- Rakhmawati, T. A., Elmanora, & Mulyati. (2022). Hubungan Koneksi Sosial Dengan Kesepian Lansia Di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Klampok Brebes. *Jurnal KELUARGA*, 8(02), 149–161. <http://jurnal.ustjogja.ac.id/index.php/keluarga/index>
- Remes, O., Francisco, J., & Templeton, P. (2021). Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sciences*, 11(12). <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
- Reza, Ardiansyha, & Arjuna. (2025). Hubungan Dukungan Keluarga, Jenis Kelamin, dan Status Perkawinan terhadap Kesepian pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Rimba Kabupaten Bangka Selatan Tahun 2024. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(2), 8534–8541.
- Rong, J., Chen, G., Wang, X., Ge, Y., Meng, N., Xie, T., & Ding, H. (2019). Correlation between depressive symptoms and quality of life, and associated factors for depressive symptoms among rural elderly in Anhui, China. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1901–1910. <https://doi.org/10.2147/CIA.S225141>
- Sadock, B. ., Sadock, V. ., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11 ed.). Wolters Kluwer Health. <https://psycnet.apa.org/record/2014-37072-000>
- Sangha, O., Stucki, G., Liang, M. H., Fossel, A. H., & Katz, J. N. (2003). The self-administered comorbidity questionnaire: A new method to assess comorbidity for clinical and health services research. *Arthritis Care & Research*, 49(2),

156–163. <https://doi.org/10.1002/art.10993>

Santriono, H., Hadi, S., Adhi, M., Ayu, I. G., & Ustiawaty, J. (2024). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi pada Lansia di Desa Bentek Kabupaten Lombok Utara*. 3.

Sari, M. M., Desi, & Dese, D. C. (2020). Dukungan Keluarga terhadap Peningkatan Kualitas Hidup Lansia Melalui Pendekatan “Bahaum Bapakat.” *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 8(1), 51.

Serretti, A. (2023). Anhedonia and Depressive Disorders. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 21(3), 401–409. <https://doi.org/10.9758/cpn.23.1086>

Sofianti, V., Hadiansyah, T., Agus, D., & Siatang, W. (2025). *Buku Masalah Psikososial pada Lanjut Usia*. Mahakarya Citra Utama Grup. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Masalah_Psikososial_Pada_Usia_Lanju/AW5zEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=0

Suardiman, S. P. (2016). *Psikologi Usia Lanjut*. Gadjah Mada University Press.

Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D* (19 ed.). ALFABETA, CV.

Susanti, M. L., & Mariyati, L. I. (2024). Dukungan Keluarga dan Kesejahteraan Psikologis Lansia di Desa Kesambi. *Journal of Islamic Psychology*, 1(2), 11. <https://doi.org/10.47134/islamicpsychology.v1i2.88>

Teting, B., Yani, Y., & Jho, Y. L. (2022). Dukungan Keluarga Dan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Kelompok Lansia St. Angela Samarinda. *Sebatik*, 26(1), 81–86. <https://doi.org/10.46984/sebatik.v26i1.1679>

Triana, M. (2025, Agustus 1). 5 Daerah di Sumbar dengan Jumlah Lansia Tertinggi, Kota Padang Paling Banyak! Cek Daerah Lainnya. padang.tribunnews.com/2025/08/01/5-daerah-di-sumbar-dengan-jumlah-lansia-tertinggi-kota-padang-paling-banyak-cek-daerah-lainnya?page=2

- Utami, N. (2019). *Validitas dan Reliabilitas Geriatric Depression Scale-15 Versi Bahasa Indonesia*. <https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/24058>
- Wahyudi, I., & Puspita, T. (2025). *Keperawatan pada Lansia: Pendekatan Holistik dan Profesional* (1 ed.). Jejak Pustaka. https://www.google.co.id/books/edition/Keperawatan_pada_Lansia_Pendekatan_Holis/MWZMEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Wang, W., Liu, Y., Ji, D., Xie, K., Yang, Y., Zhu, X., Feng, Z., Guo, H., & Wang, B. (2024). The association between functional disability and depressive symptoms among older adults: Findings from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *Journal of Affective Disorders*, 351, 518–526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.256>
- Wardhani, Y. F., Nantabah, Z. K., Machfutra, E. D., Lestyoningrum, S. D., Oktarina, & Nurjana, M. A. (2024). The prevalence and distribution of risk factors for depression and emotional mental disorders in the elderly in Indonesia. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(4), 763–771. <https://doi.org/10.1177/00207640241227381>
- Wibowo, Y. A. P., Priasmoro, D. P., & Nurmayunita, H. (2025). Profil Dukungan Keluarga pada Lansia yang Mengalami Depresi. *Nursing Information Journal*, 4(2), 129–136. <https://doi.org/10.54832/nij.v4i2.930>
- Wisanti, E., & History, A. (2024). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Pada Lansia. *Journal of Nursing Sciences*, 13(1), 204–2156. <https://jurnal.ikta.ac.id/index.php/keperawatan>
- World Health Organization. (2023a). *Depressive Disorder (Depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2023b). *Mental Health of Older Adult*. https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer,

- V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (hal. 165–173). The Haworth Press.
- Yulianti, G. S. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Kelurahan Paccinongang. *Uin Alauddin Makassar*, 1–86. <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/1178/1/rezki.pdf?cv=1>
- Yulianti, M., Kodariah, S. N., & Faozi, B. F. (2024). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Stress pada Lansia DI Desa Kertaharja Kecamatan Tanjungkerta. *JIKSA - Jurnal Ilmu Keperawatan Sebelas April*, 6(2), 66–70.
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 20(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>
- Zhang, L., Zeng, Y., Wang, L., & Fang, Y. (2020). Urban–rural differences in long-term care service status and needs among home-based elderly people in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051701>
- Zhang, Y., Kuang, J., Xin, Z., Fang, J., Song, R., Yang, Y., Song, P., Wang, Y., & Wang, J. (2023). Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110(January), 104980. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104980>
- Zhao, J., Chhetri, J. K., Chang, Y., Zheng, Z., Ma, L., & Chan, P. (2021). Intrinsic Capacity vs. Multimorbidity: A Function-Centered Construct Predicts Disability Better Than a Disease-Based Approach in a Community-Dwelling Older Population Cohort. *Frontiers in Medicine*, 8(September), 1–10.



Nama : Bilkhisti Syahrani

NIM : 2211312002

NIM : 2211312002

Judul : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Wilayah Rural Nagari Sungai Buluah

Selatan Kabupaten Padang Pariaman

[illegible]

Lampiran 2. Anggaran Dana Penelitian

RENCANA ANGGARAN DANA PENELITIAN

Judul : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Wilayah Rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman

Nama : Bilkhisti Syahrani

NIM : 2211312002



No	Kegiatan	Biaya
1	Penyusunan Proposal Penelitian	Rp200.000
2	Pengadaan Proposal dan Ujian Proposal	Rp400.000
3	Pelaksanaan Penelitian	Rp150.000
4	Penyusunan Skripsi	Rp150.000
5	Pengadaan Skripsi dan Ujian Skripsi	Rp500.000
6	Perbaikan Skripsi	Rp250.000
7	Penyelesaian Skripsi	Rp350.000
Total		Rp2.000.000

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, TINGGI,
SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS ANDALAS
FAKULTAS KEPERAWATAN**

Alamat : Dekanat Fakultas Keperawatan Kampus Unand Limau Manis Padang 25163
Telp. (0751) 779233 Fax. (0751) 779233 Website : <http://fkep.unand.ac.id/> /
Email : sekretariat@fkep.unand.ac.id

Nomor : B/461/UN16.13.WD1/PT.01.04/2025

26-11-2025

Hal : *Izin Penelitian dan Pengambilan Data*

Yth. Wali Nagari Sungai Buluh Selatan

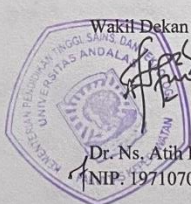
Bersama ini kami sampaikan bahwa sebagai bagian dari pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tersebut dibawah ini akan melakukan penelitian dan memerlukan data dari instansi yang Bapak/ Ibu pimpin sebagai berikut:

Nama	: Bilkhisti Syahrani
NIM	: 2211312002
Judul Penelitian	: Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di wilayah rural kabupaten padang pariaman
Tempat Penelitian	: Nagari Sungai Buluh Selatan
Lama Penelitian	: 20 November 2025 s.d 20 Maret 2025
Nomor HP	: 0895395790308

Besar harapan kami Bapak/Ibu dapat memberikan izin untuk kegiatan tersebut.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Wakil Dekan I

Dr. Ns. Atih Rahayuningsih, M.Kep, Sp.Kep.J
NIP. 197107052008122001

Lampiran 4. Kartu Bimbingan Skripsi



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
 KAMPUS LIMAU MANIS, PADANG-25163, Telp. (0751) 779233 Fax. (0751) 779233
 Website : <http://fkep.unand.ac.id> / email : sekretariat@fkep.unand.ac.id

KARTU BIMBINGAN / KONSULTASI TUGAS AKHIR / SKRIPSI

3x4

NAMA : BILMISTI SYAHRAVI

NO. BP. : 201312002

PEMBIMBING :

JUDUL :

NO.	PERTEMUAN		TANDA TANGAN PEMBIMBING	
	TANGGAL	KEGIATAN / SARAN PEMBIMBING	I	II
1.	11-09-2025	konsultasi topik penelitian	f	
2.	19-09-2025	konsultasi judul	f	
3.	22-09-2025	konsep judul instrumen		f
4.	02-10-2025	Bimbingan bab 1	f	
5.	26-11-2025	Bimbingan Bab 1-4	f	f
6.	02-12-2025	bimbingan bab 1-4		f
7.	08-12-2025	revisi bab 1-4	f	f
8.	15-12-2025	Kuliner kanker di rumah (Case)	f	f
9.	16-12-2025	metode keas Bab 2	f	
10.	19-12-2025	Intervensi Bab 5	f	
11.	19-12-2025	ke ujian proposal	f	f

NO.	PERTEMUAN		TANDA TANGAN PEMBIMBING	
	TANGGAL	KEGIATAN / SARAN PEMBIMBING	I	II
12	11 Mei 2026	Bimbingan Bab 5 dan 6		
13	18 Mei 2026	Perbaiki sesuai saran		
14	19 Mei 2026	Bimbingan Bab 5.6.7		
15	21 Mei 2026	Perbaiki sesuai saran		
16	25 Mei 2026	Revisi Bab 5.6.7		
17	03 Juni 2026	Acc ujian hel		
	5 Juni 2026	Perbaiki sesuai saran		
	8 Juni 2026	Acc ujian hasil		

Catatan :

- Lembar ini dibawa setiap kali konsultasi
- Lembaran ini diserahkan saat mendaftar untuk ujian skripsi (salah satu syarat untuk ujian skripsi).

Lampiran 5. Lembar Permohonan Menjadi Responden**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth:

Saudara/i di Tempat

Dengan Hormat,

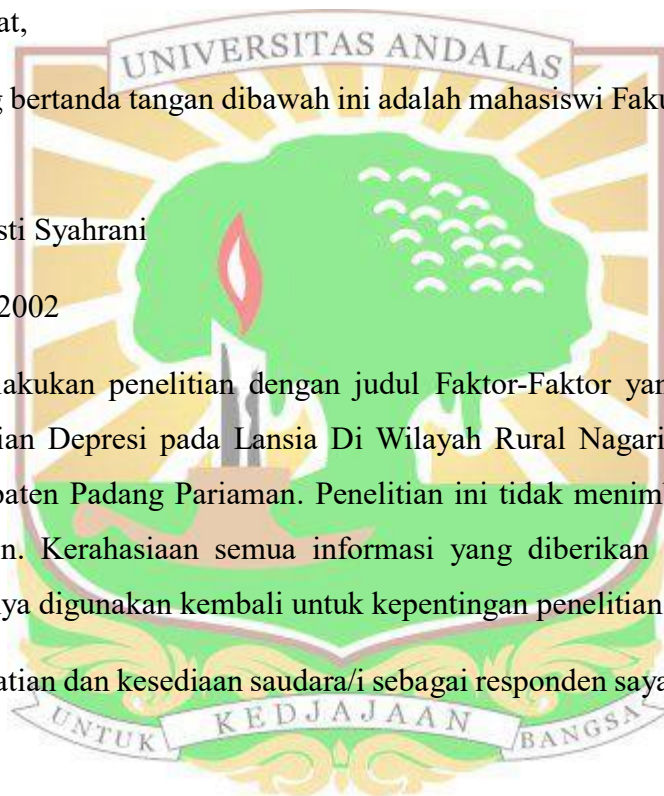
Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswi Fakultas Universitas Andalas:

Nama : Bilkhisti Syahrani

NIM : 2211312002

Akan melakukan penelitian dengan judul Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Lansia Di Wilayah Rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan responden akan dijaga dan hanya digunakan kembali untuk kepentingan penelitian.

Atas perhatian dan kesediaan saudara/i sebagai responden saya ucapkan terima kasih.



Padang, Februari 2026

Peneliti

Lampiran 6. *Informed Consent*

FORMULIR PERSETUJUAN RESPONDEN (*Informed Consent*)

Yang bertanda tangan dibawah ini

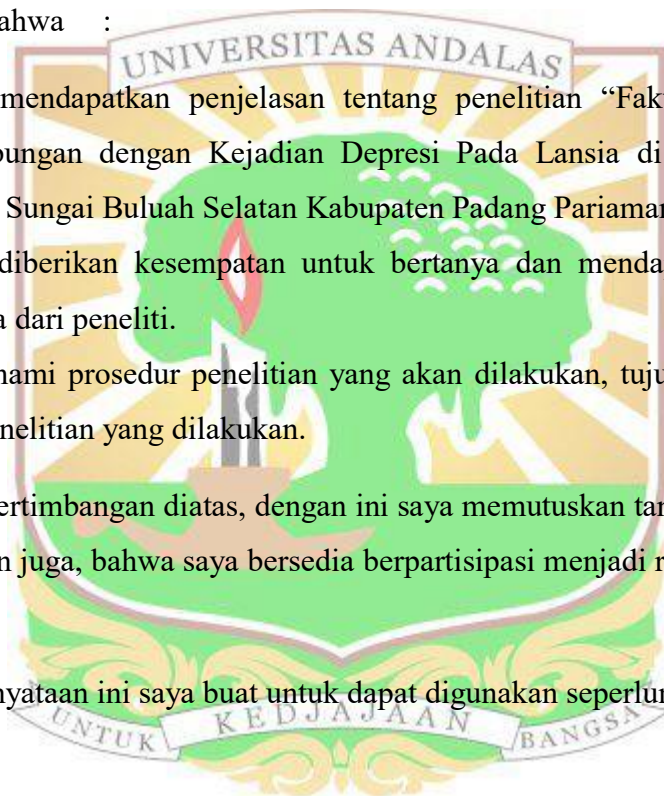
Nama :

Menyatakan bahwa :

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di Wilayah Rural Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman”.
2. Telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan dan manfaat dari penelitian yang dilakukan.

Dengan pertimbangan diatas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa saya bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya.



Padang,

2026

Responden

()

Lampiran 7. Kuesioner Penelitian

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA LANSIA DI WILAYAH RURAL NAGARI SUNGAI BULUAH SELATAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN

No. Responden:

1. Nama (inisial) :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Pendidikan Terakhir : ☐ SD ☐ SMP/Sederajat ☐ SMA
☐ Diploma ☐ Sarjana
5. Pekerjaan : ☐ IRT ☐ Buruh/Petani ☐ Pensiunan
☐ Swasta ☐ Pedagang ☐ Tidak Bekerja
6. Status Perkawinan : ☐ Tidak Menikah ☐ Menikah ☐ Janda/Duda
7. Keluarga yang Tinggal Serumah : ☐ Sendiri ☐ Pasangan ☐ Pasangan & Anak
☐ Anak ☐ Cucu ☐ Kerabat
8. Jumlah Penghasilan Lansia/Keluarga Per Bulan :
☐ < Rp. 3.200.000
☐ ≥ Rp. 3.200.000

Distribusi Frekuensi Jawaban Responden

Kuesioner *Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)*

Isilah tabel di bawah ini memberikan tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan kondisi yang bapak/ibu alami!

NO	Pertanyaan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		f	%	f	%
1.	Apakah Anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?	220	94	14	6
2.	Apakah Anda banyak meninggalkan kegiatan, minat, atau kesenangan Anda?	63	26,9	171	73,1
3.	Apakah Anda merasa hidup Anda kosong?	21	9	213	91
4.	Apakah Anda sering merasa bosan?	60	25,6	174	74,4
5.	Apakah Anda mempunyai semangat yang baik setiap waktu?	205	87,6	29	12,4
6.	Apakah Anda merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada Anda?	83	35,5	151	64,5
7.	Apakah Anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup Anda?	209	89,3	25	10,7
8.	Apakah Anda sering merasa tidak berdaya?	42	17,9	191	82,1
9.	Apakah Anda lebih sering tinggal di kamar daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	10	4,3	224	95,7
10.	Apakah Anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Anda dibandingkan kebanyakan orang?	3	1,3	231	95,7
11.	Apakah Anda berpikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini?	208	88,9	26	11,1
12.	Apakah Anda merasa tidak berguna dengan keadaan Anda sekarang	16	6,8	218	93,2
13.	Apakah Anda merasa penuh semangat?	209	89,3	25	10,7
14.	Apakah Anda berpikir bahwa keadaan Anda tidak ada harapan	20	8,5	214	91,5
15.	Apakah Anda berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik keadaannya daripada Anda?	120	51,3	114	48,7

Distribusi Frekuensi Jawaban Responden
Kuesioner De Jong Gierveld *Loneliness Scale* (DJGLS)

Isilah tabel di bawah ini memberikan tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan kondisi yang Anda alami!

Keterangan:

STS : Sangat Tidak setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

NO	Pertanyaan	STS		TS		S		SS	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1.	Selalu ada seseorang yang dapat saya ceritakan tentang masalah sehari-hari	14	6,0	22	9,4	96	41	102	43,6
2.	Saya rindu memiliki sahabat	96	41	52	22,2	46	19,7	40	17,1
3.	Saya mengalami perasaan kekosongan	182	77,8	30	12,8	19	8,1	3	1,3
4.	Ada banyak orang yang bisa saya andalkan ketika saya memiliki masalah	7	3	30	12,8	102	43,6	95	40,6
5.	Saya merindukan senangnya berkumpul dengan orang lain	81	34,6	54	23,1	75	32,1	24	10,3
6.	Saya menemukan lingkungan pertemanan dan kenalan yang sangat terbatas	159	67,9	44	18,8	25	10,7	6	2,6
7.	Banyak orang yang bisa saya percayai sepenuhnya	3	1,3	44	18,8	119	50,9	68	29,1
8.	Saya bisa menghubungi teman-teman saya kapanpun saya membutuhkan mereka	2	0,9	18	7,7	84	35,9	130	55,6
9.	Saya rindu di kelilingi oleh orang-orang yang saya sayangi	88	37,6	40	17,1	58	24,8	48	20,5
10.	Saya sering merasa terabaikan	179	76,5	27	11,5	25	10,7	3	1,4
11.	Saya merasa cukup banyak orang dekat dengan saya	2	0,9	15	6,4	118	50,4	99	42,3

Distribusi Frekuesni Jawaban Responden
Kuesioner Dukungan Keluarga

Isilah tabel di bawah ini memberikan tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan kondisi yang Anda alami!

Keterangan:

TP : Tidak Pernah

S : Sering

J : Jarang

SL : Selalu

No	Dukungan	TP		J		S		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	Dukungan Emosional								
1.	Keluarga adalah tempat tinggal yang nyaman dan tenang bagi saya	4	1,7	13	5,6	33	14,1	184	78,6
2.	Keluarga memberikan perhatian dengan menciptakan suasana lingkungan rumah yang aman bagi saya untuk melakukan aktivitas	3	1,3	17	7,3	38	16,2	176	75,2
3.	Keluarga memberikan kepercayaan kepada saya untuk melakukan aktivitas sehari-hari	3	1,3	16	6,8	39	16,7	176	75,2
4.	Keluarga mendengarkan curahan hati saya ketika saya sedih	9	3,8	27	11,5	50	21,4	148	63,2
5.	Keluarga memberikan kasih sayang kepada saya dalam melakukan aktivitas sehari-hari	5	2,1	14	6	39	16,7	176	75,2
	Dukungan Instrumental								
6.	Keluarga memberi fasilitas yang saya perlukan untuk melakukan aktivitas (seperti: alat mandi, makan dan berjalan)	2	0,9	23	9,8	36	15,4	173	73,9
7.	Keluarga meluangkan waktu untuk menemani saya beraktivitas	7	3	37	15,8	49	20,9	141	60,3
8.	Keluarga menyediakan transportasi yang mempermudah saya melakukan aktivitas	8	3,4	29	12,4	44	18,8	153	65,4
9.	Keluarga mengantar saya kemana saya akan pergi	9	3,8	29	12,4	48	20,5	148	63,2
10.	Keluarga membantu saya ketika saya mengalami kendala dalam melakukan aktivitas	4	1,7	19	8,1	46	19,7	165	70,5

	sehari-hari (seperti: makan, minum, buang air besar/kecil)								
	Dukungan Informasi								
11.	Keluarga mencari informasi mengenai masalah kesehatan yang saya alami melalui majalah dan orang yang ahli	2	0,9	27	11,5	45	19,2	160	68,4
12.	Keluarga menyarankan saya untuk berkunjung ke posyandu lansia	29	12,4	44	18,8	38	16,2	123	52,6
13.	Keluarga mengingatkan hal-hal yang harus dihindari yang dapat membuat saya terserang penyakit	1	0,4	23	9,8	36	15,4	174	74,4
14.	Keluarga mengingatkan saya untuk tetap menjaga kesehatan	2	0,9	15	6,4	43	18,4	174	74,4
15.	Keluarga memberikan solusi permasalahan aktivitas sehari-hari	3	1,3	24	10,3	39	16,7	168	71,8
	Dukungan Penghargaan								
16.	Keluarga membimbing saya agar tetap menjaga kondisi kesehatan	3	1,3	16	6,8	40	17,1	175	74,8
17.	Keluarga menghormati setiap keputusan yang diungkapkan oleh saya	7	3	22	9,4	49	20,9	156	66,7
18.	Keluarga menunjukkan bahwa keluarga mempedulikan saya	3	1,3	21	9	40	17,1	170	72,6
19.	Keluarga menyarankan saya agar tetap menjalin hubungan sosial dengan orang lain/rekan sebaya	6	2,6	28	12	38	16,2	162	69,2
20.	Keluarga memotivasi saya untuk tetap melakukan hobi (seperti: menjahit, berkebun dan melukis)	10	4,3	28	12	39	16,7	157	67,1

Distribusi Frekuensi Jawaban Responden
Kuesioner Self-Administired Comorbidity Questionnaire (SCQ)

Isilah tabel di bawah ini memberikan tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan kondisi yang Anda alami!

NO	Penyakit	Apakah anda memiliki penyakit tersebut?				Apakah Anda mendapatkan perawatan untuk penyakit tersebut?				Apakah penyakit tersebut membatasi aktivitas Anda?			
		Ya		Tidak		Ya		Tidak		Ya		Tidak	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1.	Penyakit jantung	12	5,1	222	94,9	10	4,3	224	95,7	6	2,6	228	97,4
2.	Hipertensi	50	21,4	184	78,6	45	19,2	189	80,8	15	6,4	219	93,6
3.	Penyakit paru kronik	3	1,3	231	98,7	2	0,9	232	99,1	0	0	234	100
4.	Diabetes Mellitus	19	8,1	215	91,9	18	7,7	216	92,3	3	1,3	231	98,7
5.	Penyakit lambung	29	12,4	205	87,6	20	8,5	213	91,5	6	2,6	228	97,4
6.	Penyakit Ginjal	1	0,4	233	99,6	1	0,4	233	99,6	1	0,4	233	99,6
7.	Penyakit hati	0	0	234	100	0	0	234	100	0	0	234	100
8.	Anemia atau gangguan darah kronik	0	0	234	100	0	0	234	100	0	0	234	100
9.	Penyakit kanker (aktif/ riwayat)	0	0	234	100	0	0	234	100	0	0	234	100
10.	Depresi	0	0	234	100	0	0	234	100	0	0	234	100
11.	Gangguan kecemasan	0	0	234	100	0	0	234	100	0	0	234	100
12.	Nyeri sendi	61	26,1	173	73,9	41	17,5	193	82,5	35	15	199	85
13.	Penyakit punggung kronik	4	1,7	230	98,3	4	1,7	230	98,3	4	1,7	230	98,3
14.	Penyakit lainnya (tuliskan di sini)	11	4,7	223	95,3	11	4,7	223	95,3	9	3,8	225	96,2

[illegible][illegible]

[illegible]

[illegible]

Usia	Nilai
60-74	1
75-85	2

Status Perkawinan	Nilai
Tidak Menikah	1
Menikah	2
Janda/Duda	3

Penghasilan	Nilai
<3.200.000	1
≥3.200.000	2

Geriatric Depression Scale (GDS-15)

De Jong Gierveld (DJGLS)

Kuesioner Dukungan Keluarga

Self Administired Comorbidity

Kategori	Nilai
Tidak Ada Penyakit Penyerta	1
Ada Penyakit Penyerta	2

Lampiran 9. Hasil Uji Statistik

1. Analisis Univariat

a. Usia

		Usia		
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	60-74	211	90,2	90,2
	75-85	23	9,8	100,0
	Total	234	100,0	

b. Jenis Kelamin

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	100	42,7	42,7	42,7
	Perempuan	134	57,3	57,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

c. Pendidikan Terakhir

		Pendidikan Terakhir			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	34	14,5	14,5	14,5
	SMP	46	19,7	19,7	34,2
	SMA	116	49,6	49,6	83,8
	Diploma	3	1,3	1,3	85,0
	Sarjana	35	15,0	15,0	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

d. Pekerjaan

		Pekerjaan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	95	40,6	40,6	40,6
	Buruh/Petani	46	19,7	19,7	60,3
	Pensiunan	44	18,8	18,8	79,1
	Swasta	8	3,4	3,4	82,5
	Pedagang	14	6,0	6,0	88,5
	Tidak Bekerja	27	11,5	11,5	100,0

Total	234	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

e. Status Perkawinan

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	156	66,7	66,7	66,7
Janda/Duda	78	33,3	33,3	
Total	234	100,0	100,0	100,0

f. Keluarga yang Tinggal Serumah

Keluarga yang Tinggal Serumah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sendiri	20	8,5	8,5	8,5
Pasangan	39	16,7	16,7	25,2
Anak	29	12,4	12,4	37,6
Cucu	3	1,3	1,3	38,9
Kerabat	3	1,3	1,3	40,2
Pasangan & Anak	83	35,5	35,5	75,6
Pasangan, Anak dan Cucu	31	13,2	13,2	88,9
Anak & Cucu	26	11,1	11,1	100,0
Total	234	100,0	100,0	

g. Jumlah Penghasilan Lansia/Keluarga Per Bulan

Jumlah Penghasilan Lansia/Keluarga Per Bulan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <3.200.000	131	56,0	56,0	56,0
$\geq$ 3.200.000	103	44,0	44,0	100,0
Total	234	100,0	100,0	

h. Kejadian Depresi**Kejadian Depresi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Depresi	190	81,2	81,2	81,2
	Depresi	44	18,8	18,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

i. Kesepian**Kesepian**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ringan	164	70,1	70,1	70,1
	Sedang	54	23,1	23,1	93,2
	Berat	16	6,8	6,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

j. Dukungan Keluarga**Dukungan Keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	19	8,1	8,1	8,1
	Cukup	36	15,4	15,4	23,5
	Baik	179	76,5	76,5	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

k. Penyakit Penyerta**Penyakit Penyerta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada komorbid	139	59,4	59,4	59,4
	Ada Komorbid	95	40,6	40,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

2. Analisis Bivariat

a. Hubungan Kesepian dengan Kejadian Depresi

Crosstab

			Kejadian Depresi		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Kesepian	Ringan	Count	162	2	164
		Expected Count	133,2	30,8	164,0
		% within Kesepian	98,8%	1,2%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	85,3%	4,5%	70,1%
		% of Total	69,2%	0,9%	70,1%
	Sedang	Count	28	26	54
		Expected Count	43,8	10,2	54,0
		% within Kesepian	51,9%	48,1%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	14,7%	59,1%	23,1%
		% of Total	12,0%	11,1%	23,1%
	Berat	Count	0	16	16
		Expected Count	13,0	3,0	16,0
		% within Kesepian	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	0,0%	35,4%	6,8%
		% of Total	0,0%	6,8%	6,8%
Total	Count		190	44	234
	Expected Count		190,0	44,0	234,0
	% within Kesepian		81,2%	18,8%	100,0%
	% within Kejadian_Depresi		100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		81,2%	18,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	126,968 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	111,980	2	,000
Linear-by-Linear Association	124,256	1	,000
N of Valid Cases	234		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,57.

b. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Depresi

Crosstab

			Kejadian Depresi		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Dukungan_Keluarga	Kurang	Count	2	17	19
		Expected Count	15,4	3,6	19,0
		% within Dukungan_Keluarga	10,5%	89,5%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	1,1%	38,6%	8,1%
		% of Total	0,9%	7,3%	8,1%
	Cukup	Count	15	21	36
		Expected Count	29,2	6,8	36,0
		% within Dukungan_Keluarga	41,7%	58,3%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	7,9%	47,7%	15,4%
		% of Total	6,4%	9,0%	15,4%
	Baik	Count	173	6	179
		Expected Count	145,3	33,7	179,0
		% within Dukungan_Keluarga	96,6%	3,4%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	91,1%	13,6%	76,5%
		% of Total	73,9%	2,6%	76,5%
Total	Count		190	44	234
	Expected Count		190,0	44,0	234,0
	% within Dukungan_Keluarga		81,2%	18,8%	100,0%
	% within Kejadian_Depresi		100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		81,2%	18,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	132,760 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	129,824	2	,000
Linear-by-Linear Association	132,082	1	,000
N of Valid Cases	234		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,01.

c. Hubungan Penyakit Penyerta dengan Kejadian Depresi

Crosstab

			Kejadian Depresi		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Penyakit_Penyerta	Tidak ada	Count	135	4	139
	Penyakit Penyerta	Expected Count	112,9	26,1	139,0
		% within Penyakit_Penyerta	97,1%	2,9%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	71,1%	9,1%	59,4%
		% of Total	57,7%	1,7%	59,4%
Ada Penyakit Penyerta	Penyakit	Count	55	40	95
	Penyerta	Expected Count	77,1	17,9	95,0
		% within Penyakit_Penyerta	57,9%	42,1%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	28,9%	90,9%	40,6%
		% of Total	23,5%	17,1%	40,6%
Total		Count	190	44	234
		Expected Count	190,0	44,0	234,0
		% within Penyakit_Penyerta	81,2%	18,8%	100,0%
		% within Kejadian_Depresi	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	81,2%	18,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	56,876 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	54,336	1	,000		
Likelihood Ratio	60,624	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	56,633	1	,000		
N of Valid Cases	234				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,86.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Analisis Kuesioner

a. Kuesioner GDS-15

GDS 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	220	94,0	94,0	94,0
1	14	6,0	6,0	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	171	73,1	73,1	73,1
1	63	26,9	26,9	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	213	91,0	91,0	91,0
1	21	9,0	9,0	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	174	74,4	74,4	74,4
1	60	25,6	25,6	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	205	87,6	87,6	87,6
1	29	12,4	12,4	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	151	64,5	64,5	64,5
1	83	35,5	35,5	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	209	89,3	89,3	89,3
1	25	10,7	10,7	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	192	82,1	82,1	82,1
1	42	17,9	17,9	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	224	95,7	95,7	95,7
1	10	4,3	4,3	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	231	98,7	98,7	98,7
1	3	1,3	1,3	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	208	88,9	88,9	88,9
1	26	11,1	11,1	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	218	93,2	93,2	93,2
1	16	6,8	6,8	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	209	89,3	89,3	89,3
1	25	10,7	10,7	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	214	91,5	91,5	91,5
1	20	8,5	8,5	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GDS 15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	114	48,7	48,7	48,7
1	120	51,3	51,3	100,0
Total	234	100,0	100,0	

b. Kuesioner DJGLS**DJGLS 1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	102	43,6	43,6	43,6
2	96	41,0	41,0	84,6
3	22	9,4	9,4	94,0
4	14	6,0	6,0	100,0
Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	96	41,0	41,0	41,0
2	52	22,2	22,2	63,2
3	46	19,7	19,7	82,9
4	40	17,1	17,1	100,0
Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	182	77,8	77,8	77,8
	2	30	12,8	12,8	90,6
	3	19	8,1	8,1	98,7
	4	3	1,3	1,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	95	40,6	40,6	40,6
	2	102	43,6	43,6	84,2
	3	30	12,8	12,8	97,0
	4	7	3,0	3,0	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	81	34,6	34,6	34,6
	2	54	23,1	23,1	57,7
	3	75	32,1	32,1	89,7
	4	24	10,3	10,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	159	67,9	67,9	67,9
	2	44	18,8	18,8	86,8
	3	25	10,7	10,7	97,4
	4	6	2,6	2,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	68	29,1	29,1	29,1
2	119	50,9	50,9	79,9
3	44	18,8	18,8	98,7
4	3	1,3	1,3	100,0
Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	130	55,6	55,6	55,6
2	84	35,9	35,9	91,5
3	18	7,7	7,7	99,1
4	2	,9	,9	100,0
Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	88	37,6	37,6	37,6
2	40	17,1	17,1	54,7
3	58	24,8	24,8	79,5
4	48	20,5	20,5	100,0
Total	234	100,0	100,0	

DJGLS10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	179	76,5	76,5	76,5
2	27	11,5	11,5	88,0
3	25	10,7	10,7	98,7
4	3	1,3	1,3	100,0
Total	234	100,0	100,0	

DJGLS 11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	99	42,3	42,3	42,3
2	118	50,4	50,4	92,7
3	15	6,4	6,4	99,1
4	2	,9	,9	100,0
Total	234	100,0	100,0	

c. Kuesioner Dukungan Keluarga**Dukungan Keluarga 1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	1,7	1,7	1,7
2	13	5,6	5,6	7,3
3	33	14,1	14,1	21,4
4	184	78,6	78,6	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	1,3	1,3	1,3
2	17	7,3	7,3	8,5
3	38	16,2	16,2	24,8
4	176	75,2	75,2	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	1,3	1,3	1,3
2	16	6,8	6,8	8,1
3	39	16,7	16,7	24,8
4	176	75,2	75,2	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	3,8	3,8	3,8
2	27	11,5	11,5	15,4
3	50	21,4	21,4	36,8
4	148	63,2	63,2	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	2,1	2,1	2,1
2	14	6,0	6,0	8,1
3	39	16,7	16,7	24,8
4	176	75,2	75,2	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	,9	,9	,9
2	23	9,8	9,8	10,7
3	36	15,4	15,4	26,1
4	173	73,9	73,9	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	3,0	3,0	3,0
2	37	15,8	15,8	18,8
3	49	20,9	20,9	39,7
4	141	60,3	60,3	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	8	3,4	3,4	3,4
	2	29	12,4	12,4	15,8
	3	44	18,8	18,8	34,6
	4	153	65,4	65,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	9	3,8	3,8	3,8
	2	29	12,4	12,4	16,2
	3	48	20,5	20,5	36,8
	4	148	63,2	63,2	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	1,7	1,7	1,7
	2	19	8,1	8,1	9,8
	3	46	19,7	19,7	29,5
	4	165	70,5	70,5	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	,9	,9	,9
	2	27	11,5	11,5	12,4
	3	45	19,2	19,2	31,6
	4	160	68,4	68,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	29	12,4	12,4	12,4
	2	44	18,8	18,8	31,2
	3	38	16,2	16,2	47,4
	4	123	52,6	52,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	,4	,4	,4
	2	23	9,8	9,8	10,3
	3	36	15,4	15,4	25,6
	4	174	74,4	74,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	,9	,9	,9
	2	15	6,4	6,4	7,3
	3	43	18,4	18,4	25,6
	4	174	74,4	74,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	1,3	1,3	1,3
	2	24	10,3	10,3	11,5
	3	39	16,7	16,7	28,2
	4	168	71,8	71,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	1,3	1,3	1,3
	2	16	6,8	6,8	8,1
	3	40	17,1	17,1	25,2
	4	175	74,8	74,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	3,0	3,0	3,0
	2	22	9,4	9,4	12,4
	3	49	20,9	20,9	33,3
	4	156	66,7	66,7	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	1,3	1,3	1,3
	2	21	9,0	9,0	10,3
	3	40	17,1	17,1	27,4
	4	170	72,6	72,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Dukungan Keluarga 19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	2,6	2,6	2,6
	2	28	12,0	12,0	14,5
	3	38	16,2	16,2	30,8
	4	162	69,2	69,2	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

DukunganKeluarga20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	4,3	4,3	4,3
	2	28	12,0	12,0	16,2
	3	39	16,7	16,7	32,9
	4	157	67,1	67,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

d. Penyakit Penyerta**Penyakit Penyerta 1a**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	222	94,9	94,9	94,9
	1	12	5,1	5,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 1b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	224	95,7	95,7	95,7
	1	10	4,3	4,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 1c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	228	97,4	97,4	97,4
	1	6	2,6	2,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 2a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	184	78,6	78,6	78,6
	1	50	21,4	21,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 2b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	189	80,8	80,8	80,8
	1	45	19,2	19,2	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 2c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	219	93,6	93,6	93,6
	1	15	6,4	6,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 3a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	231	98,7	98,7	98,7
	1	3	1,3	1,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 3b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	232	99,1	99,1	99,1
	1	2	,9	,9	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 3c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 4a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	215	91,9	91,9	91,9
	1	19	8,1	8,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 4b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	216	92,3	92,3	92,3
	1	18	7,7	7,7	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 4c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	231	98,7	98,7	98,7
	1	3	1,3	1,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 5a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	205	87,6	87,6	87,6
	1	29	12,4	12,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 5b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	214	91,5	91,5	91,5
	1	20	8,5	8,5	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 5c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	228	97,4	97,4	97,4
	1	6	2,6	2,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 6a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	233	99,6	99,6	99,6
	1	1	,4	,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 6b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	233	99,6	99,6	99,6
1	1	,4	,4	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 6c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	233	99,6	99,6	99,6
1	1	,4	,4	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 7a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 7b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 7c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 8a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 8b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 8c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 9a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 9b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 9c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 10a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 10b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 10c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 11a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 11b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 11c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	234	100,0	100,0	100,0

Penyakit Penyerta 12a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	173	73,9	73,9	73,9
1	61	26,1	26,1	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 12b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	193	82,5	82,5	82,5
1	41	17,5	17,5	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 12c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	199	85,0	85,0	85,0
1	35	15,0	15,0	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 13a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	230	98,3	98,3	98,3
1	4	1,7	1,7	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 13b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	230	98,3	98,3	98,3
1	4	1,7	1,7	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 13c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	230	98,3	98,3	98,3
1	4	1,7	1,7	100,0
Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 14a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	223	95,3	95,3	95,3
	1	11	4,7	4,7	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 14b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	223	95,3	95,3	95,3
	1	11	4,7	4,7	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Penyakit Penyerta 14c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	225	96,2	96,2	96,2
	1	9	3,8	3,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	



Lampiran 10. Dokumentasi Penelitian



Lampiran 11. *Curriculum Vitae*

A. Biodata Peneliti

Nama Lengkap : Bilkhisti Syahrani

NIM : 2211312002

Tempat/Tgl. Lahir : Kasai/14 Desember 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Alamat : Palapa Saiyo, Nagari Sungai Buluah Selatan,
Kecamatan Batang Anai, Kabupaten Padang
Pariaman, Sumatera Barat

B. Riwayat Pendidikan

TK Baiturridha : 2009-2010

SDN 28 Batang Anai : 2010-2016

MTsN 1 Padang : 2016-2019

SMAN 2 Padang : 2019-2022

Universitas Andalas : 2022- Sekarang



Lampiran 12. Surat Hasil Uji Etik

ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS PADANG
FACULTY OF NURSING ANDALAS UNIVERSITY PADANG

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION" No.744.layaketik/KEPKFKEPUNAND

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Bilkhisti Syahrani
Principal In Investigator

Nama Institusi : Universitas Andalas
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

**"Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia Di Wilayah Rural
Nagari Sungai Buluah Selatan Kabupaten Padang Pariaman"**

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

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

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal **07 April 2026** sampai dengan tanggal **07 April 2027**.

This declaration of ethics applies during the period April 07, 2026 April 07, 2027

April 07, 2026
Professor and Chairperson,

Rika Sabri



 Page 2 of 190 - Integrity Overview

Submission ID: urn:oid:3618142250459

7% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Cited Text
- Small Matches (less than 20 words)

Exclusions

- 67 Excluded Sources

Top Sources

4%		Internet sources
1%		Publications
5%		Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.


IRA ERWIN

 Page 2 of 190 - Integrity Overview

Submission ID: urn:oid:3618142250459