



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN DEPRESI LANSIA DI  
PANTI SOSIAL TRESNA WHERDA DESA BADARO KECAMATAN  
BHATIN VII KABUPATEN BUNGO PROPINSI JAMBI  
TAHUN 2010**

**SKRIPSI**



**HIDAYAH  
07921099**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG 2010**



Ya Allah

Pergayakan Diriku Dengan Ilmu

Muhafatkanlah aku dengan Takwa dan Perinda' Aku dengan Kesehatan  
(H. R. Ibnu Majjar dan Ibnu Umar)

Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang,

Kunci ini pembuka Khasanah sang Raja.

Karena Tuhan, segenap pikiran bangkit, kalimat pun tercurah;

Jadilah Nama-Nya sebagai penutup bacaanmu.

Sebelum kena majadan makhsuf-makhsuf, nan fana,

Sebelum tiap Hakekat Abadi,

Jari-jemari-Nya menyemarakkan Kalam Abdi,

Tangan-Nya menyungkapkan Rahasiah-rahasiah Lelangit,

Disusun-Nya mentari dengan perhatian berfanaan,

Dia bagi Bumi dengan rerumputan, Lautan dengan Mutiara.

Segenap pemuka Keimanan dipimpun-Nya.

Dia stiar kecerdasan, yang lain Dia butakan;

Dia tanda kening mereka yang hidup dalam kesafian,

Dan kedaulatan bagi Raja yang bertongkat Kuasa.

Tak, sesuatu pun Dia berikan kepada rancangan Manusia-manusia yang tiada peduli

Namun Mertugangkan Dosa-dosa mereka yang bertaubat kepada-Nya;

Dia tenangkan terakn hati nan cemas,

Dan bagi yang mengenal-Nya, Dia tanamkan Tuntunan.

Dialah yang Awal dan Akhir,

Sebelum periksa-Nya membentangkan dua Dunia kg dalam Mauit,

Rangkaiannya zaman-nya tak lain hanyalah sebuah nafas.....

Lempung Nizam, dinyaf-nyaf-Nya dengan kafi-Nya,

Sebuah alur adalah tempat bersemi Benih-benih Ilahi

(Syair Nizam)

Kupersembangkan

Goresan karya ini untuk yang tercinta

Ayahanda (H. Ahyat Syam) Ibunda (Hj. Fatimah) serta yang tercinta

Istriku ROSNIZAR dan Anak-anakku Nana dan Iza

Beserta sahabat-sahabatku (Da Is, Indra, Agus, Yose, Irma, Derr, Khaidir,

Tuheim, Salman, Koto, Buk. Mita, Utiang, Sari, Ayu, Yenta)

sangat special ntuk Bu Cheri dan kedua

Adik-adikku Ifti dan Hayati

Atas kefulnessan, pengorbanan, kasih sayang serta doa yang selalu dimohonkan

Kepada Allah SWT dalam menyertaku untuk meraih cita-cita ini

## UCAPAN TERIMAKASIH



Alhamdulillahirabbilaa'lamiin, segala puji dan syukur atas segala kemudahan, rahmat dan karunia yang telah diberikan Allah SWT, sehingga penulis telah dapat menyusun dan menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Hubungan Mekanisme Koping Dengan Depresi Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Desa Badaro Kecamatan Bhatin VII kabupaten Bungo Propinsi Jambi tahun 2010”**. Shalawat dan salam untuk baginda Rasullullah SAW yang telah membawa Islam sehingga kita dapat merasakan indahnya Islam yang Rahmatallillaa'lamiin.

Selama penyusunan Skripsi ini, penulis mendapatkan bimbingan, bantuan, dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada **Ibu Gusti Sumarsih S.kp** sebagai pembimbing I dan **Fitrayeni S.kp** sebagai pembimbing II yang telah memberikan motivasi, memberikan semangat, bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan pengetahuan, bimbingan, koreksi, kritik dan saran, sehingga Skripsi ini dapat diselesaikan.

Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Bapak dr. Zulkarnain Edward, MS, Ph.D selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.
2. Bapak M. Yusuf.SH Selaku Kepala Dinas Sosial Kabupaten Bungo beserta staf yang telah memberikan Izin dalam pengambilan data.

3. Kepala Puskesmas Sungai Arang Beserta staf. Yang telah memberi arahan serta petunjuk kepada peneliti
4. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama perkuliahan.
5. Dosen penguji yang nantinya akan memberikan kritik dan saran demi kesempurnaan proposal ini.
6. Ayahanda H.Ahyat Syam dan Ibunda Hj. Fatimah serta kakak dan adik-adiku yang telah mengiringi setiap langkahku dengan Do'a, mencurahkan perhatian dan pengorbanan tak terhingga serta tak hentinya memotivasiku untuk menyelesaikan pendidikan tepat pada waktunya.
7. Teristimewa untuk istriku tercinta Rosnizar serta Anak-anaku Dayana dan Maiza yang selalu mengiringi langkahku dengan Doa, dukungan, kesabaran, pengertian, pengorbanan yang tak terhingga selama orang yang ia cintai mengikuti pendidikan.
8. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i B2 07 PSIK FK Unand yang telah banyak membantu dan memberikan dukungan, semangat dan saran-saran dalam penyusunan skripsi ini
9. Seluruh teman-teman karibku Uniang, Yosse, Citra, Khaidir, Iswandi, Indra, Abun, Salman, Irma, Ayu, Yenita, dan semuanya yang tidak dapat saya tulis satu-persatu, Terima kasih buat doa-doa dan dukungannya semoga Allah SWT membalas kebaikan kalian padaku. Amieenn.....

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis berharap kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhirnya terima kasih untuk semua bimbingan, arahan, kritikan, dan saran yang telah diberikan oleh semua pihak, penulis hanya bisa mendoakan agar semua kebaikan dibalas oleh Allah SWT, Amin Yaa Rabbal Alamin.

Padang, April 2010

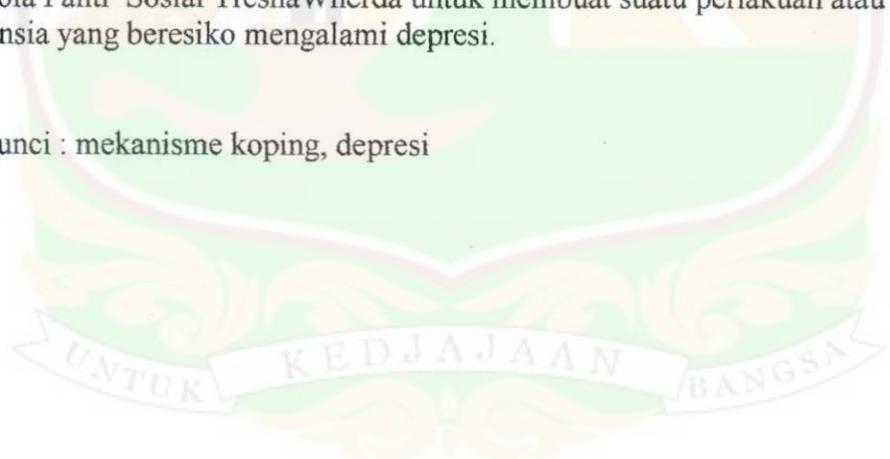
Penulis



## ABSTRAK

Berdasarkan data demografi Internasional dari *Bureau of The Cencus USA* (1993), menyatakan bahwa kenaikan jumlah lansia Indonesia antara tahun 1990-2025 mencapai 414% kenaikan pesat itu terkait dengan harapan hidup penduduk Indonesia. Gangguan depresi pada lansia adalah suatu problema klinis dan kesehatan umum yang masih jauh dari sentuhan medis, social, dan ekonomi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan mekanisme koping dengan depresi pada usia lanjut di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII Kabupaten Bungo. Dilaksanakan dengan menggunakan rancangan studi cross sectional yang mempelajari hubungan variabel independent dan variabel dependen. Populasi pada penelitian ini adalah semua lansia yang tinggal di panti Wherda desa Badaro kecamatan Muko-Muko bhatin VII kabupaten Bungo yang berjumlah 188 orang lansia. Pengolahan dan analisi data dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisi univariat dilakukan dengan analisi deskriptif untuk melihat gambaran mekanisme koping dan depresi pada lansia. Analisis bivariat dengan uji Chi-Square untuk melihat hubungan mekanisme koping dengan depresi lansia. Dari hasil penelitian didapatkan 59,6% lansia yang melakukan mekanisme koping berfokus pada masalah, 40,4 % lansia yang melakukan mekanisme koping berfokus pada emosi. Hasil analisis bivariat membuktikan adanya hubungan bermakna antara mekanisme koping dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bhatin VII dengan  $p = 0,028$ . Diharapkan agar pada pengelola Panti Sosial TresnaWherda untuk membuat suatu perlakuan atau intervensi bagi lansia yang beresiko mengalami depresi.

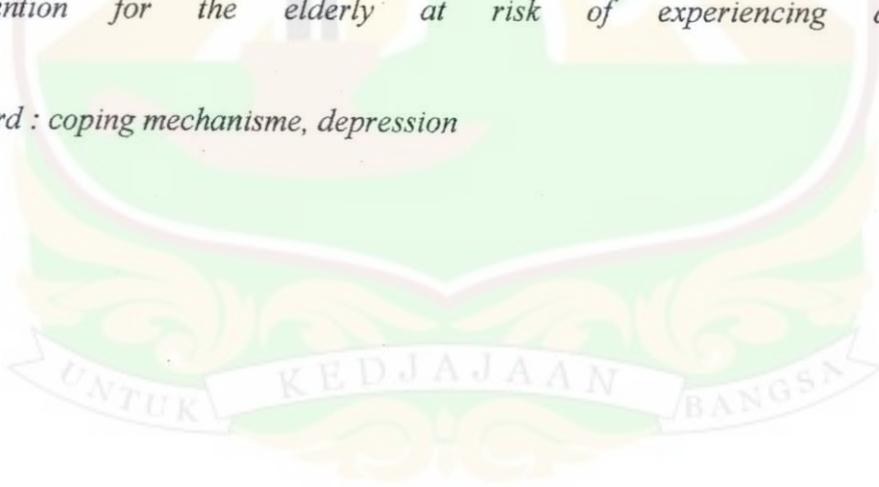
Kata kunci : mekanisme koping, depresi



## ABSTRACT

Based on demographic data from the International Bureau of the Cencus USA (1993), stating that increases in the number of elderly Indonesia between 1990-2025 to reach 414% was associated with a rapid increase in life expectancy of the Indonesian population. Depression in elderly is a clinical and public health problems that are still far from the touch of a medical, social, and economic. This study aimed to know the relationship between coping mechanisms with depression in the elderly in the Nursing Home Social Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII Kabupaten Bungo. Conducted using cross sectional study design to investigate the relationship of independent variables and the dependent variable. The population in this study were all elderly living in nursing Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII Kabupaten Bungo which amounts to 188 elderly people. Data processing and analysis was univariate and bivariate. Univariate analysis was done by descriptive analysis to see the picture of the mechanism of coping and depression in the elderly. Bivariate analysis using Chi-Square to see the relationship with depression coping mechanisme of the elderly. From the results, 59.6% elderly who do focus on the problem of coping mechanisms, 40.4% elderly who do focus on emotional coping mechanisms. Results of bivariate analysis to prove the existence of a significant relationship between coping mechanisms and the occurrence of depression in elderly in the Nursing Home Social Tresna Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII with  $p = 0.028$  Managers are expected to be at Social House Tresna Wherda to make a treatment or intervention for the elderly at risk of experiencing depression.

keyword : coping mechanisme, depression



## DAFTAR ISI

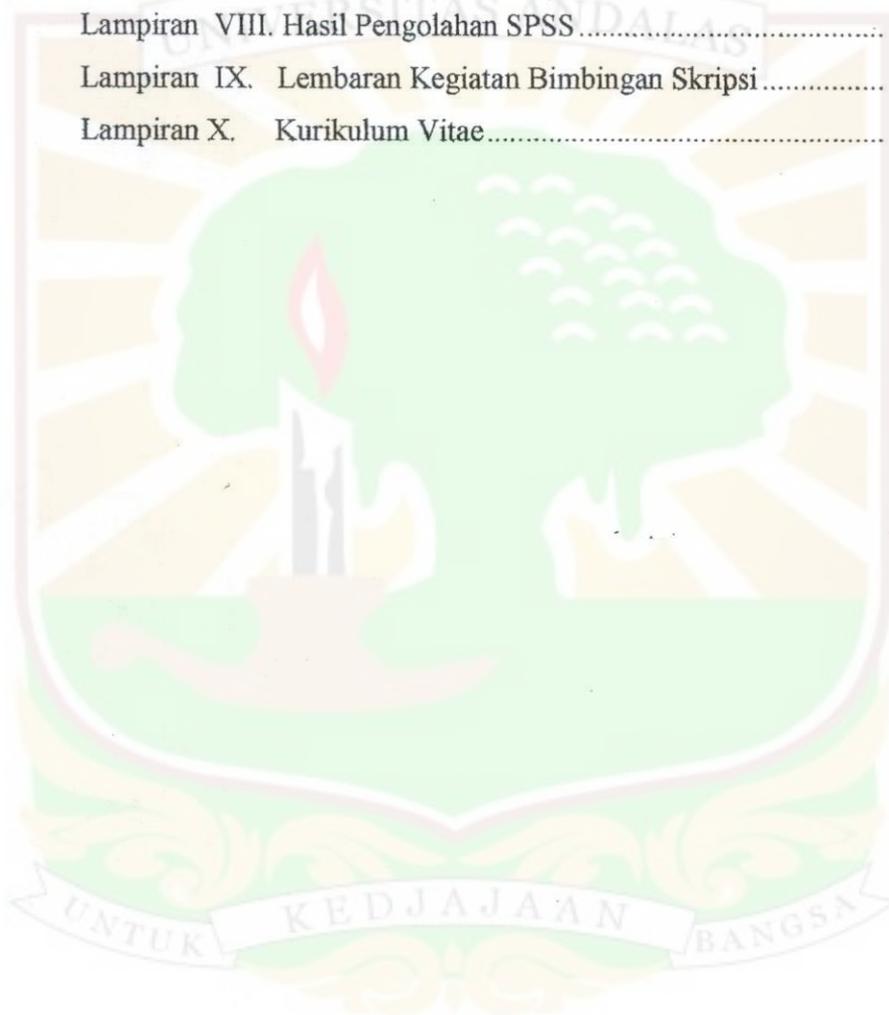
<b>PERSYARATAN GELAR</b> .....	i
<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING</b> .....	ii
<b>PENETAPAN PANITIA PENGUJI</b> .....	iii
<b>UCAPAN TERIMA KASIH</b> .....	iv
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	
1. Tujuan Umum .....	7
2. Tujuan Khusus .....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep lanjut usia .....	9
1. Pengertian .....	9
2. Pembagian usia lanjut .....	9
3. Proses penuaan.....	9
4. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia.....	11
B. Mekanisme koping.....	13
1. Defenisi.....	13
2. Pembagian mekanisme koping .....	14
3. Skala mekanisme koping .....	19
C. Depresi .....	20
1. Definisi .....	20
2. Etiologo.....	20
3. Gejala-gejala depresi .....	23
4. Tingkat depresi .....	24

5. Jenis depresi.....	26
6. Depresi pada lansia.....	27
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b>	
A. Kerangka Konseptual.....	29
B. Hipotesa.....	30
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain penelitian.....	31
B. Waktu dan tempat penelitian.....	31
C. Populasi dan Sampel.....	31
D. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional.....	33
E. Instrumen penelitian.....	34
1. Mekanisme koping.....	34
2. Variabel depresi.....	34
F. Metode pengumpulan data.....	34
G. Etika Penelitian.....	36
H. Teknik pengumpulan data.....	37
I. Analisa data.....	37
1. Analisa univariat.....	37
2. Analisa bivariat.....	37
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
A. Hasil Univariat.....	39
B. Hasil Bivariat.....	40
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
A. Analisa Univariat.....	41
B. Analisa Bivariat.....	44
<b>BAB VII PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	47
B. Saran.....	47

**DAFTAR PUSTAKA**

## LAMPIRAN

Lampiran I.	Jadwal Kegiatan Penelitian .....	48
Lampiran II.	Surat Pengambilan Data .....	49
Lampiran III.	Surat Izin Penelitian .....	50
Lampiran IV.	Permohonan jadi Responden.....	51
Lampiran V.	Informed Consent.....	52
Lampiran VI.	Kuisisioner.....	53
Lampiran VII.	Master Tabel.....	54
Lampiran VIII.	Hasil Pengolahan SPSS.....	55
Lampiran IX.	Lembaran Kegiatan Bimbingan Skripsi.....	56
Lampiran X.	Kurikulum Vitae.....	57



## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 1.</b> Skala Cope .....	19
<b>Tabel 2.</b> Definisi Operasional.....	33
<b>Tabel 3.</b> Distribusi Frekwensi Mekanisme Koping responden di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Bathin VII .....	39
<b>Tabel 4.</b> Distribusi Frekwensi Kejadian Depresi Lansia Di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Bathin VII .....	39
<b>Tabel 5.</b> Hubungan Mekanisme Koping dengan Depresi pada usia lanjut di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Bathin VII Kabupaten Bungo.....	40

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Lansia merupakan kelompok penduduk yang rentan masalah, baik masalah ekonomi, social, budaya, kesehatan, maupun psikologis. Kemunduran fisik pada lansia mengakibatkan penurunan-penurunan pada peranan-peranan sosialnya dan dengan berkurangnya kesibukan sosial maka akan mengakibatkan kurangnya integrasi dengan lingkungan (Nugroho, 1999). Pada saat perasaan isolasi meningkat maka lansia akan rentan terhadap depresi. (Harold et all, 1997).

Fenomena peningkatan lansia mengakibatkan perubahan struktur umur penduduk menjadi tua. Hal ini disebabkan oleh transisi epidimiologi yang berjalan sangat cepat bersama dengan transisi demografi di seluruh dunia, khususnya di Negara berkembang termasuk Indonesia. (Yvone S, 2003).

Pertumbuhan jumlah penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia tercatat paling pesat di dunia dalam kurun waktu 1990-2025. Jumlah lansia yang kini sekitar 16 juta orang, akan menjadi 25,5 juta orang pada tahun 2020, atau sebesar 11,37% dari jumlah penduduk. Berdasarkan data demografi Internasional dari *Bureau of The Cencus USA* (1993), menyatakan bahwa kenaikan jumlah lansia Indonesia antara tahun 1990-2025 mencapai 414% kenaikan pesat itu terkait dengan harapan hidup penduduk Indonesia. Dalam

sensus badan Pusat Statistik (BPS) 1998, harapan hidup penduduk Indonesia rata-rata 63 tahun untuk kaum pria, dan wanita 67 tahun (Kompas, 2002).

Di Negara berkembang, menurut prediksi WHO lebih dari dua pertiga kematian disebabkan oleh proses penuaan yang dihubungkan dengan penyakit tidak menular. Hal ini tentu saja akan mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan dan pelayanan social bagi negara-negara yang telah terbebani dengan penyakit menular, yang seringkali juga menyebabkan kematian (Yvonne S,2003).

Dari berbagai hasil penelitian, baik yang dilakukan oleh Livingstone dkk maupun Kua pada tahun 1990, menunjukkan adanya usia lanjut Indonesia yang semakin banyak agaknya tidak akan terbendung lagi seiring dengan meningkatnya usia harapan hidup. Menurut Biro Pusat Statistik (BPS) tahun 1992, jumlah orang usia lanjut di Indonesia pada tahun 2000 diproyeksikan sebesar 7,28% dan pada tahun 2020 adalah 11,34% (Darmojo. B dan Martono. H, 1999).

Gangguan depresi pada lansia adalah suatu problema klinis dan kesehatan umum yang masih jauh dari sentuhan medis, social, dan ekonomi. Selain menimbulkan penderitaan yang bermakna bagi kaum lansia, gangguan depresi dapat mengeksaserbasi morbiditas dan disabilitas, yang pada gilirannya dapat menyebabkan disrupti dalam suatu keluarga (Dharmady A,2002).

Diperkirakan dimasa mendatang (2020) pola penyakit Negara berkembang akan berubah, yaitu depresi berat unipolar akan menggantikan

penyakit-penyakit saluran pernafasan bawah sebagai urutan teratas. Kejadian depresi lebih tinggi pada lansia wanita dibandingkan lansia pria, hal ini mungkin dihubungkan dengan kehilangan peran dan harga diri. Pada lansia pria, komplikasi dalam pernikahan dan penyakit kronis menjadi faktor yang berkontribusi terjadinya depresi (Ranjit N Ratnaike, 2002). Sedangkan Kraepelin (1899) menggambarkan depresi terjadi akibat menopause pada wanita dan selama masa dewasa akhir pada pria (Harold et al, 1997).

Masih kurangnya pemahaman akan gangguan depresi pada lansia dapat membawa banyak dampak, baik pada lansia maupun pada keluarganya yang tidak selalu menyadari telah adanya gangguan depresi tersebut. Gejala-gejala yang timbul seringkali dianggap sebagai bagian dari proses penuaan normal. (Dharmady A, 2002). Perubahan nilai sosial masyarakat yang mengarah kepada tatanan masyarakat individualistik, menyebabkan para lansia kurang mendapat perhatian sehingga sering tersisih dari kehidupan masyarakat dan menjadi terlantar. Kurang kontak sosial ini menimbulkan perasaan kesepian dan murung. Hal ini tidak sejalan dengan hakekat manusia sebagai makhluk sosial yang dalam hidupnya selalu membutuhkan kehadiran orang lain (Siti P, 2001). Faktor psikososial yang menyebabkan depresi pada lansia adalah dukacita, kesepian, kematian, interaksi sosial yang kurang dan konflik yang terjadi pada lansia dengan teman maupun keluarga (Ranjit N Ratnaike, 2002).

Krouse (1986) dalam George L Maddox menyatakan bahwa beban kehidupan yang berat, yaitu dukacita yang memiliki hubungan yang sangat

penting dengan depresi pada lansia, hal ini sesuai dengan hasil survey nasional di Amerika Serikat dan Jepang. Berdasarkan penelitian Mendes de Leon et al (1994), menyatakan bahwa dukacita setelah janda/duda juga sangat berhubungan dengan peningkatan kejadian depresi pada lansia. Sedangkan Bruce dan Hoff (1994) dalam George L Maddox menemukan hubungan antara status sosial ekonomi dan depresi adalah diperantarai oleh isolasi sosial. Berdasarkan penelitian pada komunitas lansia oleh Bruce an Hoff (1994), ditemukan bahwa kemiskinan memiliki hubungan yang kuat terhadap resiko onset pertama dari depresi mayor. Pfifer dan Muller (1986) menyatakan bahwa kesehatan dan dukungan sosial memainkan peran penting dalam onset gejala depresi (William R Hazard, 1999). Lebih dari sepertiga lansia yang sendiri serta tergolong miskin mengakui memiliki keadaan depresi (Pirma S, 2003).

Penempatan lansia pada suatu institusi atau rumah rawat atau *nursing home* adalah seiring dipandang sebagai kegagalan dalam penatalaksanaan, tetapi hal ini merupakan pilihan terapy yang dipilih untuk memperbaiki kualitas kehidupan seseorang (Harold et all, 1997). Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) merupakan suatu institusi bersama pada lansia dengan fisik/kesehatan masih mandiri, tetapi ada keterbatasan dibidang sosial ekonomi (Boedhi D dan Hadi M, 2000). Umumnya para lansia menikmati hari tuanya di lingkungan keluarga, dalam keadaan tertentu mereka tidak tinggal di lingkungan keluarga sehingga dibutuhkan lembaga kesejahteraan sosial seperti salah satunya yaitu panti sosial tresna werdha yang memberikan

penampungan, jaminan hidup (makanan dan pakaian), pemeliharaan kesehatan, mengisi luang waktu, bimbingan sosial, mental, dan Agama (Handayani, 2003).

Salah satu masalah psikologis yang dapat terjadi pada lansia adalah depresi. Depresi merupakan gejala yang berkaitan dengan alam perasaan seperti sedih, murung, cemas atau tertekan (Greist Jh, Jefferson JW, 1984). Menurut WHO depresi akan menduduki urutan teratas di Negara berkembang termasuk Indonesia. Bahkan Key dkk menyatakan bahwa depresi merupakan salah satu gangguan yang paling sering dijumpai pada lansia diatas 65 tahun. Prevalensi sebesar 85% (Darmojo. B dan Martono. H, 1999). Dalam menghadapi perubahan-perubahan psikologis ini perlu cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam yang dikatakan dengan Mekanisme koping.

Menurut Dadang (2004) individu yang mengalami stres berat cenderung menggunakan mekanisme koping berfokus pada emosi sedangkan stres ringan dan sedang berfokus pada masalah. Selanjutnya Carver dkk menyeleksi beberapa orang yang menderita kanker dan mengukur bagaimana mereka melakukan koping selama satu tahun berikutnya, hasilnya menunjukkan bahwa koping berfokus pada emosi memiliki tingkat stres yang lebih tinggi. (Davidson, 2006). Sementara keberhasilan koping yang berfokus pada masalah tergantung kepada cara pasien memanejemen penyakit mereka sendiri. Salah satu contoh keuntungan koping yang berfokus pada masalah

ialah kehati-hatian pasien dalam mengobati diri mereka sendiri dalam perawatan penyakit diabetes yang dideritanya. Dan contoh lain ialah mengurangi usaha, kerja dan latihan setelah pasien didiagnosis menderita penyakit angina. Akan tetapi koping yang berfokus tidaklah selalu berhasil dalam penyembuhan. Koping yang berfokus hanya dapat menjadi alat yang produktif. Berbahayanya koping yang berfokus pada masalah terlihat pada pasien yang menjalani pemulihan dari penyakit infark miokard. Mereka akan mencoba akan melakukan latihan keras ketika mereka dalam kondisi pemulihan dan ini akan sangat berbahaya (Psychological Impact of Physical Illness, 2010).

Di propinsi Jambi ada beberapa Panti Sosial Wherda, salah satunya adalah Panti Sosial Wherda yang letaknya di Desa Badaro kecamatan Muko-muko Bathin VII Kabupaten Bungo Profinsi Jambi. Berdasarkan observasi dan wawancara pada studi pendahuluan yang peneliti lakukan dengan petugas panti, dinyatakan bahwa jumlah usia lanjut yang ada 188 orang, usia mereka rata-rata antara 60 sampai dengan 90 tahun kebanyakan mereka dari suku Melayu dan para usia lanjut dalam panti tersebut masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari, seperti mandi, makan, berjalan.

Dari studi pendahuluan yang peneliti lakukan selama 3 hari (25-27 Maret 2010) di PSTW desa Badaro, berdasarkan hasil uji Geriatric Depression Scale dari 12 orang usia lanjut yang diwawancarai, didapat bahwa 8 orang lansia terindikasi mengalami depresi, 3 orang mengalami kemungkinan depresi dan 1 orang lansia mengalami bukan depresi.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan mekanisme coping dengan depresi pada usia lanjut di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII Kabupaten Bungo.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang dapat diangkat adalah apakah ada hubungan mekanisme coping dengan Depresi Pada Usia Lanjut di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII Kabupaten Bungo.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan mekanisme coping dengan depresi pada usia lanjut di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII kabupaten Bungo.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui hubungan mekanisme coping yang berfokus pada masalah dengan depresi pada usia lanjut di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII kabupaten Bungo.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep lanjut usia

##### 1. Pengertian

Menurut Depkes (2001) yang dimaksud dengan lanjut usia adalah seorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih, baik yang secara fisik masih berkemampuan (potensial) maupun karena sesuatu hal tidak lagi mampu berperan secara aktif dalam pembangunan (tidak potensial).

##### 2. Pembagian Usia lanjut

Menurut WHO yang dikutip dari Nugroho (1995) umur tua dibagi dalam :

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

##### 3. Proses penuaan

Proses penuaan sudah mulai terjadi sejak perubahan atau konsepsi dan berlangsung sampai pada saat kematian. Proses penuaan mengakibatkan terganggunya berbagai organ di dalam tubuh seperti system gastro intestinal, system genitor urinaria, system endokrin, system imunologis, system serebrovaskuler dan system saraf pusat, dan sebagainya (Depkes RI,2001)

Ada 2 teori yang menerangkan terjadinya proses penuaan yaitu teori biologis dan teori social (hardywinito,1999) :

a. Teori biologis

1. Teori genetic
2. Teori non genetic

Teori ini merupakan teori ekstrinsik yang terdiri dari :

- Teori cross-link (cross-link theory)

Menjelaskan bahwa molekul kolagen dan zat kimia mengubah fungsi jaringan yang kaku pada proses penuaan, mengakibatkan terjadinya jaringan yang kaku pada proses penuaan.

- Teori kekebalan ( immunologic theory)

Teori ini menjelaskan bahwa perubahan pada jaringan limfoid mengakibatkan tidak adanya keseimbangan dalam sel T sehingga produksi antibody dan kekebalan menurun.

b. Teori sosial

1. Teori interaksi social (social exchange teori)

Teori ini menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada suatu situasi tertentu berdasarkan atas dasar hal-hal yang dihargai masyarakat.

2. Teori penarikan diri (Disengagement theory)

Teori ini merupakan teori social tentang penuaan yang paling awal, dan pertama kali diperkenalkan oleh Cumming dan Henry (1961).

Menurut teori ini, seorang lanjut usia dinyatakan mengalami proses penuaan yang berhasil apabila ia menarik diri dari kegiatan terdahulu dan dapat memusatkan diri pada persoalan pribadi dan mempersiapkan diri menghadapi kematiannya.

### 3. Teori Aktivitas (activity theory)

Teori aktivitas dikembangkan oleh Palmore (1965) dan Lemon (1972) yang menyatakan, bahwa penuaan yang sukses bergantung dari bagaimana seorang lanjut usia merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitas tersebut selama mungkin.

### 4. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia

Menurut Nugroho (2000), seseorang yang lanjut usia akan mengalami perubahan-perubahan, baik perubahan fisik maupun perubahan mental. Perubahan ini sifatnya normal dan tidak dapat dihindari.

#### a. Perubahan-perubahan fisik

Perubahan fisik dapat terjadi mulai dari perubahan sel, system persarafan, system pendengaran, system penglihatan, system kardiovaskuler, system respirasi, system gastrointestinal, system genitourinaria, system endokrin, dan system musculoskeletal.

#### b. Perubahan mental

Menurut Hurlock dalam Depkes (2001), perubahan kecakapan mental pada usia lanjut adalah sebagai berikut :

1. Proses belajar malin memerlukan banyak waktu, makin sulit mempelajari hal-hal baru.

2. Pengurangan dalam kecakapan bernalar secara induktif dan deduktif
3. Berkurangnya kemampuan atau minat dalam kreatifitas
4. Ingatan kurang berfungsi dengan baik
5. Lebih sering mengingat-ingat masa lalu
6. Penurunan daya tampung kosa kata (walau tidak banyak)

Selain mengalami perubahan fisik dan mental, seorang lanjut usia juga akan mengalami perubahan-perubahan yang terjadi dalam hal psikososialnya. Menurut Nugroho (2000), perubahan-perubahan psikososial yang terjadi pada lanjut usi yaitu :

a. Pensiun

Nilai seseorang sering diukur oleh produktifitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun (purna tugas), ia akan mengalami kehilangan-kehilangan, antara lain :

1. Kehilangan financial
  2. Kehilangan status
  3. Kehilangan teman / kenalan / relasi
  4. Kehilangan pekerjaan / kegiatan
- b. Merasakan atau sadar akan kematian
- c. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan

- d. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan, meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
- e. Penyakit kronis dan ketidakmampuan
- f. Gangguan saraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian
- g. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan
- h. Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan family
- i. Hilangnya kekuatan dan ketegangan fisik : perubahan terhadap gambaran diri dan perubahan konsep diri.

## **B. Mekanisme Koping**

### **1. Defenisi**

Mekanisme Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. (Brunner dan Sudart,2002)

Menurut Lazarus mekanisme koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

Jadi dapat disimpulkan bahwa mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dalam situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku.

## 2. Pembagian mekanisme koping

Menurut Lazarus dalam Bruner dan Suddart (2002) mekanisme koping dibagi menjadi 2, yaitu :

### a. Mekanisme koping berfokus pada masalah

Berhasil atau tidaknya koping yang berfokus pada masalah untuk mengatasi masalah adalah berpusat pada manajemen pasien terhadap penyakit mereka sendiri. Namun, koping berfokus pada masalah tidak selalu dapat bermanfaat.

Mekanisme koping yang berfokus pada masalah adalah cara yang melibatkan kegiatan-kegiatan dan usaha-usaha langsung dilakukan seseorang untuk menyelesaikan masalah, melibatkan proses kognitif,afektif dan psikomotor, misalnya dengan cara :

- 1) Berbicara dengan orang lain (teman, anggota keluarga, perawat) tentang masalahnya dengan cara berdiskusi untuk mengatasi/memecahkan masalahnya dan mencari jalan keluar dari informasi yang lain.
- 2) Mencari tahu lebih banyak tentang situasi yang dihadapi melalui buku, surat kabar atau orang yang ahli, menanyakan keadaannya kepada perawat atau orang yang lebih ahli (dokter).
- 3) Melakukan pelatihan penanganan stres, misalnya pelatihan pernafasan, meditasi dan visualisasi dengan cara menonton televisi, membaca majalah atau koran untuk mengalihkan/menghilangkan stres.

- 4) Membuat berbagai alternatif tindakan dalam mengatasi situasi.
- 5) Berhubungan dengan kekuatan supranatural, melakukan ibadah yang teratur, agar menambah percaya diri dan pandangan positif berkembang.

b. Mekanisme koping yang berfokus pada emosi

koping yang berfokus pada emosi dapat bermanfaat atau berbahaya. Relaksasi adalah hal paling buruk, gangguan dan bahkan mungkin memiliki efek emosional atau fisiologis menguntungkan. Citra dapat digunakan untuk membantu pasien merasa lebih terkendali. Sebaliknya, berpura-pura bahwa penyakit yang serius adalah sepele, menggunakan alkohol berlebihan, fokus kekecewaan dan kemarahan pada dokter atau tetap menderita untuk diri sendiri semua bisa merusak. Sekali lagi implikasi untuk klinisi jelas. Setelah mengetahui bahwa masalah perilaku oleh seorang pasien adalah upaya mengatasi masalah akan kontra produktif hanya untuk mencoba menghentikan perilaku itu. Sebaliknya, tenaga medis harus membantu pasien untuk mencari metode alternatif untuk koping.

Mekanisme koping yang berfokus pada emosi adalah proses tak sadar yang dipakai individu untuk melindungi dirinya, segera mengurangi dampak stresor atau menarik diri dari situasi, mekanisme koping ini sering disebut mekanisme pertahanan mental, terdiri dari :

### 1) Kompensasi

Proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.

### 2) Penyangkalan (denial)

Menyatakan ketidak sanggupaan terhadap realita tersebut. Mekanisme pertahanan ini adalah sederhana dan primitif

### 3) Pemindahan (displacement)

Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam jiwa.

### 4) Disosiasi

Pemindahan suatu kelompok proses mental atau perilaku dan kesadaran atau identitasnya.

### 5) Identifikasi

Proses dimana individu menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.

### 6) Intelektualisasi (intellectualization)

Penggunaan etika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.

7) Introjeksi (introjection)

Suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan melembur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok kedalam struktur egonya sendiri, merupakan hati nurani.

8) Isolasi

Pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.

9) Proyeksi

Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi.

10) Rasionalisasi

Mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima masyarakat untuk menghalalkan/membenarkan impuls, perasaan, perilaku dan motif yang tidak dapat diterima.

11) Reaksi formasi

Pengembangan sikap dan pola perilaku dan merupakan ciri khas dari suatu taraf perkembangan yang lebih dini.

12) Regresi

Kemunduran akibat stres akibat perilaku dan merupakan ciri khas taraf perkembangan.

## 13) Refresi

Pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran, impuls atau ingatan yang menyakitkan atau bertantangan, dari kesadaran seseorang, merupakan pertahanan ego yang primer cenderung diperkuat oleh mekanisme lain.

## 14) Pemisahan (Splitting)

Sikap pengelompokan orang/keadaan hanya sebagian atau keseluruhan, semuanya baik/semuanya buruk, kegagalan untuk memadukan nilai-nilai positif dan negatif dalam diri sendiri.

## 15) Sublimasi

Penerimaan suatu sasaran penggantian yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyaluran secara normal.

## 16) Supresi

Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari, pengesampingan yang disengaja tentang bahan dari kesadaran seseorang, kadang-kadang dapat mengarah pada represi yang berikutnya.

## 17) Undoing

Tindakan/perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian tindakan/perilaku atau komunikasi sebelumnya, merupakan mekanisme pertahanan primitif.

### 3. Skala mekanisme koping

Instrumen yang digunakan untuk mengukur mekanisme koping adalah Instrumen COPE (Gerrald dkk, 2006). Dalam instrumen ini terdiri dari 12 item pernyataan. Pernyataan yang menunjukkan mekanisme koping yaitu 6 pertanyaan berfokus pada emosi dan 6 pertanyaan berfokus pada masalah.

**Tabel Skala Cope**

**Tabel. 1**

<u>Coping aktif</u> Saya mengonsentrasikan usaha saya dalam melakukan sesuatu sekitar situasi dimana saya berada.
<u>Penindasan aktivitas bersaing</u> Saya mengesampingkan aktivitas lain agar berkonsentrasi dalam hal ini
<u>Perencanaan</u> Saya mencoba memajukan sebuah strategi tentang apa yang harus dilakukan
<u>Pengendalian/pengekangan</u> Saya memastikan tidak memperbanyak masalah dengan bertindak terburu-buru.
<u>Penggunaan dukungan social</u> Saya memperoleh simpati dan pengertian dari seseorang
<u>Penyusunan ulang yang positif</u> Saya mencari hikmah dalam setiap kejadian.
<u>Agama</u> Saya meletakkan kepercayaan kepada tuhan
<u>Penerimaan</u> Saya menerima atas fakta yang terjadi
<u>Pengekangan/penolakan</u> Saya menolak untuk percaya bahwa hal itu terjadi
<u>Pelepasan perilaku</u> Saya menyerah untuk berusaha mengatasi masalah
<u>Penggunaan humor</u> Saya membuat lelucon tentang hal itu.
<u>Selingan diri sendiri</u> Saya menonton film, Menonton TV, atau membaca untuk mengalihkan perhatian dari hal itu

## C. Depresi

### 1. Definisi

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa dan perasaan kosong (Keliat, 1996). Depresi juga dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal, namun tidak mengalami gangguan realita (Hawari, 2004)

### 2. Etiologi

Menurut Hidayat (1994), penyebab-penyebab timbulnya depresi adalah :

#### a. Kekecewaan

Kekecewaan adalah ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan. Sumber kekecewaan yang paling sering dalam kehidupan adalah manusia, karena ada tekanan, kelemahan fisik dan lain sebagainya. Penyebab utama depresi pada umumnya adalah rasa kecewa dan kehilangan. Tidak ada orang yang mengalami depresi bila kenyataan hidupnya sesuai dengan harapannya.

#### b. Terperangkap

Terperangkap adalah perasaan terjebak yaitu menjadi tidak mampu untuk memperbaiki situasi yang tidak dapat di toleransi (Haye, 1995). Banyak orang depresi yang merasa dirinya terperangkap baik secara fisik maupun secara psikis. Seseorang yang melakukan hal-hal yang

bertentangan dengan hati nuraninya sering menjadi depresi, terutama bila ia merasa terperangkap dan tidak bias lepas dari hal tersebut. Berbagai keadaan dimana ia merasa terperangkap sehingga dia tidak merasa bebas, dapat membuatnya depresi. Malahan ada yang menjadi depresi karena dia terperangkap oleh kebebasannya sendiri (Iskandar,1994)

c. Penolakan

Penolakan adalah ketidakmampuan seseorang untuk mengakui secara sadar terhadap pikiran, keinginan, perasaan atau kebutuhan pada kejadian nyata atau sesuatu yang merupakan ancaman (Nugroho,2000).

d. Paska kuasa

Perubahan- perubahan social pada lansia banyak mencerminkan peran yang diberikan masyarakat pada warga negara yang berusia lanjut. Pada umumnya masa pensiun adalah masa dimana orang menyadari betapa tergantungnya ia pada pekerjaannya. Perubahan mendadak dalam kehidupan rutin barang tentu membuat lansia merasa tidak aman dan merasa kurang melakukan kegiatan yang berguna sehingga dapat terserang depresi (Mcghie,1996)

e. Kurang percaya diri

Hampir semua orang yang mengalami depresi merasa kurang percaya diri, sebagai penyebab depresinya. Padahal kebanyakan orang depresi mengakibatkan percaya diri hilang. Hal ini lebih jelas pada kepribadian

tertentu yang tidak puas dengan keadaannya. Hal ini diperhebat dengan rasa kecewa yang berlebihan. Biasanya kurang percaya diri ini disebabkan harapan yang diletakkan terlalu berlebihan, sehingga tidak pernah dicapai (Iskandar,1994)

f. Perbandingan yang pincang

Sebenarnya setiap perbandingan adalah pincang. Setiap kali seseorang membandingkan diri sendiri dengan orang lain yang mempunyai nilai lebih, depresi mungkin terjadi (Haye,1995). Akan tetapi penderita depresi justru senang membandingkan dirinya dengan orang lain.

g. Penyakit Kronis

Berbagai factor yang dapat menyebabkan depresi adalah organic misalnya individu yang mempunyai penyakit radang hati cenderung menemukan bahwa meskipun fisiknya telah sembuh, mereka tetap merasa lemah yang menyebabkan mereka tidak hanya malas, tetapi juga sering depresi (Haye,1995)

h. Ambivalensi

Ambivalensi ialah sikap mendua. Misalnya disatu pihak merasa benci tapi juga cinta. Atau sikap ramah tapi sebenarnya kasihan. Sikap-sikap yang ambivalensi ini sangat berbahaya dan sering penderitanya mengalami depresi (Iskandar,1994).

i. Kepribadian

Seseorang yang sakit jiwanya bias saja jatuh dalam depresi apabila yang bersangkutan tidak mampu menanggulangi stressor psikososial

yang dialaminya. Selain dari pada itu ada juga orang yang lebih rentan jatuh dalam keadaan depresi di bandingkan dengan orang lain. Orang yang lebih rentan (beresiko tinggi) biasanya mempunyai corak kepribadian depresif, yang ciri-cirinya antara lain : pemurung, mudah tersinggung, suka menarik diri, mudah putus asa, pesimis menghadapi masa depan, sulit menghadapi masa depan, sulit mengambil keputusan, tidak ada kepercayaan diri, tidak suka bergaul dan sebagainya (Hawari,2004).

Kehilangan adalah peristiwa hilangnya sesuatu atau orang yang sangat bernilai bagi seseorang (Nugroho,2000). Psikoanalisis dini menemukan bahwa karena depresi menyerupai suasana berkabung, mungkin penyebabnya juga serupa. Mereka juga percaya bahwa depresi disebabkan oleh factor kehilangan, misalnya kehilangan orang yang dicintai, hewan atau barang yang dihargai (Wilkinson,1995).

### 3. Gejala-gejala depresi

Menurut pedoman dan penggolongan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ) – III 91993) dalam Depkes (2002), gangguan depresi ditandai oleh beberapa gejala, yaitu :

- a. Gejala utama
  1. Mood terdepresi
  2. Kehilangan minat dan kegembiraan

3. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.

b. Gejala lainnya

1. Konsentrasi dan perhatian kurang
2. Harga diri dan kepercayaan diri kurang
3. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
4. Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
5. Gagasan atau perubahan membahayakan diri atau bunuh diri
6. Tidur terganggu
7. Nafsu makan berkurang

4. **Tingkat Depresi**

Depresi menurut Geriatric Depression Scale terbagi dalam 3 tingkatan yaitu tidak depresi, kemungkinan depresi, dan depresi sedang sampai berat. Sedangkan menurut PPDGJ – III depresi dibagi dalam 3 tingkatan yaitu depresi ringan, sedang, berat.

a. Depresi ringan

1. Sekurang-kurangnya harus ada 2 atau 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas
2. ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lain
3. Tidak boleh ada gejala berat diantaranya
4. Lamanya seluruh periode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu

5. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan social yang biasa dilakukan.

b. Depresi sedang

1. Sekurang-kurangnya harus ada 2 atau 3 gejala utama depresi seperti pada seperti episode depresi ringan
2. Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya
3. Lamanya seluruh periode berlangsung sekitar 2 minggu
4. menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan social. Pekerjaan dan urusan rumah tangga.

c. Depresi berat

1. Semua 3 gejala utama harus ada.
2. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat
3. Bila ada gejala penting, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan.
4. Episode depresi biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi bila gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu

5. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan social, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas

## 5. Jenis Depresi

Secara klinis praktis umumnya depresi dibedakan sebagai depresi ringan atau berat. Akan tetapi ada sindrom klinis tertentu yang dapat muncul pada lansia (Depkes,2001) yaitu :

### a. Depresi agitatif

Ditandai dengan aktivitas yang meningkat, mondar mandir, mengejar-ngejar orang, dan terus menerus meremas-remas tangan.

### b. Depresi dan anxietas

Gangguan cemas menyeluruh atau fobia dapat terjadi bersama-sama dengan depresi. Penelitian menunjukkan bahwa anxietas 15-20 kali lebih sering dijumpai pada lansia dengan depresi.

### c. Depresi terselubung

Tidak munculnya gejala atau mood terdepresi bukanlah suatu halangan untuk mendiagnosis depresi.

### d. Somatisasi

Gejala somatic dapat menyembunyikan gejala yang sesungguhnya dari gangguan depresi, namun dapat pula diperberat dengan adanya depresi.

### e. Pseudodemensia

Istilah ini diperuntukkan bagi pasien depresi yang menunjukkan gangguan memori yang bermakna seperti yang terjadi pada pasien demensia.

f. Depresi sekunder pada demensia

Pada stadium awal demensia sering dijumpai depresi, mungkin sebagai dampak menurunnya kemampuan secara progresif. Depresi dapat terjadi pada stadium akhir mungkin lebih banyak berhubungan dengan hilangnya fungsi neurotransmitter.

**6. Depresi pada lansia**

Depresi pada lanjut usia merupakan masalah psikogeriatric yang sering dijumpai dan perlu mendapat perhatian khusus. Mengenali depresi pada lansia memerlukan suatu keterampilan dan pengalaman, karena manifestasi gejala-gejala depresi klasik (perasaan sedih, kurang bersemangat, hilangnya minat atau hobi dan menurunnya aktivitas) sering tidak muncul. Tidaklah mudah untuk membedakan gejala psikotik akibat penyakit fisik dari gangguan depresi atau gejala somatic depresi dari efek penyakit fisik. Keduanya bias saja terjadi pada seorang individu lansia pada saat yang sama.

Sebagai petunjuk kearah depresi perlu diperhatikan tanda-tanda berikut : rasa lelah yang terus menerus bahkan juga sewaktu istirahat, hilangnya kesenangan yang biasanya dapat ia nikmati, dan mulai menarik diri dari kegiatan dan interaksi social (Depkes,2001)

Gambaran Klinis depresi pada lansia berbeda dibandingkan dengan pasien yang lebih muda. Pada lansia cenderung meminimalkan atau menyangkal mood depresinya dan lebih banyak menonjolkan gejala somatiknya, disamping mengeluh tentang gangguan memori. Pasien lansia umumnya kurang mau mencari bantuan psikiater karena kurang dapat menerima penjelasan yang bersifat psikologis untuk gangguan depresi yang mereka alami (Depkes,2001)



## BAB III

### KERANGKA KONSEP

#### A. Kerangka Konseptual

Emosi dan rangsangan fisiologis yang ditimbulkan oleh situasi stress sangat tidak nyaman, dan ketidaknyamanan ini akan memotivasi individu untuk melakukan sesuatu untuk menghilangkannya. Pada umumnya seseorang akan bereaksi terhadap ketidaknyamanan yang timbul dari situasi stress dalam bentuk respon tingkah laku atau pikiran, dan dikenal dengan mekanisme koping.

Akibat ketidak berdayaan individu dalam menerima kenyataan hidup yang mesti dijalani semua orang bisa mengalami gangguan kejiwaan pada alam perasaan, yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan sebagainya (Dadang Hawari).

Kerangka konseptual yang digunakan oleh peneliti adalah model pendekatan sistem variabel independent dan variabel dependen, kerangka konsep dalam penelitian ini seperti bagian berikut :



**B. Hipotesa**

1. Ada hubungan antara mekanisme coping yang berfokus pada masalah dengan depresi pada usia lanjut.
2. Ada hubungan antara mekanisme coping yang berfokus pada emosi dengan depresi pada usia lanjut



## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Dalam penelitian ini penulis menggunakan jenis penelitian korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, hasil yang diharapkan yaitu dapat diketahui ada tidaknya hubungan antara mekanisme koping dengan depresi pada lansia. (Notoadmodjo, 2002).

#### **B. Waktu dan tempat penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret 2010 sampai dengan bulan Mei 2010, penelitian ini dilaksanakan di Panti Werdha Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII Kabupaten Bungo Provinsi Jambi tahun 2010.

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

##### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia yang tinggal di panti Werdha desa Badaro kecamatan Muko-Muko bathin VII kabupaten Bungo yang berjumlah 188 orang lansia.

##### **2. Sampel**

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2002). Dengan kriteria sampel :

*Inklusi :*

- a) Lansia yang bisa tulis baca
- b) Lansia mampu berkomunikasi secara verbal dengan baik
- c) Bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian.

*Ekshlusi :*

- a) Lansia yang tidak menetap di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro
- b) Lansia buta huruf
- c) Lansia yang mengalami stroke, cacat fisik, sakit parah
- d) Masalah dalam hal pendengaran

Menurut Arikunto, cara pengambilan sampel adalah “apabila subjeknya kurang dari 100, lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi. Selanjutnya, jika jumlah subjeknya besar dapat diambil antara 10-15% atau 20-25% atau lebih, untuk menentukan besarnya sampel diambil 25% dari jumlah populasi dilihat dari keterbatasan waktu, tenaga, dan dana sehingga didapat jumlah sampel sebanyak 47 orang, tehnik pengambilan sampel secara *simple random sampling*.

#### D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Tabel. 2

Variabel	Definisi operasional	Skala	Alat ukur	Hasil ukur
1. Variabel independen mekanisme koping:				
a. Berfokus pada masalah	Cara yang dilakukan lansia untuk mengatasi masalah yang timbul dalam bentuk usaha-usaha langsung yang melibatkan, proses kognitif, afektif dan psikomotor	Ordinal	Kuisisioner terdiri dari 12 pertanyaan	Berfokus pada masalah apabila skor jawaban berfokus pada masalah lebih besar dari pada skor berfokus pada emosi.
b. Berfokus pada emosi	Cara yang dilakukan lansia untuk mengatasi masalah yang timbul berupa upaya penyangkalan atau menarik diri dari situasi			Berfokus pada emosi apabila skor jawaban berfokus pada masalah lebih kecil daripada emosi
2. Variabel dependen Depresi	Ketidak mampuan individu menyelesaikan masalah atau ancaman	Ordinal	Kuesioner terdiri dari 30 pertanyaan	bukan depresi Skor : 1-4 kemungkinan depresi Skor : 5-9 depresi Skor : $\geq 10$

## **E. Instrumen penelitian**

### **1. Mekanisme Koping**

Instrumen yang digunakan untuk mengukur mekanisme koping adalah Instrumen COPE (Gerrald dkk, 2006). Dalam instrumen ini terdiri dari 12 item pernyataan. Pernyataan yang menunjukkan mekanisme koping berfokus pada masalah adalah pernyataan nomor 1,2, 3, 4,5, 6, Sedangkan yang menunjukkan mekanisme koping berfokus pada emosi adalah pernyataan nomor 7,8,9,10,11 dan 12

### **2. Variabel Depresi**

Instrumen yang digunakan untuk mengukur depresi lansia adalah Geriatric Depression Scale (GDS) dalam instrumen ini terdiri dari 30 pertanyaan setiap jawaban yang bercetak **tebal** mempunyai nilai 1, untuk jawaban yang tidak dicetak tebal mempunyai nilai 0 (Ranjit N Raitnake 2002, Janet W 1998).

## **F. Metode pengumpulan data.**

Metode pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data (Arikunto, 2002).

1. Adapun metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner, yang disajikan dalam bentuk sedemikian rupa sehingga responden tinggal memberikan tanda contreng pada jawaban yang dianggap benar. Dimana untuk variabel mekanisme koping terdiri dari 12 pertanyaan, sedangkan variabel depresi terdiri dari 30 pertanyaan.

Kuesioner ini akan dibagikan dan diisi sendiri oleh responden setelah adanya izin dari institusi terkait.

2. Langkah awal dalam proses pengumpulan data adalah menentukan

a. Uji Coba

Sebelum melakukan penelitian, peneliti akan melakukan uji coba kuesioner terhadap 5 orang responden. Uji coba dilakukan untuk mengetahui apakah pertanyaan dalam kuesioner dapat dimengerti oleh responden dengan baik sehingga dapat digunakan sebagai sarana dalam pengumpulan data dalam proses penelitian. Responden yang diuji cobakan tersebut tidak termasuk dalam sampel penelitian.

b. Prosedur pengumpulan data.

Setelah melakukan uji coba, maka selanjutnya peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara menyebarkan kuesioner kepada responden yang dipilih sesuai dengan kriteria sampel dan meminta responden menandatangani *informed consent* dan mempersilahkan responden untuk mengisi jawaban pertanyaan yang ada dalam kuesioner.

Pengisian kuesioner dilakukan selama 30 – 60 menit dan didampingi oleh peneliti untuk memberikan penjelasan sekiranya terdapat hal-hal yang kurang jelas. Peneliti mengingatkan responden untuk mengisi seluruh pertanyaan dengan lengkap. Kuesioner yang telah diisi dikumpulkan dan diperiksa kelengkapannya, jika sudah lengkap peneliti

mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terima kasih kepada responden atas kerjasamanya.

#### **G. Etika penelitian.**

Sebelum dilakukan penelitian, peneliti meminta surat pengantar dari kampus Program Studi Ilmu keperawatan ke Dinas Sosial Kabupaten Bungo, setelah mendapatkan surat pengantar dari Kepala Puskesmas Sungai Arang peneliti langsung ke tempat penelitian yaitu Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bhatin VII Kabupaten Bungo untuk mendapatkan data awal. Peneliti akan melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1. *Informed Consent.*

Lembaran persetujuan ini diberikan pada responden yang akan diteliti memenuhi kriteria sebagai responden, bila subjek menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subjek.

2. *Anomity (tanpa nama).*

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberi kode. Informasi responden tidak hanya di rahasiakan tapi harus dihilangkan.

3. *Confidentiality.*

Kerahasiaan informasi responden dijamin peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

## H. Teknik Pengolahan Data

1. *Editing* yaitu memastikan data yang diperoleh adalah data yang benar terisi lengkap, relevan dan dapat dibaca dengan baik. Semua responden telah mengisi kuisioner dengan lengkap.
2. *Coding* yaitu pemberian kode pada setiap jawaban untuk memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.
3. *Entry* yaitu data dimasukkan dan diolah dengan menggunakan komputer.
4. *Cleaning* yaitu data yang telah di entry dicek kembali untuk memastikan bahwa data tersebut telah bersih dari kesalahan sehingga diharapkan data tersebut benar-benar siap untuk dianalisa.
5. *Tabulating* yaitu melakukan pengelompokan data ke dalam suatu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimilikinya, sesuai dengan tujuan peneliti yang akan memudahkan dalam melakukan analisa selanjutnya.

## I. Analisa Data

### 1. Analisa Univariat

Analisa ini digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase dari tiap-tiap variabel guna mendapatkan gambaran, distribusi frekuensi masing-masing variabel

### 2. Analisa Bivariat

Data diolah dengan menggunakan statistik *Chi-Square* untuk melihat hubungan variabel independen dengan variabel dependen dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ .

Rumus :

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

Keterangan :

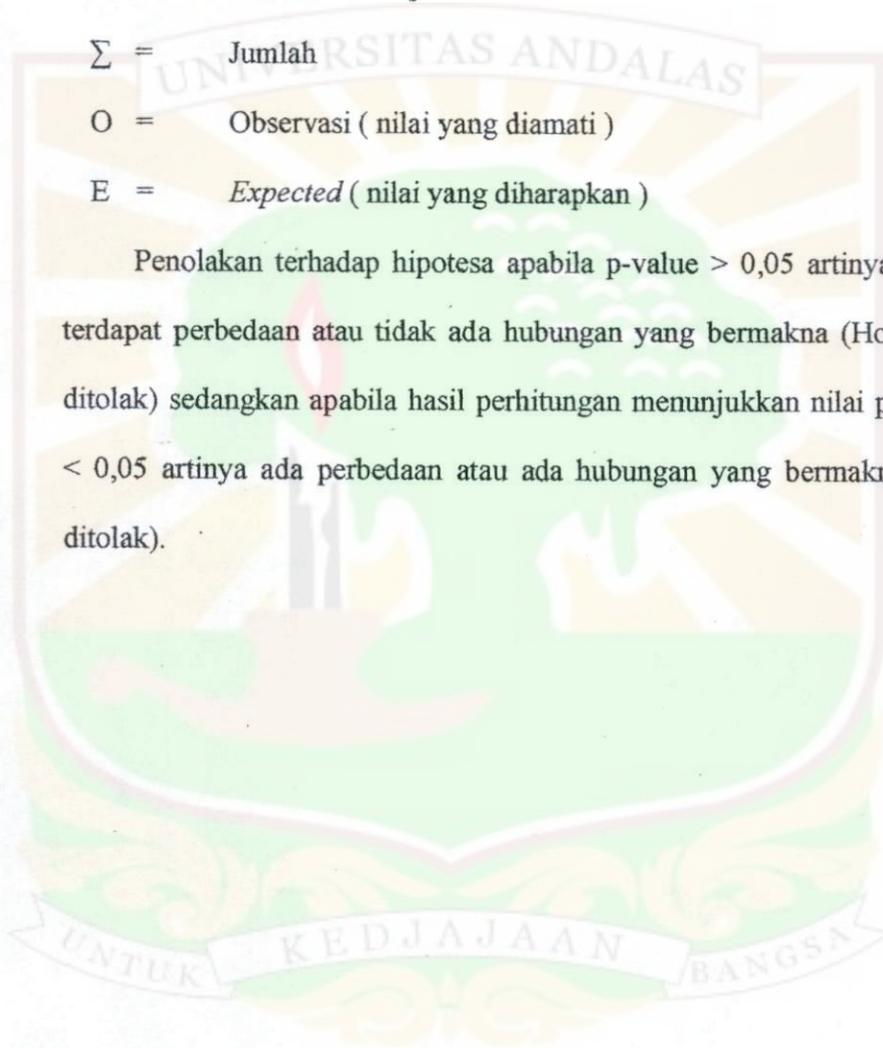
$X^2$  = Statistik *Chi-Square*

$\Sigma$  = Jumlah

O = Observasi ( nilai yang diamati )

E = *Expected* ( nilai yang diharapkan )

Penolakan terhadap hipotesa apabila p-value > 0,05 artinya tidak terdapat perbedaan atau tidak ada hubungan yang bermakna (Ho gagal ditolak) sedangkan apabila hasil perhitungan menunjukkan nilai p-value < 0,05 artinya ada perbedaan atau ada hubungan yang bermakna (Ho ditolak).



**BAB V**  
**HASIL PENELITIAN**

**A. Analisa Univariat**

Setelah dilakukan penelitian maka didapatkan hasil sebagai berikut :

**1. Mekanisme Koping Responden.**

Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Responden di Panti Sosial Tresna  
Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Tahun 2010

**Tabel. 3**

<b>Mekanisme Koping</b>	<b>Frekuensi (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Berfokus pada masalah	28	59,6
Berfokus pada emosi	19	40,4
<b>Jumlah</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Pada tabel 5.1 dapat dilihat bahwa dari 47 responden, lebih separuh (59,6 %) menggunakan mekanisme koping berfokus pada masalah.

**2. Kejadian Depresi Responden**

Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi Lansia di Panti Sosial Tresna Wherda  
Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Tahun 2010

**Tabel. 4**

<b>Kejadian Depresi</b>	<b>Frekuensi (n)</b>	<b>%</b>
Depresi	21	44,7
Kemungkinan Depresi	19	40,4
Bukan Depresi	7	14,9
<b>Jumlah</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa hampir separuh yaitu 44,7 % responden yang menjalani depresi.

## B. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini uji statistik yang digunakan adalah "*Chi-Square*" dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  % dan dengan ketentuan hubungan dikatakan bermakna jika  $p\text{-Value} \leq 0,05$ . Pada analisis bivariat ini dilakukan pengujian hubungan mekanisme koping dengan kejadian depresi, yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Hubungan Mekanisme Koping Dengan Depresi Pada Usia Lanjut di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bathin VII Kabupaten Bungo Tahun 2010

Tabel. 5

Mekanisme Koping	Kejadian Depresi Lansia						Total	
	Bukan Depresi		Kemungkinan Depresi		Depresi			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Berfokus pada masalah	12	42,9	15	53,6	1	3,6	28	100
Berfokus pada emosi	5	26,3	8	42,1	6	31,6	19	100
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>36,2</b>	<b>23</b>	<b>48,9</b>	<b>7</b>	<b>14,9</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Pada tabel 5.3 dapat di lihat bahwa dari 28 responden yang menggunakan mekanisme koping berfokus pada masalah sebagian besar mengalami kemungkinan depresi yaitu sebanyak 15 orang (53,6%), sedangkan dari 19 responden yang menggunakan mekanisme koping berfokus pada emosi mengalami kemungkinan depresi sebesar 42,1 %. Berdasarkan uji *Chi-Square* diperoleh nilai  $p = 0,028$  berarti terdapat hubungan bermakna antara mekanisme koping dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Desa Badaro Kecamatan Bhatin VII

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### A. Analisa Univariat

##### 1. Gambaran mekanisme koping responden

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Berdasarkan wawancara yang penulis lakukan dengan menggunakan kuisioner bahwa sebagian besar pasien (59,6 %) menggunakan mekanisme koping berfokus pada masalah. Hal ini dapat disebabkan karena sebagian besar dari responden sudah menggunakan cara-cara langsung untuk mengatasi masalah yang mereka hadapi seperti: sering mengajak seseorang berdiskusi memecahkan masalah yang dialami, membuat strategi lain dalam memecahkan masalah, rajin berdo'a dan beribadah secara teratur, menerima keadaan sekarang, ada keyakinan di dalam hati bahwa tinggal di panti dapat membantu, melakukan penanganan depresi dengan mengatasi masalah yang dialami.

Hasil ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmatul Ulfa (2008) tentang hubungan mekanisme koping dengan stres pada pasien kanker dalam mengatasi efek samping kemoterapi di ruangan kemoterapi bedah wanita RSUP Dr M Djamil Padang yang menemukan dari 32 responden, sebagian besar (62,5%) menggunakan mekanisme koping berfokus pada masalah.

Menurut Bruner dan Suddart (2002) mekanisme coping yang berfokus pada masalah adalah cara yang melibatkan kegiatan-kegiatan dan usaha-usaha langsung dilakukan seseorang untuk menyelesaikan masalah, melibatkan proses kognitif, afektif dan psikomotor, misalnya dengan cara :

Berbicara dengan orang lain (teman, anggota keluarga, perawat) tentang masalahnya dengan cara berdiskusi untuk mengatasi/memecahkan masalahnya dan mencari jalan keluar dari informasi yang lain. Mencari tahu lebih banyak tentang situasi yang dihadapi melalui buku, surat kabar atau orang yang ahli, menanyakan keadaannya kepada perawat atau orang yang lebih ahli (dokter). Melakukan pelatihan penanganan stres, misalnya pelatihan pernafasan, meditasi dan visualisasi dengan cara menonton televisi, membaca majalah atau koran untuk mengalihkan/menghilangkan stres. Membuat berbagai alternatif tindakan dalam mengatasi situasi. Berhubungan dengan kekuatan supranatural, melakukan ibadah yang teratur, agar menambah percaya diri dan pandangan positif berkembang.

## 2. Kejadian Depresi

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa lansia lebih banyak mengalami kemungkinan depresi (48,9 %), depresi 36,2 %, bukan depresi 14,9 %. Penelitian menunjukkan bahwa mereka merasa tidak nyaman, gelisah, sulit tidur, dan sebagainya. Hal dapat disebabkan karena tidak puas dalam kehidupannya, sangat berharap terhadap masa depannya, merasa resah dan gelisah, merasa memiliki banyak masalah dengan daya ingat dibanding kebanyakan orang.

Menurut Hidayat (1994) Kekecewaan adalah ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan. Sumber kekecewaan yang paling sering dalam kehidupan adalah manusia, karena ada tekanan, kelemahan fisik dan lain sebagainya. Penyebab utama depresi pada umumnya adalah rasa kecewa dan kehilangan. Tidak ada orang yang mengalami depresi bila kenyataan hidupnya sesuai dengan harapannya.

Iskandar (1994) mengungkapkan bahwa banyak orang depresi yang merasa dirinya terperangkap baik secara fisik maupun secara psikis. Seseorang yang melakukan hal-hal yang bertentangan dengan hatinya sering menjadi depresi, terutama bila ia merasa terperangkap dan tidak bias lepas dari hal tersebut. Berbagai keadaan dimana ia merasa terperangkap sehingga dia tidak merasa bebas, dapat membuatnya depresi. Malahan ada yang menjadi depresi karena dia terperangkap oleh kebebasannya sendiri.

Selain itu penyebab depresi adalah penolakan yang merupakan ketidakmampuan seseorang untuk mengakui secara sadar terhadap pikiran, keinginan, perasaan atau kebutuhan pada kejadian nyata atau sesuatu yang merupakan ancaman (Nugroho, 2000).

Namun yang paling penting seperti yang diungkapkan Mcghie (1996) bahwa perubahan-perubahan sosial pada lansia banyak mencerminkan peran yang diberikan masyarakat pada warga negara yang berusia lanjut. Pada umumnya masa pensiun adalah masa dimana orang menyadari betapa tergantungnya ia pada pekerjaannya. Perubahan mendadak dalam kehidupan rutin barang tentu membuat lansia merasa

tidak aman dan merasa kurang melakukan kegiatan yang berguna sehingga dapat terserang depresi.

Hampir semua orang yang mengalami depresi merasa kurang percaya diri, sebagai penyebab depresinya. Padahal kebanyakan orang depresi mengakibatkan percaya diri hilang. Hal ini lebih jelas pada kepribadian tertentu yang tidak puas dengan keadaannya. Hal ini diperhebat dengan rasa kecewa yang berlebihan. Biasanya kurang percaya diri ini disebabkan harapan yang diletakkan terlalu berlebihan, sehingga tidak pernah dicapai (Iskandar, 1994)

Setiap kali seseorang membandingkan diri sendiri dengan orang lain yang mempunyai nilai lebih, depresi mungkin terjadi (Haye, 1995). Akan tetapi penderita depresi justru senang membandingkan dirinya dengan orang lain.

Kehilangan adalah peristiwa hilangnya sesuatu atau orang yang sangat bernilai bagi seseorang (Nugroho, 2000). Psikoanalisis dini menemukan bahwa karena depresi menyerupai suasana berkabung, mungkin penyebabnya juga serupa. Mereka juga percaya bahwa depresi disebabkan oleh factor kehilangan, misalnya kehilangan orang yang dicintai, hewan atau barang yang dihargai (Wilkinson, 1995).

## **B. Analisa Bivariat**

### **Hubungan mekanisme koping dengan kejadian depresi**

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa terdapat hubungan bermakna antara mekanisme koping dengan stres kejadian depresi pada lansia

hal ini dapat dilihat dari hasil perhitungan *chi-square* didapatkan nilai  $p=0,028$ .

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 28 orang menggunakan mekanisme koping berfokus pada masalah, 12 orang (42,9%) mengalami depresi, 15 orang (53,6%) mengalami kemungkinan depresi, dan 1 orang (3,6%) yang bukan depresi. Sedangkan 19 orang yang menggunakan mekanisme koping berfokus pada emosi, 5 orang (26,3%) mengalami depresi, 8 orang (42,1%) mengalami kemungkinan depresi, dan 6 orang (31,6%) bukan depresi. Hal ini menunjukkan bahwa koping berfokus pada masalah, depresi lebih tinggi. Sedangkan pada pasien yang berfokus pada emosi menunjukkan depresi lebih sedikit. Mereka menghadapi masalah yang mereka hadapi dengan: mencari informasi mengenai penyakitnya, bercerita kepada orang lain, berdoa dan penuh kesadaran dalam menjalani hidup di usia lanjut sehingga tidak perlu lagi merasa resah dan gelisah.

Pada lansia yang menggunakan koping berfokus pada emosi mereka cenderung menghindari dari masalah dan menarik diri dari situasi yang ada. Hal ini dibuktikan dari jawaban kuisisioner yang telah mereka jawab, bahwa mereka tidak mau menceritakan masalah yang mereka hadapi kepada orang lain, berdiam diri, menyalahkan orang lain dan Tuhan terhadap keadaan yang mereka alami. Koping berfokus pada emosi adalah berpura-pura seolah-olah masalah tidak ada atau tidak terjadi, berupa penyangkalan dan menarik diri dari situasi (Jefrey, 2002) Sehingga hal ini akan dapat membahayakan kesehatan dan ketenangan jiwa mereka.

Hasil ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmatul Ulfa (2008) tentang hubungan mekanisme koping dengan stres pada pasien kanker dalam mengatasi efek samping kemoterapi di ruangan kemoterapi bedah wanita RSUP Dr M Djamil Padang yang menemukan dari 20 responden yang menggunakan mekanisme koping berfokus pada masalah sebagian besar mengalami stres sedang yaitu sebanyak 11 orang (55%), sedangkan dari 12 responden yang menggunakan mekanisme koping berfokus pada emosi mengalami stres berat yaitu sebesar 83,3%. Berdasarkan uji *Chi-Square* diperoleh nilai  $p = 0,027$  berarti terdapat hubungan bermakna antara mekanisme koping dengan stres pada pasien kanker dalam mengatasi efek samping kemoterapi.

Selanjutnya Valach (1997) melakukan penelitian ulang terhadap efek negatif pengingkaran terhadap penyesuaian diri dari metode koping berfokus pada emosi tersebut. Hasilnya menunjukkan bahwa koping dengan penghindaran seperti berusaha tidak memikirkan masa lalu, memprediksi penyakit-penyakit yang akan dialami pada masa tua. Epping-Jordan (1994) menghindari seperti berusaha tidak memikirkan penyakit ataupun tidak membicarakan penyakit adalah bentuk lain dari koping berfokus pada emosi, dalam suatu penelitian yang dilakukannya terhadap kelompok lansia yang melakukan mekanisme koping tersebut menunjukkan cenderung depresi. Selain itu dapat mengakibatkan seorang lansia tidak mematuhi penanganan medis dengan baik, sehingga dapat memicu memburuknya kondisi mereka dan dapat menyebabkan menurunnya fungsi kesehatan lansia. (Nevid, 2002)

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Lebih dari separuh lansia di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Bhatin VII Kabupaten Bungo Propinsi Jambi yang melakukan mekanisme koping berfokus pada masalah yaitu 59,6 %
2. Hampir sebagian lansia di Panti Sosial Tresna Wherda Desa Badaro Kecamatan Bhatin VII Kabupaten Bungo Propinsi Jambi yang melakukan mekanisme koping berfokus pada emosi yaitu 40,4 %
3. Terdapat hubungan bermakna antara mekanisme koping dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Desa Badaro Kecamatan Bhatin VII Kabupaten Bungo Propinsi Jambi

#### 6.2 Saran

1. Bagi Keperawatan

Informasi yang diperoleh dari hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada usia lanjut mengenai depresi dan bahan masukan bagi keperawatan dalam aplikasi pembelajaran keperawatan gerontik dan keperawatan jiwa.

2. Untuk pengelola Panti Sosial Tresna Wherda

Sebagai acuan kepada pengelola panti dalam membuat suatu perlakuan atau intervensi bagi lansia yang beresiko mengalami depresi.

### 3. Pengembangan Penelitian

Dapat memberikan informasi bagi penelitian berikutnya, sekaligus sebagai data dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan mekanisme coping dengan depresi pada usia lanjut.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abu Ahmadi dkk. (2002), *Psikologi sosial*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Arikonto. (2002), *Prosedur penelitian*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Boedhi Darmojo, Hadi Martono. (2000). *Buku ajar Geatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi 2. Jakarta: Balai penerbit FKUI
- Budi Ana Kaliat. (1991). *Kedaruratan pada gangguan alam perasaan*. Jakarta: Arcan.
- Darmojo. B dan Martono H. 1999. *Buku ajar Geriatri Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Jakarta: FKUI.
- Depkes RI (1995) *Pedoman penggolongan dan Diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III (PPDGJ III)*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes.(2000). *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut bagi Petugas Kesehatan*, Jakarta: Depkes R.I
- Depsos RI. (1997). *Pedoman Penyelenggaraan Usaha kesejahteraan Sosial lanjut Usia*. Jakarta: Depsos RI.
- Dharmadi Agus. (2002). *Gangguan Depresi Pada Lanjut Usia*. Majalah Kedokteran Atma Jaya Vol I no. 2 september
- Greist Jh, Jeffersob JW, 1094 Psikologis pada lansia  
[Http://www.google.com](http://www.google.com) 2 april 2002
- Hardywinoto. Toni S. (1999). *Panduan Gerontologi Tinjauan dari berbagai aspek: menjaga keseimbangan kualitas hidup para lanjut usia*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Handayani, Y.S (2003) *Tantangan bagi Indonesia terhadap peningkatan populasi usia lanjut pada masa mendatang dan antisipasinya*. Majalah kedokteran Atmajaya Vol.2. Jakarta
- Hawari, Dadang (2004) *Stres Cemas dan Adaptasi*. FKUI, Jakarta.
- Idayu. (1994) *Manusia usia lanjut*. *Manusia usia lanjut*. Jakarta: Inti Iday.
- Ismayadi (2004) *Proses menua*, diakses dari [Http://Library USU. Ca.id/download/fk.20](http://Library.USU.Ca.id/download/fk.20) juni 2004.

Kuntjoro (2002) *Memahami mitos dan realita lansia*, diakses dari [Http://www.google.com](http://www.google.com) 2 april 2002.

Mustikasari (2006). Stres koping dan adaptasi. [Http://Mustikasari.Blog.spot.com/2006](http://Mustikasari.Blog.spot.com/2006).

Nursalam (2001) *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV. Infomedika.

Notoatmodjo, Soekidjo (2005) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta.

Pirma Siburian. (2003). *Hidup seorang diri pada masa lansia*. Diakses dari [Http://www.loneliness.com](http://www.loneliness.com), 2 april 2004.

Pratidina.S 2007. *Propek Jaminan Sosial lanjut usia DIY*, diakses dari <http://www.Depsos.com> November 2007.

Ratnaike N Ranjit. (2002). *Practical Guide To Geriatric Medicine*. Australia: The Mc. Graw Hill.

Robby Chandra. (1992). *Konflik: Dalam kehidupan sehari-hari*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Rasmun (2004), *Stres Koping dan Adaptasi*. Sagung Seto, Jakarta.

Wahjudi Nugroho, (2000). *Keperawatan Gerontik*. Edisi 2. Jakarta: EGC



**JADWAL KEGIATAN SKRIPSI**

Nama : Hidayah  
BP : 07921099

Lampiran 1

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN DEPRESI LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA  
DESA BADARO KECAMATAN BHATIN VII KABUPATEN BUNGO PROPINSI JAMBI TAHUN 2010**

NO	Kegiatan	November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan judul penelitian	■	■																										
2	Penetapan judul dan pembimbing		■	■																									
3	Penyusunan proposal penelitian dan konsultasi proposal				■	■	■	■	■	■	■	■	■																
4	Persiapan seminar proposal dan seminar proposal															■													
5	Perbaikan proposal															■	■												
6	Pelaksanaan penelitian																	■	■	■	■								
7	Pengolahan data dan hasil																					■	■						
8	Uji sidang skripsi																							■					
9	Penggandaan skripsi																								■				





DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
**UNIVERSITAS ANDALAS FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

Jalan Niaga No. 156, PADANG 25119 Telp. (0751) 20120 Fax. (0751) 32838  
e-mail: fk2unand@pdg.vision.net.id

Nomor : 485 /H16.2/PL/PSIK/2010  
Lamp : -  
Hal : **Izin Penelitian**

31 Maret 2010

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Di  
Kab. Bungo

Dengan hormat,  
Bersama ini kami sampaikan, bahwa mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang namanya tersebut dibawah ini, memerlukan data dari instansi saudara untuk memenuhi persyaratan tugas akhir penyusunan skripsi :

Nama : **HIDAYAH**  
No. BP : 07921099  
Judul Proposal : Hubungan Mekanisme Koping Dengan Depresi Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Desa Badaro Kec. Batin VII Kab. Bungo

Untuk itu, kami mohon kiranya dapat memberikan izin dan fasilitas kepadanya.

Demikian kami sampaikan agar dapat dikabulkan dan atas izin serta kerjasama yang baik, diucapkan terimakasih.

Ketua,



  
Dr. Zulkarnain Edward, MS, PhD  
NIP. 194806061979011001

# PEMERINTAH KABUPATEN BUNGO

## DINAS SOSIAL

Jl. Rimbo Tengah No. 021 Muara Bungo

---

### IZIN PENGAMBILAN DATA

Nomor : 0.90/021/DEP.SOS/2010

Dengan Hormat,

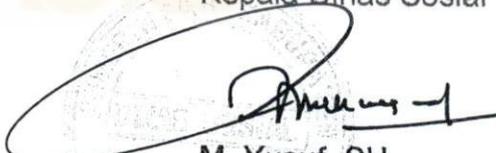
Berdasarkan Surat Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAND Padang Nomor : 226/H16.2/PL/PSIK/2009 31 Maret 2010 untuk itu saya selaku Kepala Dinas Sosial Kab. Bungo Memberikan izin kepada mahasiswa PSIK Unand Padang, atas nama :

Nama : Hidayah  
No. BP : 07921099  
Pekerjaan : Mahasiswa PSIK FK Unand Padang

Untuk keperluan yang bersangkutan dalam menyelesaikan Tugas Akhir penyusunan Skripsi yang berhubungan dengan wilayah kerja kami. Demikianlah surat izin ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Muara Bungo, 3 April 2010

Kepala Dinas Sosial



M. Yusuf. SH.

Nip. 19660308 1985 03 2 001

**Lampiran.IV****PERNYATAAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Hidayah  
BP : 07921099  
Status : Mahasiswa PSIK FK UNAND  
Judul Penelitian : *Hubungan mekanisme koping dengan depresi lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bhatin VII Kabupaten Bungo Propinsi Jambi Tahun 2010*

Pengisian kuesioner ini tidak menimbulkan kerugian bagi Saya, sehingga jawaban yang Saya berikan adalah yang sebenarnya tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Demikianlah pernyataan ini Saya sampaikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, Maret 2010

Responden

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA

**Lampiran.V****FORMAT PERSETUJUAN  
(INFORMED CONSENT)**

Setelah membaca penjelasan lembaran pertama dan saya mengerti , bahwa penelitian ini tidak berakibat buruk bagi saya serta identitas dan informasi yang saya berikan dijaga kerahasiaannya dan betul- betul hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Maka saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Padang yang bernama Hidayah dengan judul *“Hubungan mekanisme koping dengan depresi lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Desa Badaro Kecamatan Muko-Muko Bhatin VII Kabupaten Bungo Propinsi Jambi Tahun 2010”*

Untuk bermanfaatnya penelitian ini, saya berjanji akan memberikan jawaban yang sebenarnya.

Padang, Maret 2010

(\_\_\_\_\_)

## Lampiran VI

KUISIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN DEPRESI LANSIA DI  
PANTI SOSIAL TRESNA WHERDA DESA BADARO KECAMATAN  
BHATIN VII KABUPATEN BUNGO PROPINSI JAMBI**

TAHUN 2010

**A. Identitas Responden**

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
3. No. Responden :
4. Umur :
5. Pendidikan :
6. Pekerjaan :
7. Tinggal dipanti  
Sejak tahun :

**B. Kuisisioner Mekanisme Koping**

Petunjuk pengisian :

Beri tanda silang (X) pada salah satu pilihan, yang paling tepat menggambarkan diri Bapak/Ibu

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	selama anda tinggal dipanti, adakah seseorang yang diajak untuk berdiskusi memecahkan masalah yang anda alami		
2	apakah anda membuat strategi lain dalam memecahkan masalah anda		

3	selama anda berada di panti, apakah anda masih rajin berdoa/beribadah dengan teratur		
4	apakah anda menerima keadaan anda sekarang		
5	apakah ada keyakinan di dalam diri anda bahwa tinggal dipanti dapat membantu anda?		
6	apakah anda melakukan penanganan depresi dalam mengatasi masalah yang anda alami		
7	apakah anda lebih sering menyendiri dikamar/ tidak mau bergaul dengan orang lain?		
8	apakah anda cenderung diam/malas berbicara untuk berdiskusi memecahkan masalah yang anda alami		
9	apakah anda selalu memikirkan keadaan diri anda selama dipanti sehingga anda mengabaikan masalah yang lain?		
10	apakah anda menyerah dengan keadaan anda sekarang?		
11	apakah anda menyalahkan Tuhan atau orang lain atas keadaan yang anda alami		
12	apakah anda menolak keadaan yang anda alami		

### C. Kuisisioner Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda ?	YA	<u>TIDAK</u>
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda ?	<u>YA</u>	TIDAK
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong ?	<u>YA</u>	TIDAK
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?	<u>YA</u>	TIDAK
5.	Apakah anda sangat berharap terhadap masa depan ?	YA	<u>TIDAK</u>
6.	Apakah anda merasa terganggu dengan pikiran bahwa anda tidak dapat keluar dari pikiran anda ?	<u>YA</u>	TIDAK
7.	Apakah anda merasa mempunyai semangat yang baik setiap saat ?	YA	<u>TIDAK</u>
8.	Apakah anda merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada diri anda ?	<u>YA</u>	TIDAK
9.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebahagian besar hidup anda ?	YA	<u>TIDAK</u>
10.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya	<u>YA</u>	TIDAK
11.	Apakah anda sering merasa resah dan gelisah ?	<u>YA</u>	TIDAK
12.	Apakah anda lbh senang berada dirumah dari pada pergi keluar rumah dan melakukan hal-hal yang baru	<u>YA</u>	TIDAK
13.	Apakah anda sering merasa khawatir terhadap masa depan anda ?	<u>YA</u>	TIDAK
14.	Apakah anda merasa memiliki banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang	<u>YA</u>	TIDAK
15.	Apakah menurut anda hidup anda saat ini menyenangkan	YA	<u>TIDAK</u>

16	Apakah anda sering merasa sedih	<u>YA</u>	TIDAK
17	Apakah saat ini anda merasa tidak bahagia ?	<u>YA</u>	TIDAK
18	Apakah anda sangat mengkhawatirkan masa lalu anda ?	<u>YA</u>	TIDAK
19	Apakah anda merasa hidup ini sangat menarik dan menyenangkan ?	YA	<u>TIDAK</u>
20	Apakah sulit bagi anda untuk memulai suatu hal yang baru	<u>YA</u>	TIDAK
21	Apakah anda merasa penuh semangat ?	<u>YA</u>	TIDAK
22	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?	<u>YA</u>	TIDAK
23	Apakah anda merasa orang lain memiliki keadaan yang lebih baik dari pada anda ?	<u>YA</u>	TIDAK
24	Apakah anda sering merasa sedih terhadap hal-hal kecil ?	<u>YA</u>	TIDAK
25	Apakah anda sering merasa ingin menangis	<u>YA</u>	TIDAK
26	Apakah anda mempunyai masalah dalam berkonsentrasi ?	<u>YA</u>	TIDAK
27	Apakah anda merasa senang ketika bangun dipagi hari ?	YA	<u>TIDAK</u>
28	Apakah anda lebih memilih untuk tidak mengikuti pertemuan-pertemuan sosial/ bermasyarakat ?	<u>YA</u>	TIDAK
29	Apakah mudah bagi anda untuk membuat keputusan ?	YA	<u>TIDAK</u>
30	Apakah pikiran anda secerah biasanya ?	YA	<u>TIDAK</u>



## Lampiran VIII

## HASIL PENGOLAHAN SPSS

## Frequencies

## Statistics

		MEKANISME KOPING	KEJADIAN DEPRESI
N	Valid	47	47
	Missing	0	0

## Frequency Table

## MEKANISME KOPING

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BERFOKUS PADA MASALAH	28	59,6	59,6	59,6
	BERFOKUS PADA EMOSI	19	40,4	40,4	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

## KEJADIAN DEPRESI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DEPRESI	17	36,2	36,2	36,2
	KEMUNGKINAN DEPRESI	23	48,9	48,9	85,1
	BUKAN DEPRESI	7	14,9	14,9	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MEKANISME KOPING * KEJADIAN DEPRESI	47	100,0%	0	,0%	47	100,0%

### MEKANISME KOPING \* KEJADIAN DEPRESI Crosstabulation

			KEJADIAN DEPRESI			Total
			DEPRESI	KEMUNGKINAN DEPRESI	BUKAN DEPRESI	
MEKANISME KOPING	BERFOKUS PADA MASALAH	Count	12	15	1	28
		% within MEKANISME KOPING	42,9%	53,6%	3,6%	100,0%
		% within KEJADIAN DEPRESI	70,6%	65,2%	14,3%	59,6%
		% of Total	25,5%	31,9%	2,1%	59,6%
	BERFOKUS PADA EMOSI	Count	5	8	6	19
		% within MEKANISME KOPING	26,3%	42,1%	31,6%	100,0%
		% within KEJADIAN DEPRESI	29,4%	34,8%	85,7%	40,4%
		% of Total	10,6%	17,0%	12,8%	40,4%
Total		Count	17	23	7	47
		% within MEKANISME KOPING	36,2%	48,9%	14,9%	100,0%
		% within KEJADIAN DEPRESI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	36,2%	48,9%	14,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

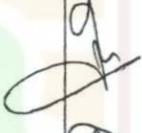
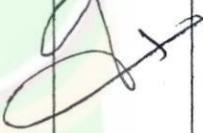
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,122 <sup>a</sup>	2	,028
Likelihood Ratio	7,363	2	,025
Linear-by-Linear Association	4,724	1	,030
N of Valid Cases	47		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,83.

Lampiran X

**KEGIATAN BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama : Hidayah  
Bp : 07921099  
Pembimbing I : Gusti Sumarsih, S.Kep  
Judul : Hubungan mekanisme coping dengan depresi pada lansia di Panti Sosial tresna werdha Desa Badaro Kecamatan Bathin VII Kabupaten Bungo Profinsi Jambi Tahun 2010

No	Hari/tanggal	Kegiatan	Paraf
1.	18-04-10	konsul hasil	
2.	20-04-10	konsul Analisis Data.	
3.	24-04-10	konsul pemahaman.	
4.	26-04-10	konsul pemahaman.	
5.	29-04-10	Acc Ujian.	