

**HUBUNGAN ANTARA AKTIVITAS RITUAL DENGAN  
KECENDERUNGAN DEPRESI PADA LANSIA DI POSYANDU  
LANSIA NGUDI RAHAYU KELURAHAN GELANGAN KOTA  
MAGELANG TAHUN 2019**

**SKRIPSI**



DIAH SEPTIANI

15.0603.0057

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

**2019**

**HUBUNGAN ANTARA AKTIVITAS RITUAL DENGAN  
KECENDERUNGAN DEPRESI PADA LANSIA DI POSYANDU LANSIA  
NGUDI RAHAYU KELURAHAN GELANGAN KOTA MAGELANG  
TAHUN 2019**

**SKRIPSI**

*Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang*



DIAH SEPTIANI

15.0603.0057

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG  
2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN ANTARA AKTIVITAS RITUAL DENGAN  
KECENDERUNGAN DEPRESI PADA LANSIA DI POSYANDU LANSIA  
NGUDI RAHAYU KELURAHAN GELANGAN KOTA MAGELANG  
TAHUN 2019**

Telah diperbaiki dan diujikan di hadapan Tim Penguji Skripsi  
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 9 Agustus 2019

Pembimbing I



Ns. Sambodo Sradi Pinilih, M.Kep

NIDN : 0613097601

Pembimbing II



Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep

NIDN : 0602067801

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Diah Septiani  
NPM : 15.0603.0057  
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Hubungan Antara Aktivitas Ritual Dengan Kecenderungan Depresi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang Tahun 2019

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

### DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....)

Penguji II : Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep (.....)

Penguji III : Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 8 Agustus 2019

Mengetahui,  
Dekan



*(Handwritten signature)*

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep  
NIK 947308063

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

### HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap karya saya ini maka saya siap menanggung resiko atau sanksi yang berlaku.

Nama : Diah Septiani

NPM : 15.0603.0057

Tanggal : 9 Agustuss 2019



Diah Septiani

15.0603.0057

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Diah Septiani  
NPM : 15.0603.0057  
Fakultas/ Jurusan : Ilmu Kesehatan/ S1 Ilmu Keperawatan  
E-mail address : [diih.septianny@gmail.com](mailto:diih.septianny@gmail.com)

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Perpustakaan UM Magelang, Hak Bebas *Royalty Non-Eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)* atas karya ilmiah

LKP/ KP       TA/ SKRIPSI       TESIS       Artikel Jurnal  
\*)

yang berjudul :

Hubungan Antara Aktivitas Ritual Dengan Kecenderungan Depresi Pada Lansia  
Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang Tahun  
2019

beserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas *Royalty Non-Eksklusif (Non-Exclusive Royalty-Free Right)* ini Perpustakaan UMMagelang berhak menyimpan, mengalih-media/ format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/ mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan atau penerbit yang bersangkutan.

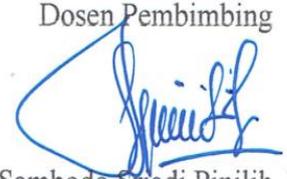
Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UMMagelang, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya.

Dibuat di : Magelang  
Pada tanggal : 9 Agustus 2019

METERAI  
TEMPEL  
TGL. 20  
BE76BADC324839749  
3000  
TIGA RIBU RUPIAH  
Penulis,  
  
Diah Septiani

Mengetahui,  
Dosen Pembimbing

  
Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep

## **MOTTO**

*Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai kesanggupannya.*

*(Al-Baqarah : 286)*

*Better to feel how hard education is at this time rather than fell the  
bitterness of stupidity later.*

*To get a success, your courage must be greater than your fear.*

## LEMBAR PERSEMBAHAN

*Bismillahirrahmanirrahim,*

*Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan taufik dan hidayahnya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, atas motivasi dan doa dari orang-orang tersayang sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi tepat pada waktunya. Saya persembahkan rasa syukur dan terimakasih penulis kepada:*

*Allah SWT, karena atas izin dan hidayah-Nya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.*

*Kepada Ibu (Sri Hadiyah) tersayang dan Ayahanda (Ismanto) tercinta yang tiada hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat, dan kasih sayang serta pengorbanan yang sangat besar sehingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku.*

*Kepada Pembimbingku, Ibu Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep dan Ibu Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep yang selalu sabar membimbing dalam penulisan skripsi ini sehingga dapat terselesaikan sesuai target.*

*Kepada sahabatku (Yuni dan Mbak Idah) dari awal semester 1 sampai semester akhir yang selalu mengingatkanku pada kebaikan, perjuangan dan kebahagiaan.*

*Kepada keluarga besar S1 Ilmu Keperawatan angkatan 2015, karena kalian, aku tertawa lebih keras, menangis sedikit kurang, dan tersenyum lebih banyak. Serta kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan skripsi ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.*

Nama : Diah Septiani  
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan antara aktifitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di posyandu lansia ngudi rahayu kelurahan gelangan kota magelang tahun 2019

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Depresi pada lansia masih menjadi masalah kesehatan yang krusial di Indonesia, termasuk juga Kota Magelang, Jawa Tengah. Hasil survey studi pendahuluan di kelurahan Gelangan Kota Magelang menunjukkan bahwa permasalahan depresi masih dikeluhkan oleh sebagian warga. Berbagai penelitian yang melibatkan aspek ritual keagamaan telah dilakukan untuk mengatasi depresi namun belum pernah ada penelitian sejenis yang dilakukan di Kelurahan Gelangan. Berdasarkan permasalahan tersebut penelitian ini diinisiasi guna memotret secara deskriptif tentang status aktivitas ritual keagamaan dengan depresi lansia di kelurahan yang dimaksud. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang Tahun 2019. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif korelasional, dengan mengintegrasikan teknik pengambilan data *cross-sectional*. Dengan menggunakan teknik *purposive sampling* sejumlah 40 responden dilibatkan dengan penelitian. Penelitian ini menggunakan dua variabel terpilih yaitu aktivitas ritual dan kecenderungan depresi. Uji statistik yang digunakan adalah *Spearman's Rank Correlation*, karena dua variabel tersebut menggunakan skala ordinal. Pengujian hipotesis menggunakan level alpha 0,05 **Hasil :** Hasil uji ststistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara aktifitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang dengan nilai ( $p < 0,05$ ). Level korelasinya menunjukkan level cukup (-0,448) yang sudah hampir sesuai dengan harapan dari penelitian ini. Tidak hanya itu saja, penelitian ini menghasilkan korelasi negatif antar variabel yang maknanya bahwa, ketika skor aktivitas meningkat, maka skor kecenderungan depresi menurun. **Simpulan :** Terdapat hubungan antara aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang tahun 2019 yaitu semakin tingginya aktifitas ritual maka semakin menurunnya tingkat depresi pada lansia. **Saran :** Dengan hasil penelitian ini, diharapkan aktivitas ritual ini dapat di aplikasikan dalam asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada masalah kesehatan jiwa.

Kata Kunci : Aktivitas Ritual, Kecenderungan Depresi, lansia

Name : Diah Septiani  
Study Program : Nursing Science  
Title : The Relationship Between Ritual Activities And Tendency  
To Depression Of Elderly At “Posyandu Lansia Ngudi  
Rahayu” Gelangan Magelang City In The Year Of 2019

### ABSTRACT

**Background:** A depression in elderly was known as a life-threatening health problem in Indonesia, particular in Magelang City. The initial study at Gelangan Village documented that depression is currently being a concern in elderly population. Although a number of studies were undertaken to overcome depression, however, a relevant study that conducted in Gelangan Village has received little attention from the local nursing researcher. Therefore, this study was initiated to describe the relationship between ritual activities and tendency of depression among elderly. **Purpose:** The study aimed at investigating the relationship between ritual activities and the tendency of depression in the elderly at the Ngudi Rahayu Elderly Integrated Health Service Center (Posyandu) in Gelangan Village, Magelang City in 2019. **Method:** Correlational design that combined with the cross-sectional method was thoughtfully chosen to answer the research question of the study. A total of 40 respondents were involved. In this study, two variables were selected as follows ritual activities (variable one) and the tendency of depression (variable two). The Spearman's rank correlation was taken into consideration to measures the strength and direction of the relationship between variables. The significance level was considered at 0.05 for hypothesis testing. **Results:** The finding of the study showed that relationship between ritual activities and tendency of depression is statistically significant ( $p < 0.05$ ). Moreover, the level of correlation is fair as expected by the researcher (-0.448). The negative correlation was also obtained from the study that is to say when the variable one increases, the other decreases. **Conclusion:** The relationship between ritual activities and tendency of depression is statistically significant ( $p < 0.05$ ) which can be justified that when the variable one increases, the other decreases. **Suggestion:** With the result of this study, it is expected that this ritual activity can be applied to nursing care especially on mental health.

*Keywords : Ritual activities, Tendency of depression, elderly*

## KATA PENGANTAR

*Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,*

*Alhamdulillah rabbil 'aalamiin*, segala puji dan rasa syukur senantiasa kami ucapkan kepada Allah *subhaanahu wa ta'ala* atas seluruh kenikmatan-Nya, yang dengan hal tersebut penulis dapat menyelesaikan dengan sempurna sebuah proposal skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Aktivitas Ritual Dengan Kecenderungan Depresi pada Lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang Tahun 2019”. Shalawat serta salam juga kami haturkan kepada Rasulullah Muhammad *shallallaahu 'alaihi wa sallam*, keluarga dan sahabatnya beserta orang-orang yang kini mengikuti petunjuknya hingga akhir zaman nanti, *amma ba'du*.

Dalam skripsi ini, penulis menyampaikan beberapa permasalahan yang masih menjadi perhatian praktisi keperawatan jiwa yaitu depresi pada lansia. Sebagaimana yang tercantum dalam sejumlah referensi depresi dapat diatasi dengan melibatkan lansia dalam berbagai aktivitas sosial termasuk juga aktivitas keagamaan. Namun, belum banyak penelitian yang dilakukan khususnya di Magelang yang berkaitan dengan hal tersebut. Oleh sebab itu, penulis tertarik untuk mengkaji lebih spesifik lagi seberapa kuat korelasi antara ritual aktivitas dengan kecenderungan depresi. Penelitian ini rencana akan diadakan di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang.

Penulis juga mengucapkan terimakasih dan *jazzakumullahu khairan katsiro* (semoga Allah *subhaanahu wa ta'ala* memberikan balasan yang baik lagi banyak) atas bantuan beberapa orang sebagaimana yang akan disebutkan, di antaranya:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Sigit Priyanto M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

3. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep, selaku Pembimbing I yang selalu memberikan motivasi dan masukan yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi ini.
4. Ns. Retna Tri Astuti M.Kep, selaku Pembimbing II yang juga selalu memberikan motivasi dan masukan yang meningkatkan kualitas isi dari skripsi ini.
5. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Magelang yang telah memberikan izin dalam melakukan penelitian ini.
6. Kepala Badan Penelitian Dan Pengembangan Kota Magelang, yang telah menyetujui dalam melakukan penelitian ini.
7. Ketua dan Kader Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang, yang telah memberikan izin dan bantuan untuk melakukan penelitian ini.
8. Bapak dan ibu yang telah dengan tulus selalu memberikan dukungan, semangat dan do'a yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sesuai waktu yang diharapkan.
9. Teman-teman Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan angkatan tahun 2015 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang selalu memberikan dukungan, motivasi dan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini.
10. Semua pihak yang telah membantu saya dan tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

*“Tidak ada satupun karya yang sempurna”*, begitu juga dengan skripsi ini. Oleh karena itu, seluruh kritik dan saran yang membangun dari pembimbing, penguji, dan pembaca pada umumnya akan sangat kami hargai. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat menjadi bagian dari sebuah karya yang dapat memberikan kontribusi yang luas ke dalam disiplin ilmu keperawatan jiwa.

*Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

Penulis

## DAFTAR ISI

COVER .....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
MOTTO.....	vii
LEMBAR PERSEMBAHAN .....	viii
ABSTRAK .....	ix
ABSTRACT .....	x
KATA PENGANTAR .....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR SKEMA.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
1.5. Ruang Lingkup Penelitian .....	6
1.6. Keaslian Penelitian .....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	9
2.1. Konsep Lansia .....	9
2.2. Depresi Pada Lansia .....	20
2.3. Aktivitas Religi.....	29
2.4. Hipotesis .....	33
2.5. Kerangka Teori.....	34

BAB 3 METODE PENELITIAN.....	35
3.1. Rancangan Penelitian .....	35
3.2. Kerangka Penelitian.....	35
3.3. Definisi Operasional Penelitian.....	36
3.4. Populasi Dan Sampel.....	36
3.5. Waktu Dan Tempat Penelitian.....	38
3.6. Alat dan Metode Pengumpulan Data.....	38
3.7. Metode Pengolahan dan Analisis Data.....	40
3.8. Etika Penelitian.....	43
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
4.1. Hasil Penelitian.....	45
4.2. Pembahasan .....	51
4.3. Keterbatasan .....	61
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	62
5.1. Kesimpulan.....	62
5.2. Saran .....	63
DAFTAR PUSTAKA .....	64
LAMPIRAN .....	74

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian .....	6
Tabel 3.1 Definisi Oprasional Penelitian .....	37
Tabel 3.2 Kisi-kisi kuesioner aktivitas keagamaan .....	40
Tabel 3.3. Kisi-kisi kuesioner depresi .....	40
Tabel 3.4. Level korelasi 2 variabel .....	43
Tabel 4.1. Analisis Karakteristik Usia Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang .....	46
Tabel 4.2. Analisis Karakteristik Jenis Kelamin Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang .....	46
Tabel 4.3. Analisis Karakteristik Agama Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang.....	47
Tabel 4.4. Analisis Karakteristik Tingkat Pendidikan Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang .....	47
Tabel 4.5. Analisis Karakteristik Pekerjaan Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang .....	48
Tabel 4.6. Analisis Karakteristik Aktivitas Ritual Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang .....	48
Tabel 4.7. Analisis Karakteristik Kecenderungan Depresi Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang .....	49
Tabel 4.8. Hasil Uji Normalitas Dua Variabel Aktivitas Ritual Dan Kecenderungan Depresi Lansia .....	49
Tabel 4.9. Hasil Analisis Uji <i>Spearman's Rank Correlation</i> .....	50

## **DAFTAR SKEMA**

Skema 2.1. Kerangka Teori .....	35
Skema 3.1. Kerangka Penelitian .....	36

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Suatu negara dapat dikatakan sebagai negara maju dan sejahtera ketika memiliki usia harapan hidup yang tinggi. Keberhasilan pembangunan merupakan cita-cita suatu bangsa yang terlihat dari peningkatan taraf hidup dan usia harapan hidup. Peningkatan harapan hidup penduduk didukung oleh ilmu pengetahuan dan teknologi yang saat ini berkembang dengan pesat serta keadaan sosial dan ekonomi yang baik. Peningkatan angka harapan hidup menyebabkan jumlah penduduk golongan lanjut usia (lansia) juga semakin meningkat. Seiring meningkatnya derajat kesehatan dan kesejahteraan penduduk akan berpengaruh pada usia harapan hidup di Indonesia. Berdasarkan Laporan Perserikatan Bangsa Bangsa (2011) pada tahun 2000-2005 usia harapan hidup yaitu 66,4 tahun. Angka ini akan terus meningkat sehingga pada tahun 2045-2050 diperkirakan usia harapan hidup akan menjadi 77,6 tahun dengan persentase populasi lansia sebanyak 28,68 % (Turana, Yuda, Abikusno, Nugroho, Santika, 2013). Data tersebut menunjukkan bahwa kemajuan sebuah bangsa berbanding lurus dengan peningkatan jumlah lansia di bangsa tersebut.

Proses menua dan menjadi lansia pada manusia merupakan suatu proses yang lazim terjadi. Karena dalam tinjauan fisiologi, tubuh manusia akan terus-menerus mengalami proses degeneratif seiring bertambahnya umur manusia tersebut. Persentase penduduk lansia menurut jenis kelamin di Indonesia pada tahun 2017, yang memiliki angka harapan hidup lebih tinggi adalah perempuan (9,53 %) dibandingkan dengan laki-laki (8,54 %) (Kemenkes, 2017). Sementara itu, Prevalensi lansia di kawasan Asia Tenggara sebesar 8 % atau sekitar 142 juta jiwa. Sama halnya dengan di Indonesia, berdasarkan data proyeksi penduduk, diperkirakan tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%). Diprediksi jumlah penduduk lansia di Indonesia tahun 2020 (27,08 juta),

tahun 2025 (33,69 juta), tahun 2030 (40,95 juta) dan tahun 2035 (48,19 juta) (Kemenkes, 2017). Sementara di Jawa Tengah khususnya di Magelang, berdasarkan profil kesehatan kota Magelang tahun 2013, cakupan pelayanan kesehatan lansia tahun tersebut sebesar 66,88 %, dimana presentase ini tergolong tinggi yang disebabkan karena berbagai faktor, baik dari lansia atau lingkungan (Turana, Yuda, Abikusno, Nugroho, Santika, 2013). Seiring bertambahnya usia, seringkali memicu banyak perubahan misalnya perubahan biologis, psikologis, sosial bahkan aspek religiusitas dimana beberapa hal tersebut memicu terjadinya gangguan mental. Gangguan mental yang banyak dijumpai pada lansia akibat penuaan salah satunya adalah depresi (Hendry, 2013; Turana, Yuda, Abikusno, Nugroho, Santika, 2013; Frank, 2014; Holm, Lyberg, & Severinsson, 2014). World Health Organization (WHO) memprediksi bahwa penderita depresi pada lansia dunia sekitar 10 hingga 20% dari seluruh populasi lansia (Grover, Sahoo, Chakrabarti, & Avasthi, 2018). Sebuah penelitian menjelaskan bahwa depresi merupakan penyebab utama kecacatan dan menjadi penyumbang utama terhadap beban perawatan global, dan WHO mendokumentasikan sejumlah 350 juta orang menderita depresi (Zis et al., 2017).

Depresi pada lansia tidak lepas dari peran perkembangan psikososial sebelumnya. Berkaitan dengan hal tersebut, Erikson telah menjelaskan dalam teorinya bahwa terdapat 8 fase perkembangan psikososial, diantaranya; *Trust versus mistrust* (Percaya dengan tidak percaya), *autonomy versus shame and doubt* (anatomi dengan malu dan ragu-ragu), *initiative versus guilt* (inisiatif dengan rasa bersalah), *industry versus inferiority* (Tekun dengan rasa rendah diri), *identity versus role confusion* (identitas dengan kebingungan peran), *intimacy versus isolation* (keintiman dengan isolasi), *generativity versus stagnation* (bangkit dengan stagnan), *integrity versus despair* (Integritas dengan keputusasaan) (Erikson, 1997 dalam Farage, Miller, Elsner, & Maibach, 2013). Melalui fase-fase tersebut tentunya tidak lepas dari permasalahan yang mungkin akan terjadi pada lansia yaitu masalah psikologis, salah satunya depresi. Untuk mengatasinya, keaktifan dalam kegiatan keagamaan merupakan hal yang mendasar yang dapat ditempuh.

Sebuah penelitian menjelaskan bahwa lansia yang aktif secara sosial dan keagamaan memiliki gejala depresi yang lebih ringan atau kecenderungan mengalami depresinya sedikit (Roh et al., 2015).

Secara umum di Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui sebuah riset menunjukkan bahwa depresi juga masih menjadi masalah kejiwaan lansia yang perlu mendapatkan penanganan khusus/ intensif, karena hanya sebatas 9% dari total penderita depresi yang rutin menjalani terapi (Riskesdas, 2018). Salah satu permasalahan depresi yang terjadi pada lansia yaitu di Jawa Tengah khususnya di kota Magelang. Pada bulan Agustus 2018, Rumah Sakit Jiwa Magelang telah mengadakan survei sekaligus pemeriksaan depresi kepada puluhan lansia dimana ditemukan sejumlah data berikut: satu lansia mengalami depresi berat, 6 lansia tergolong mengalami depresi ringan, dan 4 lansia lainnya mengalami gangguan fungsi fisik ringan (RSJ Magelang, 2018).

Dalam rangka mengatasi berbagai masalah kesehatan yang meliputi fisik atau psikis (termasuk depresi), Pemerintah Kota Magelang beserta jajarannya telah menyiapkan sejumlah fasilitas kesehatan (Faskes) umum bagi masyarakat. Faskes yang berada di kota Magelang salah satunya yaitu UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat) yang terdiri atas Desa Siaga (Keluarahan Siaga) yang tersebar di 17 kelurahan, Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) yang berjumlah 7 pos dan pos pelayanan terpadu (Posyandu) yang terdapat 196 pos. Seluruh faskes tersebut menjadi bagian dari upaya untuk menuntaskan atau menekan seminimal mungkin prevalensi masalah kesehatan (fisik dan psikis) di Kota Magelang.

Diantara Faskes yang telah disebutkan diatas, yang sekaligus menjadi objek dari hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti yaitu posyandu lansia yang berada di kelurahan Gelangan yang memiliki 8 Rukun Warga (RW). Aktivitas Posyandu yang rutin dilaksanakan 1 bulan sekali pada minggu ke-4 di kelurahan tersebut sangat aktif, bahkan pernah menempati peringkat nasional. Kelurahan

tersebut memiliki sejumlah 11 Posyandu lansia dengan total jumlah 943 orang. Jumlah lansia yang paling banyak berada di RW 8 dengan jumlah lansia 155 orang. Karakter lansia di RW 8 tersebut juga heterogen, khususnya karakter agama dimana terdapat 128 lansia beragama Islam, 2 lansia beragama Budha, 7 lansia beragama Katolik, 17 lansia beragama Kristen, dan 1 lansia beragama Kong Hu Chu. Jika dilihat Aktivitas hariannya, dapat disampaikan bahwa para lansia tergolong aktif menghadiri kegiatan Posyandu lansia yang diadakan setiap 1 bulan sekali pada minggu ke-4. Akan tetapi dalam kondisi lain khususnya ketika di rumah masing-masing, sebagian dari mereka tidak memiliki kegiatan yang sifatnya rutin dan produktif. Misalnya, beberapa lansia menghabiskan sebagian waktunya sehari dirumah, sehingga hal tersebut menimbulkan perasaan bosan yang berpotensi menimbulkan depresi. Bahkan ada lansia yang mengalami keterbatasan melakukan *Activity Daily Living* (ADL) dan juga penyakit fisik seperti hipertensi dan diabetes melitus dimana hal ini juga dapat memicu depresi apabila kurang mendapatkan perhatian yang adekuat dari keluarga atau *caregiver* lain (pemberi layanan harian selain keluarga).

Oleh karena itu, peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian tentang hubungan Aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi dengan populasi lansia yang berada di komunitas, tepatnya yang berada di area Posyandu Ngudi Rahayu RW 8 Kelurahan Gelangan, Kecamatan Magelang Tengah, Kota Magelang. Terlebih lagi, penelitian tentang aktivitas ritual dan kecenderungan depresi masih sangat sedikit khususnya di wilayah Magelang. Maka atas dasar data tersebut, peneliti merumuskan sebuah topik tentang “Hubungan Antara Aktivitas Ritual dengan Kecenderungan Depresi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang Tahun 2019”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Populasi jumlah lansia secara global diprediksi akan terus meningkat. Begitu juga di Indonesia akan mengalami hal yang juga sama, bahkan punya kecenderungan lebih tinggi dibandingkan di wilayah Asia lainnya setelah tahun 2050. Hal ini

akan berdampak angka ketergantungan pada lansia semakin tinggi, khususnya yang berkaitan dengan kesehatan fisik dan psikis. Tanpa kecuali berbagai *Non Communicable Diseases* (NCD) juga akan meningkat sebagai akibat dari proses degeneratif misalnya hipertensi, stroke, diabetes mellitus, rematik, dan lain sebagainya. Masalah degeneratif tersebut juga akan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga lansia menjadi rentan terkena infeksi penyakit menular. Dari masalah degeneratif yang terjadi, dapat mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari, keluhan kesehatan jiwa misalnya merasa putus asa dan depresi. Prevalensi gejala depresi pada lansia mencapai 20 % yang dikaitkan dengan depresi karena kehilangan, kesepian dan morbiditas fisik. Tingginya jumlah lansia membutuhkan perhatian khusus terutama pada masalah kesehatan. Berdasarkan penelitian (Hisbullah, 2016), tingkat religiusitas lansia berdampak pada tingkat stres yang dialami lansia. Namun, penelitian tentang aktivitas ritual keagamaan dalam berbagai agama dan kecenderungan depresi pada lansia di komunitas, khususnya di wilayah Magelang masih sangat sedikit, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang: “Hubungan Antara Aktivitas Ritual Dengan Kecenderungan Depresi Pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang Tahun 2019”.

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1.3.2.1. Untuk mengetahui karakteristik lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang.
- 1.3.2.2. Untuk mengetahui aktivitas ritual pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang.
- 1.3.2.3. Untuk mengetahui kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang.

1.3.2.4. Untuk mengetahui hubungan aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1. Bagi Institusi**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih ilmu pengetahuan terbaru mengenai korelasi aspek Aktivitas keagamaan dengan depresi khususnya di tempat dimana penelitian ini berlangsung.

##### **1.4.2. Bagi Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian untuk mengembangkan tatalaksana depresi lansia yang berfokus pada Aktivitas sosial dan keagamaan, dimana hal ini ditujukan untuk menekan prevalensi depresi lansia di Magelang.

##### **1.4.3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk melakukan penelitian berikutnya yang berfokus pada analisa faktor prediksi yang dapat menyebabkan lansia mengalami depresi yang berkepanjangan khususnya di area Magelang.

#### **1.5. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan subjek lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu RW 8, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang. Penulis melibatkan seluruh lansia baik yang beragama Islam atau bukan yang beragama Islam (Kristen, Katolik, Hindu, Budha, maupun Kong Hu Chu).

## 1.6. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan diteliti
1	Andy Hisbullah (2016)	Hubungan tingkat religiusitas dengan tingkat stres pada lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) unit Budhi Luhur Yogyakarta	<i>Correlational study</i> dengan pengambilan data <i>cross-sectional</i> .	Terdapat hubungan antara tingkat religiusitas dengan tingkat stress.	Variabel pada penelitian ini adalah tingkat stress dan juga tempat yang diambil adalah di Panti Wreda. Sedangkan penelitian ini variabelnya adalah kecenderungan depresi.
2	Santi Apriliani (2013)	Hubungan antara pemenuhan kebutuhan Spiritual dengan tingkat kecemasan pada lansia yang tidak memiliki pasangan hidup di desa Tlingsing Cawas Klaten	<i>Correlational study</i> dengan pengambilan data <i>cross-sectional</i> .	Hubungan antara pemenuhan kebutuhan Spiritual dengan tingkat kecemasan pada lansia.	Variabel yang diteliti pada penelitian tersebut adalah tingkat kecemasan sedangkan dalam penelitian ini adalah kecenderungan depresi.

3	Yoo Sun Moon & Do Hoon Kim (2013)	Association between religiosity or spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city.	<i>Correlational study</i> dengan pengambilan data <i>cross-sectional</i> .	Terdapat korelasi atau hubungan antara aspek religi dan spiritual terhadap depresi dan kualitas hidup lansia yang tinggal sendirian.	Dalam penelitian Moon dan Kim menambahkan variabel kualitas hidup di variabel dependennya. dan spesifik pada lansia yang tinggal sendirian.
4	Bamoti, Lombardi, Duberstein, King & Van Orden (2016)	Spirituality Attenuates the Association Between Depression Symptom Saverity and Meaning in Life	<i>Correlational study</i> dengan pengambilan data <i>Cross Sectional</i>	Gejala depresi memiliki hubungan negative dengan variabel "meaning in life" (Pemahaman tentang hidup). Sementara itu aspek spiritualitas memiliki hubungan positif dengan variabel "meaning in life"	Penelitian ini dilakukan di sebuah klinik universitas bukan di komunitas. Disamping itu, penelitian ini untuk mengevaluasi gangguan mood dan ansietas pada pasien lansia.
5	Avasthi & Grover (2018)	Clinical Practice Guidelines For Management Of Depression in Elderly	<i>A clinical review study</i>	Depresi pada lansia akan mengakibatkan menurunnya kualitas hidup, kesulitan melaksanakan Aktivitas harian, gangguan kesehatan fisik, kematian dini, dan gangguan kognitif.	Penelitian ini tidak melakukan review korelasi antara Aktivitas agama dengan depresi. Akan tetapi menyarankan bahwa yang mengalami depresi perlu mendapatkan terapi yang bersifat keagamaan

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Lansia**

##### **2.1.1. Definisi Lansia**

Penuaan merupakan proses yang tak terelakkan dari akselerasi tubuh dari waktu ke waktu (Zis et al., 2017). Proses penuaan merupakan suatu tahapan menghilangnya suatu fungsi tubuh seperti sebelumnya sehingga menyebabkan kehilangan fungsi dalam mengontrol atau memperbaiki kerusakan yang dialami (Mujahidullah, 2012 dalam Rini, Desi Risaditia, Pinilih, Sambodo Sriadi , Astuti, 2017). Secara konvensional, lansia telah didefinisikan sebagai usia kronologis antara usia 65 tahun. Sedangkan mereka yang berusia 65 hingga 74 tahun disebut lansia awal dan mereka yang berusia lebih dari 75 tahun disebut lansia akhir (M, Sawabe, Orimo H, 2018). Seorang dikategorikan sebagai lansia apabila telah mencapai usia 65 tahun atau lebih, dimana hal ini sesuai dengan definisi menurut *World Health Organization* (WHO);(Sabharwal, Wilson, Reilly, & Gupte, 2015). Referensi terkini sebagai hasil dari *Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society* menjelaskan bahwa lansia adalah seorang yang telah berumur 75 tahun atau lebih (Ouchi et al., 2017). Sedangkan di Indonesia, batasan usia untuk lansia menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004 yaitu ada usia 60 tahun keatas, baik laki-laki ataupun perempuan.

Dari definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa proses penuaan merupakan proses yang pasti terjadi atau suatu proses yang alami dalam kehidupan. Seseorang yang dikatakan sebagai lanjut usia jika telah mencapai usia kronologis antara usia 60 tahun keatas. Dalam tahapan ini, terdapat suatu perubahan-perubahan yang terjadi pada usia lanjut yaitu mengalami perubahan biologis, psikologis, dan masalah lain seperti masalah sosial dan keagamaan.

## **2.1.2. Karakteristik Lanjut Usia**

### **2.1.2.1. Faktor Usia**

Menurut (Kurniasari, 2015) lansia dibagi dalam beberapa kelompok usia, diantaranya :

- a. Usia pertengahan (*Middle/ Young elderly*) yaitu diantara usia 45-59 tahun.
- b. Usia lanjut (*Elderly*) yaitu diantara usia 60-74 tahun.
- c. Usia lanjut tua (*Old*) yaitu diantara usia 75-90.
- d. Usia sangat tua (*Very Old*) yaitu diantara usia diatas 90 tahun.

Sedangkan di Indonesia, batasan usia untuk lansia menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun (2004) yaitu ada usia 60 tahun keatas.

### **2.1.2.2. Jenis Kelamin**

Disebutkan dalam Pusat Data Dan Informasi (Kemenkes, 2017) bahwa angka harapan hidup perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Hal ini dibuktikan dengan data sensus sebanyak 9.53 % lansia berjenis kelamin perempuan sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki hanya terdapat 8.54 %.

### **2.1.2.3. Faktor Pendidikan**

Dari hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional BPS tahun (2012) pendidikan penduduk lansia masih relatif rendah sebanyak 26,84 % lansia tidak/belum pernah bersekolah sedangkan yang tidak tamat SD adalah 32,32 %. Walaupun tingkat pendidikan lansia masih relatif rendah, namun terjadi pendidikan yang ditamatkan lansia selama kurun waktu 2005 sampai dengan tahun 2012. Namun, pada tahun 2017, angka melek huruf (AMH) pada lansia terus mengalami peningkatan menjadi 78.19 % (BPS, 2012).

### **2.1.2.4. Status Perkawinan**

Status lansia yang masih berpasangan atau yang sudah hidup sendiri (duda/janda) dapat mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis pada lansia. Namun persentase perkawinan lansia laki-laki cenderung lebih tinggi daripada

persentase perkawinan lansia perempuan. Yaitu 82.78 % berbanding 39.25%. Untuk kelompok cerai mati, persentase lansia laki-laki yang cerai mati lebih rendah daripada persentase lansia perempuan yaitu 15.10% berbanding 56.39 %. Hal ini mengindikasikan bahwa lansia perempuan cenderung dapat hidup mandiri dibanding penduduk lansia laki-laki (BPS, Susenas, 2015 dalam Kemenkes, 2017).

#### 2.1.2.5. Status Pekerjaan

Penduduk lansia potensial berdasarkan hasil survai dari Statistik Penduduk Lanjut Usia tahun 2017, hampir separuh lansia di Indonesia (47.92 %) masih aktif bekerja di usia senjanya. Prevalensi lansia yang bekerja lebih tinggi di daerah pedesaan dari pada di perkotaan (55.34 % berbanding 40.93%) (Maylasari, Sulistyowati, & Ramadani, 2017).

#### 2.1.2.6. Status Kesehatan

Berdasarkan Statistik lanjut usia pada tahun 2017, hampir seluruh lansia mengalami keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir (Maylasari et al., 2017).

### **2.1.3. Masalah Pada Lansia**

Menjadi lanjut usia adalah sebuah proses alami yang tidak bisa dihindari. Seiring berjalannya waktu, tubuh manusia akan mengalami proses degenerative, dimana hal tersebut dapat memunculkan permasalahan seperti masalah biologis, psikologis, dan masalah lain seperti permasalahan sosial, dan Spiritual (Chen, Lin, Chuang, & Chen, 2017). Bagi Setiap orang yang telah memasuki usia lanjut perlu memahami segala perubahan yang terjadi (RSJ Magelang, 2018) Diantaranya sebagai berikut :

#### 2.1.3.1. Aspek Biologis

##### 2.1.3.1.1. Permasalahan Fisik

Dari aspek permasalahan biologis yang terjadi pada lansia yaitu meliputi perubahan fisik seperti perubahan sel tubuh, Ketika seorang menjadi lansia, terdapat sekumpulan mekanisme yang merusak sel-sel yang sehat di antaranya

adalah *Reactive Oxygen Species* (ROS) atau yang lebih dikenal dengan free radicals yang tersekresi dari mitokondria dimana kondisi tersebut memicu kerusakan proteome (protein yang ada di sel tubuh termasuk juga di kulit dan organ lainnya) (DiLoreto & Murphy, 2015; Rinnerthaler, Bischof, Streubel, Trost, & Richter, 2015). Kemudian permasalahan perubahan sistem persyarafan karena kondisi fungsi persyarafan lansia juga mengalami kemunduran sehingga hal ini juga akan berdampak pada penurunan fungsi organ tubuh tertentu misalnya mata menjadi berkurang daya akomodasinya sehingga lansia menjadi rawan jatuh Saftari & Kwon, 2018). Lansia juga menjadi kurang sensitive terhadap stimulus suara (Patel & McKinnon, 2018). Penurunan sensitifitas dan fungsi kulit (Farage et al., 2013), hingga kurang peka terhadap bau-bau dimana hal ini sebagai penurunan fungsi organ penciuman atau hidung (Sorokowska et al., 2015). Masalah fisik lain yang terjadi yaitu perubahan sistem pencernaan, Pada lansia terdapat penurunan dalam pengolahan makanan, fungsi motorik saluran pencernaan, transfer makanan dari organ pencernaan satu ke yang lain. Penurunan sekresi enzim pencernaan juga terjadi pada lansia serta disfungsi dinding saluran pencernaan yang menyebabkan terhambatnya absorpsi nutrisi tubuh. Oleh karena itu sangat umum jika ditemukan lansia yang mengalami konstipasi dan malnutrisi (Rémond et al., 2015).

Perubahan berikutnya yaitu perubahan sistem Genitourinaria, Sebuah penelitian menjelaskan bahwa lebih dari 40 % lansia laki-laki dan 30 % lansia perempuan mengalami *overactive bladder* atau kondisi dimana kandung kemih sudah mulai kehilangan fungsinya untuk mengendalikan proses berkemih (inkontinensia) (Suskind, 2017). Kemudian perubahan sistem muskuloskeletal dimana kondisi lansia mempengaruhi sistem muskuloskeletal dengan ditandai dengan tulang kehilangan densitas, penurunan jaringan kartilago, penurunan fungsi tulang belakang yang memicu nyeri dan gangguan mobilitas pada lansia (Roberts et al., 2016). Kemudian permasalahan kardiopulmona, proses menjadi lansia meningkatkan faktor resiko terkena penyakit jantung. Hal ini dikarenakan muncul beberapa perubahan di sistem kardiovaskuler di antaranya: disfungsi

endothelial di jantung, meningkatnya kekakuan pembuluh darah arteri, meningkatnya kekakuan pada ventrikel kiri jantung, perubahan sistem penghubung (katup) antara ventrikel kiri dengan pembuluh arteri dan penurunan fungsi degeneratif dari sistem konduksi jantung (X. Dai et al., 2015).

#### 2.1.3.1.2. Perubahan Kognitif

Proses penuaan memicu perubahan atau kemunduran kemampuan otak dalam menerima dan merespon stimulasi eksternal. Di antara kemampuan yang dimaksud yaitu: daya Ingat (memori), berupa penurunan kemampuan penamaan (naming) dan mengingat kembali informasi yang telah tersimpan dalam pusat memori. Intelegensia Dasar yang berarti penurunan fungsi otak bagian kanan berupa kesulitan dalam komunikasi, pemecahan masalah, serta kesulitan dalam pemusatan perhatian dan konsentrasi (Murman, 2015; Howieson, 2015).

#### 2.1.3.2. Aspek Psikologis

Dalam aspek psikologis meliputi aspek perubahan mental meliputi permasalahan kesehatan jiwa pada lansia yaitu sebagai berikut :

##### 2.1.3.2.1. Perubahan Mental

Lansia juga tidak lepas dari permasalahan mental sebagai efek dari proses menua. Masalah tersebut di antaranya emosi labil, mudah tersinggung, gampang merasa dilecehkan, kecewa, tidak bahagia, mudah merasa kehilangan, dan merasa tidak berguna. Lansia dengan problem tersebut menjadi rentan mengalami gangguan psikiatrik seperti depresi, dan kecemasan. Pada umumnya masalah kesehatan mental lansia adalah sebagai proses adaptasi dari mekanisme menua. Penyesuaian tersebut karena adanya perubahan dari keadaan sebelumnya (fisik masih kuat, bekerja dan berpenghasilan) menjadi kemunduran (Fernandes & Paúl, 2017; Beverly, Ritholz, Shepherd, & Weinger, 2016; Parkar, 2015).

##### 2.1.3.2.2. Masalah Kesehatan Jiwa Lansia

Masalah kesehatan jiwa yang akan terjadi pada lansia menurut RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang, 2018 yaitu :

a. Stres

Proses menjadi lanjut usia merupakan suatu proses perubahan kondisi fisik, psikologis, dan sosial yang dapat menyebabkan stres. Stres pada lansia dapat disebabkan oleh : Kondisi fisik yang mulai mengalami penurunan, Kondisi psikologis, misalnya perasaan takut (takut akan merepotkan anak, takut ditinggalkan pasangan, takut tidak diberdayakan lagi, dan sebagainya), cara pandang yang sempit tentang perubahan hidup, Keluarga yang kurang perhatian terhadap kondisi lansia, Kondisi lingkungan yang berubah. Hal ini dapat dipicu oleh hubungan sosial dengan orang lain seperti, beberapa teman sudah meninggal, perubahan peran dan status sosial di masyarakat.

b. Gangguan Cemas

Gangguan cemas yang dialami lansia meliputi Sulit tidur sepanjang malam, rasa tegang dan mudah marah, sering membayangkan hal-hal yang menakutkan. perasaan khawatir yang berlebihan terhadap kejadian yang terjadi. sering mengeluh gejala fisik yang ringan dan takut akan penyakit yang berat seperti jantung, kanker, diabetes, dan lain sebagainya.

c. Depresi

Seiring bertambahnya usia seseorang, maka kecenderungan mengalami depresi juga meningkat. Gangguan depresi pada lansia dapat terjadi dengan berbagai gejala seperti sulit tidur, nyeri otot, dan sendi, kurang nafsu makan, gangguan cemas, dan bahkan ada kecenderungan untuk bunuh diri.

d. Paranoid

Paranoid merupakan perasaan curiga yang berlebihan. Paranoid juga dapat terjadi pada lansia. Terkadang yang dialami lansia yaitu merasa, ada yang mengancam mereka. Ada perasaan curiga dan memusuhi anggota lainnya tanpa ada alasan yang jelas, ada yang membicarakan dan melukainya.

#### e. Dimensia

Gejala-gejala yang sering terjadi yaitu mengabaikan kebersihan diri, Sering mengulang-ulang kata atau pertanyaan, sering lupa waktu dan tempat, sering lupa kejadian-kejadian yang dialami. Dalam keadaan yang lebih berat dapat lupa dengan nama sendiri dan keluarganya, sifat dan perilaku berubah menjadi keras kepala dan cepat marah.

#### 2.1.3.3. Aspek Lain-Lain

Dalam aspek lain yaitu terdapat aspek Spiritual dan aspek sosial, yaitu :

##### a. Aspek spiritual

Keagamaan termasuk bagian dari aspek rohani (psikis) yang keberadaannya tergantung dari perubahan fisik, dan berlaku juga sebaliknya, kondisi fisik seringkali mempengaruhi keberagamaan seorang manusia dimana kondisi tersebut dapat merubah kondisi mental menjadi terganggu (B, Mainguy, Valenti Pickren M, 2013 : Stoewen, 2017). Begitu juga pada fase menjadi lansia, terdapat beberapa perubahan dari sisi keberagamaan, di antaranya: kehidupan keberagaman pada usia lanjut sudah mencapai tingkat kemantapan, meningkatkan mulai munculnya pengakuan terhadap realitas tentang kehidupan akhirat secara lebih sungguh-sungguh, sikap keberagaman cenderung mengarah kepada kebutuhan saling cinta antar sesama manusia, serta sifat-sifat luhur, meningkatnya kecenderungan untuk menerima pendapat keagamaan, timbul rasa takut kepada kematian yang sejalan dengan penambahan usia lanjut, perasaan takut kepada kematian ini berdampak pada peningkatan pembentukan sikap dan kepercayaan terhadap kehidupan abadi (akhirat) (Black & Hannum, 2015; Taghiabadi, Kavosi, Mirhafez, Keshvari, & Mehrabi, 2017). Pada dasarnya perubahan positif aspek keagamaan pada lansia dapat memenuhi kebutuhan psikologi dalam menghadapi fase-fase akhir kehidupannya (Rome, Luminais, Bourgeois, & Blais, 2011); (Wachholtz, Fitch, Makowski, & Tjia, 2016).

### b. Aspek Sosial

Seorang yang sudah memasuki kategori *senior citizens* (lansia atau warga senior) akan mengalami perubahan-perubahan tertentu di antaranya perubahan kognitif dan psikomotor. Perubahan kognitif ini mencakup proses belajar, persepsi terhadap sesuatu, pemahaman, perhatian dan sebagainya. Sementara perubahan psikomotorik lebih mengarah ke hal yang lebih dinamis, misalnya tindakan, koordinasi, gerakan menjadi lamban dan seterusnya. Dua perubahan ini jika tidak terkontrol dengan baik, dapat menimbulkan efek ke aspek sosial. Secara teori, terdapat beragam jenis aspek sosial, di antaranya: integrasi sosial, keterlibatan sosial, partisipasi sosial, ikatan sosial, dan koneksi sosial (Heaven et al., 2013). Ketika lansia mengalami masalah sosial, semua aspek tersebut akan terganggu. Berikut adalah sekelompok masalah sosial yang biasa terjadi pada lansia: (Boralingaiah, Bettappa, & Kashyap, 2012) menyebutkan disfungsi sosial atau kemunduran dalam Aktivitas sosial dan pergaulan. Dalam sebagian kasus, lansia juga mendapatkan perlakuan yang kurang nyaman khususnya dari keluarganya, misalnya diabaikan, kebutuhan hariannya kurang terpenuhi dengan baik, dan dianggap beban oleh keluarga.

Di beberapa tempat, sejumlah lansia mengalami isolasi sosial karena proteksi yang berlebihan dari keluarga. Lansia juga merasakan kurang merasa aman dengan kondisinya, menjadi kesepian (karena jauh dari anak-anaknya), dan menjadi ketergantungan dengan keluarganya. Sementara itu, (Lena, Ashok, Padma, Kamath, & Kamath, 2009) memaparkan bahwa *being neglected* atau sering merasa diabaikan masyarakat menjadi problem utama lansia. Ketika lansia diabaikan, mereka akan semakin tidak produktif, hanya tinggal di rumah, sehingga memiliki kecenderungan mengalami gangguan mental seperti depresi. Masalah lain yang muncul yaitu lansia seringkali diperlakukan berbeda (kurang nyaman), karena mereka dipandang sudah tua sehingga kurang bisa aktif di lingkungan sosial. (Y. Dai et al., 2016) menyampaikan bahwa lansia juga seringkali mengalami *lack of social support* (kurangnya dukungan dari masyarakat). Dukungan sosial yang dimaksud adalah pemenuhan kebutuhan

harian seperti transportasi, rumah, kebutuhan pribadi, kebutuhan emosional seperti kebutuhan untuk didengarkan, dimengerti, dan kenyamanan. Dukungan tersebut sangatlah penting karena dapat meminimalkan munculnya pengaruh negatif dari stresor lingkungan dan mencegah penurunan kualitas hidup lansia (Bøen, Dalgard, & Bjertness, 2012 ; Melchiorre et al., 2013); (Y. Dai et al., 2016). (Berkman, Lisa F, TV Sekher, Benjamin Capistrant, 2012) menambahkan bahwa *elderly abuse* juga menjadi problem sosial international di populasi lansia. *Elderly abuse* adalah lansia mendapatkan perlakuan tidak nyaman dari orang yang ia percaya (keluarga atau masyarakat) dan perilaku ini membahayakan lansia, serta menghambat pemenuhan Kebutuhan Dasar Lansia (KDL) (Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016). Tindak ini terbagi menjadi beberapa jenis: kekerasan fisik yang dapat menimbulkan cedera atau cacat, kekerasan pada psikologis misalnya dengan menyebabkan emosi atau menyakiti perasaan lansia, kekerasan seksual, penyalahgunaan materi misalnya anggota keluarga menyalahgunakan keuangan atau harta milik lansia, diabaikan oleh keluarga atau masyarakat (Yaffe & Tazkarji, 2012). (Palmer, Newsom, & Rook, 2016) menjelaskan di antara masalah sosial lain yang seringkali muncul pada lansia adalah masalah komunikasi.

Masalah ini berpotensi menimbulkan masalah lain seperti menjadi kurang aktif di lingkungan sosial, kurang dapat berkontribusi dalam kegiatan sosial dimana lansia tinggal, dan menimbulkan perasaan kesepian karena lansia akan mengisolasi dirinya dengan sebab problem komunikasi tersebut. Sebaliknya, lansia yang aktif secara komunikasi dan sosial maka memiliki kecenderungan untuk minimal terkena penurunan fisik tertentu, misalnya gangguan kognitif (Charles & Carstensen, 2010; Hao et al., 2017). Akan tetapi, keaktifan lansia dalam ruang lingkup sosial ini harus tetap diawasi dengan ketat, karena sebagian penelitian menunjukkan bahwa kurang pengendalian sosial lansia seringkali menyebabkan lansia terjerumus ke dalam penggunaan obat-obatan terlarang, yang mana ini juga menjadi bagian masalah sosial lansia (Kuerbis, Sacco, Blazer, & Moore, 2014). (Goll, Charlesworth, Scior, & Stott, 2015) dalam

penelitiannya menyampaikan bahwa *loss of social role* (kehilangan peran sosial) diketahui menjadi masalah sosial lansia yang perlu diperhatikan melalui bekerjasama antara *caregiver* dengan masyarakat sekitar. Aspek ini (*loss of social role*) tercermin dalam bentuk: kehilangan kontak dengan orang lain, menghindari Aktivitas sosial, kurangnya dukungan dari komunitas dan kurangnya penerimaan dari lingkungan berkaitan dengan orang yang sudah dalam kondisi lansia. *Loss of social role* juga merupakan akibat ketika lansia mengalami kesepian, serta merasakan kekhawatiran akan kondisinya, sehingga ia memutuskan untuk menarik diri dari Aktivitas sosial. Kondisi pensiun dari pekerjaan juga berpotensi memicu *loss of social role* dan juga isolasi sosial lansia (Choi, Irwin, & Cho, 2015). Jika kondisi ini tidak terdeteksi oleh *caregiver* atau masyarakat maka dapat mempengaruhi kesehatan lansia, baik fisik atau psikologisnya. Oleh sebab itu, salah satu intervensi untuk mengatasi *loss of social role* ini adalah menyusun program kegiatan yang melibatkan lansia sebagai partisipan utamanya. (Paskaleva, Diana, 2017) menambahkan bahwa *social exclusion* juga masuk ke dalam masalah sosial yang biasa dialami lansia. *Social exclusion* adalah memisahkannya lansia dari komunitas sosial serta ketidakmampuan dalam berpartisipasi dalam Aktivitas sosial, dimana kondisi ini akan mengakibatkan penurunan kualitas hidup lansia (Walsh, Scharf, & Keating, 2016). Masalah ini juga menjadi salah satu problem utama lansia di populasi warga Hongkong, bahkan terdapat dua aspek *social exclusion* yaitu *neighborhood exclusion* (lansia menjadi kurang berinteraksi sosial dengan tetangga sebelah rumah) and *limited social participation* (lansia menjadi kurang dalam berpartisipasi dalam Aktivitas sosial masyarakat) (Chou, 2018) .

Di antara pendekatan atau intervensi yang dapat diberikan untuk mengatasi *social exclusion* adalah dengan memberikan edukasi kepada lansia supaya dapat berinteraksi dengan *mobile phone*, internet, dan teknologi lainnya agar mereka dapat selalu terhubung dengan komunitasnya. Intervensi ini telah diujicobakan di populasi lansia di United Kingdom (Kerajaan Inggris) dan memiliki pengaruh yang cukup signifikan (Sacker, Ross, MacLeod, Netuveli, & Windle,

2017). Sementara itu di Indonesia, (Kemenkes, 2017) telah melakukan survey bahwa “ketergantungan” menjadi permasalahan sosial utama populasi lansia. Angka beban ketergantungan mencerminkan beban ekonomi yang harus ditanggung oleh penduduk usia produktif untuk membiayai penduduk lansia. Dapat disimpulkan bahwa penduduk lansia tersebut secara ekonomi bukanlah lansia yang produktif. Rasio ketergantungan penduduk lansia Indonesia tahun 2015 sebesar 13.28 (setiap 100 orang usia produktif harus menanggung sekitar 14 lansia). Perkembangan rasio ketergantungan penduduk lansia dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 tidak ada perubahan yang signifikan. Untuk mengatasi hal ini, keberadaan anggota rumah tangga lain (khususnya pasangan hidup) sangat penting untuk menemani dan menghabiskan sisa perjalanan hidup lansia.

Penelitian yang dilakukan di Indonesia oleh (Aswin & Cornelles, 2010) mengungkapkan bahwa urbanisasi merupakan salah satu penyebab masalah sosial lansia di daerah terpencil di Indonesia. Urbanisasi akan meningkatkan jumlah lansia yang hidup sendiri, karena mereka akan ditinggal oleh anak dan cucunya. Padahal di lain sisi, para lansia tersebut menginginkan dirawat dan tinggal bersama mereka. Sebagai dampaknya, para lansia di perdesaan juga harus berhadapan dengan masalah ekonomi, mereka harus mencari nafkah untuk kebutuhan hidup sehari-hari. Kunjungan keluarga yang jarang dan tidak teratur mengakibatkan kiriman bantuan biaya untuk kebutuhan sehari-hari terhambat diterima. Tekanan ekonomi tersebut memaksa para lansia tetap bekerja. Di daerah perdesaan Tanimbar, perawatan lansia tidak diperhatikan generasi muda yang mempunyai pekerjaan, sekolah, dan karir di kota-kota besar. Hal ini adalah masalah serius yang dapat mengurangi kualitas hidup serta memicu depresi lansia.

## **2.2. Depresi Pada Lansia**

### **2.2.1. Definisi Depresi**

Depresi merupakan suatu jenis gangguan alam perasaan (*mood*) atau emosi yang disertai komponen psikologi misalnya perasaan sedih, putus asa, murung, tidak bahagia, serta komponen somatik seperti konstipasi, anoreksia, kulit lembab, tekanan darah dan denyut nadi menurun (Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2013). Depresi dapat diasumsikan sebagai suatu reaksi normal apabila berlangsung dalam waktu yang pendek dengan adanya faktor pencetus yang jelas (Yosep, H.Iyus, Sutini, 2016). Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan perasaan mudah sedih, cemas, kehilangan keinginan untuk melakukan suatu hal yang biasa dilakukannya serta tidak mampu untuk mengekspresikan perasaan kegembiraan (Sarwono, 2010). Gangguan ini biasanya akan menghilang dalam beberapa hari tetapi juga berkelanjutan yang dapat mempengaruhi Aktivitas sehari-hari (National Institute Of Mental Health, 2010). Menurut WHO, depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, perasaan bersalah, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, kehilangan energi, serta penurunan konsentrasi (World Health Organization, 2018).

Depresi yang dialami lansia memiliki beberapa “karakteristik khusus” yang membedakan dengan depresi yang dialami oleh orang yang belum masuk kategori lansia (Adams (2001 dalam Mutiara, 2016) “Karakteristik khusus” yang dimaksud berkaitan dengan etiologi atau penyebab depresi. Misalnya, efek perubahan fisik menjadi tua, kehilangan pekerjaan (pensiun), kehilangan tujuan hidup (mengalami masalah pribadi dengan keluarga yang tidak terselesaikan dengan baik), kehilangan teman seperjuangan semasa masih muda (kasus pada veteran perang), efek terkena penyakit degeneratif (osteoporosis, penyakit jantung, hipertensi, kanker, dekubitus), dan diisolasi oleh caregiver (caregiver berlebihan dalam membatasi pergaulan sosial lansia). (Hendry, 2013) menambahkan bahwa proses penuaan seringkali menyebabkan depresi.

Sebuah penelitian menyampaikan bahwa prevalensi depresi pada lansia diperkirakan sekitar 34 % sampai dengan 69 % dari populasi (Wang, Jinghui, Xiaohang Wu, Weiyi Lai, Xiayin Zhang, Wangting Li, Yi Zhu, Chuan Chen, Xiaojian Zhong, Zhenzhen Liu, Dongni Wang, 2017). Hal ini disebabkan karena disfungsi fisik, rendahnya kontrol diri terhadap stimulus dan karena faktor kehilangan. Faktor resiko depresi lansia di antaranya kondisi sakit, cedera kepala, rendahnya konsumsi asam folat dan vitamin B12 serta meningkatnya level plasma homocysteine (Heok KE, 2008)

National Institute On Aging, 2018 menjelaskan bahwa depresi adalah masalah yang biasa terjadi pada lansia. Namun hal ini bukan disebabkan karena proses menua itu sendiri. Karena sebagian penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan lansia merasa puas dengan kehidupan mereka, meskipun memiliki banyak penyakit atau masalah fisik. Hanya saja, di lain sisi adanya perubahan aspek kehidupan lainnya yang membuat lansia merasa gelisah, stress, dan sedih. Berdasarkan beberapa referensi di atas, dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan gangguan mental atau gangguan alam perasaan (emosi) yang ditandai dengan munculnya perasaan bersalah, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, kehilangan energi, penurunan konsentrasi, konstipasi, dan penurunan tekanan darah. Apabila tanda dan gejala di atas berlangsung dalam waktu pendek, maka masih dalam kategori depresi dengan reaksi normal. Namun, jika berlangsung dalam waktu yang lama, maka dapat mengganggu aktivitas sosial dan aktivitas harian lainnya.

### **2.2.2. Tanda Dan Gejala Depresi Pada lansia**

Pada umumnya, seseorang yang mengalami depresi menunjukkan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas. Penegakan kriteria depresi jika sedikitnya ada 5 dari gejala dibawah ini yang telah ditemukan dalam jangka waktu 2 minggu dan merupakan suatu perubahan pola fungsi sebelumnya. Tanda dan gejala umum dari depresi yaitu sebagai berikut :

#### 2.2.2.1. Tanda Dan Gejala Fisik

- a. Menurunnya tingkat aktivitas, misalnya kehilangan minat, kesenangan terhadap hobi maupun Aktivitas yang sering dilakukan sebelumnya.
- b. Gangguan pola tidur seperti tidur berlebihan atau hypersomnia dan sulit tidur atau insomnia.
- c. Kehilangan nafsu makan dan bahkan makan secara berlebihan sehingga dapat mengakibatkan kurus atau kegemukan.
- d. Terkadang merasa berat ditangan dan kaki.
- e. Sulit berkonsentrasi, mengingat sesuatu dan memutuskan sesuatu.
- f. Terdapat gejala penyakit fisik yang sulit pulih kembali seperti sakit kepala, sakit lambung, masalah pencernaan seperti diare dan konstipasi, nyeri kronis.
- g. Energi menurun dan mengakibatkan kelemahan, kelelahan, dan menjadi lamban dalam beraktivitas.

#### 2.2.2.2. Tanda Dan Gejala Psikis

Gejala psikis pada masalah depresi meliputi perasaan sedih, cemas, sering merasa bersalah, selalu merasa tidak nyaman, serta mudah tersinggung, kehilangan rasa percaya diri, terkadang merasa putus asa dalam menghadapi suatu permasalahan. Mood yang menetap dan cenderung tidak mengalami kenaikan. (Hendry, 2013). Selain itu gejala psikis lainnya yaitu ditandai dengan gejala somatic yang lebih sering gejala emosian yang berubah-ubah (Haigh EAP, Boguci OE, Sigmon ST, 2018).

#### 2.2.2.3. Tanda Dan Gejala sosial

Gejala sosial yang timbul dari depresi ini meliputi menurunnya aktivitas dan minat yang biasa dilakukan sehari-hari, serta timbulnya hasrat untuk hidup dan muncul keinginan untuk bunuh diri.

Penegakan derajat depresi pada lansia berdasarkan panduan PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada ICD 10 (International Classification Diagnostic 10). Dalam panduan tersebut terdapat tiga

level depresi yang karakteristiknya ditentukan dari gejala utama dan gejala tambahan yang muncul. Gejala utama meliputi perasaan depresif, hilangnya minat dan semangat, mudah lelah dan tenaga hilang. Kemudian gejala tambahan meliputi Konsentrasi dan perhatian menurun. Harga diri dan kepercayaan diri menurun, perasaan bersalah dan tidak berguna, Pesimis terhadap masa depan, gagasan membahayakan diri atau bunuh diri, gangguan tidur. gangguan nafsu makan, menurunnya libido.

### **2.2.3. Faktor-Faktor Penyebab Depresi Pada Lansia**

Depresi pada lansia disebabkan oleh banyak faktor dan beberapa di antaranya berkaitan erat dengan teori-teori tentang depresi. Berikut adalah faktor-faktor yang dimaksud dan sebagian di antaranya juga menjadi penyebab depresi pada populasi remaja dan dewasa, yaitu :

#### **2.2.3.1. Obat-obatan**

Beberapa golongan obat dapat menyebabkan depresi di antaranya: obat anti hipertensi, obat kontrasepsi hormonal, obat kortikosteroid, obat untuk penyakit jantung (digoxin), obat sedative, obat psychostimulant dan sympathomimetics, obat untuk terapi Parkinson (levodopa) (Patten & Love, 1993; Kotlyar, Dysken, & Adson, 2005). Rogers dan Pies (2008) menjelaskan bahwa penyebab lainnya karena beberapa obat yang dapat menyebabkan depresi atau *Drug-Induced Depression* (DID). Misalnya, obat antihipertensi, obat antiobesitas, obat antivirus, obat untuk penyakit kulit, suplemen hormon oral, obat antiasma, kortikosteroid, dan obat penekan ketagihan merokok (Rogers & Pies, 2008).

#### **2.2.3.2. Kondisi medis umum**

Penyakit-penyakit fisik kronis dapat menyebabkan depresi pada lansia, misalnya diabetes, kanker, stroke, dan penyakit jantung (Roh et al., 2015; Voinov, Richie, & Bailey, 2013). Oleh sebab itu, intervensi depresi dalam aspek ini perlu kolaborasi dengan dokter-dokter spesialis untuk tata laksana gangguan fisiknya. Beberapa

terapi rehabilitasi juga diperlukan dalam rangka mengembalikan fungsi motorik pada pasien-pasien yang dengan gangguan musculoskeletal, misalnya stroke.

#### 2.2.3.3. Faktor Biologi

Depresi juga disebabkan karena efek perubahan fisiologi hormon serotonin dan epinefrin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Begitu juga, norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi. Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun, dimana hal tersebut salah satunya disebabkan karena pengobatan yang dapat menurunkan level dopamine (Voinov et al., 2013; Albert & Benkelfat, 2013; Belujan & Grace, 2017; Hasler, 2010).

#### 2.2.3.4. Faktor Genetik

Penelitian menunjukkan bahwa genetik dan keluarga memiliki peran dalam memunculkan depresi, dimana seorang yang mengalami depresi memiliki kecenderungan sebanyak 3 kali dalam memunculkan depresi pada keluarganya (Erin C. Dunn, Ruth C. Brown, Yael Dai, Jonathan Rosand, Nichole R Nugent, 2015). Begitu juga pada beberapa penelitian menyebutkan bahwa memiliki saudara kembar dan mengadopsi anak diketahui juga menjadi penyebab depresi (Lohoff, Falk W, 2010).

#### 2.2.3.5. Faktor Psikososial

Faktor psikososial merujuk kepada faktor kehilangan yang menyebabkan depresi misalnya hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial dan penurunan fungsi kognitif, penurunan percaya diri, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik. Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Paykel, 2008).

#### 2.2.3.6. Faktor Internal dan Eksternal

Faktor internal yang dimaksud adalah faktor biologis (usia, jenis kelamin, riwayat keluarga), faktor fisik (riwayat penyakit yang pernah diderita) dan faktor psikologis (kepribadian lansia dan kognitif). Sementara itu, faktor eksternal yaitu sosial, meliputi status perkawinan, pekerjaan, stresor sosial dan dukungan sosial. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dukungan keluarga (dukungan instrumental) (Amir, 2005 disitasi dalam Marta, 2012).

#### 2.2.3.7. Faktor Jenis Kelamin

Sebuah penelitian menjelaskan bahwa prevalensi depresi lebih banyak terjadi pada wanita daripada pria (Abate, 2013). Hal ini disebabkan karena wanita lebih sensitif dalam merasakan stimulasi lingkungan, dimana hal ini berbeda dengan kondisi pria. Wanita juga mengalami perubahan yang berkaitan dengan sistem reproduksi yang dimulai dari premenstrual sindrom, postpartum yang juga memicu depresi. Namun, ketika wanita dan pria tersebut berada dalam kategori lansia, maka penelitian lain menunjukkan bahwa kecenderungan depresinya adalah sama (Albert, 2015).

#### 2.2.3.8. Faktor Usia

Faktor usia lansia juga menjadi penyebab depresi, bahwa semakin tinggi umur lansia maka semakin tinggi pula prevalensi depresinya. Lansia yang berumur 75 tahun keatas memiliki kecenderungan depresi daripada di bawah 75 tahun. Pernyataan di atas berdasarkan sebuah penelitian yang telah dilakukan Suryo (2011) tentang “*Gambaran depresi pada lansia di panti werdha dharma bakti Surakarta*” dimana diperoleh hasil bahwa tingkat depresi lansia ditentukan oleh tingkat umur.

#### 2.2.3.9. Tipe Kepribadian

Seorang lansia yang memiliki kepribadian yang introvert (tertutup), mudah merasakan cemas terhadap lingkungan, dan memiliki ketergantungan yang tinggi kepada keluarganya, berpotensi tinggi akan mengalami depresi (Marta, 2012).

#### 2.2.3.10. Dukungan Sosial

Lansia yang kurang mendapatkan dukungan sosial yang baik dari masyarakat dapat memicu keadaan depresi. Dukungan tersebut berupa kurangnya dukungan emosional (bagi lansia wanita) dan dukungan berupa finansial atau hal-hal yang sifatnya konkret lainnya (bagi lansia pria) (Grav, Hellzèn, Romild, & Stordal, 2012). Penelitian yang lain menunjukkan bahwa dukungan sosial yang kuat dapat menurunkan prevalensi dan sebaliknya, dukungan sosial yang kurang dapat meningkatkan prevalensi depresi (Wang, Cai, Qian, & Peng, 2014).

#### 2.2.3.11. Dukungan Keluarga

Keluarga adalah salah satu sistem pendukung bagi anggotanya yang sudah menjadi lansia. Dukungan tersebut dapat berupa motivasi untuk menjaga kesehatan khususnya mental, frekuensi kehadiran keluarga ketika dibutuhkan lansia dimana jika lansia memperoleh sejumlah dukungan di atas maka dapat menurunkan kecenderungan terkena depresi. Namun, jika lansia kurang mendapatkan dukungan tersebut, maka sangat berpotensi terkena depresi (Martire et al., 2008; Park & Unützer, 2011).

### **2.2.4. Dampak Depresi Pada Lansia**

Pada penderita depresi, kadar metabolit utama di cairan serebrospinal yaitu 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) dari serotonin, 3-methoxy-4hydroxyphenyl glycol (MHPG) dari norepinefrin, dan homovanillic acid (HVA) dari dopamin tersebut lebih rendah dibandingkan yang tidak depresi. Secara umum ketiga neurotransmitter berperan dalam mengatur reaksi terhadap stres, emosi, tidur dan nafsu makan. Dampak yang terjadi ketika jumlah serotonin meningkat sehingga mengakibatkan agresivitas, gangguan tidur, sedangkan jumlah rendah

menyebabkan iritabilitas, ansietas, latargi, dan tindakan pemikiran pada pemikiran untuk bunuh diri.(Hendry, 2013). Dampak lain yang terjadi jika depresi terus berlanjut lebih lama dan simptom berkembang menjadi lebih kompleks dan berat maka keadaan depresi berada di tingkatan klinis. Jika depresi berada di tingkatan yang lebih berat, akan menimbulkan halusinasi, delusi, keadaan psikotik (Khan, 2012).

### **2.2.5. Penanganan Depresi Pada Lansia**

National Institute of Aging (2018) menjelaskan bahwa depresi, bagaimanapun kondisinya, dapat diatasi, asalkan lansia patuh terhadap intervensi yang diberikan oleh dokter, perawat, psikolog atau psikiatri. Meskipun beberapa obat dapat mengakibatkan depresi, hal tersebut tidak akan menjadi masalah ketika dapat diketahui sejak awal. sehingga penggunaannya dapat segera dihentikan. Dalam sebuah terapi, jika dokter tidak menemukan adanya penyebab depresi yang berasal dari obat, maka langkah selanjutnya adalah melakukan pengkajian psikologis. Terapi yang diberikan kepada lansia yang menderita depresi akan berbeda-beda. Bahkan ada yang diberikan multi-treatment untuk melihat manakah yang paling cocok. Sejauh ini, terapi yang terbaik untuk depresi pada lansia adalah pemberian obat yang dikombinasikan dengan psikoterapi (Luck-Sikorski et al., 2017; RM, CF, & III, 2017). Sebagian penelitian memberikan rekomendasi kepada lansia yang depresi untuk aktif di dalam Aktivitas keagamaan (Lerman et al., 2018). Berikut adalah beberapa penjelasan dari masing-masing tata laksana:

#### **2.2.5.1. Medikamentosa**

Obat yang diberikan untuk penderita depresi dikenal dengan nama antidepressant. Mekanismenya adalah memaksimalkan kinerja otak untuk mensekresikan zat-zat kimia yang dapat mengendalikan mood atau stress. Terkadang sebagian pasien membutuhkan beberapa obat antidepressant untuk menemukan obat mana yang paling efektif mengatasi gejala depresi dengan efek samping yang minimal. Obat anti depresan biasanya dikonsumsi selama dua hingga empat minggu untuk melihat efeknya. Beberapa efek yang timbul dari obat tersebut di antaranya

adanya perbaikan dari Aktivitas tidur, nafsu makan dan konsentrasi terhadap sesuatu. Lansia yang sudah mulai mengkonsumsi antidepresan, sebaiknya memiliki caregiver yang selalu mengawasi minum obat. Karena beberapa orang tiba-tiba berhenti minum obat tersebut ketika melihat adanya perbaikan. Padahal obat tersebut belum habis seperti yang direkomendasikan dokter. Hal ini dapat mengakibatkan gejala depresinya kambuh lagi. Jika memang dikehendaki untuk menghentikan obat, dokter hal tersebut akan dilakukan setelah enam sampai dua belas bulan dengan diawali dengan mengurangi dosisnya terlebih dahulu. Karena jika antidepresan dihentikan secara total dengan tiba-tiba, akan menimbulkan *withdrawal symptoms* (munculnya gejala depresi). Penggunaan obat-obat herbal juga tidak direkomendasikan kecuali sudah mendapatkan informasi yang valid bahwa obat tersebut aman dan dapat secara efektif menghilangkan gejala depresi.

#### 2.2.5.2. Psikoterapi

National Institute of Aging (2018) menjelaskan bahwa psikoterapi disebut juga “talk therapy” atau terapi yang diberikan melalui komunikasi verbal. Terapi ini diberikan dalam jangka waktu 10 hingga 20 minggu atau dapat lebih lama, tergantung dari kebutuhan dari masing-masing lansia. Terapi ini bertujuan untuk mengatasi pikiran negatif yang muncul dari lansia yang menderita dan juga mengantisipasi perilaku negatif yang berpotensi memperburuk depresi. Terapi ini bisa dikombinasikan dengan terapi interpersonal bersama orang lain, misalnya dengan keluarga atau teman. Lansia juga dapat diberikan edukasi tentang problem-solving strategy guna mengatasi stressor yang dihadapi di usia lanjut (Jonsson et al., 2016; Raue, McGovern, Kiosses, & Sirey, 2017).

#### 2.2.5.3. Aktivitas Keagamaan

Agama adalah bagian penting dari kebutuhan dasar manusia khususnya bagi mereka yang sudah memasuki usia lanjut. Karena agama memiliki peran cukup penting dalam mencegah atau mengatasi masalah yang berkaitan dengan psikologis atau mental sebagai contohnya depresi. Sebuah penelitian menjelaskan bahwa lansia yang aktif dalam kegiatan keagamaan memiliki kecenderungan

rendah terkena depresi. Oleh karena itu, keterlibatan lansia dalam berbagai kegiatan keagamaan sangat diperlukan untuk mengatasi problem depresi. Kegiatan yang dapat diikuti tersebut bermacam-macam sesuai dengan agama yang dianut (Lerman et al., 2018).

### **2.3. Aktivitas Religi**

#### 2.3.1. Definisi

Aktivitas religi atau aktivitas keagamaan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seseorang maupun kelompok serta keyakinan seseorang terhadap Tuhan. (Mutiara, 2016). Keterlibatan seseorang dalam hal keagamaan yang meliputi *religion belief* (keyakinan agama) dan *religious behavior* (perilaku yang berhubungan dengan keagamaan, misalnya hadir ke tempat ibadah). Oleh sebab itu *religious involvement* dapat dikatakan sebagai aktivitas ritual dimana merupakan sebuah bentuk keaktifan seorang dalam aktivitas keagamaan (apapun agamanya). Hal tersebut juga salah satu bukti bahwa seorang memiliki kepercayaan terhadap Tuhan. Aplikasi *religious involvement* tidak lepas dari *religious practice*. Misalnya, seorang bergabung dalam aktivitas ibadah secara bersama-sama, mengadakan kegiatan sosial keagamaan, dan lain sebagainya. aspek *religious believe* juga menjadi bagian penting dari *religious involvement*. Karena tanpa didasari belief yang baik dan benar, seorang yang memiliki agama akan sulit menjalankan *religious practice* (Roth, Usher, Clark, & Holt, 2016). Aspek religi dan spiritual mampu mengurangi stress yang datang dari kehidupan. Agama menyediakan solusi dengan memberikan coping yang efektif sehingga seorang dapat terhindar dari depresi (Bonelli, Dew, Koenig, Rosmarin, & Vasegh, 2012).

#### 2.3.2. Dimensi Aktivitas Religi

2.3.2.1. Menurut penelitian (Mc farland, 2010) dijelaskan bahwa terdapat 2 dimensi Aktivitas Religi yaitu :

##### 2.3.2.1.1. *Organizational*

Individu bergabung dalam aktivitas keagamaan yang bersifat publik. Misalnya datang ke gereja, ikut kegiatan organisasi keagamaan, dan lain sebagainya.

#### 2.3.2.1.2. *Non Organizational Religiosity*

Individu menggambarkan aspek keagamaan dengan metode yang sifatnya pribadi (tidak melibatkan orang lain). Misalnya, membaca buku agama (Injil) di rumah, melihat tayangan agama di TV, ibadah di rumah, dan lain sebagainya.

2.3.2.2. Menurut penelitian (L. D. Pearce, Hayward, & Pearlman, 2017) menjelaskan terdapat 5 dimensi aktivitas religi yaitu sebagai berikut :

##### 2.3.2.2.1. *Religious Beliefs*

Dalam dimensi ini dapat disebut sebagai ideologi atau doktrin. Terdiri dari kepercayaan kepada Tuhan, kehidupan setelah kematian, alam supranatural (ghaib), kepercayaan terhadap kekuatan Tuhan, kepercayaan adanya setan, hari pembalasan, percaya terhadap keajaiban Tuhan. Aspek ini adalah aspek dasar yang sering diamati untuk melihat seberapa bagus perkembangan religiusitas seseorang.

##### 2.3.2.2.2. *Religious exclusivity*

Dalam dimensi ini, berfokus pada *orthodoxy or dogmatism*. Jadi sejenis pemahaman bahwa hanya satu agama yang benar dan punya definisi yang jelas tentang mana perbuatan yang benar dan mana yang salah. Berawal dari poin ini sering muncul beberapa kejadian seorang yang pindah agama, karena memandang bahwa agama yang dianutnya selama ini salah. Aspek ini terdiri dari: pindah agama, mempraktekkan satu agama, melihat adanya kebenaran, memutuskan dan memilih satu agama yang dianggap benar.

##### 2.3.2.2.3. *External Religiosity*

Aspek ini fokus pada keaktifan dalam pelayanan publik keagamaan, menjadi keanggotaan organisasi keagamaan, dan aktivitas sosial keagamaan. Aspek ini memandang bahwa terdapat keunikan tersendiri ketika mempraktekkan ajaran agama bersama orang lain dan bersama organisasi. Aspek ini terdiri dari: kehadiran dalam kegiatan keagamaan, berdoa bersama orang tua, berbagi pengalaman dalam hal keyakinan agama, bergabung dalam grup keagamaan.

#### 2.3.2.2.4. *Private Practice*

Aspek ini fokus pada aktivitas agama yang bersifat pribadi yang menunjukkan pengabdian seseorang kepada agamanya. Seperti membaca buku agama di rumah, melihat tayangan keagamaan di TV, puasa, dan lain sebagainya. aspek ini terdiri dari: puasa, mempraktekkan “day of rest” (agama yahudi), rutin beribadah, membaca kitab suci.

#### 2.3.2.2.5. *Religious salience*

Aspek ini fokus pada sebuah pemahaman bahwa agama adalah hal yang penting dalam kehidupan sehingga dapat memberikan pengaruh yang nyata dalam kehidupan pemeluknya. Aspek ini terdiri dari: pentingnya memiliki keyakinan, berkomitmen terhadap aturan Tuhan, dan bagaimana dalam memutuskan sesuatu.

2.3.2.3. Penelitian dari (Lifshitz, Nimrod, & Bachner, 2018), menjelaskan bahwa ada 4 domain *spiritual well-being* yaitu :

##### 2.3.2.3.1. *Personal*

Aspek ini lebih melihat kepada diri sendiri ketika merespon makna, tujuan, dan nilai-nilai kehidupan. Self-awareness / kesadaran diri sendiri menjadi poin penting dalam aspek ini untuk mencari identitas dan kebaikan yang ada dalam diri seseorang.

##### 2.3.2.3.2. *Communal*

Aspek ini lebih mengarah ke kualitas hubungan dengan orang lain yang khusus berkaitan dengan moral, budaya, dan agama. Aspek ini biasa diekspresikan dalam bentuk kasih sayang, perasaan memaafkan, menanamkan sifat percaya kepada orang lain, harapan, dan keyakinan tertentu.

##### 2.3.2.3.3. *Environmental*

Aspek ini lebih kearah kepedulian terhadap lingkungan. Seorang yang memiliki agama semestinya peduli dengan lingkungan sekitarnya, misalnya pepohonan, hewan dan lain sebagainya.

#### 2.3.2.3.4. *Transcendental*

Hubungan antara seorang yang beragama dengan sesuatu yang diluar jangkauan manusia. Misalnya, kehidupan setelah kematian dan hal semisal lainnya.

2.3.2.4. Penelitian selanjutnya dari (Krause et al., 2010) penelitian ini menjelaskan ada 6 dimensi agama yaitu :

##### 2.3.2.4.1. *Religious Affiliation*

Aspek ini berkaitan dengan agama yang dianutnya.

##### 2.3.2.4.2. *Involvement in formal religious organizations*

Aspek ini berkaitan dengan keterlibatan dalam aktivitas keagamaan yang sifatnya formal. Misalnya, tempat ibadah apa yang dikunjungi, berapa kali mengunjunginya, apakah mengikuti aktivitas sosial keagamaan, apakah juga mengikuti festival keagamaan.

##### 2.3.2.4.3. *Private religious practices*

Aspek ini berkaitan seberapa sering responden beribadah di rumah, misalnya membaca kitab suci, melihat tayangan agama di TV, mendengarkan siaran agama di radio.

##### 2.3.2.4.4. *The functions of prayer*

Aspek ini berkaitan dengan fungsi ibadah itu sendiri. Misalnya, seberapa sering responden beribadah untuk menghilangkan stress dan seberapa sering beribadah untuk mendapatkan manfaat positif ibadah itu sendiri misalnya menumbuhkan harapan dalam doa.

##### 2.3.2.4.5. *Belief in punishment by supernatural forces*

Aspek ini berkaitan dengan adanya hukuman dari Tuhan ketika responden memiliki perilaku buruk. Misalnya, hukuman tersebut berasal dari bachi ga ataru (sejenis Tuhannya orang Jepang).

#### 2.3.2.4.6. *Beliefs about the afterlife*

Aspek ini berkaitan dengan keyakinan kehidupan setelah kematian. Misalnya, keyakinan akan ruh, keyakinan akan surga dan neraka, keyakinan akan kebahagiaan yang abadi.

### 2.4. Hipotesis

Hipotesis adalah asumsi sementara terhadap fenomena yang akan diteliti, dimana asumsi tersebut masih harus dibuktikan kebenarannya.(Tenny, 2018). Penelitian ini memiliki dua hipotesis yaitu hipotesis nol ( $H_0$ ) dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dalam menyimpulkan apakah ada hubungan yang signifikan atau tidak. Penulis menggunakan batasan skor alfa 0.05. Berikut keterangannya :

#### a. Hipotesis Nol ( $H_0$ )

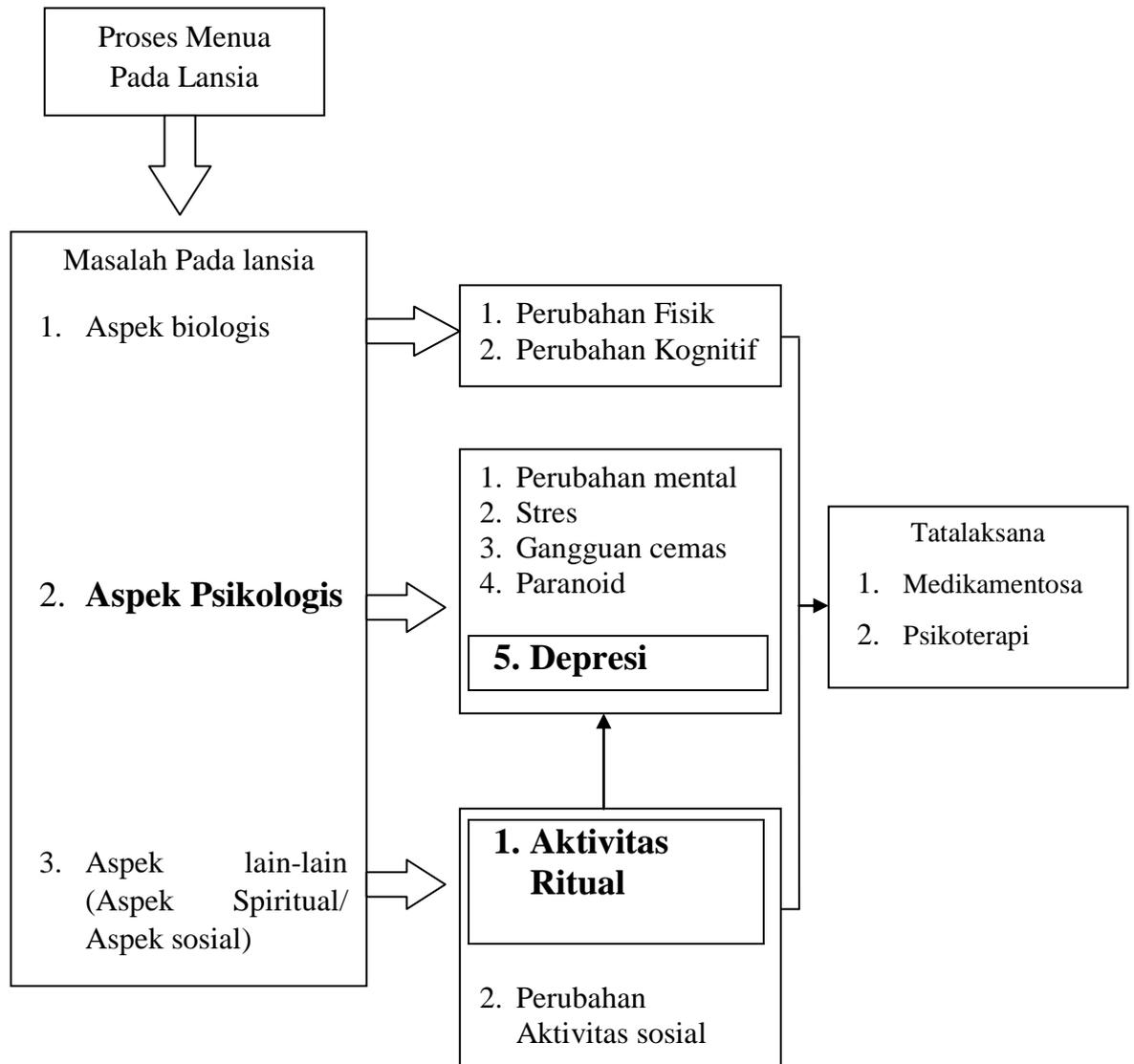
Tidak ada hubungan antara aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang ( $p>0.05$ ).

#### b. Hipotesis Alternatif ( $H_a$ )

Ada hubungan yang bermakna antara aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang. Dari dua hipotesis diatas peneliti menentukan hipotesis sementara bahwa :

Ada hubungan yang bermakna ( $p<0.05$ ) antara aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia, Kelurahan Gelangan, Kota Magelang. Sehingga konsekuensinya  $H_a$  diterima  $H_0$  ditolak.

## 2.5. Kerangka Teori



Skema 2.1. Kerangka Teori

Sumber :

(Chen et al., 2017); (Rémond et al., 2015); (Murman, 2015);(Fernandes & Paúl, 2017); (Parkar, 2015); (Stoewen, 2017); (Black & Hannum, 2015)

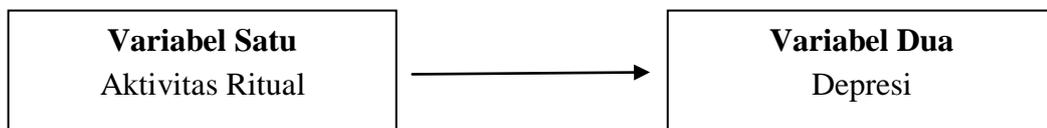
## BAB 3 METODE PENELITIAN

### 3.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif, dengan desain non-experimental, observasional karena peneliti hanya sebatas melakukan observasi dan tidak memberikan intervensi kepada responden penelitian (Toledo-Pereyra, 2012; Süt, 2014). Metode penelitian kuantitatif merupakan salah satu metode yang digunakan dalam penelitian untuk menjawab problematika dan rumusan masalah dalam sebuah populasi tertentu, dimana data yang nantinya diperoleh berupa angka (Wahidmurni, 2017). Sementara itu, untuk menjawab dari rumusan masalah dalam penelitian ini, peneliti memilih desain korelasional, karena akan menguji sejauh mana korelasi antara Aktivitas ritual dan kecenderungan depresi (Approach, Lau, & Kuziemy, 2017). Untuk pengambilan datanya, peneliti akan menerapkan metode *cross-sectional*, yaitu pengambilan data yang dilakukan sebanyak satu kali bagi setiap responden (Parab & Bhalerao, 2010).

### 3.2. Kerangka Penelitian

Dalam penelitian ini, ada dua variabel yang akan diteliti yaitu aktivitas ritual (variabel satu) dan depresi (variabel dua). Karena desainnya bersifat korelasi, maka tidak ada variabel independen dan variabel dependen, dua variabel tersebut hanya berlaku dalam penelitian-penelitian intervensi (Paul, C, Price, Jajiv S Jhangiani, ANd A, 2015). Berikut adalah kerangka penelitiannya :



Skema 3.1. Kerangka Penelitian

**Keterangan :**

: Variabel yang diteliti

### 3.3. Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3.1.

Definisi Oprasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Oprasional	Cara ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel Satu</b>				
Aktivitas Ritual	Keaktifan lansia dalam kegiatan keberagamaan baik secara intrapersonal maupun interpersonal <i>commitment</i>	<i>Religious Commitment Inventory-10</i> (RCI-10)(Worthington et al, 2003), (Acquaye, Sivo, & Jones, 2018)	a. Skor 1-10 : Rendah b. Skor 11-20 : Sedang c. Skor 21-30 : Tinggi	Ordinal
<b>Variabel Dua</b>				
Depresi	Suatu kondisi medis berupa perasaan negatif terhadap pikiran, tindakan, perasaan dan kesehatan mental seseorang.	<i>Geriatric Depression Scale: short Form</i> (Sheikh & Yesavege 1986)	a. Skor 0-4 : Normal b. Skor 5-8 : Depresi Ringan c. Skor 9-11 : Depresi Sedang d. Skor 12-15 : Depresi Berat (Sheikh & Yesavege 1986)	Ordinal

### 3.4. Populasi Dan Sampel

#### 3.4.1. Populasi

Populasi adalah sekelompok orang yang memiliki karakteristik yang potensial untuk menjadi responden dalam sebuah penelitian (Martínez-Mesa, González-Chica, Duquia, Bonamigo, & Bastos, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang ada di Kelurahan Gelangan Kecamatan Magelang Tengah, Kota Magelang yang berjumlah 943 lansia. Populasi target dalam penelitian ini

adalah seluruh lansia yang tinggal di RW 8 yang mengikuti kegiatan posyandu lansia yang berjumlah 155 lansia. Sementara itu, populasi jangkauan dari penelitian ini yaitu lansia yang berusia 60 tahun keatas dan yang sesuai dengan kriteria inklusi lainnya.

### 3.4.2. Sampel

Sampel adalah sebagian orang yang dianggap dapat mewakili populasi untuk keperluan penelitian (Pourhoseingholi, Vahedi, & Rahimzadeh, 2013). Penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan aplikasi online yaitu “*Correlation Coefficient Using Z-Transformation*” (<https://www2.ccrb.cuhk.edu.hk/stat/other/correlation.htm>) dengan mempertimbangkan tiga prinsip dasar penghitungan sampel dalam riset korelasi yaitu *alpha*, *beta*, dan *expected correlation coefficient*. Dalam penelitian ini, skor alpha merujuk pada nilai 0.05, skor beta merujuk pada nilai 0.20, dan *expected correlation coefficient* merujuk pada nilai 0.430 dengan pertimbangan bahwa skor tersebut berada dalam rentang korelasi yang cukup (Akoglu, 2018).

Rumus penghitungan sampel tersebut adalah  $N = [(Z\alpha + Z\beta)/C]^2 + 3$ . Setelah tiga skor prinsip dasar diatas di input dalam rumus, maka diperoleh sampel sejumlah 40 orang lansia. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dimana penentuan sampel berdasarkan kriteria yang ditetapkan oleh peneliti (Palinkas et al., 2015). Kriteria dalam penentuan sampel penelitian ini yaitu :

Kriteria inklusi :

- a. Lansia berusia antara 60-75 tahun.
- b. Lansia dengan kategori depresi ringan dan sedang.
- c. Lansia yang bersedia mengikuti penelitian dengan dibuktikan dengan telah menandatangani *informed consent*.

Kriteria Eksklusi

- a. Lansia dengan gangguan pendengaran tanpa menggunakan alat bantu pendengaran.

- b. Lansia dengan gangguan bicara
- c. Lansia dengan gangguan kognitif (Dimensia, Alzheimer)

### **3.5. Waktu Dan Tempat Penelitian**

#### **3.5.1. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan April-Mei 2019. Kegiatan ini dimulai dari tahap persiapan, pengajuan judul, penyusunan proposal, pengujian instrumen, presentasi proposal, perizinan penelitian, pelaksanaan penelitian, penyusunan hasil dan presentasi hasil penelitian.

#### **3.5.2. Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu RW 8 Kelurahan Gelangan, Kecamatan Magelang Tengah, Kota Magelang.

### **3.6. Alat dan Metode Pengumpulan Data**

#### **3.6.1. Alat Penelitian**

Penelitian ini menggunakan dua kuesioner yaitu *religious Commitment Inventory-10* (RCI-10) (Worthington et al., 2003), untuk mengukur aktivitas keagamaan (Variabel satu), keterangan jawabannya yaitu jika dijawab dengan jawaban Skor 1: jarang, artinya aktivitas tersebut 0-1 kali selama seminggu dilakukan, Skor 2: Sering, artinya aktivitas tersebut 2-3 kali selama seminggu dilakukan dan Skor 3: Selalu, artinya aktivitas tersebut setiap hari selama seminggu dilakukan, atau lebih dari 3 kali dilakukan. Alasan peneliti menggunakan kuesioner ini yaitu karena kuesioner ini bisa digunakan untuk berbagai agama dan tidak berfokus pada salah satu agama saja. Kemudian kuesioner yang kedua yaitu *Geriatric Depression Scale: short Form* (Capezuti & Fulmer, 2012 : Sheikh & Yesavage, 1986) untuk mengukur depresi lansia (variabel dua) didalam kuesioner ini terdapat dua pilihan jawaban yaitu ya dan tidak. Cara pengisian kuesioner ini yaitu dengan mendampingi lansia dalam pengisian kuesioner dan membacakan kuesioner kepada lansia mengenai isi dan tatacara dalam pengisian kuesioner tersebut, kemudian cara mengisi pilihan jawabannya untuk kuesioner *religious Commitment Inventory-10* (RCI-10) dengan di lingkari pada jawaban yang sesuai

dengan responden, sedangkan pada kuesioner *Geriatric Depression Scale: short Form* (Sheikh& Yesavage, 1986) dengan cara di centang pada jawaban yang sesuai. Berikut adalah kisi-kisi dari kuesionernya :

<b>Religious Commitment Inventory-10 (RCI-10)</b>			
No	Aspek	Nomor soal	Jumlah soal
1	Intrapersonal Religious Commitment	1, 3, 4, 5, 7, 8	6
2	Interpersonal Religious Commitment	2, 6, 9, 10	4
Total			10 soal

Tabel 3.2. Kisi-kisi kuesioner aktivitas keagamaan

<b>Geriatric Depression Scale: Short Form</b>			
No	Aspek	Nomor soal	Jumlah soal
1	Indikator depresi jika dijawab dengan jawaban “Ya”	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15	10
2	Indikator depresi jika dijawab dengan jawaban “tidak”	1, 5, 7, 11, 13	5
Total			15 Soal

Tabel 3.3. Kisi-kisi kuesioner Depresi

### 3.6.2. Metode Pengumpulan Data

Setelah peneliti menyelesaikan penyusunan proposal dan seminar proposal, peneliti melakukan perizinan kepada pihak terkait untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin, peneliti melakukan pengumpulan data dengan metode sebagai berikut :

3.6.2.1. Peneliti melakukan satu kali apersepsi dengan kader lansia dan asisten peneliti mengenai penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Kriteria asisten peneliti yang dibutuhkan peneliti yaitu mahasiswa keperawatan semester 8 yang sedang melakukan penelitian atau pernah melakukan penelitian.

3.6.2.2. Peneliti mengumpulkan kriteria lansia yang dibutuhkan, dibantu kader posyandu lansia pada saat kegiatan lansia.

3.6.2.3. Peneliti dibantu dengan asisten penelitian dalam memberikan pengarahan dan bantuan kepada lansia untuk mengisi *Informed Consent* sebagai tanda persetujuan responden untuk berpartisipasi. Setelah itu, peneliti dan asisten memberikan kuesioner *Religious Commitment Inventory-10* (RCI-10) dan kuesioner *Geriatric Depression Scale* pada saat posyandu lansia berlangsung untuk diisi.

3.6.2.4. Setelah data terkumpul, peneliti menginterpretasi hasil kuesioner yang telah diisi.

3.6.2.5. Peneliti menganalisa hasil dengan program SPSS di computer.

### **3.6.3. Uji Validitas dan reliabilitas**

Variabel Aktivitas keagamaan akan diukur dengan menggunakan instrument *Religious Commitment Inventory-10* (RCI-10) (Worthing et al, 2003). Isi kuesioner ini sudah mendapatkan izin resmi dari penyusun untuk dilakukan alih bahasa dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Pengarang juga memberikan izin kepada peneliti untuk memodifikasi skoring sistemnya. Sedangkan untuk kuesioner Depresi, peneliti menggunakan alat ukur *Geriatric Depression Scale: Short Form* (Sheikh & Yesavage, 1986), kuesioner ini sudah tidak perlu diuji kembali karena kuesioner ini sudah pernah digunakan oleh peneliti sebelumnya dan hasilnya valid.

## **3.7. Metode Pengolahan dan Analisis Data**

### **3.7.1. Metode Pengolahan Data**

Menurut (Hidayat Aziz A, 2011) pengolahan data secara umum terbagi mejadi beberapa tahapan, dan tahapan tersebut akan ditempuh oleh peneliti, diantaranya adalah :

### **3.7.1.1. Editing**

*Editing* adalah memeriksa kelengkapan data yang diperoleh sebelum di input ke dalam program SPSS. Peneliti melakukan pengecekan ulang pada kuesioner, apakah sudah valid, cocok dan relevan. Apabila ada kuesioner yang belum terisi lengkap, maka, peneliti dibantu oleh asisten penelitian akan melengkapinya.

### **3.7.1.2. Coding**

*Coding* yaitu memberikan kode tertentu kepada jawaban responden supaya data lebih mudah untuk dianalisis. Dalam penelitian ini, seluruh variabel yang meliputi data demografi responden, data aktivitas ritual dan kecenderungan depresi akan diberi kode dalam bentuk angka. Berikut keterangan rincinya : Data demografi responden: Jenis kelamin (Laki-laki [1], Perempuan [2]), Pendidikan (Tidak Sekolah [1], Sekolah Dasar [2], Sekolah Menengah Pertama [3], Sekolah Menengah Atas [4], Perguruan Tinggi [5]); Pekerjaan (Tidak bekerja [1], Buruh [2], Ibu rumah tangga [3], Pensiunan [4], lain-lain [5]); Agama (Islam [1], Kristen [2], Katolik [3], Hindu [4], Budha [5], Kong Hu Chu [6]).

Aktivitas ritual terdapat dua *coding* yaitu pilihan jawaban kuesioner (Jarang [1], Selalu [2], Sering [3]) dan kategorisasi Aktivitas ritual responden (Rendah [1], Sedang [2], Tinggi [3]). Depresi terdapat dua *coding* yaitu pilihan jawaban kuesioner (Ya [1], Tidak [2]) dan kategorisasi depresi (Normal [1], Ringan [2], Sedang [3], Berat [4]).

### **3.7.1.3. Processing**

*Processing* merupakan suatu penginputan data baik dengan Microsoft excel terlebih dahulu ataupun langsung melalui program aplikasi SPSS. Pada tahapan ini peneliti telah melakukan input data melalui program aplikasi SPSS agar memudahkan untuk menganalisis data yang telah diterjemahkan (di coding) dalam bentuk angka.

#### **3.7.1.4. *Cleaning (Checking)***

Tahapan ini merupakan tahapan pengecekan ulang data yang telah di input melalui program SPSS apakah ada data yang hilang atau tidak serta ada kesalahan atau tidak dalam penginputan data yang telah dilakukan. Setelah dilakukan tahapan *cleaning* ini dan tidak ditemukan kesalahan lagi maka dilanjutkan pada tahapan selanjutnya.

#### **3.7.1.5. *Analysing***

*Analysing* yaitu memulai untuk melakukan analisa data dengan program SPSS sesuai dengan rencana uji Statistik yang telah ditetapkan oleh peneliti.

### **3.7.2. Analisa Data**

#### **3.7.2.1. Analisa Univariat**

Analisa univariat adalah analisis yang berfokus pada satu variabel per variabel, sehingga dapat menggambarkan karakteristik variabel tertentu dan hasil analisa ini dipresentasikan secara deskriptif dalam bentuk table (Canova, Cortinovic, & Ambrogi, 2017). Variabel yang dianalisa dalam poin ini yaitu karakteristik responden mengenai karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, status pekerjaan.

#### **3.7.2.2. Analisa Bivariat**

Analisa bivariat adalah analisa yang bertujuan untuk mengevaluasi korelasi dua variabel yang diteliti (Bertani, Paola, Russo, & Tuzzolino, 2018). Dalam penelitian ini variabel yang dianalisa adalah hubungan aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia. Karena penelitian ini adalah korelasi dua variabelnya berskala ordinal, maka uji statistik yang dipilih adalah *Spearman's rank correlation* (Hazra & Gogtay, 2016). Cara menganalisa hasil SPSS ini yaitu dengan mempertimbangkan p value  $<0.05$ . Peneliti menentukan level korelasi dua variabel berdasarkan jenjang yang dikembangkan oleh (Chan, 2003). seperti yang dikutip oleh (Akoglu, 2018) yaitu :

Level korelasi	Skor korelasi positif	Skor korelasi negatif
Kurang	+ 0.1 – 0.2	- 0.1 – 0.2
Cukup	+ 0.3 – 0.5	- 0.3 – 0.5
Pertengahan	+ 0.6 – 0.7	- 0.6 – 0.7
Sangat kuat	+ 0.8 – 0.9	- 0.8 – 0.9
Sempurna	+ 1	- 1

Tabel 3.4. Level korelasi 2 variabel

### 3.8. Etika Penelitian

Penelitian ini menerapkan beberapa etika yang telah disampaikan oleh (Hidayat Aziz A, 2011) diantaranya adalah :

#### 3.8.1. Prinsip Manfaat (*Beneficence*)

Prinsip beneficence ini memberikan manfaat bagi beberapa pihak diantaranya bagi institusi, ilmu pengetahuan, dan peneliti selanjutnya. Secara umum, hasil penelitian ini juga memberikan manfaat bagi lansia yang ada di kelurahan Gelangan khususnya di RW 8, yang mengikuti kegiatan posyandu lansia sebagai tambahan informasi untuk mengetahui status kesehatan psikologis, sosial dan spiritual lansia.

#### 3.8.2. Prinsip *Non-maleficence*

Prinsip *non-maleficence* dalam penelitian ini bahwa penelitian yang dilakukan bersifat observasi sehingga tidak membahayakan atau menimbulkan efek negatif bagi responden penelitian karena dalam penelitian ini hanya menggunakan kuesioner. Responden juga memiliki hak untuk menolak bergabung dalam penelitian ini jika dirasa mengganggu privasi.

### **3.8.3. Prinsip Keadilan (*Justice*)**

Dalam penelitian ini telah diberlakukan prinsip keadilan dimana seluruh lansia yang hadir di posyandu lansia tersebut tetap diberikan perlakuan yang sama, baik itu lansia yang sudah berusia 60 tahun ataupun lansia yang belum mencapai usia 60 tahun.

### **3.8.4. Prinsip Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Prinsip kerahasiaan yaitu peneliti tidak menyampaikan hal yang bersifat privasi kepada khalayak umum.

### **3.8.5. Prinsip Persetujuan (*Informed Consent*)**

Responden yang bersedia mengikuti penelitian ini telah menandatangani persetujuan melalui surat *Informed Consent*. Sedangkan responden yang tidak setuju mengikuti penelitian ini, peneliti tidak memaksakan untuk tetap ikut menjadi responden.

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai hubungan aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang, dapat disimpulkan sebagai berikut :

5.1.1. Gambaran karakteristik lansia berdasarkan usia lansia dalam penelitian ini rata-rata berusia 60-65 tahun dengan usia termuda 65 tahun dan tertua 75 tahun. Sedangkan berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini didominasi dengan lansia berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 31 lansia dengan persentase 77,5 %. Dari hasil penelitian, karakteristik agama didominasi lansia beragama Islam. Kemudian pendidikan lansia dalam penelitian ini didominasi lansia yang berpendidikan SD yaitu sebanyak 23 lansia dengan persentase 57,5 % dan lansia rata-rata mempunyai kegiatan sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 18 lansia.

5.1.2. Gambaran karakteristik lansia berdasarkan aktivitas ritual diketahui bahwa mayoritas lansia di posyandu lansia Ngudi Rahayu memiliki aktivitas ritual dengan kategori tinggi sebanyak 29 lansia dengan persentase 72,5 %.

5.1.3. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa mayoritas lansia di posyandu lansia Ngudi Rahayu memiliki kecenderungan depresi dalam kategori normal yaitu sebanyak 25 lansia dengan persentase 62,5 %.

5.1.4. Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara aktivitas ritual dengan kecenderungan depresi pada lansia di posyandu lansia Ngudi Rahayu Kelurahan Gelangan Kota Magelang yaitu nilai  $p : 0,004$  dan  $r : -0,448$ , dengan level korelasi negatif artinya semakin tinggi aktivitas ritual lansia semakin berkurangnya kecenderungan depresi pada lansia.

## **5.2. Saran**

Berdasarkan penelitian diatas, dapat disarankan beberapa hal sebagai berikut:

### **5.2.1. Bagi Responden**

Responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini diharapkan mengetahui tentang kesehatan psikologi khususnya untuk meminimalisir/ mencegah terjadinya depresi pada lansia.

### **5.2.2. Bagi Ilmu Keperawatan**

Dengan hasil penelitian ini, diharapkan dapat menambah pengetahuan dan dapat dijadikan bahan kajian yang berfokus pada aktivitas sosial dan keagamaan, dimana hal ini ditunjukkan untuk menekan prevalensi depresi lansia di Magelang. Selain itu, diharapkan aktivitas ritual ini dapat di aplikasikan dalam asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada masalah kesehatan jiwa.

### **5.2.3. Bagi Puskesmas**

Dengan hasil penelitian ini, diharapkan puskesmas dapat mengaplikasikan aktivitas ritual sebagai salah satu manajemen dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan jiwa.

### **5.2.4. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Dengan hasil penelitian ini, diharapkan dapat menjadi referensi untuk melakukan penelitian berikutnya yang berfokus pada analisa faktor prediksi yang dapat menyebabkan lansia mengalami depresi yang berkepanjangan khususnya di area Magelang. Dan memodifikasi faktor-faktor lain yang dapat menjadi penyebab depresi pada lansia. Selain itu, peneliti selanjutnya lebih memperhatikan bahasa yang digunakan dalam kuesioner sesuai dengan bahasa dan budaya masyarakat setempat, serta peneliti selanjutnya harus lebih memperhatikan dan mempertimbangkan dalam metode pengumpulan data yang digunakan.

### DAFTAR PUSTAKA

- Abate, K. H. (2013). Review Gender Disparity In Prevalence Of Depression Among Patient Population : A Systematic Review.
- Acquaye, H. E., Sivo, S. A., & Jones, K. D. (2018). Religious Commitment's Moderating Effect On Refugee Trauma And Growth, *63*(April), 57–75.
- Akoglu, H. (2018). User's Guide To Correlation Coefficients. *Turkish Journal Of Emergency Medicine*, *18*(3), 91–93.
- Albert, P. R. (2015). Why Is Depression More Prevalent In Women ?, *40*(4), 219–221.
- Approach, A. E., Lau, F., & Kuziemsky, C. (2017). *Handbook Of Ehealth Evaluation* : (C. Kuziemsky, Ed.). Canada: University Of Victoria.
- Aswin, L., & Cornelles, P. (2010). Permasalahan Lanjut Usia Di Daerah Perdesaan Terpencil Problems Of The Elderly In Remote Rural Area, (71), 201–211.
- B, Mainguy, Valenti Pickren M, M.-M. L. (2013). Relationships Between Level Of Spiritual Transformation And Medical Outcome. *Pubmed.Gov*.
- Berkman, Lisa F, Tv Sekher, Benjamin Capistrant, And Y. Z. (2012). Aging In Asia: Findings From New And Emerging Data Initiatives. In M. M. Smith Jp (Ed.), *National Research Council (Us) Panel On Policy Research*. Washington Dc: National Academic Press (Us).
- Bertani, A., Paola, G. Di, Russo, E., & Tuzzolino, F. (2018). How To Describe Bivariate Data, *10*(I), 1133–1137.
- Beverly, E. A., Ritholz, M. D., Shepherd, C., & Weinger, K. (2016). The Psychosocial Challenges And Care Of Older Adults With Diabetes: “Can’t Do What I Used To Do; Can’t Be Who I Once Was.” *Current Diabetes Reports*, *16*(6), 48.
- Black, H. K., & Hannum, S. M. (2015). Aging, Spirituality, And Time: A Qualitative Study. *Journal Of Religion, Spirituality & Aging*, *27*(2–3), 145–165.
- Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The Importance Of Social Support In The Associations Between Psychological Distress And Somatic Health Problems And Socio-Economic Factors Among Older Adults Living At Home: A Cross Sectional Study. *Bmc Geriatrics*, *12*, 27.
- Boer, A. De, Ter, G. J., & Lorist, M. M. (2013). Physiological And Psychosocial

- Age-Related Changes Associated With Reduced Food Intake In Older Persons. *Ageing Research Riview*, 12(1), 316–328.
- Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H., & Vasegh, S. (2012). Religious And Spiritual Factors In Depression : Review And Integration Of The Research. *Hindawi Publishing Corporation*, 2012, 8 Pages.
- Boralingaiah, P., Bettappa, P., & Kashyap, S. (2012). Prevalence Of Psycho-Social Problems Among Elderly In Urban Population Of Mysore City, Karnataka, India. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 34(4), 360–364.
- Bps. (2012). Survei Angkatan Kerja Nasional 2012. Katalog Data Mikro: Badan Pusat Statistik.
- Canova, S., Cortinovis, D. L., & Ambrogi, F. (2017). How To Describe Univariate Data, 9(6), 1741–1743.
- Capezuti, E., & Fulmer, T. T. (2012). The Geriatric Depression Scale ( Gds ) Geriatric Depression Scale : Short Form, (4).
- Chan, Y. H. (2003). Biostatistics 104 :, 44(12), 614–619.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social And Emotional Aging. *Annual Review Of Psychology*, 61, 383–409.
- Chen, Y.-H., Lin, L.-C., Chuang, L.-L., & Chen, M.-L. (2017). The Relationship Of Physiopsychosocial Factors And Spiritual Well-Being In Elderly Residents: Implications For Evidence-Based Practice. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 14(6), 484–491.
- Choi, H., Irwin, M. R., & Cho, H. J. (2015). Impact Of Social Isolation On Behavioral Health In Elderly: Systematic Review. *World Journal Of Psychiatry*, 5(4), 432–438.
- Chou, K.-L. (2018). Social Exclusion In Old Age: A Validation Study In Hong Kong. *Ageing & Mental Health*, 22(8), 1072–1079.
- Dai, X., Hummel, S. L., Salazar, J. B., Taffet, G. E., Zieman, S., & Schwartz, J. B. (2015). Cardiovascular Physiology In The Older Adults. *Journal Of Geriatric Cardiology : Jgc*, 12(3), 196–201.
- Dai, Y., Zhang, C.-Y., Zhang, B.-Q., Li, Z., Jiang, C., & Huang, H.-L. (2016). Social Support And The Self-Rated Health Of Older People: A Comparative Study In Tainan Taiwan And Fuzhou Fujian Province. *Medicine*, 95(24), E3881–E3881.
- Depp, Colin A, Ph.D, Alexandra L. Harmell, Ms, Dilip Jeste, M. . (2015).

- Strategies For Successful Aging : A Research. *Nih Public Access*, 16(10), 1–11.
- Diloreto, R., & Murphy, C. T. (2015). The Cell Biology Of Aging. *Molecular Biology Of The Cell*, 26(25), 4524–4531.
- Erin C. Dunn, Ruth C. Brown, Yael Dai, Jonathan Rosand, Nichole R Nugent, A. B. A. (2015). Genetic Determinants Of Depression: Recent Findings And Future Directions, 23(1), 1–18.
- Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M. E., Studenski, S. A., Ferrucci, L., ... Gerontology, C. (2015). Aging And Multimorbidity: New Tasks, Priorities, And Frontiers For Integrated Gerontological And Clinical Research. *Hhs Public Access*, 16(8), 640–647.
- Farage, M. A., Miller, K. W., Elsner, P., & Maibach, H. I. (2013). Characteristics Of The Aging Skin. *Advances In Wound Care*, 2(1), 5–10.
- Fernandes, L., & Paúl, C. (2017). Editorial: Aging And Mental Health. *Frontiers In Aging Neuroscience*, 9, 25.
- Frank, C. (2014). Pharmacologic Treatment Of Depression In The Elderly. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 60(2), 121–126. Retrieved From <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24522673>
- Goll, J. C., Charlesworth, G., Scior, K., & Stott, J. (2015). Barriers To Social Participation Among Lonely Older Adults: The Influence Of Social Fears And Identity. *Plos One*, 10(2), E0116664–E0116664.
- Groot, W., Baji, P., & Pavlova, M. (2016). Health Promotion Targeting Older People. *Bmc Health Service Research*, 16(Suppl 5), 4–6. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1514-3>
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2018). Anxiety And Somatic Symptoms Among Elderly Patients With Depression. *Asian Journal Of Psychiatry*, 5(July), 0–1.
- Haigh Eap, Boguci Oe, Sigmon St, B. D. (2018). Depression Among Older Adults : A 20-Year Update On Five Common Myths And Misconceptions. *Pubmed Journal*. Retrieved From <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28735658>
- Hajinejad, F., Ebrahimi, E., Jong, A. De, & Ravanipour, M. (2019). Factors Promoting Iranian Older Adults ' Spirituality : A Qualitative Content Analysis. *Bmc Geriatrics*, 1–10.
- Hao, G., Bishwajit, G., Tang, S., Nie, C., Ji, L., & Huang, R. (2017). Social Participation And Perceived Depression Among Elderly Population In South

- Africa. *Clinical Interventions In Aging*, 12, 971–976.  
<https://doi.org/10.2147/Cia.S137993>
- Hazra, A., & Gogtay, N. (2016). Biostatistics Series Module 6: Correlation And Linear Regression. *Indian Journal Of Dermatology*, 61(6), 593–601.
- Heaven, B., Brown, L. J. E., White, M., Errington, L., Mathers, J. C., & Moffatt, S. (2013). Supporting Well-Being In Retirement Through Meaningful Social Roles: Systematic Review Of Intervention Studies. *The Milbank Quarterly*, 91(2), 222–287.
- Hendry, I. (2013). Gangguan Depresi Pada Lanjut Usia. *Cermin Dunia Kedokteran*, 40(11), 815–819. <https://doi.org/10.15227/Orgsyn.031.0006>
- Heok Ke, H. R. (2008). The Many Faces Of Geriatric Depression. *Pubmed Journal*.
- Hidayat Aziz A. (2011). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hisbullah, A. (2016). Hubungan Tingkat Religiusitas Dengan Tingkat Stres Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha (Psw) Unit Budi Luhur Yogyakarta, 1–16.
- Holm, A. L., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2014). Living With Stigma: Depressed Elderly Persons' Experiences Of Physical Health Problems. *Nursing Research And Practice*, 2014, 527920. <https://doi.org/10.1155/2014/527920>
- Howieson, D. B. (2015). Cognitive Skills And The Aging Brain: What To Expect. *Cerebrum : The Dana Forum On Brain Science*, 2015, Cer-14-15. Retrieved From <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27408669>
- Kahana, Eva P.Hd, Jessica Kelly Moore, B. K. (2013). Proactive Aging: A Longitudinal Study Of Stress, Resources, Agency And Well-Being In Late Life. *Nih Public Access*, 16(4). <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>. Proactive
- Kemenkes, R. (2017). Analisis Lansia Indonesia, 1–6.
- Krause, N., Liang, J., Bennett, J., Kobayashi, E., Akiyama, H., & Fukaya, T. (2010). A Descriptive Analysis Of Religious Involvement Among Older Adults In Japan. *Ageing And Society*, 30(4), 671–696. <https://doi.org/10.1017/S0144686x09990766>
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G., & Moore, A. A. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics In Geriatric Medicine*, 30(3), 629–654. <https://doi.org/10.1016/J.Cger.2014.04.008>

- Kurniasari, C. . (2015). Pengaruh Gabungan Sugesti Dan Musik Instrumentalia Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Griya Lansia Santo Yosef Surabaya. *Respiratory Unair*.
- Lena, A., Ashok, K., Padma, M., Kamath, V., & Kamath, A. (2009). Health And Social Problems Of The Elderly: A Cross-Sectional Study In Udupi Taluk, Karnataka. *Indian Journal Of Community Medicine : Official Publication Of Indian Association Of Preventive & Social Medicine*, 34(2), 131–134. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.51236>
- Lerman, S., Jung, M., Arredondo, E. M., Barnhart, J. M., Cai, J., Casta, F., ... Wassertheil-Smoller, S. (2018). Religiosity Prevalence And Its Association With Depression And Anxiety Symptoms Among Hispanic / Latino Adults, 1–14.
- Lifshitz, R., Nimrod, G., & Bachner, Y. G. (2018). Spirituality And Wellbeing In Later Life: A Multidimensional Approach. *Aging & Mental Health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1460743>
- Lohoff, Falk W. (2010). Overview Of The Genetics Of Major Depressive Disorder, 12(6), 539–546. <https://doi.org/10.1007/S11920-010-0150-6>. Overview
- Lund, Adam, M. L. (2018). Spearman ' S Rank-Order Correlation, (1).
- M, Sawabe, Orimo H, S. (2018). Reviewing The Definition Of Elderly Geriatrics And Gerontologi International. *Onlinelibrary*, 149–158.
- Malone, J., & Dadswell, A. (2018). The Role Of Religion , Spirituality And / Or Belief In Positive Ageing For Older Adults. *Mdpi Geriatrics*, 1–16. <https://doi.org/10.3390/Geriatrics3020028>
- Martínez-Mesa, J., González-Chica, D. A., Duquia, R. P., Bonamigo, R. R., & Bastos, J. L. (2016). Sampling: How To Select Participants In My Research Study? *Anais Brasileiros De Dermatologia*, 91(3), 326–330. <https://doi.org/10.1590/Abd1806-4841.20165254>
- Maylasari, I., Sulistyowati, R., & Ramadani, K. D. (2017). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2017*. (D. Susilo, I. E. Harahap, & R. Sinang, Eds.). Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Mc Farland, M. J. (2010). Religion And Mental Health Among Older Adults : Do The Effects Of Religious Involvement Vary By Gender?, 621–630. <https://doi.org/10.1093/Geronb/Gbp112>.
- Mcfarland, M. J. (2010). Religion And Mental Health Among Older Adults: Do The Effects Of Religious Involvement Vary By Gender? *The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences*, 65(5),  
**Universitas Muhammadiyah Magelang**

621–630. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp112>

- Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., ... Soares, J. F. J. (2013). Social Support, Socio-Economic Status, Health And Abuse Among Older People In Seven European Countries. *Plos One*, 8(1), E54856–E54856.
- Mouodi, Simin, Ali Bijani, Sayed Reza Hosseini, K. H.-T. (2016). Gender Differences In The Health Status Of Elderly Living Alone Compared To Those Who Are Not Alone: Evidence Of The Ahap Study, North Of Iran. *Caspian J Intern Med*, 2(7), 126–132.
- Murman, D. L. (2015). The Impact Of Age On Cognition. *Seminars In Hearing*, 36(3), 111–121.
- Mutiara, F. A. (2016). Hubungan Antara Religious Involvement Dan Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha.
- National Institute Of Mental Health. (2010). Depression. Retrieved From <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- National Institute On Aging. (2018). Depressio And Older Adult. Retrieved From [www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adult](http://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adult)
- Ness, P. H. Van, Kasl, S. V, & Haven, N. (2003). Religion And Cognitive Dysfunction In An Elderly Cohort Peter. *Hhs Public Access*, 58(1), 1–20.
- Ouchi, Y., Rakugi, H., Arai, H., Akishita, M., Ito, H., Toba, K., & Kai, I. (2017). Redefining The Elderly As Aged 75 Years And Older: Proposal From The Joint Committee Of Japan Gerontological Society And The Japan Geriatrics Society. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(7), 1045–1047.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling For Qualitative Data Collection And Analysis In Mixed Method Implementation Research. *Administration And Policy In Mental Health*, 42(5), 533–544.
- Palmer, A. D., Newsom, J. T., & Rook, K. S. (2016). How Does Difficulty Communicating Affect The Social Relationships Of Older Adults? An Exploration Using Data From A National Survey. *Journal Of Communication Disorders*, 62, 131–146.
- Parab, S., & Bhalerao, S. (2010). Study Designs. *International Journal Of Ayurveda Research*, 1(2), 128–131.
- Park, Minjung, J. U. (2011). Geriatric Depression In Primary Care, 34(2), 1–19. <https://doi.org/10.1016/J.Psc.2011.02.009.Geriatric>

- Parkar, S. R. (2015). Elderly Mental Health: Needs. *Mens Sana Monographs*, 13(1), 91–99.
- Paskaleva, Diana, S. T. (2017). Social And Medical Problems Of The Elderly. *Jurnal Of Gerontology And Geriatric Research*, 6(3), 1–5.
- Patel, R., & Mckinnon, B. J. (2018). Hearing Loss In The Elderly. *Clinics In Geriatric Medicine*, 34(2), 163–174.
- Paul, C, Price, Jajiv S Jhangiani, And A, C. (2015). *Research Methods In Psychology* (2n Edition). Canada.
- Pearce, L. D., Hayward, G. M., & Pearlman, J. A. (2017). Measuring Five Dimensions Of Religiosity Across Adolescence. *Review Of Religious Research*, 59(3), 367–393.
- Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Nelson, B., Shaw, S. F., & King, M. B. (2015). Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy: A New Method Of Treatment For Major Depression In Patients With Chronic Medical Illness, 52(1), 56–66.
- Peltzer, K., & Phaswana-Mafuya, N. (2013). Depression And Associated Factors In Older Adults In South Africa. *Global Health Action*, 6(1), 1–9.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, And Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 56 Suppl 2(Suppl 2), S194–S205.
- Polenick, C. A., Flora, S. R., Polenick, C. A., & Flora, S. R. A. Y. (2013). Behavioral Activation For Depression In Older Adults : Theoretical And Practical Considerations, 1(1), 35–55.
- Pourhoseingholi, M. A., Vahedi, M., & Rahimzadeh, M. (2013). Sample Size Calculation In Medical Studies. *Gastroenterology And Hepatology From Bed To Bench*, 6(1), 14–17.
- Raggi, A., Corso, B., Minicuci, N., Quintas, R., Sattin, D., De, L., ... Tobiasz-Adamczyk, B. (2016). Determinants Of Quality Of Life In Ageing Populations : Results From A Cross-Sectional Study In Finland , Poland And Spain. *Plos One*, 3, 1–17.
- Rajaei, A. R. (2010). Religious Cognitive – Emotional Therapy : A New Form Of Psychotherapy, (17), 81–87.
- Rehan Aziz, D. S. S. (2013). What Are The Couses Of Late-Life Depression, 36(4), 497–516.
- Rémond, D., Shahar, D. R., Gille, D., Pinto, P., Kachal, J., Peyron, M.-A., ...

- Vergères, G. (2015). Understanding The Gastrointestinal Tract Of The Elderly To Develop Dietary Solutions That Prevent Malnutrition. *Oncotarget*, 6(16), 13858–13898.
- Rini, Desi Risaditia, Pinilih, Sambodo Sriadi, Astuti, R. T. (2017). Hubungan Antara Lifestyle Dengan Fungsi Kognitif Pada Lansia, (2013), 25–35.
- Rinnerthaler, M., Bischof, J., Streubel, M. K., Trost, A., & Richter, K. (2015). Oxidative Stress In Aging Human Skin. *Biomolecules*, 5(2), 545–589.
- Riskesdas. (2018). Riskesdas Launching 2018. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan.
- Rm, K., Cf, R., & Iii. (2017). Management Of Depression In Older Adults: A Review. *Jama*, 317(20), 2114–2122.
- Roberts, S., Colombier, P., Sowman, A., Mennan, C., Rölfling, J. H. D., Guicheux, J., & Edwards, J. R. (2016). Ageing In The Musculoskeletal System. *Acta Orthopaedica*, 87(Sup363), 15–25.
- Rodrigues, B., Cristina, S., Pavarini, I., & Brigola, A. G. (2014). Factors Associated With Quality Of Life In Elderly Undertaking Literacy Programs. *Dement Neuropsychol*, 8(2), 169–174.
- Roh, H. W., Hong, C. H., Lee, Y., Oh, B. H., Lee, K. S., Chang, K. J., ... Son, S. J. (2015). Participation In Physical, Social, And Religious Activity And Risk Of Depression In The Elderly: A Community-Based Three-Year Longitudinal Study In Korea. *Plos One*, 10(7), E0132838.
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). The Role Of Palliative Care At The End Of Life. *The Ochsner Journal*, 11(4), 348–352.
- Ronneberg, C. R., Miller, E. A., Dugan, E., & Porell, F. (2014). The Protective Effects Of Religiosity On Depression : A 2-Year Prospective Study. *The Gerontologist Society Of America*, 56(3), 421–431.
- Rote, S., Hill, T. D., & Ellison, C. G. (2013). Religious Attendance And Loneliness In Later Life. *The Gerontologist*, 53(0).
- Roth, D. L., Usher, T., Clark, E. M., & Holt, C. L. (2016). Religious Involvement And Health Over Time: Predictive Effects In A National Sample Of African Americans. *Journal For The Scientific Study Of Religion*, 55(2), 417–424.
- Rsj Magelang. (2018). Masalah Kesehatan Jiwa Pada Lansia (Lansia Masa Depan Bahagia). Retrieved From Rsjsoerojo.Co.Id
- Sabharwal, S., Wilson, H., Reilly, P., & Gupte, C. M. (2015). Heterogeneity Of

The Definition Of Elderly Age In Current Orthopaedic Research. *Springerplus*, 4, 516.

Sacker, A., Ross, A., Macleod, C. A., Netuveli, G., & Windle, G. (2017). Health And Social Exclusion In Older Age: Evidence From Understanding Society, The Uk Household Longitudinal Study. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 71(7), 681 Lp-690.

Saftari, L. N., & Kwon, O.-S. (2018). Ageing Vision And Falls: A Review. *Journal Of Physiological Anthropology*, 37(1), 11.

Sarwono, S. . (2010). *Psikologi*. Jakarta: Pt Raja Grafindo Persada.

Schröder-Butterfill, E., & Fithry, T. S. (2015). Care Dependence In Old Age : Preferences , Practices And Implications In Two Indonesian Communities. *Europe Pmc Funders Group*, 34(3), 1–22.

Shapiro, A. S. S., & Wilk, M. B. (1965). *Biometrika Trust An Analysis Of Variance Test For Normality ( Complete Samples )* Published By : Oxford University Press On Behalf Of Biometrika Trust Stable Url : <https://www.jstor.org/stable/2333709> An Analysis Of Variance Test For Normality ( Complete S, 52(3), 591–611.

Sorokowska, A., Schriever, V. A., Gudziol, V., Hummel, C., Hähner, A., Iannilli, E., ... Hummel, T. (2015). Changes Of Olfactory Abilities In Relation To Age: Odor Identification In More Than 1400 People Aged 4 To 80 Years. *European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology : Official Journal Of The European Federation Of Oto-Rhino-Laryngological Societies (Eufos) : Affiliated With The German Society For Oto-Rhino-Laryngology - Head And Neck Surgery*, 272(8), 1937–1944.

Sözeri-Varma, G. (2012). Depression In The Elderly: Clinical Features And Risk Factors. *Aging And Disease*, 3(6), 465–471.

Stoewen, D. L. (2017). Dimensions Of Wellness: Change Your Habits, Change Your Life. *The Canadian Veterinary Journal = La Revue Veterinaire Canadienne*, 58(8), 861–862.

Suskind, A. M. (2017). The Aging Overactive Bladder: A Review Of Aging-Related Changes From The Brain To The Bladder. *Current Bladder Dysfunction Reports*, 12(1), 42–47.

Süt, N. (2014). Study Designs In Medicine. *Balkan Medical Journal*, 31(4), 273–277.

Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, S. R., Keshvari, M., & Mehrabi, T. (2017). The Association Between Death Anxiety With Spiritual Experiences And Life Satisfaction In Elderly People. *Electronic Physician*, 9(3), 3980–3985.

- Tenny, S. (2018). Statistical Significance, 2–4.
- Toledo-Pereyra, L. H. (2012). Research Design. *Journal Of Investigative Surgery*, 25(5), 279–280.
- Turana, Yuda, Abikusno, Nugroho, Santika, A. (2013). *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia Di Indonesia*. (E. V. Manullang, Ed.) (Edisi 1). Jakarta: Pusat Data Dan Informasi Kemenkes Ri.
- Vasegh, S., Rosmarin, D. H., Koenig, H. G., Dew, R. E., & Bonelli, R. M. (2012). Religious And Spiritual Factors In Depression, 2012, 3–5.
- Wachholtz, A. B., Fitch, C. E., Makowski, S., & Tjia, J. (2016). A Comprehensive Approach To The Patient At End Of Life: Assessment Of Multidimensional Suffering. *Southern Medical Journal*, 109(4), 200–206.
- Wahidmurni. (2017). Pemaparan Metode Penelitian Kuantitatif, 1–16.
- Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2016). Social Exclusion Of Older Persons: A Scoping Review And Conceptual Framework. *European Journal Of Ageing*, 14(1), 81–98.
- Wang, Jinghui, Xiaohang Wu, Weiyi Lai, Xiayin Zhang, Wangting Li, Yi Zhu, Chuan Chen, Xiaojian Zhong, Zhenzhen Liu, Dongni Wang, H. L. (2017). Prevalence Of Depression And Depressive Symptoms Among Outpatients: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Bmj Open*, Volume 7.
- Worthington, E. L., Wade, N. G., Hight, T. L., Ripley, J. S., Mccullough, M. E., Berry, J. W., ... Connor, L. O. (2003). The Religious Commitment Inventory — 10 : Development , Refinement , And Validation Of A Brief Scale For Research And Counseling, 50(1), 84–96.
- Yaffe, M. J., & Tazkarji, B. (2012). Understanding Elder Abuse In Family Practice. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 58(12), 1336-E698. Retrieved From
- Yosep, H.Iyus, Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing*. ( Dandan M. Wildani, Ed.) (Edisi 7). Bandung: Refika Raditama.
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C.-T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, Religiosity, Aging And Health In Global Perspective: A Review. *Ssm - Population Health*, 2, 373–381.
- Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression And Chronic Pain In The Elderly: Links And Management Challenges. *Clinical Interventions In Aging*, 12, 709–720.