

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Lansia

a. Definisi

Lanjut usia dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Keliat, 1999 cit Maryam, 2008). Waktu yang tepat untuk seseorang dapat dikatakan sebagai lansia akan sulit dijawab secara memuaskan karena umur yang dijadikan sebagai patokan lansia berbeda-beda, namun umumnya berkisar antara 60-65 tahun (Nugroho, 2008).

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 menyatakan bahwa "orang jompo ialah setiap orang yang berhubungan dengan lanjut usia, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah untuk keperluan pokok bagi hidupnya sehari-hari". Sehubungan dengan itu, Keputusan Menteri Sosial RI Nomor: HUK 3-1/50/107 tahun 1971 menyatakan bahwa seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah (Suprayogi, 2007 cit Gunawan, 2011).

Menurut Nugroho (2000), lanjut usia yang mengalami depresi dengan gejala umum yaitu kurang atau hilangnya perhatian diri,

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Lansia

a. Definisi

Lanjut usia dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada dan kehidupan manusia (Keliar, 1999 cit Marjani, 2008). Waktu yang tepat untuk seseorang dapat dikatakan sebagai lansia akan sulit dijawab secara memuaskan karena umur yang dijadikan sebagai patokan lansia berbeda-beda, namun umumnya berkisar antara 60-65 tahun (Nugroho, 2008).

Menurut UU No. 4 tahun 1995 pasal 1 menyatakan bahwa "orang jompo ialah setiap orang yang berhubungan dengan lanjut usia, tidak mempunyai atau tidak berupaya mencari nafkah untuk keperluan pokok bagi hidupnya sehari-hari". Sehubungan dengan itu, Keputusan Menteri Sosial RI Nomor: HUK 3-1/20/107 tahun 1971 menyatakan bahwa seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berupaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah (Suprayogi, 2007 cit Gunawan, 2011).

Menurut Nugroho (2000), lanjut usia yang mengalami depresi dengan gejala umum yaitu kurang atau hilangnya perhatian diri,

keluarga atau lingkungan. Oleh karenanya, dalam menghadapi permasalahan di atas beruntunglah lansia yang masih memiliki keluarga. Keberadaan anggota keluarga seperti anak, cucu, cicit maupun sanak saudara yang lain yang masih memperhatikan, membantu dan peduli dengan permasalahan yang dihadapi lansia. Namun bagi lansia yang hidup sendiri, telah kehilangan pasangan, memiliki pasangan tapi tidak punya anak, berada jauh dari anak-anak (rantauan) akan membuat lansia merasa kesepian, sendiri, tidak ada perhatian dari lingkungan.

Menurut Dewi (2006), tidak semua orang lanjut usia bisa menikmati masa senjanya dalam kehangatan keluarga. Tidak jarang mereka harus berada jauh dari anak dan kerabatnya di sebuah tempat bernama panti werdha. Panti merupakan hunian yang menampung para lansia dimana banyak lansia memiliki masalah baik psikologis dan penurunan fisik yang dapat mengakibatkan depresi sehingga lansia menjadi merasa bahagia di masa senjanya.

Menurut Darmawan *cit* Indati (2003) terdapat masalah pokok psikologis yang dialami oleh para lansia. Pertama adalah masalah yang disebabkan oleh perubahan hidup dan kemunduran fisik yang dialami oleh lansia. Kedua, lansia yang sering mengalami kesepian yang disebabkan oleh putusnya hubungan dengan orang-orang yang paling dekat dan disayangi. Ketiga, *post power syndrome*, hal ini banyak dialami lansia yang baru saja mengalami pensiun, kehilangan kekuatan,

ketuarga atau lingkungan. Oleh karenanya, dalam menghadapi permasalahan di atas bertuntutlah lansia yang masih memiliki keluarga. Keberadaan anggota keluarga seperti anak, cucu, cicit maupun anak saudara yang lain yang masih memperhatikan, membantu dan peduli dengan permasalahan yang dihadapi lansia. Namun bagi lansia yang hidup sendiri, telah kehilangan pasangan, memiliki pasangan tapi tidak punya anak, betada jauh dari anak-anak (lantanan) akan membuat lansia merasa kesepian, sendiri, tidak ada perhatian dari lingkungan.

Menurut Dewi (2006), tidak semua orang lanjut usia bisa menikmati masa senjanya dalam kebahagiaan keluarga. Tidak jarang mereka harus betada jauh dari anak dan kerabatnya di sebuah tempat pertama pensi werdha. Panti merupakan hunian yang menampung para lansia dimana banyak lansia memiliki masalah baik psikologis dan penurunan fisik yang dapat mengakibatkan depresi sehingga lansia menjadi merasa bahagia di masa senjanya.

Menurut Darmawan et al (2003) terdapat masalah pokok psikologis yang dialami oleh para lansia. Pertama adalah masalah yang disebabkan oleh perubahan hidup dan kemunduran fisik yang dialami oleh lansia. Kedua, lansia yang sering mengalami kesepian yang disebabkan oleh putusnya hubungan dengan orang-orang yang paling dekat dan disayang. Ketiga, *post power syndrome*, hal ini banyak dialami lansia yang baru saja mengalami kehilangan kekuatan,

penghasilan dan kebahagiaan. Berdasarkan masalah psikologis yang dialami lansia, lansia memerlukan dukungan dan peranan keluarga yang diharapkan dapat mensejahterakan kehidupan lansia.

b. Klasifikasi Lanjut Usia

World Health Organization (WHO) mengklasifikasikan lanjut usia menjadi empat tahapan yaitu:

- 1) Lanjut usia pertengahan (*middle age*) yaitu seseorang yang berumur 45-59 tahun.
- 2) Lanjut usia (*elderly*) yaitu seseorang yang berumur 60-74 tahun.
- 3) Lanjut usia tua (*old*) yaitu seseorang yang berumur 75-90 tahun.
- 4) Lanjut usia sangat tua (*very old*) yaitu seseorang yang usianya di atas 90 tahun (Nugroho, 2008).

Menurut Depkes RI batasan lansia terbagi dalam empat kelompok yaitu:

- 1) Pertengahan umur usia lanjut (*virilitas*) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa antara 45-54 tahun.
- 2) Usia lanjut dini (*prasenium*) yaitu kelompok yang mulai memasuki usia lanjut antara 55-64 tahun.
- 3) Kelompok usia lanjut (*senium*) usia 65 tahun ke atas.
- 4) Usia lanjut dengan resiko tinggi yaitu kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun atau kelompok usia lanjut yang hidup sendiri, terpencil tinggal di panti, menderita penyakit berat, atau cacat

penghasilan dan kebahagiaan. Berdasarkan masalah psikologis yang dialami lansia, lansia memerlukan dukungan dan perhatian keluarga yang diharapkan dapat menyelesaikan kehidupan lansia.

d. Klasifikasi Lanjut Usia

World Health Organization (WHO) mengklasifikasikan lanjut usia menjadi empat tahapan yaitu:

- 1) Lanjut usia pertengahan (middle age) yaitu seseorang yang berumur 45-59 tahun.
- 2) Lanjut usia (elderly) yaitu seseorang yang berumur 60-74 tahun.
- 3) Lanjut usia tua (old) yaitu seseorang yang berumur 75-90 tahun.
- 4) Lanjut usia sangat tua (very old) yaitu seseorang yang usianya di atas 90 tahun (Nurroho, 2008).

Menurut Depkes RI batasan lansia terbagi dalam empat kelompok yaitu:

- 1) Pertengahan umur usia lanjut (virilitas) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan keberkasan fisik dan kematangan jiwa antara 45-54 tahun.
- 2) Usia lanjut dini (praseเนียม) yaitu kelompok yang mulai memasuki usia lanjut antara 55-64 tahun.
- 3) Kelompok usia lanjut (senium) usia 65 tahun ke atas.
- 4) Usia lanjut dengan resiko tinggi yaitu kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun atau kelompok usia lanjut yang hidup sendiri, terpenali, tinggal di panti, menderita penyakit berat, atau cacat

(Bandiyah, 2009).

c. Proses Menua

Proses menua merupakan proses yang terus menerus atau berkelanjutan secara alamiah dan umumnya dialami oleh semua makhluk hidup. Manusia akan mengalami kemunduran baik struktur maupun fungsi organ dan keadaan tersebut dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan beradaptasi terhadap lingkungan (Nugroho, 2008). Menua adalah proses yang kompleks dari Biologi, Psikososial, Budaya dan perubahan pengalaman (DeLaune & Ladner, 2011).

d. Teori Menua

1. Teori Biologis.

Teori stres menyatakan bahwa terjadi perubahan secara struktural dan kimiawi yang bersifat irreversible pada tubuh sebagai akibat dari stres yang terjadi selama rentang kehidupan dan individu harus dapat belajar beradaptasi terhadap perubahan tersebut (Eliopoulos, 2010). Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai (Bandiyah, 2009).

2. Teori Psikososial.

a) Teori disengagement menyatakan bahwa orang yang menua cenderung menarik diri dari peran yang biasanya, terikat pada aktivitas yang lebih introspektif dan berfokus pada diri sendiri sebagai suatu proses pemisahan (DeLaune & Ladner, 2011).

b) Teori Kontinuitas menyatakan bahwa nilai individu dan kenribadian berkembang selama rentang kehidupan, tujuan serta

c. Proses Menua

Proses menua merupakan proses yang terus menerus akan berkelanjutan secara alamiah dan umumnya dialami oleh semua makhluk hidup. Manusia akan mengalami kemunduran baik struktur maupun fungsi organ dan keabahan tersebut dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan beradaptasi terhadap lingkungan (Nugroho, 2008). Menua adalah proses yang kompleks dari Biologi, Psikososial, Budaya dan perubahan pengalaman (Delane & Ladner, 2011).

d. Teori Menua

1. Teori Biologis

Teori stres menyatakan bahwa terjadi perubahan secara struktural dan kimiawi yang bersifat irreversible pada tubuh sebagai akibat dari stres yang terjadi selama rentang kehidupan dan individu harus dapat belajar beradaptasi terhadap perubahan tersebut (Eliopoulos, 2010). Kelelahan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpacu (Bandiyah, 2009).

2. Teori Psikososial

a) Teori disengagement menyatakan bahwa orang yang menua cenderung menarik diri dari peran yang biasanya, terikat pada aktivitas yang lebih introspektif dan berfokus pada diri sendiri sebagai suatu proses pemisahan (Delane & Ladner, 2011).

b) Teori Kontinuitas menyatakan bahwa nilai individu dan kehidupan berkembang selama rentang kehidupan, tujuan serta

karakteristik individu akan tetap konstan sepanjang hidup. Hal tersebut membuat individu belajar untuk beradaptasi dengan perubahan dan cenderung akan mengulangi reaksi dan perilaku yang menyebabkan sukses di masa lalu (Eliopoulos, 2010).

- c) Teori aktivitas menyatakan bahwa kepuasan individu terhadap kehidupannya tergantung pada keterlibatan dalam minat baru, hobi, peran, dan hubungan. Kesukarelaan adalah salah satu cara yang membuat pensiunan tetap terhubung kepada masyarakat, selain menyediakan koneksi sosial, kegiatan sukarela juga mendukung rutinitas sehari-hari, cara untuk membuat kontribusi, dan perasaan dibutuhkan oleh orang lain (Eliopoulos, 2010).

e. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Seiring dengan bertambahnya usia, seseorang akan mengalami berbagai macam perubahan pada dirinya. Perubahan-perubahan umum yang terjadi pada Lansia yaitu:

1) Perubahan Kondisi Fisik

Dampak yang dipengaruhi oleh proses penuaan dan berkaitan dengan Sistem Neurologis adalah gangguan tidur. Gangguan tidur pada umumnya terjadi dengan insidensi lebih dari 50%. Tidur malam yang kurang dapat mengakibatkan tidur di siang hari, gangguan perhatian dan pengambilan keputusan, gangguan memori, jatuh dan Depresi (Crowen & Hirnle, 2009). Terdapat banyak mekanisme kompleks yang mengatur tidur. Sirkadian

karakteristik individu akan tetap konstan sepanjang hidup. Hal tersebut membuat individu belajar untuk beradaptasi dengan perubahan dan cenderung akan menanggapi reaksi dan perilaku yang menyebabkan sukses di masa lalu (Eliopoulos, 2010).

c) Teori aktivitas menyatakan bahwa kepuasan individu terhadap kehidupannya tergantung pada keterlibatan dalam minat baru, hobi, petan, dan hubungan. Kesukarelaan adalah salah satu cara yang membuat petan tetap terhubung kepada masyarakat, selain menyediakan koneksi sosial, kegiatan sukarela juga mendukung rutinitas sehari-hari, cara untuk membuat koneksi, dan perasaan dibutuhkan oleh orang lain (Eliopoulos, 2010).

e. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Seiring dengan pertumbuhannya usia, seseorang akan mengalami berbagai macam perubahan pada dirinya. Perubahan-perubahan umum yang terjadi pada lansia yaitu:

1) Perubahan Kondisi Fisik

Dampak yang dipengaruhi oleh proses penuaan dan berkaitan dengan sistem Neurologis adalah gangguan tidur. Gangguan tidur pada umumnya terjadi dengan insidensi lebih dari 50%. Tidur malam yang kurang dapat mengakibatkan tidur di siang hari, gangguan perhatian dan pengambilan keputusan, gangguan memori, jatuh dan Depresi (Crowen & Hirtle, 2009). Terdapat banyak mekanisme kompleks yang mengatur tidur, sirkadian

adalah mekanisme utama dalam pengaturan tidur. Nukleus suprachiasmatic dalam hipotalamus mengendalikan tidur dan bangun, menyesuaikan dengan irama lingkungan terang-gelap (Guyton & Hall, 2006). Normalnya pada tidur, siklus otak melalui setiap tahap tidur selama 60 sampai 90 menit sebelum mencapai tahap REM (Taylor *et al* 2011 *cit* Matin 2012). Pada orang dengan depresi mencapai tahap REM terlalu awal (hanya 5 sampai 30 menit); menghabiskan waktu yang lebih sedikit pada tahap tidur dengan gelombang lambat yang lebih menyegarkan (NREM 3 dan 4).

Perubahan siklus tidur yang muncul seiring dengan penuaan meliputi: tidur lebih mudah terganggu, peningkatan waktu tidur yang dihabiskan pada tidur *Non-Rapid-Eye-Movement* (NREM) tahap 1, itu adalah periode transisi antara tidur dan bangun; penurunan waktu yang dihabiskan pada tidur NREM tahap 3 dan 4, itu adalah fase tidur paling dalam dan paling menyegarkan. Tahap *Rapid-Eye-Movement* (REM) tetap sama, hanya saja munculnya di dalam siklus tidur terlalu awal (Wold, 2008).

2) Perubahan kondisi mental.

Perubahan mental pada lansia erat sekali kaitannya dengan perubahan fisik, keadaan kesehatan, tingkat pendidikan atau pengetahuan serta situasi lingkungan. Dari segi mental emosional sering muncul perasaan pesimis, timbulnya perasaan

adalah mekanisme utama dalam pengaturan tidur. Nukleus suprachiasmatic dalam hipotalamus mengendalikan tidur dan bangun, menyesuaikan dengan ritme lingkungan terang-gelap (Guyton & Hall, 2006). Normalnya pada tidur, siklus otak melalui setiap tahap tidur selama 60 sampai 90 menit sebelum mencapai tahap REM (Taylor et al 2011 & Martin 2012). Pada orang dengan depresi mencapai tahap REM terlalu awal (hanya 5 sampai 30 menit); menghabiskan waktu yang lebih sedikit pada tahap tidur dengan gelombang lambat yang lebih menyegarkan (NREM 3 dan 4).

Perubahan siklus tidur yang muncul seiring dengan penuaan meliputi: tidur lebih mudah terganggu, peningkatan waktu tidur yang dihabiskan pada tidur Non-Rapid-Eye-Movement (NREM) tahap 1, itu adalah periode transisi antara tidur dan bangun; penurunan waktu yang dihabiskan pada tidur NREM tahap 3 dan 4, itu adalah fase tidur paling dalam dan paling menyegarkan. Tahap Rapid-Eye-Movement (REM) tetap sama, hanya saja munculnya di dalam siklus tidur terlalu awal (Wold, 2008).

2) Perubahan kondisi mental.

Perubahan mental pada lansia erat sekali kaitannya dengan perubahan fisik, keadaan kesehatan, tingkat pendidikan atau pengetahuan serta situasi lingkungan. Dari segi mental emosional sering muncul perasaan pesimis, timbulnya perasaan

tidak aman dan cemas, adanya kekacauan mental akut, merasa terancam akan timbulnya suatu penyakit atau takut ditelantarkan karena tidak berguna lagi. Munculnya perasaan kurang mampu untuk mandiri serta cenderung bersifat introvert (DeLaune & Ladner, 2011).

3) Perubahan psikososial.

Masalah terkait psikososial akan sangat beragam, tergantung pada kepribadian individu yang bersangkutan. Perubahan psikososial yang terjadi pada lansia, misalnya pensiun, merasakan atau sadar akan kematian, adanya perubahan cara hidup (yaitu memasuki rumah perawatan), penghasilan menurun padahal biaya hidup meningkat dan adanya tambahan biaya pengobatan (Schulz & Albert, 2009).

Perubahan lainnya yaitu kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial, kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga, hilangnya kekuatan dan ketegangan fisik atau perubahan konsep diri dan kematian pasangan hidup (DeLaune & Ladner, 2011). Faktor-faktor psikososial berkontribusi terhadap proses perilaku dan biologi yang berkaitan dengan penyakit dan kualitas hidup (Halter et al., 2009).

Pada kenyataannya tidak semua lansia mendapatkan kesempatan yang sama untuk mengecap kondisi hidup idaman (Miller, 1999). Berbagai persoalan hidup yang mendera lansia seperti kemiskinan, kegagalan yang

tidak aman dan cemas, adanya kecemasan mental akut, merasa terancam akan timbulnya suatu penyakit atau takut ditularkan karena tidak berguna lagi. Munculnya perasaan kurang mampu untuk mandiri serta cenderung bersifat introvert (DeLance & Ladner, 2011).

3) Perubahan psikososial.

Masalah terkait psikososial akan sangat beragam tergantung pada kepribadian individu yang bersangkutan. Perubahan psikososial yang terjadi pada lansia, misalnya pensiun, merasakan atau sadar akan kematian, adanya perubahan cara hidup (yaitu memasuki rumah perawatan), penghasilan menurun padahal biaya hidup meningkat dan adanya tambahan biaya pengobatan (Schulz & Albert, 2009).

Perubahan lainnya yaitu kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial, kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga, hilangnya keamanan dan ketegangan fisik atau perubahan konsep diri dan kematian pasangan hidup (DeLance & Ladner, 2011). Faktor-faktor psikososial berkontribusi terhadap proses perilaku dan biologi yang berkaitan dengan penyakit dan kualitas hidup (Halter et al., 2009).

Pada kenyataannya tidak semua lansia mendapatkan kesempatan yang sama untuk mencapai kondisi hidup idaman (Miller, 1999). Berbagai persoalan hidup yang mendera lansia seperti kemiskinan, kegagalan yang

beruntun, stres yang berkepanjangan, masalah kesehatan (perubahan kondisi fisik), bencana alam dan berbagai perubahan yang terjadi dapat memicu terjadinya depresi pada lansia (Stuart & Laraia, 2005).

2. Dukungan Sosial.

a. Definisi.

Menurut Kuntjoro (2002) dukungan sosial merupakan bantuan atau dukungan yang diberikan individu dari orang-orang tertentu dalam kehidupan dan berada dalam lingkungan sosial tertentu yang membuat penerima merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai. Dukungan sosial merupakan keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain sehingga orang akan mengetahui bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintai (Cohen dan Dyme *cit* Friedman 2010)

Efek dukungan sosial yang berasal dari keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersama. Secara lebih spesifik, keadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif fisik dan kesehatan emosi. Pengaruh positif dari dukungan sosial adalah penyesuaian pada kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress

bertujuan, stres yang berkepanjangan, masalah kesehatan (perubahan kondisi fisik), bencana alam dan berbagai perubahan yang terjadi dapat memicu terjadinya depresi pada lansia (Stuart & Laria, 2005).

2. Dukungan Sosial

a. Definisi

Menurut Kurnjoro (2002) dukungan sosial merupakan bantuan atau dukungan yang diberikan individu dari orang-orang tertentu dalam kehidupan dan berada dalam lingkungan sosial tertentu yang membuat penerima merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai. Dukungan sosial merupakan keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain sehingga orang akan mengetahui bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintai (Cohen dan Dymov via Friedman 2010)

Efek dukungan sosial yang berasal dari keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersama. Secara lebih spesifik, keadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif fisik dan kesehatan emosi. Pengaruh positif dari dukungan sosial adalah penyesuaian pada kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress (Friedman, 2010)

b. Bentuk-bentuk Dukungan Sosial.

Menurut Cohen *cit* Friedman (2010) terdapat 4 tipe dukungan sosial yaitu: Dukungan Sosial Instrumental, Dukungan Sosial Penilaian (*appraisal*), Dukungan Sosial Emosional dan Dukungan Informasi:

1) Dukungan Instrumental.

Dukungan sosial ini menyediakan dukungan jasmaniah seperti pelayanan bantuan finansial dan materi yang dapat, menyelesaikan masalah. Dukungan instrumental merupakan dukungan sosial yang paling efektif.

2) Dukungan sosial penilaian (*appraisal*).

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik untuk memecahkan masalah, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan, penghargaan dan perhatian.

3) Dukungan sosial emosional.

Merupakan dukungan untuk memberikan perasaan nyaman, perasaan dicintai dalam bentuk empati dan semangat. Dukungan emosional membantu untuk penguasaan emosi individu.

4) Dukungan Sosial Informasi

Dukungan dalam bentuk penyediaan informasi untuk memecahkan suatu permasalahan. Pemberi dukungan harus mengumpulkan informasi sebanyak-banyaknya.

d. Bentuk-bentuk Dukungan Sosial.

Menurut Cohen & Friedman (2010) terdapat 4 tipe dukungan sosial yaitu: Dukungan Sosial Instrumental, Dukungan Sosial Penilaian (appraisal), Dukungan Sosial Emosional dan Dukungan Informasi:

1) Dukungan Instrumental.

Dukungan sosial ini menyediakan dukungan jasmaniah seperti pelayanan bantuan finansial dan materi yang dapat menyelesaikan masalah. Dukungan instrumental merupakan dukungan sosial yang paling efektif.

2) Dukungan sosial penilaian (appraisal).

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan untuk pemecahan masalah, memecahkan masalah, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan, penghargaan dan perhatian.

3) Dukungan sosial emosional.

Mempunyai dukungan untuk memberikan perasaan nyaman, perasaan dicintai dalam bentuk empati dan semangat. Dukungan emosional membantu untuk penguasaan emosi individu.

4) Dukungan Sosial Informasi

Dukungan dalam bentuk penyediaan informasi untuk memecahkan suatu permasalahan. Pemberi dukungan harus mengumpulkan informasi sebanyak-banyaknya.

c. Sumber-sumber Dukungan Sosial.

Menurut Rook dan Dooley *cit* Kuntjoro (2002) ada dua sumber dukungan sosial yaitu sumber artifisial dan sumber natural. Dukungan sosial yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupan secara spontan dengan orang-orang yang ada disekitarnya, misalnya anggota keluarga, teman dekat dan relasi. Dukungan sosial ini bersifat non formal.

Menurut Friedman (2010) sumber dukungan sosial berasal dari dukungan sosial internal, seperti dukungan dari suami atau istri, dukungan dari saudara kandung. Sedangkan dukungan eksternal datang dari keluarga besar, tetangga, dan teman.

3. Depresi Pada Lansia.

a) Definisi Depresi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV-TR Asosiasi Psikiatri Amerika, pengertian depresi adalah gangguan suasana perasaan (*mood*) yang menurun atau kehilangan minat dan kesenangan pada sebagian besar aktivitas, berubah hampir setiap hari dan disertai dengan perburukan fungsi sosial atau pekerjaan (APA, 2000). Berdasarkan penelitian meta-analisis, prevalensi depresi di kalangan usia lanjut adalah sebesar 1.8-24.1%

c. Sumber-sumber Dukungan Sosial.

Menurut Rook dan Dooley *et al* (2002) ada dua sumber dukungan sosial yaitu sumber artifisial dan sumber natural. Dukungan sosial yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupan secara spontan dengan orang-orang yang ada disekitarnya, misalnya anggota keluarga, teman dekat dan relasi. Dukungan sosial ini bersifat non formal.

Menurut Friedman (2010) sumber dukungan sosial berasal dari dukungan sosial internal, seperti dukungan dari suami atau istri, dukungan dari saudara kandung. Sedangkan dukungan external datang dari keluarga besar, tetangga, dan teman.

3. Depresi Pada Lansia.

a) Definisi Depresi

Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV-TR Asosiasi Psikiatri Amerika, pengertian depresi adalah gangguan suasana perasaan (mood) yang menurun atau kehilangan minat dan kesenangan pada sebagian besar aktivitas, hampir setiap hari dan disertai dengan perubahan fungsi sosial atau pekerjaan (APA, 2000). Berdasarkan penelitian meta-analisis, prevalensi depresi di kalangan usia lanjut adalah sebesar 1,8-24,1% (Cole *et al.*, 2003).

b) Etiologi Depresi Lansia.

Etiologi depresi pada usia lanjut memiliki suatu dimensi biopsikososial. Faktor biologik yang berperan adalah riwayat depresi sebelumnya, hipotesis monoamin (defisiensi neurotransmitter monoamin, yaitu *norepinefrin* atau NE dan *serotonin* atau 5-HT), dan gangguan sistem neuroendokrin, yaitu aksis Hipotalamik-pituitari-adrenal (HPA) yang bekerja terlalu aktif (Fogel et. al., 1996; Stahl, 2000; Bruce et. al., 2002). Faktor kondisi fisik atau kesehatan rata-rata yang buruk menjadi penyebab paling umum, seperti penyakit kronis atau kecacatan fisik, deprivasi sensorik atau panca indera (penglihatan dan pendengaran). Faktor psikologis yang berperan adalah konflik dan rasa duka cita. Kematian pasangan hidup menjadi stressor psikososial yang terberat pada individu lanjut usia. Sedangkan faktor sosial yang berperan adalah hilangnya dukungan sosial (teman, kerabat dekat, anak atau keluarga), isolasi sosial, dan perubahan situasi dalam hidup (hilangnya pekerjaan atau masa pensiun atau kegiatan harian atau pendapatan, hidup menjanda atau menduda, beban menanggung anak dan cucu), serta tidak adanya teman untuk diajak berbicara (Davidson et. al., 2004).

b) Etiologi Depresi Lansia.

Etiologi depresi pada usia lanjut memiliki suatu dimensi biopsikososial. Faktor biologik yang berperan adalah riwayat depresi sebelumnya, hipotesis monoamin (defisiensi neurotransmitter monoamin, yaitu norepinephrin atau NE dan serotonin atau 5-HT), dan gangguan sistem neuroendokrin, yaitu aksis Hipotalamik-pituitari-adrenal (HPA) yang bekerja terlalu aktif (Fogel et al., 1996; Stahl, 2000; Bruce et al., 2002). Faktor kondisi fisik atau kesehatan rata-rata yang buruk menjadi penyebab umum, seperti penyakit kronis atau kecacatan fisik, depresi sensori atau panca indra (penglihatan dan pendengaran). Faktor psikologis yang berperan adalah konflik dan rasa duka cita. Ketahanan pasangan hidup menjadi stressor psikososial yang terberat pada individu lanjut usia. Sedangkan faktor sosial yang berperan adalah hilangnya dukungan sosial (teman, kerabat dekat, anak atau keluarga), isolasi sosial, dan perubahan situasi dalam hidup (hilangnya pekerjaan atau masa pensiun atau kegiatan harian atau pendapatan, hidup menjadi atau mendua, beban menanggung anak dan cucu), serta tidak adanya teman untuk diajak berbicara (Davidson et al., 2004).

Studi meta-analisis menyebutkan bahwa faktor usia, jenis kelamin wanita, riwayat depresi, kesepian (*loneliness*), tingkat pendidikan yang rendah berpengaruh besar terhadap kejadian depresi lansia. Sedangkan faktor status tidak menikah, tidak memiliki pengaruh (Cole *et. al.*, 2003). Laporan penelitian di China menyebutkan bahwa faktor keluarga (hubungan intergenerasi) menjadi prediktor penting terhadap kejadian depresi lansia (Zhang *et. al.*, 1997). Beberapa penelitian melaporkan faktor resiko lain yang bermakna untuk terjadinya depresi lansia, seperti: tidak tinggal dengan anak, disabilitas harian, merasakan dukungan sosial yang rendah, beban finansial, gaya hidup yang tidak sehat, situasi keluarga yang stresful, dan struktur/status sosial (Zhang *et. al.*, 1997; Hybels *et. al.*, 2001). Sebuah penelitian di Korea menyebutkan bahwa faktor motivasi tinggal di panti ternyata memiliki pengaruh yang signifikan terhadap merasakan ketidakberdayaan (*powerlessness*) pada lanjut usia yang berada di panti wredha. Sebagaimana diketahui, ketidakberdayaan itu sendiri merupakan bagian dari suatu siklus depresi (Kim *et. al.*, 1992).

c) Dampak Depresi.

1. Gangguan isi pikir.

Seseorang dengan depresi sering memiliki evaluasi negatif tidak realistis dari nilai mereka atau selalu merenungkan dan merasa bersalah atas kesalahan kecil yang pernah dilakukan di

Studi meta-analisis menyebutkan bahwa faktor usia jenis kelamin wanita, riwayat depresi, kesepian (loneliness), tingkat pendidikan yang rendah berpengaruh besar terhadap kejadian depresi lansia. Sedangkan faktor status tidak menikah, tidak memiliki pasangan (Cole et al., 2003). Laporan penelitian di China menyebutkan bahwa faktor keluarga (hubungan intergenerasi) menjadi prediktor penting terhadap kejadian depresi lansia (Zhang et al., 1997). Beberapa penelitian melaporkan faktor resiko lain yang berkaitan untuk terjadinya depresi lansia, seperti: tidak tinggal dengan anak, disabilitas, merasa metassakan dukungan sosial yang rendah, beban finansial, gaya hidup yang tidak sehat, situasi keluarga yang stresful, dan struktur status sosial (Zhang et al., 1997; Hybels et al., 2001). Sebuah penelitian di Korea menyebutkan bahwa faktor motivasi tinggal di panti ternyata memiliki pengaruh yang signifikan terhadap metassakan ketidakberdayaan (powerlessness) pada lanjut usia yang berada di panti tersebut. Sebagaimana diketahui, ketidakberdayaan itu sendiri merupakan bagian dari suatu siklus depresi (Kim et al., 1992).

c) Dampak Depresi.

1. Gangguan isi pikir.

Seseorang dengan depresi sering memiliki evaluasi negatif tidak realistis dari nilai mereka atau selalu meremehkan dan merasa bersalah atas kesalahan kecil yang pernah dilakukan di

masa lalu, sehingga sebagai akibatnya mereka akan merasa putus asa, tak berdaya, dan tidak berharga (Boyd, 2008).

2. Perilaku bunuh diri.

Seseorang dengan depresi mayor sangat beresiko untuk melakukan bunuh diri (Boyd, 2008). Prevalensi kejadian bunuh diri pada lansia tahun 2000 sebesar 18% (Scott, 2006) dan lanjut usia dengan depresi sendiri beresiko sebesar 67% untuk melakukan upaya bunuh diri (Tsoh et. al., 2002).

3. Kognitif dan memori .

Gangguan depresi lansia merupakan sosiopsikogeriatric yang perlu mendapat perhatian khusus karena beresiko memperburuk fungsi kognitif (Damping, 2006); beresiko demensia (Geda, 2006). Banyak orang dengan depresi melaporkan terjadinya gangguan kemampuan untuk berpikir, konsentrasi, atau mengambil keputusan. Orang dengan depresi perhatiannya sangat mudah teralihkan dan mengalami kesulitan mengingat, ketika depresi dapat ditangani biasanya masalah daya ingat juga dapat dipecahkan (Boyd, 2008).

4. Gangguan tidur.

Penelitian tentang Electroencephalograph (EEG) tidur menunjukkan bahwa 90% orang depresi mengalami gangguan tidur (Stuart & Laraia, 2005). Depresi juga dapat mengakibatkan

masa lalu, sehingga sebagai akibatnya mereka akan merasa putus asa, tak berdaya, dan tidak berharga (Boyd, 2008).

2. Perilaku bunuh diri.

Seseorang dengan depresi mayor sangat berisiko untuk melakukan bunuh diri (Boyd, 2008). Prevalensi kejadian bunuh diri pada lansia tahun 2000 sebesar 18% (Scott, 2006) dan lanjut usia dengan depresi sendiri sendiri berisiko sebesar 67% untuk melakukan upaya bunuh diri (Tsoh et al., 2002).

3. Kognitif dan memori.

Gangguan depresi lansia merupakan sosio-psikogeriatric yang perlu mendapat perhatian khusus karena berisiko memperburuk fungsi kognitif (Damping, 2006); berisiko demensia (Geda, 2006). Banyak orang dengan depresi melaporkan terjadinya gangguan kemampuan untuk berpikir, konsentrasi, atau mengambil keputusan. Orang dengan depresi perhatiannya sangat mudah teralihkan dan mengalami kesulitan mengingat, ketika depresi dapat ditangani biasanya masalah daya ingat juga dapat dicegah (Boyd, 2008).

4. Gangguan tidur.

Penelitian tentang Electroencephalograph (EEG) tidur menunjukkan bahwa 90% orang depresi mengalami gangguan tidur (Stuart & Lania, 2005). Depresi juga dapat mengakibatkan

seseorang mudah terbangun selama siklus tidurnya (Potter & Perry, 2011).

Normalnya pada tidur, siklus otak melalui setiap tahap tidur selama 60 sampai 90 menit sebelum mencapai tahap REM (Taylor *et al*, 2011 *cit* Matin 2012). Pada orang dengan depresi mencapai tahap REM terlalu awa (hanya 5 sampai 30 menit); menghabiskan waktu yang lebih sedikit pada tahap tidur dengan gelombang lambat yang lebih menyegarkan (NREM 3 dan 4), menghabiskan banyak waktu pada tahap REM (lamanya hingga dua kali lipat dibandingkan tahap REM pertama pada orang yang tidak depresi); dan mengalami peningkatan periode tidur dangkal atau bangun selama malam hari (Stuart & Laraia, 2005 *cit* Matin 2012)

Hal tersebut menjelaskan kenapa pada orang depresi mengeluhkan perasaan lelah dan tidak segar setelah tidur malam. Mereka mengalami penurunan total waktu tidur, peningkatan prosentase waktu mimpi, kesulitan untuk tidur, dan peningkatan jumlah terbangun secara spontan (Stuart & Laraia, 2005 *cit* Matin 2012)

5. Gangguan Interaksi Sosial.

Depresi pada lansia merupakan hasil interaksi dari faktor biologi, psikologi, dan sosial. Faktor biologi, yaitu hilangnya sejumlah neuron di otak, genetik maupun adanya penyakit fisik. Faktor psikologi berupa rasa rendah diri, kurang rasa keakraban

seorang mudah terbangun selama siklus tidurnya (Poter & Perry,

2011).

Normalnya pada tidur, siklus otak melalui setiap tahap tidur selama 60 sampai 90 menit sebelum mencapai tahap REM (Taylor et al, 2011 cit Martin 2012). Pada orang dengan depresi mencapai tahap REM terlalu awal (hanya 2 sampai 30 menit); menghabiskan waktu yang lebih sedikit pada tahap tidur dengan gelombang lambat yang lebih menyegarkan (NREM 3 dan 4), menghabiskan banyak waktu pada tahap REM (lamanya hingga dua kali lipat dibandingkan tahap REM pertama pada orang yang tidak depresi); dan mengalami peningkatan periode tidur dangkal atau bangun selama malam hari (Stuart & Laska, 2002 cit Martin 2012).

Hal tersebut menjelaskan kenapa pada orang depresi mengeluarkan perasaan lelah dan tidak segar setelah tidur malam. Mereka mengalami penurunan total waktu tidur, peningkatan prosentase waktu mimpi, kesulitan untuk tidur, dan peningkatan jumlah terbangun secara spontan (Stuart & Laska, 2002 cit Martin

2012).

2. Gangguan Interaksi Sosial.

Depresi pada lansia merupakan hasil interaksi dari faktor biologi, psikologi, dan sosial. Faktor biologi, yaitu hilangnya sejumlah neuron di otak, genetik maupun adanya penyakit fisik. Faktor psikologi berupa rasa rendah diri, kurang rasa keakraban

dan faktor sosial berupa kesepian berkabung, kemiskinan dan kurangnya interaksi sosial (Agus, 2002). Depresi dapat berdampak terhadap interaksi sosial (Boyd, 2008; Potter & Perry, 2011).

d) Pengukuran tingkat depresi pada lansia

Depresi pada lanjut usia dapat diukur dengan berbagai skala pengukuran. Pada penelitian ini menggunakan *Geriatric Depression Scale*. Pemilihan skala depresi tergantung karakteristik masing-masing skala pengukuran. Subyek yang akan diukur harus sesuai dengan kriteria pengukuran.

1) *The Self-rating Depression Scale* (SDS) yang dirancang oleh (Zung, 1965) digunakan untuk mengukur depresi pada semua umur dengan diagnosa primer gangguan depresi. SDS terdiri dari 20 item pertanyaan, 10 item pertanyaan merupakan pernyataan positif dan 10 yang lain pernyataan negatif. Untuk masing-masing item, menunjukkan gejala atau perasaan waktu dilakukan test tersebut.

2) *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) dibuat oleh *National Institute for Mental Health* (1972). CES-D merupakan skala depresi yang merupakan self report. Skala ini digunakan untuk mengidentifikasi depresi pada populasi umur. CES-D terdiri dari 20 item pertanyaan. Skala ini menekankan pada komponen afektif, meliputi *mood* depresi, perasaan

dan faktor sosial berupa kesepian berkebang, kemiskinan dan kurangnya interaksi sosial (Augs, 2002). Depresi dapat berdampak terhadap interaksi sosial (Boyd, 2008; Potter & Perry, 2011).

d) Pengukuran tingkat depresi pada lansia

Depresi pada lanjut usia dapat diukur dengan berbagai skala pengukuran. Pada penelitian ini menggunakan Geriatric Depression Scale. Pemilihan skala depresi tergantung karakteristik masing-masing skala pengukuran. Subyek yang akan diukur harus sesuai dengan kriteria pengukuran.

1) The Self-rating Depression Scale (SDS) yang dirancang oleh (Zung, 1962) digunakan untuk mengukur depresi pada semua umur dengan diagnosa primer gangguan depresi. SDS terdiri dari 20 item pertanyaan. 10 item pertanyaan merupakan pernyataan positif dan 10 yang lain pernyataan negatif. Untuk masing-masing item, menunjukkan gejala atau perasaan waktu dilakukan test tersebut.

2) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) dibuat oleh National Institute for Mental Health (1972). CES-D merupakan skala depresi yang merupakan self report. Skala ini digunakan untuk mengidentifikasi depresi pada populasi umur. CES-D terdiri dari 20 item pertanyaan. Skala ini menekankan pada komponen afektif, meliputi mood depresi, perasaan

bersalah, rasa tidak berharga, putus asa, kemunduran psikomotor, kehilangan selera makan dan gangguan tidur.

- 3) *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang disusun oleh Brink (1982) adalah skala depresi untuk lanjut usia. GDS merupakan skala self rating yang digunakan untuk klinik. Gejala depresi pada lanjut usia berbeda dengan gejala depresi pada orang muda. Pada lanjut usia depresi biasanya diikuti dengan dimensia. GDS terdiri atas 15 item pertanyaan gejala depresi, yang sudah diadopsi dan disesuaikan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

e) Faktor predisposisi dan presipitasi

Faktor predisposisi dan presipitasi terjadinya depresi menurut Stuart & Laraia, 2005 atau (2006), antara lain :

a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor genetik, mengemukakan transmigrasi gangguan alam perasaan diteruskan melalui garis keturunan dari riwayat keluarga.
- 2) Teori agresi terbalik pada diri sendiri, mengemukakan bahwa depresi diakibatkan oleh perasaan marah yang dialihkan pada diri sendiri.
- 3) Teori kehilangan menunjukkan adanya perpisahan yang bersifat traumatis dengan orang yang sangat dicintai.

bersalah, rasa tidak berharga, putus asa, kemunduran psikomotor, kehilangan selera makan dan gangguan tidur.

3) Geriatric Depression Scale (GDS) yang disusun oleh Brink (1982) adalah skala depresi untuk lanjut usia. GDS merupakan skala self rating yang digunakan untuk klinik. Gejala depresi pada lanjut usia berbeda dengan gejala depresi pada orang muda. Pada lanjut usia depresi biasanya diikuti dengan dimensia. GDS terdiri atas 15 item pertanyaan gejala depresi yang sudah diadopsi dan disesuaikan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

e) Faktor predisposisi dan presipitasi

Faktor predisposisi dan presipitasi terjadinya depresi menurut Stuart & Latais, 2002 atau (2006), antara lain :

a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor genetik, mengemukakan transmigrasi gangguan alam perasaan diturunkan melalui garis keturunan dari riwayat keluarga.
- 2) Teori agresi terbalik pada diri sendiri, mengemukakan bahwa depresi diakibatkan oleh perasaan marah yang dihaluskan pada diri sendiri.
- 3) Teori kehilangan menunjukkan adanya perpindahan yang bersifat transitis dengan orang yang sangat dicintai.

- 4) Teori kepribadian menggambarkan bagaimana diri yang negatif dan harga diri yang rendah mempengaruhi kepercayaan dan penilaian stressor.
 - 5) Teori kognitif mengemukakan bahwa depresi adalah masalah kognitif yang didominasi oleh penilaian negatif terhadap diri sendiri, lingkungan dan masa depan.
 - 6) Model ketidakberdayaan yang dipelajari mengemukakan bahwa bukan trauma yang menghasilkan depresi, tetapi keyakinan individu akan ketidakmampuannya mengontrol kehidupannya. Oleh karena itu, individu tidak berupaya mengembangkan respon yang adaptif.
 - 7) Model perilaku bersalah dari pengalaman belajar di masa lalu, depresi dianggap terjadi karena kurangnya reinforcement positif selama berinteraksi dengan lingkungan.
 - 8) Model biologi menggambarkan perubahan kimiawi di dalam tubuh yang terjadi pada keadaan depresi, termasuk defisiensi dari ketokolamin, tidak berfungsinya endokrin, hipersekresi kortisol.
- b. Faktor presipitasi
- 1) Kehilangan kasih sayang nyata, termasuk kehilangan cinta seseorang, fungsi tubuh, status atau harga diri.

4) Teori kepribadian menggambarkan bagaimana diri yang negatif dan harga diri yang rendah mempengaruhi kepercayaan dan penilaian stressor.

5) Teori kognitif mengemukakan bahwa depresi adalah masalah kognitif yang didominasi oleh penilaian negatif terhadap diri sendiri, lingkungan dan masa depan.

6) Model ketidakberdayaan yang dipelajari mengemukakan bahwa bukan trauma yang menghasilkan depresi, tetapi keyakinan individu akan ketidakmampuannya mengontrol kehidupannya. Oleh karena itu, individu tidak berupaya mengembangkan respon yang adaptif.

7) Model perilaku berasal dari pengalaman belajar di masa lalu. depresi dianggap terjadi karena kurangnya reinforcement positif selama berinteraksi dengan lingkungan.

8) Model biologi menggambarkan perubahan kimiawi di dalam tubuh yang terjadi pada keadaan depresi, termasuk defisiensi dari ketokolamin, tidak berfungsinya endokrin, hipersекреksi kortisol.

b. Faktor presipitasi

1) Kehilangan kasih sayang nyata, termasuk kehilangan cinta seseorang, fungsi tubuh, status atau harga diri.

- 2) Kejadian penting dalam kehidupan seringkali dilaporkan sebagai keadaan yang mendahului depresi dan mempunyai dampak pada masalah saat ini dan kemampuan individu untuk menyelesaikan masalahnya.
- 3) Banyaknya peran dan konflik peran dilaporkan mempengaruhi berkembangnya depresi, terutama pada wanita.
- 4) Sumber koping termasuk status sosial ekonomi, keluarga, hubungan interpersonal dan organisasi kemasyarakatan.
- 5) Perubahan fisiologis yang disebabkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik seperti infeksi, neoplasma dan ketidakseimbangan metabolisme dapat menimbulkan gangguan alam perasaan. Khususnya obat-obatan anti hipertensi dan penggunaan zat adiktif.

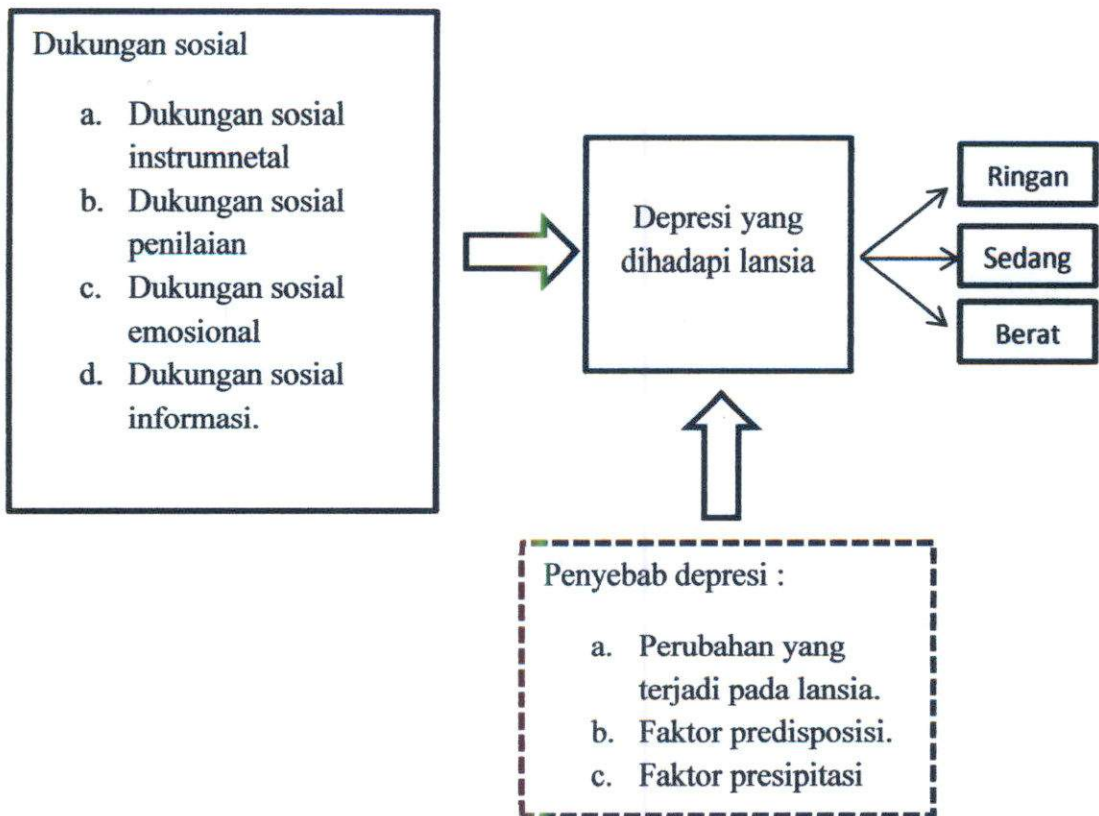
2) Kejadian penting dalam kehidupan seringkali dilaporkan sebagai keadaan yang mendahului depresi dan mempunyai dampak pada masalah saat ini dan kemampuan individu untuk menyelesaikan masalahnya.

3) Banyaknya peran dan konflik peran dilaporkan mempengaruhi perkembangannya depresi, terutama pada wanita.

4) Sumber coping termasuk status sosial ekonomi, keluarga hubungan interpersonal dan organisasi kemasyarakatan.

5) Perubahan fisiologis yang disebabkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik seperti infeksi, neoplasma dan ketidakseimbangan metabolisme dapat menimbulkan gangguan alam perasaan. Khususnya obat-obatan anti hipertensi dan penggunaan zat adiktif.

B. Kerangka Konsep

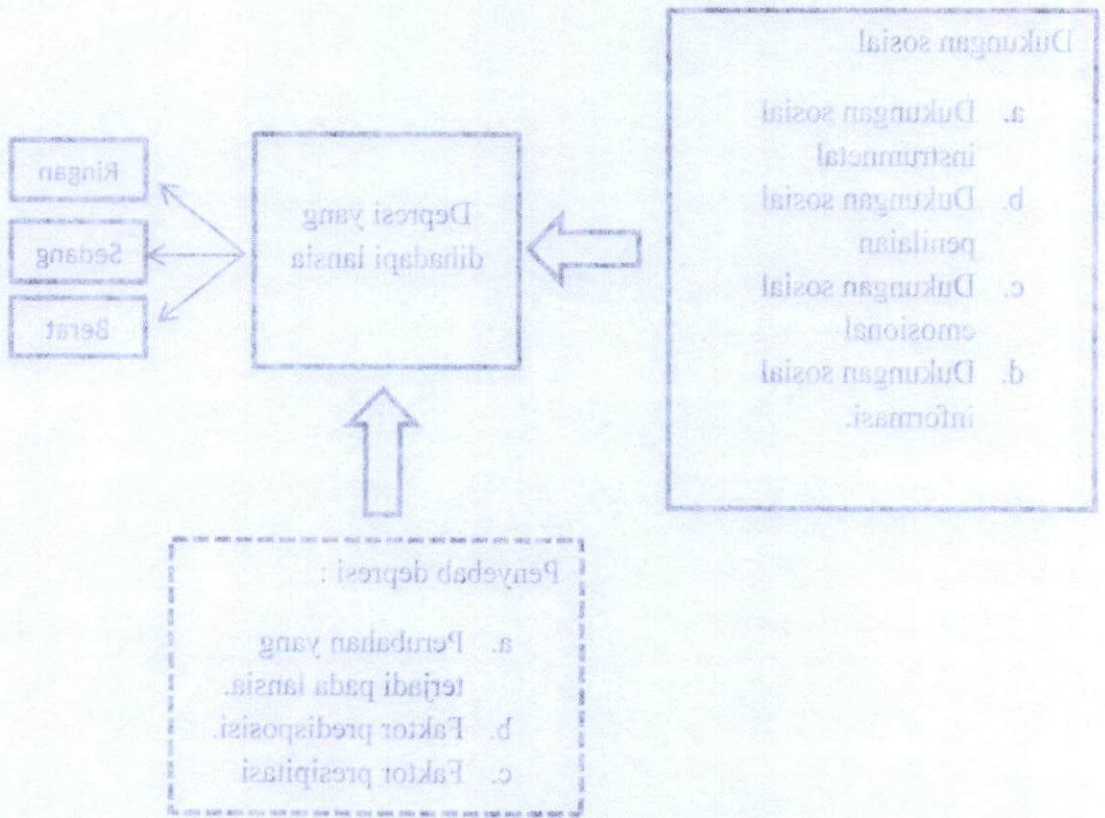


Keterangan :

————— : Diteliti.

- - - - - : Tidak diteliti.

B. Kerangka Konsep



Keterangan

:

: Diteliti

: Tidak diteliti

C. Hipotesis

Ho : Tidak ada hubungannya antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia korban erupsi merapi di Hunian Tetap Dusun Petung, Pagerjurang Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman, Yogyakarta.

Ha : Ada hubungannya antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia korban erupsi merapi di Hunian Tetap Dusun Petung, Pagerjurang Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman, Yogyakarta.

C. Hipotesis

H₀ : Tidak ada hubungannya antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia korban erupsi merapi di Hunian Tetap Dusun Petung, Pegerjuran Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman, Yogyakarta.

H_a : Ada hubungannya antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia korban erupsi merapi di Hunian Tetap Dusun Petung, Pegerjuran Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman, Yogyakarta.