

SKRIPSI
GAMBARAN FUNGSI KELUARGA MENGGUNAKAN
***APGAR SCORE* BERDASARKAN DEMOGRAFI**
LANSIA DEPRESI DI DESA TALAPETA
WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TALUN KENAS KABUPATEN
DELI SERDANG
TAHUN 2021



Oleh:
Febrianis Wau
NIM. 012018024

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2021

SKRIPSI
GAMBARAN FUNGSI KELUARGA MENGGUNAKAN
***APGAR SCORE* BERDASARKAN DEMOGRAFI**
LANSIA DEPRESI DI DESA TALAPETA
WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TALUN KENAS KABUPATEN
DELI SERDANG
TAHUN 2021



Memperoleh Untuk Gelar Ahli Madya Keperawatan
Dalam Program Studi D3 Keperawatan
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh:
Febrianis Wau
NIM. 012018024

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2021



LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : FEBRIANIS WAU
NIM : 012018024
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score* Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan skripsi yang telah saya buat ini merupakan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata di kemudian hari penulisan skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan tata tertib di STIKes Santa Elisabeth Medan.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan.

Penulis,

Febrianis Wau



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda persetujuan

Nama : Febrianis wau
NIM : 012018024
Judul : Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score*
Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta
Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang
Tahun 2021

Menyetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang Ahli Madya Keperawatan
Medan, 17 Mei 2021

Mengetahui

Pembimbing

Ketua Program Studi D3 Keperawatan

(Magda Sringo-ringo, SST., M.Kes)

(Indra Hizkia P, S.Kep., Ns., M.Kep)

Telah di uji

Pada tanggal, 17 Mei 2021

PANITIA PENGUJI

Ketua : Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes

Anggota : 1. Nasipta Ginting, SKM, S.Kep., Ns., M.Pd

2. Hotmarina Lumban Gaol, S.Kep., Ns

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

Indra Hizkia P, S.Kep., Ns., M.Kep



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN
Tanda Pengesahan**

Nama : Febrianis Wau
NIM : 012018024
Judul : Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score*
Berdasarkan Demografi Lansia Depresi Di Desa Talapeta
Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli
Serdang Tahun 2021

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan
pada Senin, 17 Mei 2021 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

TANDA TANGAN

Penguji I : Magda Siringo - ringo, SST., M.Kes

Penguji II : Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Penguji III : Hotmarina Lumban Gaol, S.Kep., Ns

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan

(Indra Hizkia P, S.Kep., Ns., M.Kep) (Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

Sebagai sivitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : FEBRIANIS WAU
NIM : 012018024
Program Studi : D3 Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-executive Royalti Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : **Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021**. Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan hak bebas royalti Non-eksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan menyimpan, mengalih media/formatkan, mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Medan, 17 Mei 2021.

Yang menyatakan

(Febrianis Wau)



ABSTRAK

Febrianis Wau 012018024

Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score* Berdasarkan Demografi Lansia Depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

Prodi D3 Keperawatan

Kata kunci: Lansia Depresi, *APGAR Score*, Fungsi Keluarga

(xvi + 68 + Lampiran)

Latar belakang: Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Depresi pada usia lanjut dapat terjadi karena proses menua karena terjadi penurunan fungsi fisiologis tubuh, penurunan penghasilan, perpisahan, kehilangan pasangan hidup dan faktor lain. Fungsi keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. **Tujuan:** penelitian ini untuk mengetahui Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score* Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dimana pengumpulan datanya dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Teknik analisis data menggunakan analisa univariat. **Hasil penelitian:** didapatkan bahwa dari 35 responden menunjukkan umur responden yang proporsi tertinggi berada pada usia 60-74 tahun sebanyak 26 responden (74.2%), jenis kelamin responden yang proporsi tertinggi perempuan sebanyak 24 responden (68,6%), status pernikahan responden yang proporsi tertinggi janda sebanyak 17 responden (48.6%), dan pendidikan responden yang proporsi tertinggi tidak bersekolah sebanyak 18 responden (51,4%). Fungsi keluarga pada Lansia depresi di desa Talapeta yang proporsi tinggi fungsi keluarga sedang sebanyak 16 responden (45,7%). **Simpulan:** karakteristik demografi dapat mempengaruhi depresi pada lanjut usia. Fungsi keluarga pada lansia depresi adalah sedang. Hal ini dikarenakan lansia tersebut tinggal bersama keluarga. **Saran:** keluarga dapat memperhatikan dan menerapkan perannya pada lanjut usia dengan baik.

Daftar pustaka (2010-2020)



ABSTRACT

Febrianis Wau 012018024

The Description of Family Function Using APGAR Score Based on Elderly Depression Demography at Talapeta Village, Talun Kenas Health Center Work Area, Deli Serdang Regency in 2021

D3 Nursing Program

Key words : Elderly Depression, APGAR Score, Family Function

(xvi + 68 + Appendix)

Background : Elderly is someone who had reach upwards age of 60 years. Depression in elderly can happened because of the aging process and dropped physiologic function of body, income, separation, losing of life partner, and other factor. Family function is attitude, action and family acceptance to the their members. **The purpose :** this research to know the Description of Family Function Using APGAR Score Based on Elderly Depression Demography at Talapeta Village, Talun Kenas Health Center Work Area, Deli Serdang Regency in 2021. **Method :** This research used qualitative method where data collection done by using questionnaire. Technique of data analysis use univariat analysis. **Result of research :** Obtained from 35 responden which indicate age of respondent which high proportion is in age 60-74 years as much 26 respondent (74,2%), gender of respondent which high proportion is female as much 24 respondent (68,6%), marital status of respondent is widow as much 17 respondent (48,6%) and education of respondent is no school as much 18 respondent (51,4%). Family function in elderly depression at Talapeta Village which has high proportion is medium family function as much 16 respondent (45,7%). **Conclusion :** characteristic of demography can affect depression to elderly. Family function to elderly is medium family function. It is caused the elderly stay with their family. **Suggestion :** family can pay attention and apply their role to the elderly well.

Bibliography (2010-2020)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat kasih dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi penelitian ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul skripsi ini adalah **“Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi D3 Keperawatan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

Penyusunan skripsi ini telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, perhatian dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc, selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan menyediakan fasilitas untuk menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Dr. Herlina Sembiring, M. Kep, selaku kepala Puskesmas Talun Kenas yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan pengambilan data awal dan melakukan penelitian di Puskesmas Talun Kenas.
3. Indra Hizkia P, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan yang telah memberikan semangat, dukungan serta kesempatan kepada penulis untuk melakukan penyusunan skripsi dalam upaya penyelesaian pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

4. Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes, selaku dosen pembimbing dalam penelitian ini yang telah membimbing, memberikan dukungan, motivasi serta semangat terlebih dukungan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M. Kep, selaku dosen pembimbing akademik, yang telah membimbing, mendidik, memberikan dukungan, motivasi serta semangat untuk saya dalam perkuliahan terlebih dukungan untuk menyelesaikan skripsi ini.
6. Seluruh staf dosen dan pegawai STIKes program studi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan memotivasi dan membantu penulis dalam menjalani pendidikan.
7. Teristimewa kepada keluarga tercinta saya, Bapak saya K. Wau, Ibu saya F. Maduwu serta abang dan adik-adik saya yang telah memberikan doa, dukungan baik berupa materi maupun motivasi serta mencurahkan seluruh kasih sayang kepada saya.
8. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan, terkhusus angkatan ke XXVII, yang telah memberikan semangat, dukungan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini berguna bagi kita semua.



Medan, 17 Mei 2021

Penulis

(Febrianis Wau)

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN DALAM	ii
HALAMAN LEMBAR PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR BAGAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktisi	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Lansia	8
2.1.1 Defenisi	8
2.1.2 Batasan	8
2.1.3 Karakteristik Lansia	9
2.1.4 Permasalahan pada Laansia	10
2.1.5 Perubahan pada Lansia	11
2.2 Konsep Depresi	14
2.2.1 Defenisi	14
2.2.2 Karakteristik	15
2.2.3 Klasifikasi	17
2.2.4 Tingkat Depresi	17
2.2.5 Faktor yang Menyebabkan Depresi	18
2.2.6 Dampak Depresi pada Lansia	23
2.2.7 Penanganan Depresi pada Lansia.....	24
2.3 Konsep Keluarga	24
2.3.1 Defenisi	24
2.3.2 Tipe Keluarga	25
2.3.3 Karakteristik Keluarga	26



2.3.4	Dinamika Keluarga	27
2.3.5	Keberfungsian Keluarga	28
2.3.6	Indikator Keberfungsian.....	29
2.3.7	Fungsi Keluarga	30
2.3.8	Pengukuran Fungsi Keluarga	33
BAB III	KERANGKA KONSEP	38
3.1.	Kerangka Konsep	38
3.2.	Hipotesis Penelitian	39
BAB IV	METODE PENELITIAN	40
4.1.	Rancangan Penelitian	40
4.2.	Populasi dan Sampel	40
4.2.1	Populasi	40
4.2.2	Sampel	41
4.3.	Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional	41
4.3.1	Defenisi Variabel	41
4.3.2	Defenisi Operasional	42
4.4.	Instrumen Penelitian	43
4.5.	Lokasi dan Waktu Penelitian	43
4.5.1	Lokasi	43
4.5.2	Waktu Penelitian	43
4.6.	Prosedur Pengambilan dan Teknik Pengumpulan Data	45
4.6.1	Pengambilan Data	45
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data	45
4.7.	Uji Validitas dan Uji Reabilitas	46
4.7.1	Uji Validitas	46
4.7.2	Uji Reabilitas	46
4.8.	Kerangka Operasional	47
4.9.	Analisa Data	48
4.10.	Etika Penelitian	48
BAB V	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	50
5.1	Gambaran Lokasi Penelitian	50
5.2	Hasil Penelitian	51
5.2.1	Karakteristik Responden.....	51
5.2.2	Fungsi Keluarga.....	53
5.3	Pembahasan Hasil Penelitian	54
5.3.1	Data Demografi	54
5.3.2	Fungsi Keluarga.....	60
5.4	Hambatan Peneliti	62
BAB VI	SIMPULAN DAN SARAN	63
6.1	Simpulan	63
6.2	Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	65

**DAFTAR TABEL**

	Hal
Tabel 4.1 Defenisi Operasional Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan <i>APGAR Score</i> Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.....	43
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021	51
Tabel 5.2 Frekuensi Fungsi Keluarga menggunakan <i>APGAR Score</i> pada Lanjut Usia depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.....	53
Tabel 5.3 Frekuensi Karaketristik Demografi dan Fungsi Keluarga menggunakan <i>APGAR Score</i> pada Lanjut Usia depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021	54



DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 3.1 Kerangka Konsep Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan <i>APGAR Score</i> Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.....	38
Bagan 4.1 Kerangka Operasional Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan <i>APGAR Score</i> Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.....	47



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Pengajuan Judul Skripsi	6
2 Usulan Judul Skripsi dan Tim Pembimbing	64
3 Permohonan Pengambilan Data Awal Penelitian	65
4 Izin Pengambilan Data Awal Penelitian	66
5 Etik Penelitian	68
6 Permohonan Izin Penelitian	69
7 Izin Penelitian	70
8 Surat Persetujuan Menjadi Responden	71
9 Pernyataan Menjadi Responden	72
10 Kuesioner Penelitian	73
11 Daftar Konsultasi	76
12 Master Data	80



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berlangsung terus-menerus mengakibatkan perubahan kumulatif, dimana proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Kholifah, 2016). Usia lanjut akan menimbulkan masalah kesehatan karena terjadi kemunduran fungsi tubuh apabila tidak dilakukan upaya pelayanan kesehatan dengan baik (Kemenkes RI, 2016).

Pada lansia sering muncul masalah-masalah perubahan fungsi mental seperti kecemasan, depresi, insomnia, paranoid dan demensia (Pieter, 2017). Meningkatnya jumlah populasi lansia berdampak terhadap penurunan kualitas hidup lansia, seperti penurunan kapasitas mental, perubahan peran sosial, kepikunan, serta depresi. Akan tetapi sering ditemukan lansia mengalami berbagai masalah psikologis seperti kecemasan, stres dan depresi (Dewianti, 2015).

Depresi menurut WHO (*World Health Organization*) 2014 merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan mood tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energi, dan konsentrasi yang rendah.

Menurut *World Health Organization* prevalensi global gangguan depresi pada lansia didapatkan sebanyak 61,6 % (WHO, 2017). Prevalensi depresi pada lanjut usia yaitu sekitar 12-36% lansia menjalani rawat jalan mengalami depresi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Aly, et.al, 2018) di Mesir menunjukkan

lansia yang menderita depresi sebanyak 62,7%. Penelitian yang dilakukan (Sarokhani, et.al, 2018) di Iran diperkirakan jumlah depresi pada lansia yaitu sebanyak 43%. Penelitian yang dilakukan (Hossain, 2020) di Davangere, India menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada lansia yaitu sebanyak 39%, dimana depresi ringan sebanyak 33 %, dan depresi berat sebanyak 6 %.

Di Indonesia jumlah penderita depresi yaitu sebanyak 6,1% dari total seluruh penduduk (Risikesdas, 2018). Prevalensi populasi usia lanjut berusia 60 tahun yang menderita depresi di Indonesia diperkirakan persentasenya antara 5%-7,2% (Sulaiman, 2014). Meningkat dua kali lipat setiap 5 tahun yaitu mencapai 45% pada usia diatas 85 tahun (Pusdatin Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan data Risikesda 2018, Sumatera Utara menempati 10 besar kota dengan penduduk yang mengalami gangguan mental emosional. Data Risikesda juga memaparkan bahwa gangguan mental emosional ini 58,1% dialami penduduk usia diatas 60. Gangguan mental emosional dapat berupa depresi, cemas, insomnia dan gangguan lainnya.

Depresi dapat dipengaruhi oleh beberapa macam faktor, dimana salah satunya tidak adanya hubungan baik dengan keluarga ataupun rusaknya hubungan keluarga dan adanya jarak antar anggota keluarga yang menyebabkan adanya situasi seperti kesepian dan isolasi efektif serta perasaan ditinggalkan dan kekosongan (Ardani & Nataswari, 2018). Ditambah dengan persoalan-persoalan hidup yang mendera lanjut usia seperti kematian pasangan hidup, persoalan keuangan yang berat, pindah rumah, dukungan sosial dan fungsi keluarga yang buruk dapat memicu depresi pada lansia (Alfares, 2016)

Menurut Ratri (2016) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa penanganan depresi pada lansia dapat dilakukan melalui 4 pendekatan yaitu: pendekatan psikologis, pendekatan medis, pendekatan spiritual, dan pendekatan fisik. Dalam pendekatan psikologis, pendekatan keluarga sangat diperlukan dalam penatalaksanaan depresi pada lansia yaitu dengan memberikan dukungan pada lansia. Kebutuhan akan dukungan dan perhatian keluarga berlangsung sepanjang hidup (Astuti, 2010). Selanjutnya Alfares (2016) mengatakan keluarga memiliki fungsi-fungsi penting yang bertujuan menunjang kesejahteraan hidup lansia. Apabila fungsi keluarga tersebut dijalankan dengan baik, akan tercipta kondisi kesehatan fisik, mental, emosional dan sosial yang adekuat bagi lansia. Sutikno (2015) bahwa kesehatan mental yang tidak baik ditemukan pada lansia yang mempunyai fungsi keluarga yang tidak baik.

Fungsi keluarga terhadap lansia yang ada didalamnya sangatlah penting untuk mengatasi masalah kemunduran fisik, psikologis, dan sosial. Secara teoritis jika terdapat gangguan fungsi keluarga maka akan terjadi masalah kesehatan anggota keluarga (Magfirah, 2018). Selanjutnya, Istiasi (2010) mengatakan fungsi keluarga memiliki pengaruh penting terhadap kesehatan mental seseorang. Oleh karena itu para lansia perlu mendapat perhatian dari pemerintah, lingkungan terutama keluarga sehingga mereka dapat dengan segera menjalani pengobatan untuk kemudian mampu mengatasi perubahan fisik dan mental yang terjadi (Alfares, 2016).

Menurut Friedman (2013), fungsi keluarga adalah proses yang terjadi terus menerus disepanjang masa kehidupan manusia. Fungsi keluarga berfokus pada interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individu. Fungsi keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Andarmoyo 2012 dalam Alfares (2016), keluarga adalah kelompok yang mempunyai peranan amat penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi dan/atau memperbaiki masalah kesehatan dalam keluarga.

Fungsi keluarga dapat diukur dari aspek *APGAR* yaitu *Adaptation* (adaptasi), *Partnership* (kemitraan), *Growth* (pertumbuhan), *Affection* (kasih sayang) dan *Resolve* (kebersamaan). Pada aspek adaptasi menilai kemampuan keluarga untuk menggunakan dan membagi sumber daya yang dimiliki oleh setiap anggota keluarganya. Aspek kemitraan menilai kemampuan dalam berbagi, membuat keputusan dan memecahkan masalah bersama melalui komunikasi yang baik. Aspek pertumbuhan menilai tingkat kepuasan anggota keluarga dalam hal kebebasan untuk mencapai perubahan atau pertumbuhan baik fisik maupun mental. Pada aspek kasih sayang yang dinilai adalah kepuasan anggota keluarga terhadap keintiman dan reaksi emosional diantara anggota keluarga. Aspek kebersamaan mewakili bagaimana waktu, ruang dan keuangan yang dibagikan (Oktowaty, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Souza et al (2014) tentang *Family Functioning of Elderly Depressive Symptoms*, ditemukan sebanyak 41.5 % lansia yang mengalami depresi, kemudian sebanyak 77.5 % lansia dengan gejala depresi adalah anggota keluarga dengan tingkat fungsi keluarga. Menurut Simone (2013) tentang *The Relationship between depressive Symptoms and Family Functioning in Institutionalized Elderly* fungsi keluarga yang diukur dengan family *APGAR Score* memiliki hubungan yang signifikan kejadian depresi pada lansia. Lansia dengan fungsi keluarga baik menunjukkan prevalensi kejadian depresi yang lebih rendah (8,0%) dibandingkan dengan lansia yang memiliki fungsi keluarga tidak baik (92%). Selanjutnya dalam penelitian Alfares (2016) tentang *Hubungan fungsi keluarga dengan derajat skala depresi lansia* dimana fungsi keluarga baik dengan skala depresi ringan sebesar 7,4%, proporsi lansia yang memiliki fungsi keluarga sedang dengan depresi ringan sebesar 50,0% dan fungsi keluarga kurang baik dengan depresi berat sebesar 42,9%.

Berdasarkan latar belakang maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score* Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021”.

1.2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang diatas, adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimanakah Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score* Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021?

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran Fungsi Keluarga Berdasarkan Demografi Menggunakan *APGAR Score* pada Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Fungsi keluarga pada lansia depresi berdasarkan data demografi di desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.
2. Mengidentifikasi Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score* Pada Lansia Depresi di desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai salah satu sumber bacaan penelitian dan pengembangan ilmu tentang Gambaran Fungsi keluarga Pada Lansia yang Depresi, dan penelitian ini juga dapat digunakan untuk bahan pada penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Puskesmas

Sebagai informasi dan masukan bagi Puskesmas Talun Kenas untuk mengetahui Gambaran Fungsi Keluarga Berdasarkan Demografi Pada Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

2. Bagi Responden

Sebagai informasi serta dapat menjadi acuan untuk meningkatkan fungsi keluarga pada lansia.

3. Bagi Pendidikan Kesehatan

Sebagai informasi dan masukan bagi institusi pendidikan kesehatan untuk mengetahui gambaran fungsi keluarga pada lansia depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.



BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Defenisi

Dalam Kholifah, 2016 lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh.

Lanjut usia (lansia) berdasarkan peraturan pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004 adalah seseorang yang usianya telah mencapai 60 (enam puluh) tahun keatas (Kemenkes RI, 2017). Proses yang dialami seluruh makhluk hidup yang bersifat alami disebut proses menua, sedangkan usia lanjut adalah istilah yang digunakan pada tahap akhir dari sebuah proses penuaan (Suardiman, 2016).

2.1.2 Batasan

Menurut WHO 1999 dalam Kholifah (2016) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut :

- 1) Usia lanjut (*elderly*) antara usia 60-74 tahun,
- 2) Usia tua (*old*) :75-90 tahun, dan
- 3) Usia sangat tua (*very old*) adalah usia > 90 tahun.

Menurut Depkes RI (2005) dalam Astuti (2010) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

- 1) Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun,
- 2) Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas,
- 3) Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.

2.1.3 Karakteristik

Menurut Kholifah (2016) Adapun karakteristik lansia adalah sebagai berikut :

- a. Lansia merupakan periode kemunduran.
Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia.
- b. Lansia memiliki status kelompok minoritas.
Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik.
- c. Lansia membutuhkan perubahan peran.
Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula.

Menurut Dewi (2014) lansia memiliki tiga karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun.
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial hingga spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.1.4 Permasalahan

Kholifah (2016) menjelaskan bahwa lansia mengalami perubahan dalam kehidupannya sehingga menimbulkan beberapa masalah. Permasalahan tersebut diantaranya yaitu :

a. Masalah fisik.

Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra pengelihatan yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga sering sakit.

b. Masalah kognitif (intelektual)

Masalah yang hadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar.

c. Masalah emosional

Masalah yang hadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

d. Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

2.1.5 Perubahan

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Kholifah, 2016).

- a. Perubahan Fisik yaitu :sistem indra, pencernaan dan metabolisme, sistem perkemihan, sistem saraf, dan sistem reproduksi,
- b. Perubahan Kognitif yaitu : *memory* (Daya ingat, Ingatan), IQ (*Intellegent Quotient*), Kemampuan Belajar (*Learning*), Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*), Pemecahan Masalah (*Problem Solving*), Pengambilan Keputusan (*Decision Making*), Kebijaksanaan (*Wisdom*), Kinerja (*Performance*), dan Motivasi.
- c. Perubahan mental. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental : perubahan fisik, khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), lingkungan, gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian, gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan, rangkaian dari kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan family, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.
- d. Perubahan spiritual.
Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya, Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.
- e. Perubahan Psikososial
 1. Kesepian
Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti

menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

2. Duka cita (Bereavement)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

3. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

4. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

5. Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada

lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

6. Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Defenisi

Widianingrum (2016) Depresi adalah gangguan alam perasaan yang berat dalam bentuk kesedihan dan duka yang dirasakan individu serta terdapat gejala yang menyertainya seperti perasaan tidak berharga, menarik diri, dan perubahan pada kebiasaan dan kondisi fisik.

Susilawati. F dan Yenie. H, (2015) Depresi pada usia lanjut dapat terjadi karena proses menua karena terjadi penurunan fungsi fisiologis tubuh, penurunan penghasilan, perpisahan, kehilangan pasangan hidup dan faktor lain.

Hawari, 1996 dalam Suardiman (2016) menyatakan bahwa depresi adalah bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (afektif, mood) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna dan putus asa.

2.2.2 Karakteristik

Menurut Marita M (2014) Adapun karakteristik depresi dapat dibagi menjadi gejala pada perasaan, pikiran, fisik dan perilaku.

- a. Perasaan: kehilangan minat pada aktivitas yang menyenangkan, penurunan minat dan kenikmatan seksual, perasaan tidak berharga, tidak ada harapan dan merasa salah yang berlebihan, tidak dapat merasakan apa-apa, perasaan hancur yang berlebihan atau akan dihukum, kehilangan harga diri, merasa sedih, murung yang lebih parah pada pagi hari, menangis tanpa sebab yang jelas, iritabel, tidak sabar, marah dan agresif.
- b. Proses pikir: pikiran bingung atau melambat, sulit berpikir, berkonsentrasi atau mengingat; sulit mengambil keputusan dan menghindarinya, pikiran berulang akan bahaya dan kehancuran, preokupasi dengan kegagalan atau ketidakpuasan personal yang menyebabkan kehilangan rasa percaya diri, melakukan kritik terhadap diri sendiri secara kasar dan menghukum diri, pikiran tentang keinginan bunuh diri, melukai diri dan tentang kematian yang persisten. Pada kasus yang ekstrem dapat berpikir tidak realistis, mungkin terdapat halusinasi atau ide aneh hingga waham.
- c. Perilaku: penarikan dari aktivitas sosial dan hobi, gagal melakukan keputusan penting, menelantarkan pekerjaan rumah tangga, berkeburu membayar kebutuhan sehari-hari, penurunan aktivitas fisik dan olahraga; penurunan perawatan diri seperti makan, dandan, mandi;

peningkatan pemakaian alkohol, obat-obatan baik dari dokter maupun beli sendiri.

- d. Fisik: perubahan nafsu makan, dengan akibat penurunan berat badan atau peningkatan berat badan; gangguan tidur, kesulitan mulai tidur, tidur terbangun-bangun atau tidur terlalu banyak; tidur, namun saat bangun tidak segar, sering merasa buruk di pagi hari; penurunan energi, merasa lelah dan lemah; tidak dapat diam, ada dorongan untuk berjalan terus; nyeri ekstremitas, sakit kepala, nyeri otot yang bukan karena sebab penyakit isik; pencernaan dan lambung kurang enak dan konstipasi.

Teifon D (2009) di kutip Widianingrum (2016) karakteristik yang timbul pada penderita depresi dibagi menjadi tiga yaitu sebagai berikut:

- a. Gangguan afektif, biasanya penderita mengalami perubahan perasaan pada gangguan afektif. Gejala yang biasa timbul pada gangguan afektif adalah perasaan sedih, perasaan negatif terhadap diri sendiri, kehilangan terhadap minat, kesenangan, dan semangat serta mudah menangis.
- b. Gangguan kognitif, adalah penderita akan merasa harga diri dan percaya diri rendah, rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan pesimistik dan suram mengenai masa depan, tindakan yang menyakitkan diri, konsentrasi dan perhatian yang buruk serta merasa putus asa.

- c. Gangguan somatic, adalah gangguan tidur/ insomnia, hilangnya nafsu makan, penurunan energi dan aktifitas menjadi terbatas, nyeri kepala, nyeri pada punggung, dan gangguan pada sistem pencernaan.

2.2.3 Klasifikasi

Berdasarkan karakteristik, depresi dapat digolongkan menjadi dua yaitu sebagai berikut :

- a. Depresi neurotik

Depresi ini terjadi saat seseorang mengalami kesedihan yang jauh lebih berat daripada biasanya karena telah mengalami suatu kejadian atau peristiwa berharga.

- b. Depresi psikotik

Depresi ini akan menimbulkan penyakit yang kambuh kembali namun dengan suasana hati yang tidak baik (Widianingrum, 2016).

2.2.4 Tingkat

Dalam Akbar (2016) Adapun tingkat depresi dapat digolongkan berdasarkan gejalanya menjadi tiga kelompok yaitu :

- a. Depresi ringan (*Mild Depression/ Minor Depression*)

Depresi ringan ditandai dengan adanya rasa sedih, perubahan proses berpikir, hubungan sosial kurang baik, tidak bersemangat dan merasa tidak nyaman.

b. Depresi Sedang (*Moderate Depression*)

1. Gangguan afektif: perasaan murung, cemas, kesal, marah menangis, rasa bermusuhan, dan harga diri rendah.
2. Proses pikir: perhatian sepi, berpikir lambat, ragu ragu, konsentrasi menurun, berpikir rumit, dan putus asa serta pesimis.
3. Sensasi somatik dan aktivitas motorik: bergerak lamban, tugas terasa berat, tubuh lemah, sakit kepala, sakit dada, mual, muntah, konstipasi, nafsu makan menurun, berat badan menurun, dan gangguan tidur.
4. Pola komunikasi: bicara lambat, komunikasi verbal menjadi berkurang, dan komunikasi non verbal menjadi meningkat. 14
5. Partisipasi sosial: seseorang menjadi menarik diri, tidak mau bekerja, mudah tersinggung, bermusuhan, dan tidak memperhatikan kebersihan diri.

c. Depresi berat

Depresi berat mempunyai dua episode yang berlawanan yaitu melankolis (rasa sedih) dan mania (rasa gembira yang berlebihan disertai dengan gerakan hiperaktif).

2.2.5 Faktor-faktor yang Menyebabkan Depresi Pada Lansia

Menurut Astuti (2010) Depresi pada lansia dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain penurunan fungsi dari organ tubuh, kehilangan sumber nafkah, perubahan gaya hidup dan sebagainya. Penyebab gangguan depresi adalah

multifaktorial yaitu kontribusi dari biologi, psikologi dan social. Ditinjau dari biologik perubahan neurotransmitter otak, yaitu antara lain: norepinefrin, serotonin dan dopamine. Faktor psikologi dapat dipengaruhi oleh kepribadian lansia yaitu ciri kepribadian dependen, cemas menghindar dan anankastik. Sedangkan pengaruh faktor sosial dikarenakan rasa kesepian, rasa tidak berguna atau masalah keuangan (Annisa, 2019).

Nakulan et al, (2015) mengemukakan factor-faktor yang menyebabkan kejadian depresi antara lain:

- a. Faktor sesio demografi meliputi kelompok usia tua, jenis kelamin, tingkat pendidikan yang rendah, pengangguran, social ekonomi yang rendah, gangguan kongnitif, status pernikahan, kehilangan, hidup sendiri, batasan ADL, adanya gangguan fungsi pengeliatan dan pendengaran.
- b. Faktor biologis, termasuk diantaranya masalah penyakit kronis yang diakaitkan dengan adanya gejala depresi, hal ini dikarenakan keadaan suasana hati yang tertekan dan perasaan takut terhadap komplikasi yang memburuk pada tingkat kesehatannya.

Dalam Widianingrum (2016) faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia antara lain:

1. Faktor Demografi
 - a. Usia. Usia adalah rentang perhitungan waktu hidup seseorang sejak dilahirkan sampai sekarang. Usia merupakan salah satu faktor yang menyebabkan depresi terutama pada seseorang lansia. Lansia dapat

digolongkan menjadi 3 berdasarkan usia yaitu lansia (*elderly*) 60-69 tahun, lansia tua (*old*) 70-80 tahun, usia sangat tua lebih dari 80 tahun. Resiko terjadinya depresi dapat meningkat dua kali lipat saat usia semakin meningkat.

- b. Jenis Kelamin. Menurut beberapa studi, lansia perempuan memiliki resiko depresi lebih tinggi dibandingkan dengan lansia laki-laki dengan perbandingan yaitu dua banding satu. Hal ini dapat disebabkan karena adanya beberapa faktor lain yang kemungkinan menyebabkan depresi, seperti: kematian pasangan hidup, perbedaan sosial dan budaya. Selain itu pengaruh perubahan fisiologis dikarenakan ada kaitannya dengan perubahan hormonal pada perempuan misalnya *early onset of menopause* atau *postmenopause*. Tanggung jawab seorang perempuan dalam kehidupan sehari-hari cukup berat, seperti mengurus rumah tangga dan mengurus anak. menyebabkan kemungkinan faktor resiko depresi lebih banyak pada lansia perempuan daripada laki-laki.

c. Status Sosioekonomi

Seseorang dengan status sosioekonomi yang lebih rendah memiliki resiko yang lebih besar menderita depresi dibandingkan dengan yang status sosioekonominya lebih baik. Hal ini dikarenakan seseorang dengan status ekonomi yang lebih rendah akan menyebabkan kebutuhan sehari-hari menjadi kurang sehingga mudah terkena depresi.

d. Status Pernikahan

Pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki laki dan perempuan. Pernikahan tidak hanya mempererat hubungan asmara antara laki laki dan perempuan, juga bertujuan untuk mengurangi resiko mengalami gangguan psikologis. Bagi pasangan suami-istri yang tidak dapat membina hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena meninggal dapat memicu terjadinya depresi.

e. Pendidikan

Pendidikan sangat berkaitan dengan kemampuan kognitif. Kemampuan kognitif adalah bentuk mediator diantara kejadian dalam hidup dengan mood. Tingkat depresi seseorang dapat semakin tinggi ketika tingkat pendidikan rendah

2. Dukungan Sosial

Lansia secara perlahan akan mengalami penurunan kondisi fisik, penurunan aktifitas, pemutusan hubungan sosial dan perubahan posisi dalam masyarakat. Dukungan sosial diperlukan dalam kondisi seperti tersebut. Dukungan sosial seperti perhatian dan motivasi dibutuhkan oleh lansia untuk memperoleh ketenangan

Menurut Sarafino (2006) dalam Widianingrum 2016, dukungan sosial terbagi kedalam lima bentuk dukungan, antara lain:

- a. Dukungan emosional. Dukungan emosional adalah suatu bentuk dari ekspresi seseorang seperti memberi perhatian, empati dan turut prihatin kepada orang lain.
 - b. Dukungan penghargaan. Dukungan penghargaan yang berupa penghargaan positif dan diberikan kepada seseorang ketika sedang mengalami stres atau depresi.
 - c. Dukungan instrumental. Dukungan instrumental yaitu dukungan berupa bantuan secara langsung dan nyata seperti memberi meminjamkan uang, dan membantu meringankan tugas orang yang mengalami masa-masa sulit.
 - d. Dukungan informasi. Dukungan informasi yaitu dukungan dari orang-orang yang berada disekitar individu akan memberikan dukungan informasi dengan cara menyarankan beberapa pilihan tindakan yang dapat dilakukan individu dalam mengatasi masalah yang membuatnya stres, misalnya memberikan saran, penilaian tentang bagaimana individu melakukan sesuatu.
 - e. Dukungan kelompok. Dukungan kelompok merupakan dukungan yang dapat menyebabkan individu merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari suatu kelompok dimana anggota-anggotanya dapat saling berbagi, misalnya menemani orang yang sedang stres ketika beristirahat atau berekreasi
3. Pengaruh genetic. Keturunan merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan lansia mengalami depresi. Lansia yang memiliki

keturunan atau gen depresi dari orang tua maka resiko menderita depresi dapat terjadi lebih awal dari pada yang tidak mempunyai gen depresi.

4. Kejadian dalam Hidup (*Life Event*). Kejadian dalam hidup dalam menimbulkan stres pada lansia dan jika berkelanjutan dapat menimbulkan depresi. Kejadian tersebut seperti kehilangan pekerjaan, bercerai, masalah keuangan dan kematian orang tercinta. Gejala depresi akan tampak kurang lebih dalam 2 tahun setelah kejadian terjadi.
5. Medikasi Pengobatan merupakan salah satu tindakan medis untuk memulihkan kembali kondisi tubuh. Namun, beberapa obat yang diberikan dapat menimbulkan gejala depresi pada lansia. Obat tersebut seperti obat antihipertensi, obat psikiatri, analgesik.

2.2.6 Dampak Depresi pada Lansia

Depresi dapat menimbulkan perubahan secara fisik, pemikiran, perasaan dan perilaku, yang mana hal ini dapat menetap dan mengganggu aktifitas keseharian seseorang, sehingga dapat mengganggu kualitas hidup pada seseorang, terutama pada lanjut usia (Ashal, 2018).

Widianingrum (2016) dampak depresi pada lansia adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi Fisik, status kesehatan penderita depresi pada lansia dapat menurun jika keadaan depresi berkepanjangan.

- b. Fungsi Psikososial, pada lansia perubahan mood akibat perasaan sedih tidak disadari.
- c. Tindakan Bunuh Diri, lansia yang sudah lama mengalami depresi maka bunuh diri merupakan sebuah solusi.

2.2.7 Penanganan Depresi pada Lansia

Dalam Maramis (2014) depresi sangat penting dideteksi pada pasien lansia dan ditangani, karena gejalanya akan memperparah penyakit fisiknya, menambah penarikan diri, tidak patuh pengobatan dan keputusan serta kematian dini. Penanganan depresi pada lansia meliputi biologis, psikologis, lingkungan social, spiritual, dan pemberian antidepresan.

Simanjuntak (2017) Terapi non farmakologi dapat diberikan untuk menangani masalah depresi melalui terapi musik, senam, yoga, dan terapi humor.

Selanjutnya, menurut Ratri (2016) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa penanganan depresi pada lansia dapat dilakukan melalui 4 pendekatan yaitu: pendekatan psikologis, pendekatan medis, pendekatan spiritual, dan pendekatan fisik.

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Defenisi

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan

meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Friedman, 2013).

Keluarga merupakan suatu hal yang tidak dapat terpisahkan dalam kehidupan. Dimana keluarga merupakan tempat pertama dan utama dalam memulai kehidupan dan berinteraksi antar anggotanya. Keluarga adalah institusi terkecil dari suatu masyarakat yang memiliki struktur sosial dan sistem tersendiri dan yang merupakan sekumpulan orang yang tinggal dalam satu rumah yang masih mempunyai hubungan kekerabatan atau hubungan darah karena perkawinan, kelahiran, adopsi dan lain sebagainya (Aziz, 2017).

Defenisi keluarga juga mengacu pada dua atau lebih individu yang bergantung satu sama lain untuk mendapatkan dukungan emosional, fisik dan ekonomi (Kaakinen et al, 2015).

2.3.2 Tipe

Menurut Andarmoyo 2012 dalam Alfares (2016) mengemukakan bahwa tipe keluarga terbagi atas 2 yaitu: keluarga tradisional dan keluarga non tradisional.

1. Keluarga tradisional

- a) Keluarga Inti/ *Tradisional Nuclear* merupakan satu bentuk keluarga tradisional yang paling ideal terdiri dari ayah, ibu dan anak, tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.

- b) Keluarga Besar (*Exstended Family*), adalah keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
 - c) Keluarga “*Dyad Nuclear*” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.
 - d) “*Single Parent*” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
 - e) “*Single Adult*” yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).
- 3 Keluarga nontradisional
- a) *The Unmarriedteeneger mather*. Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
 - b) *The Stepparent Family*. Keluarga dengan orang tua tiri.
 - c) *Commune Family*. Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama : sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

- d) *The Non Marital Heterosexual Conhibiting Family*. Keluarga yang hidup bersama dan berganti – ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

2.3.3 Karakteristik

Menurut Debora et al (2020) Keluarga memiliki beberapa karakteristik umum, yaitu:

- a. Setiap keluarga adalah sistem sosial kecil.
- b. Setiap keluarga memiliki nilai dan aturan budaya sendiri-sendiri.
- c. Setiap keluarga memiliki struktur
- d. Setiap keluarga memiliki fungsi dasar tertentu
- e. Setiap keluarga bergerak melalui tahapan dalam siklus hidupnya.

2.3.4 Dinamika

Dalam Dewi (2015) Dinamika keluarga merupakan interaksi (kedudukan dalam keluarga, misal : anak keluarga budi) dan relationship (hubungan kedekatan, misal : anak dekat dengan ibunya) antara individu anggota keluarga yang mana merefleksikan (penyakit yang berpengaruh ke keluarga atau keluarga yang berpengaruh pada penyakit) dan mempengaruhi kesehatan fisik, mental, spiritual dari individu – individu tersebut dalam keluarga. Pentingnya mengetahui dinamika keluarga adalah untuk membantu dokter keluarga mendiagnosa penyakit dan rasa sakit dan mendapatkan pengakuan faktor - faktor yang mungkin membantu atau tersembunyi dalam kesembuhan pasien. Selain itu, pengetahuan

dinamika keluarga juga berguna dalam memformulasikan cara untuk membantu pasien agar lebih efektif dan bisa beradaptasi dengan problem kesehatan mereka.

Dinamika keluarga dapat dinilai dengan *family assessment tools*.

Mc.Daniel 2005 dalam Dewi (2015) perangkat penilaian keluarga meliputi *Family genogram, Family life cycle, Family map, Family life line, Family APGAR* dan *Family SCREEM*.

2.3.5 Keberfungsian Keluarga

Dalam Fahrudin (2012) mengemukakan keberfungsian keluarga sebagai sistem keluarga yang sehat yang bisa dilihat dari struktur dan proses interaksi dalam keluarga. Keluarga yang sehat merujuk kepada keberfungsian primer keluarga tersebut. Keberfungsian keluarga dapat dibagi dalam 6 area yaitu :

- a. Peranan keluarga, pola perilaku individu yang berulang dan dijalankan sesuai dengan fungsi dalam kehidupan keluarga hari ke hari. Peranan menggambarkan stuktur keluarga dan memelihara proses interaksi dalam keluarga.
- b. Ekspresi emosi keluarga, Ekspresi emosi merujuk kepada ide bahwa setiap keluarga mempunyai suasana emosi yang akan menentukan derajat emosi yang ekspresif, sensitivitas, dan kebertanggungjawaban anggota keluarga dengan anggota yang lainnya.
- c. Saling ketergantungan atau individuasi keluarga, Saling ketergantungan/individuasi merujuk kepada besarnya otonomi atau individuasi yang diberikan kepada invididu oleh keluarga.

- d. Distribusi kekuasaan keluarga, Kekuasaan dapat diartikan sebagai derajat pengaruh atau kontrol anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang lain. Penggunaan kekuasaan dan distribusi dikalangan anggota keluarga sangat penting untuk memahami dan perubahan pola-pola interaksi yang dysfunctional.
- e. Komunikasi keluarga, Komunikasi berkaitan dengan penyampaian dan penerimaan informasi verbal dan non verbal antara anggota - anggota keluarga. Ini termasuk keterampilan - keterampilan dalam pola-pola pertukaran informasi dalam sistem keluarga.
- f. Sub sistem keluarga, Sub sistem atau sub kelompok dalam keluarga dan bagaimana mereka memelihara sistem keluarga. Jenis-jenis sub sistem termasuk orang tua, pasangan (suami atau isteri), dan kelompok adik beradik, dan aliansi antara dan di kalangan anggota kelompok.

2.3.6 Indikator Keberfungsian keluarga

Dalam Fahrudin (2012), menyarankan beberapa indikator keberfungsian institusi keluarga yaitu:

- a. Nilai keluarga yaitu nilai-nilai yang dianut dan yang diamalkan oleh semua anggota keluarga.
- b. Keterampilan Keluarga menilik kemampuan keluarga dan anggotanya bertahan dalam berbagai situasi yang dihadapinya.

- c. Pola interaksi merujuk pada kemampuan keluarga dan anggotanya membangun dan mengembangkan pola-pola interaksi sosial baik di dalam keluarga maupun di luar keluarga.

Keberfungsian keluarga akan menjamin keluarga menjalankan fungsinya dalam kehidupan sehari-hari. Perpaduan dan interaksi nilai keluarga, keterampilan dan pola interaksi yang positif menjadikan keluarga memiliki keberfungsian dalam menghadapi sebarang persoalan, mampu mengurus sumber, menyusun tujuan dan melihat tantangan sebagai peluang untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas kehidupan dan kesejahteraan anggota-anggotanya (Fahrudin, 2012).

2.3.7 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga adalah ukuran dari bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga, dan kualitas hubungan keluarga. Fungsi keluarga mempengaruhi kapasitas kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga (Husaini, 2017).

Menurut Friedman 2013 dalam Kholifah (2016) fungsi keluarga dibedakan atas :

- a. Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama,

membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri.

b. Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang memengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

Spradley 2001 dalam Sutanto (2012) mengemukakan bahwa fungsi keluarga terdiri dari :

- a. *Affection*, terdiri dari : menciptakan suasana persaudaraan/menjaga perasaan, mengembangkan kehidupan dan kebutuhan seksual, menambah anggota baru.
- b. *Security and Acceptance*, terdiri dari : mempertahankan kebutuhan fisik, menerima individu sebagai anggota.
- c. *Identity and satisfaction*, terdiri dari : mempertahankan motivasi, mengembangkan peran dan self-image, mengidentifikasi tingkat sosial dan kepuasan aktivitas.
- d. *Affiliation and Companionship*, terdiri dari : mengembangkan pola komunikasi, mempertahankan hubungan yang harmonis.
- e. *Sosialization*, terdiri dari : mengenal kultur (nilai dan perilaku, aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal, melepas anggota.
- f. *Controls*, terdiri dari : mempertahankan kontrol sosial, adanya pembagian kerja, penempatan dan menggunakan sumber daya yang ada.

Dion & Betan (2013), menyatakan bahwa terdapat tiga fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, adalah:

- a. Asih, yaitu memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai dengan usia dan kebutuhannya.

- b. Asuh, yaitu menuju kebutuhan pemeliharaan dan keperawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.
- c. Asah, yaitu memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

2.3.8 Pengukuran Fungsi Keluarga

Untuk mengetahui fungsi keluarga apakah keluarga memiliki fungsi kurang, fungsi sedang, fungsi baik, akan menggunakan alat ukur (instrumen). Fungsi keluarga dapat diukur dengan menggunakan beberapa instrument, yaitu:

1. APGAR Family score

Fungsi keluarga Diciptakan oleh Smilkstein di kutip dalam Oktowaty (2018) untuk mengetahui fungsi keluarga secara cepat. *APGAR family* (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*) merupakan instrumen skrening untuk disfungsi keluarga dan mempunyai reliabilitas dan validitas yang adekuat untuk mengukur fungsi keluarga secara individual, juga beratnya fungsi keluarga.

- a. *Adaptation* (Adaptasi) adalah penggunaan sumber-sumber intra dan ekstra keluarga untuk menyelesaikan masalah jika kesinambungan keluarga tertekan selama krisis.

Fungsi yang diukur : Bagaimana sumber-sumber dibagi, atau seberapa besar derajat kepuasan anggota keluarga terhadap bantuan yang diterima ketika sumber-sumber keluarga dibutuhkan.

- b. *Partnership* (Kemitraan) adalah pembagian pengambilan keputusan dan memupuk tanggung jawab anggota keluarga.

Fungsi yang diukur : Bagaimana keputusan dibagi, atau bagaimana kepuasan anggota keluarga terhadap mutualitas dalam komunikasi dan penyelesaian masalah keluarga.

- c. *Growth* (Pertumbuhan) adalah kematangan fisik dan emosional dan pemenuhan diri sendiri yang dicapai oleh anggota keluarga melalui dukungan dan panduan yang mutual.

Fungsi yang diukur: Bagaimana pembagian pengasuhan atau kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang tersedia didalam keluarga untuk mengubah peran dan mencapai pertumbuhan atau kematangan fisik dan emosional.

- d. *Affection* (Kasih Sayang) adalah hubungan saling peduli atau saling mencintai yang terdapat diantara anggota keluarga.

Fungsi yang diukur: Bagaimana pengalaman emosional dibagi atau kepuasan anggota keluarga terhadap keintiman dan interaksi emosional yang ada di dalam keluarga.

- e. *Resolve* (Penyelesaian) adalah komitmen untuk memberikan kesempatan pada anggota keluarga untuk perawatan fisik dan

emosional. Hal ini juga biasanya melibatkan suatu keputusan untuk berbagi kekayaan dan ruang.

Fungsi yang diukur: Bagaimana waktu (dan ruang dan uang) dibagi atau kepuasan anggota keluarga terhadap komitmen waktu yang telah dibuat oleh anggota keluarga untuk keluarga.

Adapun skoring yang digunakan dalam mengukur fungsi keluarga menggunakan indikator keluarga *APGAR* adalah skala 3 poin (Smilkstein, 1984 dalam Alfares, 2016): Skor 0 jika anggota merasa hampir tidak pernah merasa puas, Skor 1 jika kadang – kadang merasa puas, dan Skor 2 jika hampir selalu merasa puas. Skor total untuk menilai fungsi keluarga adalah antara 0 hingga 10 dengan skor makin tinggi menunjukkan kepuasan yang lebih tinggi terhadap keluarganya. Skor 0-3 menunjukkan fungsi keluarga kurang , Skor 4-7 menunjukkan fungsi keluarga sedang dan Skor 8-10 menunjukkan fungsi keluarga baik.

2. *SCREEM (Social, Culture, Religius, Economy, Education, Medical)*

Fungsi keluarga terdiri dari beberapa komponen yang mana berperan dalam keberlangsungan suatu keluarga. Fungsi keluarga dapat dinilai dengan *SCREEM*. Adapun *SCREEM* terdiri dari komponen yaitu (Dewi, 2016) :

1. Sosial (*Social*)

Interaksi sosial merupakan bukti bahwa antar anggota keluarga dapat berinteraksi dengan baik dengan anggota kelompok sosial lain seperti kelompok pertemanan, kelompok olahraga, dan kelompok komunitas lain.

2. Kebudayaan (*Cultural*)

Adalah kebanggaan atau kepuasan terhadap budaya. Kebanggaan / kepuasan terhadap budaya ini dapat di indentifikasi, khususnya pada kelompok etnis yang berbeda.

3. Agama (*Religius*)

Agama atau kepercayaan menawarkan pengalaman spiritual yang memuaskan dan interaksi dengan dukungan keluarga lain.

4. Ekonomi (*Economy*)

Stabilitas ekonomi cukup yang menyediakan kepuasan yang berhubungan dengan status keuangan dan kemampuan untuk menyatukan permintaan ekonomi sesuai dengan norma kehidupan.

5. Pendidikan (*Education*)

Pendidikan dari anggota keluarga cukup untuk mengijinkan anggota keluarga untuk memecahkan atau memahami sebagian besar masalah yang muncul dalam kehidupan sehari-hari yang dibangun oleh keluarga.

6. Layanan Kesehatan (*Medical*)

Perawatan kesehatan tersedia melalui alur yang mana secara mudah terbangun dan pengalaman sebelumnya telah terbukti memuaskan.

Family *SCREEM* terdiri dari 12 pertanyaan singkat yang masing-masing mewakili dari domain *SCREEM*. Setiap item diberi skor dari 0 hingga 3 menggunakan option penilaian berikut: sangat setuju = 3, setuju = 2, tidak setuju = 1, sangat tidak setuju = 0. Skor berkisar dari 0 hingga 36 untuk skor total dan dari 0 hingga 6 untuk subskala Sosial, Budaya, Agama, Ekonomi,

Pendidikan dan Medis. Total skor *SCREEM* di kelompokkan menjadi : Kurang = 0 hingga 12, Cukup = 13 hingga 24, Baik = 25 hingga 36, Astuti (2010).

3. FAD (*Family Assessment Device*)

Family Assessment Device (FAD) merupakan self report instrument yang mudah diaplikasikan dalam mengukur fungsi keluarga. Instrumen ini terdiri dari tujuh sub skala yaitu; Pemecahan masalah (*Problem Solving*), Komunikasi (*Communication*), Peranan (*Roles*), Rasa kebertanggungjawaban afektif (*Affective Responsiveness*), Penglibatan afektif (*Active Involvement*), Kontrol perilaku (*Behavior Control*) dan Kefungsian umum (*General Functioning*). Instrumen ini terdiri dari 60 item pernyataan yang dapat digunakan pada subjek klinikal dan non klinikal. Instrumen ini mempunyai validitas dan realibilitas yang baik dengan alpha untuk sub skala berkisar dari 72 sampai 92. Item-item yang ada pada alat ukur ini terdiri dari item *favorable* dan *unfavorable*. Pemberian skor bagi item-item yang digunakan 1 SS (Sangat Sesuai), 2 TS (Tidak Sesuai), 3 S (Sesuai), STS (Sangat Tidak Sesuai) (Fahrudin, 2012).



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2014).

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan *APGAR Score* Pada Lansia Depresi Di Desa Tala Peta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

1. Karakteristik demografi lansia depresi meliputi:
 - a. Usia
 - b. Jenis kelamin
 - c. Status pernikahan
 - d. Pendidikan
2. Fungsi keluarga menggunakan *APGAR Score* pada lansia depresi:
 - a. Fungsi keluarga baik
 - b. Fungsi keluarga sedang
 - c. Fungsi keluarga kurang baik

Ket :

☐ : diteliti

3.2 Hipotesa Penelitian

Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian. Setiap hipotesis terdiri atas suatu unit atau bagian dari permasalahan. Hipotesis disusun sebelum penelitian dilaksanakan karena hipotesis akan bisa memberikan petunjuk pada tahap pengumpulan, analisis, dan interpretasi data (Nursalam, 2015).

Dalam penelitian ini tidak menggunakan hipotesa penelitian dikarenakan penelitian ini bertujuan untuk tidak mengetahui hubungan atau membandingkan antara teori dan kenyataan melainkan mendeskripsikan atau mengidentifikasi gambaran fungsi keluarga menggunakan *APGAR Score* pada Lansia Depresi.



BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat memengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2014). Rancangan penelitian menggunakan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan menjelaskan (memaparkan), memberi suatu nama, situasi atau fenomena masa kini dalam menemukan ide baru (Nursalam, 2014). Rancangan penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif bertujuan untuk mengidentifikasi Gambaran Fungsi Keluarga Berdasarkan Demografi Menggunakan *APGAR Score* pada Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Polit and Beck (2012) populasi adalah keseluruhan kumpulan kasus dimana seorang penulis tertarik ingin meneliti semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian, Populasi yang dapat diakses adalah kumpulan kasus yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dan dapat diakses untuk penelitian. Populasi adalah sekelompok individu yang memiliki ciri-ciri khusus yang sama dapat berbentuk kecil ataupun besar (Creswell, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah lansia sejumlah 35 orang.

4.2.2 Sampel

Nursalam (2014) sampel adalah bagian yang terdiri dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Total sampling*. *Total sampling* adalah suatu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Nursalam, 2020).

Maka sampel yang akan digunakan didalam penelitian ini adalah 35 sampel dengan cara pengambilan *Accidental Sampling* yang merupakan teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel (Sugiyono, 2017). Dimana sampel memenuhi kriteria inklusi antara lain usia antara 60-74 tahun, didiagnosis depresi, mampu menulis dan berbahasa Indonesia dengan baik. Dan kriteria eksklusi penelitian ini adalah pasien menolak berpartisipasi, pasien dengan penyakit gangguan jiwa berat, memiliki ketergantungan total, dan mengalami dimensia atau penyakit kesehatan mental lainnya yang dapat mempengaruhi kemampuan menjawab pertanyaan.

4.3 Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap suatu (benda, manusia, dan lain-lain). Variabel juga merupakan konsep

dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu peneliti (Nursalam, 2014).

Variabel penelitian ini adalah Gambaran Fungsi Keluarga Berdasarkan Demografi Menggunakan *APGAR Score* pada Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli serdang Tahun 2021.

4.3.2 Defenisi Operasional

Defenisi Operasional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang diamati (di ukur) itu lah merupakan kunci defenisi operasional. Dapat diamati arti mungkin peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat di ulang lagi oleh orang lain. Ada dua macam definisi, definisi nominal menerangkan arti kata sedangkan definisi riil menerangkan objek (Nursalam, 2014).

Tabel 4.1 Defenisi Operasional Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021

Variabel	Defenisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Karakteristik lansia depresi berdasarkan demografi	Karakteristik yang berhubungan dengan lansia depresi yang meliputi : usia, jenis kelamin, status pernikahan, dan pendidikan.	1. Usia lanjut (elderly) 60-74 tahun, Usia tua (old) 75-90 tahun, Usia sangat tua (very old) > 90 tahun).	Kuesioner	Ordinal	
		2. Jenis kelamin Laki-laki Perempuan			
		3. Status pernikahan Sudah menikah Belum menikah Janda Duda			
		4. Pendidikan Tidak sekolah, SD, SMP, SMA, Diploma/Sarjana			
Fungsi Keluarga pada lansia depresi	Fungsi keluarga adalah bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain	1. Adaptation (Adaptasi) 2. Partnership (Kemitraan) 3. Growth (Pertumbuhan) 4. Affection (Afeksi) 5. Resolve (Penyelesaian)	Kuesioner (Smilkstein 1984 dalam Alfares 2016)	Ordinal	8-10 (fungsi keluarga baik) 4-7 (fungsi keluarga sedang) 0-3 (fungsi keluarga tidak baik)

4.4 Instrumen Penelitian

Nursalam (2020) instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Pada tahap pengumpulan data, diperlukan suatu instrumen yang dapat diklasifikasikan menjadi 5 bagian meliputi

pengukuran biofisiologis, observasi, wawancara, kuesioner, dan skala. Dalam penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner. Kuesioner merupakan jenis mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2020). Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve Score* (APGAR Score) yang merupakan kuesioner, Smilkstein (1978) dalam Alfares, 2016.

Kuesioner berisi 5 pertanyaan yang akan dijawab oleh responden dengan memberikan tanda checklist (✓) pada jawaban tidak pernah dengan skor 0, kadang-kadang dengan skor 1, dan selalu dengan skor 2. Selanjutnya akan dipersentasekan menggunakan distribusi frekuensi lalu ditarik kesimpulan dari semua jawaban. Skor 0-3 menunjukkan fungsi keluarga yang kurang, Skor 4-7 menunjukkan fungsi keluarga sedang, dan Skor 8-10 menunjukkan fungsi keluarga baik.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

4.5.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret – Mei tahun 2021 di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.6.1 Pengambilan Data

Pengambilan data merupakan sebagian besar peneliti mengumpulkan data asli yang dihasilkan khusus untuk penelitian ini, namun terkadang mereka bisa memanfaatkan data yang ada (Polit & Back, 2012). Pengambilan data yang diambil penulis adalah data primer dengan menggunakan kuesioner.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2020).

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan pengetahuan subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2020). Cara pengumpulan data dengan 2 cara :

1. Data Primer adalah didapat langsung dari penelitian melalui observasi, wawancara, pemeriksaan, kuesioner dan angket.
2. Data Sekunder adalah data yang diambil dari institusi atau data yang dikumpulkan oleh orang lain.

Langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Pada penelitian ini peneliti menggunakan kuisioner. Pada penelitian ini peneliti menggunakan protokol kesehatan meliputi cara sebagai berikut: memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, menjauhi kerumunan dan mengurangi mobilitas. (Kemenkes, 2020). Selanjutnya memperkenalkan diri kepada responden, menjelaskan tujuan penelitian, menanyakan persetujuan responden, memberikan informed consent, dan memberikan kuesioner.

4.7 Uji Validitas dan Reabilitas

1. Uji Validasi

Validasi adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya di ukur (Nursalam, 2020). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini sudah dilakukan uji validitas oleh Alfares (2016). Kuesioner dinyatakan valid, sehingga peneliti tidak melakukan uji validitas kembali

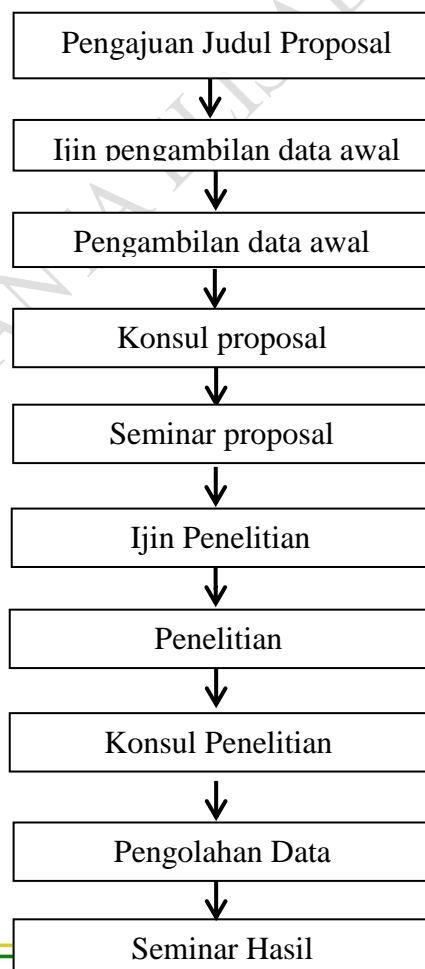
2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang baerlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati sama-sama memegang peranan yang penting dalam waktu

yang bersamaan. Perlu diperhatikan bahwa reliabel belum tentu akurat (Nursalam, 2020). Kuesioner *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve Score* (APGAR Score) Alfares (2016) dengan 5 pertanyaan dinyatakan sangat reliable, sehingga peneliti tidak melakukan uji reliabilitas kembali, sehingga peneliti tidak melakukan uji reliabilitas kembali.

4.8 Kerangka Operasional

Bagan 4.2 Kerangka Operasional Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Pada Lansia Depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.



4.9 Analisis Data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian (Nursalam, 2014). Statistik merupakan alat yang sering dipergunakan pada penelitian kuantitatif. Menurut Windu Purnomo (2002) dalam Nursalam 2014, salah satu fungsi statistik adalah menyederhanakan data peneliti yang berjumlah sangat besar menjadi informasi yang sederhana dan mudah dipahami oleh pembaca. Tujuan mengelola data dengan statistik adalah untuk membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan peneliti dari kegiatan praktis maupun keilmuan. Statistik berguna saat menetapkan bentuk dan banyak data yang diperlukan (Nursalam, 2014).

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat yaitu menghitung skor yang diperoleh setiap responden berdasarkan jawaban atas pertanyaan yang diajukan peneliti.

4.10 Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman yang berlaku untuk setiap kegiatan peneliti yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Jika hal ini tidak dilaksanakan, maka peneliti akan melanggar hak-hak (Otonomi) manusia yang kebetulan sebagai klien.

Dalam Nursalam (2020) Secara umum prinsip etika dalam penelitian/pengumpulan data dapat di bedakan menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Prinsip manfaat, yaitu penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan, dan mempertimbangkan resiko yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.
2. Prinsip menghargai hak-hak subjek yaitu subjek mempunyai hak untuk memutuskan apakah bersedia menjadi subjek atau tidak, peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci kepada subjek, dan subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak yang bebas berpartisipasi untuk menolak menjadi responden.
3. Prinsip keadilan, yaitu subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi dan subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk ini perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*). Jadi etika dalam penelitian ini adalah menjaga privasi warga khusus pada lansia di Desa Talapeta.

Penelitian ini sudah layak kode etik oleh COMMITTEE STIKes SANTA ELISABETH MEDAN *ethical exemption* No. 0036/KEPK-SE/PE-DT/III/2021.



BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Kecamatan STM Hilir merupakan bagian dari wilayah pemerintahan Kabupaten Deli Serdang. Dengan luas daerah 20,506 km² yang berbatasan dengan: Utara berbatasan dengan kecamatan Patumbak dan Biru-Biru, Selatan Berbatasan dengan Kecamatan STM Hulu, Timur berbatasan dengan Kecamatan Bangun Purba, Barat berbatasan dengan Kecamatan Biru-Biru. Kecamatan STM Hilir terdiri dari 15 desa dan 102 dusun. Adapun nama-nama desa dan jumlah dusun yang ada di Kecamatan STM Hilir, yaitu : Talun kenas, Sumbul, Tadukan Raga, Limau Mungkur, Nagara Baringin, Lau Barus, Juma Tombak, Gunung Rintis, Siguci, Kuta Jurung, Talapeta, Lau Bukit, Panungkiran, Lau Tambak, dan Rambisi.

Desa Talapeta merupakan salah satu Desa dari Kecamatan Sinembah Tanjung Muda Hilir Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara dengan luas wilayah 11.71 km². Letak geografis desa Talapeta 3⁰ 31' LU dan 9⁰ 866' BT. Dari data profil Desa tahun 2019, adapun jumlah penduduk Desa Talapeta sebanyak 2.580 jiwa yang terdiri dari laki-laki 1.272 jiwa dan perempuan 1.308 jiwa, sedangkan jumlah lanjut usia adalah 118 jiwa. Maka didapatkan kepadatan penduduk 220 KK/km. Karakteristik masyarakat di desa Talapeta mayoritas beragama Khatolik, Kristen Protestan dan Islam. Desa Talapeta ini juga terdiri dari beberapa suku yaitu : Batak Karo, Jawa, Simalungun, dan Toba.

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran fungsi keluarga menggunakan *APGAR Score* di desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli serdang Tahun 2021 dengan jumlah responden 35 orang. Peneliti membuat tabel, diagram dan penjelasan mengenai distribusi frekuensi dari karakteristik demografi berdasarkan usia, jenis kelamin, dan pendidikan. Data-data yang didapatkan berdasarkan dari sumber primer yang diolah dari kuesioner seluruh responden. Setelah data diolah lalu didapatkanlah hasil penelitian yang dianalisis dengan cara analisis univariat dan dijelaskan hasil analisis sebagai berikut:

5.2.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan dan pendidikan, diuraikan sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Karakteristik Demografi Lanjut Usia Depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli serdang Tahun 2021.

Karakteristik	<i>f</i>	%
Usia		
60-74 tahun	26	74,2
75-90 tahun	8	22,9
>90 tahun	1	2,9
Jumlah	35	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	11	31,4
Perempuan	24	68,6
Jumlah	35	100

Lanjutan Tabel 5.1

Karakteristik	<i>f</i>	%
Status Pernikahan		
Sudah Menikah	12	34,3
Belum Menikah	0	0
Janda	17	48,6
Duda	6	17,1
Jumlah	35	100
Pendidikan		
Tidak Sekolah	18	51,4
SD	15	42,9
SLTP	2	5,7
SMA	0	0
Diploma/Sarjana	0	0
Jumlah	35	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa karakteristik demografi lanjut usia depresi di desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang adalah lansia yang sebagian besar berusia 60-74 tahun sebanyak 26 responden (74,2%) dan sebagian kecil lansia yang berusia lebih dari 90 tahun sebanyak 1 responden (2,9%). Lebih dari setengahnya berjenis kelamin perempuan sebanyak 24 responden (68,6%) dan kurang dari setengahnya berjenis kelamin laki-laki sebanyak 11 responden (31,4%). Kurang dari setengahnya berstatus pernikahan janda sebanyak 17 responden (48,6%) dan sebagian kecil berstatus duda sebanyak 6 responden (17,1%). Lebih dari setengahnya berpendidikan yang tidak bersekolah sebanyak 18 responden (51,4%) dan sebagian kecil berpendidikan SLTP sebanyak 2 responden (5,7%).

5.2.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga pada penelitian ini yang diperoleh dengan menggunakan *APGAR Score*, diuraikan sebagai berikut:

Tabel 5.2 Frekuensi Karakteristik Demografi dan Fungsi Keluarga pada Lanjut Usia Depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021

Karakteristik Responden	Fungsi Keluarga						Total	%
	Baik		Sedang		Kurang			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Usia								
60-74 tahun	7	20,0	12	34,2	7	20,0	26	74,2
75-90 tahun	1	2,9	4	11,5	3	8,5	8	22,9
>90 tahun	1	2,9	0	0	0	0	1	2,9
Jumlah							35	100
Jenis Kelamin								
Laki-laki	3	8,6	5	14,2	3	8,6	11	31,4
Perempuan	6	17,1	11	31,5	7	20,0	24	68,6
Jumlah							35	100
Status Pernikahan								
Sudah Menikah	4	11,4	6	17,2	2	5,7	12	34,3
Belum Menikah	0	0	0	0	0	0	0	0
Janda	4	11,4	7	20,0	6	17,2	17	48,6
Duda	1	2,9	3	8,5	2	5,7	6	17,1
Jumlah							35	100
Pendidikan								
Tidak Sekolah	4	11,4	7	20,0	7	20,0	18	51,4
SD	3	8,6	9	25,7	3	8,6	15	42,9
SLTP	2	5,7	0	0	0	0	2	5,7
SMA	0	0	0	0	0	0	0	0
Diploma/Sarjana	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah							35	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa lansia yang berusia 60-74 tahun memiliki fungsi keluarga baik sebanyak 7 responden (20,0%), fungsi keluarga sedang sebanyak 12 responden (34,2%), dan fungsi keluarga kurang sebanyak 7 responden (20,0). Jenis kelamin perempuan memiliki fungsi keluarga baik sebanyak 6 responden (17,1%), fungsi keluarga sedang sebanyak 11 responden (31,5%) dan fungsi keluarga kurang sebanyak 7 responden (20,0%). Status pernikahan janda memiliki fungsi keluarga baik sebanyak 4 (11,4%), fungsi keluarga sedang sebanyak 7 responden (20,0%) dan fungsi keluarga kurang sebanyak 6 responden (17,2%). Pendidikan tidak bersekolah memiliki fungsi keluarga baik sebanyak 4 responden (11,4%), fungsi keluarga sedang sebanyak 7 responden (20,0) dan fungsi keluarga kurang sebanyak 7 (20,0%). Hal ini dapat menunjukkan bahwa karakteristik demografi dapat mempengaruhi depresi pada lanjut usia sehingga fungsi keluarga pada lanjut usia depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang adalah memiliki fungsi keluarga sedang.

Tabel 5.3 Frekuensi Fungsi Keluarga menggunakan *APGAR Score* pada Lanjut Usia Depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli serdang Tahun 2021

Kategori Fungsi Keluarga	<i>f</i>	%
Baik	9	25,7
Sedang	16	45,7
Kurang	10	28,6
Jumlah	35	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa proporsi tertinggi fungsi keluarga pada lanjut usia depresi di desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang adalah kurang dari setengahnya memiliki fungsi keluarga sedang sebanyak 16 responden (45.7%) dan sebagian kecil memiliki fungsi keluarga baik sebanyak 9 responden (25.7%).

5.3 Pembahasan Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap 35 orang dengan memberikan kuesioner fungsi keluarga pada lanjut usia depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang tahun 2021, diperoleh:

5.3.1 Data Demografi

1. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan jumlah sampel 35 responden dengan usia 60- 74 tahun sebanyak 26 responden (74,2%), usia 75-90 sebanyak 8 responden (22,9%) dan usia > 90 tahun sebanyak 1 (2,9%). Widianingrum (2016) mengatakan usia merupakan salah satu faktor yang menyebabkan depresi terutama pada lansia. Resiko terjadinya depresi dapat meningkat dua kali lipat saat usia meningkat. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Livana (2018) dengan judul gambaran tingkat depresi lansia mengatakan mayoritas lansia di Kelurahan Bandengan Kabupaten Kendal berada pada

rentang usia 60 hingga 74 tahun yaitu 98 orang atau sebesar 86,7%, sedangkan yang berusia 75 hingga 90 tahun sejumlah 15 (13,3%). Hal ini dikarenakan lansia yang berusia 60-74 tahun rentan mengalami depresi karena proses menua.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dwi (2020) dengan judul gambaran tingkat depresi lansia di Wilayah Kerja puskesmas Sibela Surakarta didapatkan sebagian besar usia responden 60-74 tahun sebanyak 31 orang (50,8%) dari 61 sampel. Hal ini disebabkan karena pada masa tersebut banyak terjadi suatu perubahan pada diri seseorang. Berdasarkan asumsi peneliti bahwa usia 60-74 tahun rentan terkena depresi karena pada usia ini lansia cenderung lebih mengalami perubahan psikososial seperti kesepian, kecemasan dan merasa tidak dibutuhkan.

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan jumlah sampel 35 responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 11 responden (31,4%), dan perempuan sebanyak 24 responden (68,6%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputra (2019) dengan judul gambaran karakteristik dan derajat depresi pada pasien lansia diperoleh laki-laki lebih sedikit daripada perempuan yaitu sebanyak 23 orang (38,3%) laki-laki dan perempuan sebanyak 37 orang (61,7 %). Hal ini disebabkan oleh hormon salah satunya adalah hormon

esterogen sehingga perempuan lebih banyak yang menderita depresi daripada laki-laki.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ernani S (2016) dengan judul gambaran karakteristik yang mempengaruhi tingkat depresi lansia didapatkan sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan sebanyak 20 orang (71,4%). Hal ini dapat terjadi karena dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, salah satunya karena dalam menghadapi persoalan perempuan lebih sensitif dibandingkan dengan laki-laki. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwi (2020) dengan judul penelitian gambaran tingkat depresi lansia di Wilayah Kerja Pukesmas Sibela Surakarta mengatakan sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 36 orang (59,0%) sedangkan laki-laki 25 orang (41,0%) dari 61 responden. Hal ini dikarenakan dampak dari perubahan biologis terutama hormonal dan secara psikososial perempuan lebih memiliki banyak peran yang harus disandang, yang dapat menjadi stressor dan memicu terjadinya depresi.

Selanjutnya, didukung oleh teori Widianingrum (2016) Lansia perempuan memiliki resiko depresi lebih tinggi dibandingkan dengan lansia laki-laki dengan perbandingan yaitu dua banding satu. Hal ini dapat disebabkan karena adanya beberapa faktor lain yang kemungkinan menyebabkan depresi, seperti: kematian pasangan hidup, perbedaan sosial dan budaya. Selain itu pengaruh perubahan fisiologis dikarenakan ada kaitannya dengan perubahan hormonal pada perempuan misalnya *early*

onset of menopause atau postmenopause. Tanggung jawab seorang perempuan dalam kehidupan sehari-hari cukup berat, seperti mengurus rumah tangga dan mengurus anak. menyebabkan kemungkinan faktor resiko depresi lebih banyak pada lansia perempuan daripada laki-laki. Berdasarkan asumsi peneliti bahwa perempuan rentan terkena depresi karena mekanisme koping yang lemah dalam menyelesaikan masalah atau tekanan.

3. Status pernikahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan jumlah sampel 35 responden dengan status pernikahan sudah menikah sebanyak 12 responden (34,3%), janda sebanyak 17 responden (48,6%) dan duda sebanyak 6 responden (17,1%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lindia P (2015) dalam penelitiannya yang berjudul gambaran kejadian depresi pada lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Petang I Kabupaten Badung Bali 2015 diperoleh status pernikahan janda/duda sebanyak 13 responden (34,2%) dari 22 responden. Hal ini dikarenakan seseorang yang berstatus duda/janda atau tidak menikah berisiko hidup sendiri, di mana hidup sendiri juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi pada lansia. Lansia yang masih memiliki pasangan hidup akan memiliki tempat untuk saling berbagi dan mendukung dalam menghadapi masa tua, sehingga memiliki risiko depresi yang lebih rendah.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetya (2019) dalam penelitiannya yang berjudul proporsi kejadian depresi pada lansia terdapat janda/duda sebanyak 25 responden (69,4%) mengalami depresi. Melalui hasil penelitiannya dapat diketahui bahwa terdapat kecenderungan persentase depresi yang lebih rendah pada responden dengan status kawin. Dan sejalan juga dengan hasil penelitian oleh Erni S (2019) dalam penelitiannya mengatakan berdasarkan status pernikahan, sebagian besar lansia sebanyak 23 orang (82,1%) berstatus janda/ duda. Sesuai dengan tugas perkembangannya lansia mengalami kehilangan pasang hidup dan jika lansia dapat melewati proses kehilangan maka lansia dapat beradaptasi dengan proses penuaan. Widianigrum (2016) mengatakan pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki laki dan perempuan. Bagi pasangan suami-istri yang tidak dapat membina hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena meninggal dapat memicu terjadinya depresi. Berdasarkan asumsi peneliti bahwa janda/duda rentan terkena depresi karena masalah mental seperti kehilangan atau dukacita yang membuat hilangnya semangat dalam menjalani kehidupan.

4. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan jumlah sampel 35 responden dengan pendidikan yang tidak bersekolah sebanyak 18 responden (51,4%), SD sebanyak 15 responden (42,9%) dan SLTP sebanyak 2 responden (5,7%). Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan lansia masih rendah. Penelitian ini juga didukung oleh

Kemenkes, RI (2015) yang memperlihatkan kondisi pendidikan kelompok lansia di Indonesia yang masih sangat memprihatinkan, karena kecenderungan tingkat pendidikan yang rendah terjadi pada sebagian besar lansia, lansia berpendidikan Sekolah Dasar kebawah sekitar 70%, dan terdapat 38,06% lansia tidak pernah menempuh sekolah dasar, lansia tidak tamat Sekolah Dasar ditemukan 28,76% dan sisanya tamat Sekolah Dasar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh LINDIA (2015) dalam penelitiannya yang berjudul gambaran kejadian depresi pada lanjut usia mengatakan sebanyak 27,6% responden berpendidikan rendah mengalami depresi. Pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka ia akan semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Di samping itu, pendidikan juga merupakan modal awal dalam perkembangan kognitif, di mana kognitif tersebut dapat menjadi mediator antara suatu kejadian dan mood, sehingga kurangnya pendidikan dapat menjadi faktor risiko lansia menderita depresi.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetya (2019) terdapat sebanyak 25 responden (83,3%) dari 73 responden yang tidak sekolah mengalami depresi. Melalui hasil penelitiannya dapat dilihat adanya kecenderungan semakin rendah tingkat pendidikan responden, tren persentase depresi semakin meningkat. Sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Rantung (2019) mengatakan tingkat pendidikan sebagian besar lansia (77.1%) berada pada tingkat pendidikan rendah. Dengan pendidikan yang rendah dapat menyebabkan kesulitan dalam menerima informasi dan menyelesaikan masalah, dan menjadi faktor terjadinya depresi. Berdasarkan asumsi peneliti bahwa tidak sekolah rentan terkena depresi karena semakin rendahnya pendidikan maka semakin sulit mengatasi masalah.

5.3.2 Fungsi Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan jumlah sampel 35 responden berdasarkan kuesioner *APGAR Score* dengan fungsi keluarga baik sebanyak 9 responden (25,7%), fungsi keluarga sedang sebanyak 16 responden (45,7%) dan fungsi keluarga kurang sebanyak 10 responden (28,6%), dimana dalam hasil penelitian ini fungsi keluarga baik dengan depresi ringan. Hal sejalan dengan penelitian yang dilakukan Alfares (2016) dimana fungsi keluarga baik dengan skala depresi ringan sebesar 7,4%, proporsi lansia yang memiliki fungsi keluarga sedang dengan depresi ringan sebesar 50,0% dan fungsi keluarga kurang baik dengan depresi berat sebesar 42,9%. Teori ini didukung oleh Sutikno (2015) bahwa kesehatan mental yang tidak baik ditemukan pada lansia yang mempunyai fungsi keluarga yang tidak baik.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Souza et al (2014) tentang *Family Functioning of Elderly Depressive Symptoms*, ditemukan sebanyak

41.5 % lansia yang mengalami depresi, kemudian sebanyak 77.5 % lansia dengan gejala depresi adalah anggota keluarga dengan tingkat fungsi keluarga. Selanjutnya sejalan dengan penelitian yang dilakukan Simone (2013) tentang *The Relationship between depressive Symptoms and Family Functioning in Institutionalized Elderly* mengatakan lansia dengan fungsi keluarga baik menunjukkan prevalensi kejadian depresi yang lebih rendah (8,0%) dibandingkan dengan lansia yang memiliki fungsi keluarga tidak baik (92%). Hal ini dikarenakan fungsi keluarga pada lansia sangatlah penting untuk mengatasi masalah kemunduran fisik, psikologis dan sosial. Berdasarkan asumsi peneliti bahwa fungsi keluarga pada Lansia depresi di desa Talapeta yang proporsi tinggi fungsi keluarga sedang. Hal ini dikarenakan lansia tersebut tinggal bersama keluarga.

5.4 Hambatan Peneliti

Hambatan yang dialami saat melakukan penelitian yaitu bahasa dan kondisi fisik lansia dalam hal ini pendengarannya kurang. Bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa daerah yaitu bahasa Batak Karo sehingga peneliti berusaha menjelaskan dengan bahasa Indonesia berulang kali di bantu dengan keluarga. Pendengaran yang kurang di karenakan oleh faktor usia sehingga peneliti mengalami sulit berkomunikasi dengan responden. Peneliti berkomunikasi dengan berulang dan dengan suara keras.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Menunjukkan karakteristik demografi yang meliputi: Umur responden proporsi tertinggi berada pada usia 60-74 tahun sebanyak 26 responden (74,2%). Hal ini dikarenakan pada usia ini lansia cenderung lebih mengalami perubahan psikososial seperti kesepian, kecemasan dan merasa tidak dibutuhkan. Jenis kelamin responden yang proporsi tertinggi perempuan sebanyak 24 responden (68,6%). Dikarenakan karena mekanisme koping yang lemah dalam menyelesaikan masalah atau tekanan. Status pernikahan responden yang proporsi tertinggi janda sebanyak 17 responden (48,6%). Dikarenakan masalah mental seperti kehilangan atau dukacita yang membuat hilangnya semangat dalam menjalani kehidupan. Pendidikan responden yang proporsi tertinggi tidak bersekolah sebanyak 18 responden (51,4%) Hal ini berhubungan dengan pendidikan dikarenakan semakin rendahnya pendidikan maka semakin sulit mengatasi masalah.
2. Menunjukkan bahwa lansia yang berusia 60-74 tahun memiliki fungsi keluarga lebih banyak adalah fungsi keluarga sedang sebanyak 12 responden (34,2%). Jenis kelamin perempuan memiliki fungsi keluarga lebih banyak adalah fungsi keluarga sedang sebanyak 11 responden

(31,5%). Status pernikahan janda memiliki fungsi keluarga lebih banyak adalah fungsi keluarga sedang sebanyak 7 responden (20,0%). Pendidikan tidak bersekolah memiliki fungsi keluarga lebih banyak adalah fungsi keluarga sedang sebanyak 7 responden (20,0). Jadi, fungsi keluarga pada Lansia depresi di desa Talapeta yang proporsi tinggi fungsi keluarga sedang sebanyak 16 responden (45,7%). Hal ini dikarenakan lansia tersebut tinggal bersama keluarga.

6.2 Saran

1. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini disarankan dapat memberi informasi dan sebagai bentuk masukan bagi Puskesmas Talun Kenas untuk mengetahui Gambaran Fungsi Keluarga Berdasarkan Demografi Pada Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

2. Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi serta dapat menjadi acuan untuk meningkatkan fungsi keluarga pada lansia.

3. Bagi Pendidikan Kesehatan

Hasil penelitian ini disarankan dapat memberi informasi dan sebagai bentuk masukan bagi institusi pendidikan kesehatan untuk mengetahui gambaran fungsi keluarga pada lansia depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.



DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, D. (2015). Hubungan antara tingkat kecemasan dengan prestasi akademik mahasiswa di Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah. Surakarta
- Alfares, M. A. T. (2016). *Hubungan fungsi keluarga dengan derajat skala depresi Lansia di Posyandu Lansia Mekar Sari Mojo Kota Surabaya 2016* (Doctoral dissertation, Widya Mandala Catholic University)
- Aly, H. Y., Hamed, A. F., & Mohammed, N. A. (2018). Depression among the elderly population in Sohag governorate. *Saudi medical journal*, 39(2), 185.
- Annisa. M. 2019. Gambaran Tingkat Depresi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Guguk Kabupaten 50 Kota Payakumbuh. *Health & Medical Journal*. Vol I No 2.
- Ardani, I. I., & Nataswari, P. P. (2018). Hubungan dukungan keluarga dengan depresi pada lansia di Panti Sosial Werdha Wana Seraya Denpasar Bali. *E-JURNAL MEDIKA.*, 7(2)., 49-55. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/37399>
- Astuti, W. V. (2010). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Posyandu Sejahtera Gbi Setia Bakti Kediri. *Jurnal* , Volume 3, No.2.
- Aziz, A. (2017). Relasi Gender Dalam Membentuk Keluarga Harmoni (Upaya membentuk keluarga Bahagia). *HARKAT: Media Komunikasi Islam Tentang Gebder Dan Anak*, 12(2), 27–37.
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riskesdas 2018. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/resources/>
- Creswell, J. (2015). *Research design pendekatan kualitatif, kuantitatif dan Mixed, cetakan ke-2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dewi, A. 2015. Family Dynamics and Family Assessment Tool. Ventura FKUI.
- Dewianti, Adhi, K.T., Kuswardhani, R.A.T. 2013. Fungsi keluarga, dukungan sosial dan kualitas hidup lansia di wilayah kerja Puskesmas III Denpasar Selatan. *Public Health and Preventive Medicine Archive* 1(2): 134-138, DOI:10.15562/phpma.v1i2.176.



- Dion, Yohanes & Yasinta Betan. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep Dan Praktik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dwi, B. K., Atiek, M., Saelan. (2020). *Gambaran Tingkat Depresi Lansia Di Wilayah Kerja Pukesmas Sibela Surakarta*. Thesis. Universitas Kusuma Husada.
- Erni S. (2016). *Gambaran Karakteristik Yang Mempengaruhi Tingkat Depresi Lansia Di Uptd Pslu Blitar*. *Jurnal Ners dan Kebidanan Vol. 3 no.2*
- Friedman. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktek, Edisi Kelima*. Fakultas Kedokteran Indonesia. Jakarta
- Hasan, M. 2017. Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia di panti tresna wredha budi dharma (PSTW) Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Madani medika vol 8 no 1*.
- Hossain, M., Purohit, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E. L. J., & Ahmed, H. U. (2020). Prevalence of mental disorders in South Asia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian journal of psychiatry*, 102041. <http://COVID-19.kemkes.go.id/protokol-COVID-19/>
- Husaini, W., & Romadhon, Y. A. (2017). *Hubungan Fungsi Keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Kaakinen, J.R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. 2015. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice And Research* Philadelphia: F.A Davis Company.
- Kemenkes. (2017). *Analisis Lansia di Indonesia*. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Tersedia
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan: Gambaran Kesehatan Lanjut Usia Di Indonesia*. Indonesia: Kementerian Kesehatan RI; [internet] 2013 [cited 2016 Mar 29].
- Kementerian Kesehatan, (2020). *Keputusan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/382/2020*.



- Kholifah, Siti Nur. 2016. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Lindia, P. , Ni Luh P. (2015). Gambaran Kejadian Depresi Pada Lanjut Usia Di Wilayah Kerja Puskesmas Petang I Kabupaten Badung Bali 2015. *Intisari Sains Medis*. Vol.7 no.1.
- Livana, P.H., Susanti, Y., Darwati, L.E., Anngreani, R. (2018). Gambaran Tingkat Depresi Lansia. *Nurscope. Jurnal Keperawatan Pemikiran Ilmiah*. 4(4),80-93
- Maghfirah, S. (2018). Hubungan fungsi keluarga dengan gejala depresi pada lansia di kabupaten aceh besar. *Etd Unsyiah*
- Maramis, M. 2014. Depresi Pada Lanjut Usia. *Jurnal Widya Medika Surabaya* Vol.2 No.1
- Mustiadi. (2014). Hubungan Aktivitas Spiritual Dengan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia Di Unit Rehabilitas Sosial Wening Wardoyo Ungaran Kab.Semarang, 2014. Diakses pada 10 november 2015.
- Nita, L. Y. O. (2017). Fungsi sosial keluarga dan tingkat depresi lansia. *Jurnal penelitian kesehatan*, 5(1), 6-11.
- Nursalam. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pieter, Z. H. (2017). *Dasar-dasar komunikasi bagi perawat*. Jakarta: KENCANA
- Polit, D. F, & Back, C. T. (2012). *Nursing Research Appraising Evidence For Nursing Practice*. Lippincott William Wilkins.
- Prasetya., Ni Luh, P., (2019). Proporsi Kejadian Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I, Bali-Indonesia. *Intisari Sains Medis*, Volume 10, Number 1: 10-17
- Rantung, J. (2019). Gambaran Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas Parongpong. *Jurnal Skolastik Keperawatan*. Vol 5 no. 2.
- Ratri. 2016. Penanganan Depresi Pada Lansia Di Panti Griya Sehat Bahagia Karanganyar. Published Thesis. Surakarta.



- Saputra, L.J. (2019). Gambaran Karakteristik Dan Derajat Depresi Pada Pasien Lansia Yang Berobat Di Poliklinik Geriatri Rsup Dr Hasan Sadikin. Artikel Penelitian. Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi.
- Sarokhani, D., Parvareh, M., Dehkordi, A. H., Sayehmiri, K., & Moghimbeigi, A. (2018). Prevalence of depression among iranian elderly: systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of psychiatry*, 13(1), 55.
- Simanjuntak, N. O. (2017). Hak Pelayanan Dan Rehabilitasi Orang Dengan Gangguan Jiwa Terlantar (Odgi) Menurut Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa (Studi Kasus Upt Wanita Tuna Susila Dan Tuna Laras Berastagi) (Doctoral dissertation, UNIMED).
- Simone, Camargo de Oliveira et al, The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. 2013. P 2014; 48(1):65-71 [cited 2016 Nov 27].
- Siregar, D., Manurung, E. I., Sihombing, R. M., Pakpahan, M., Sitanggang, Y. F., Rumerung, C. L., & Triwahyuni, P. (2020). *Keperawatan Keluarga*. Yayasan Kita Menulis.
- Souza, R. A., Costa, G. D. D., Yamashita, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C., Alvarenga, M. R. M., ... & Oliveira, M. A. D. C. (2014). Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 469-476.
- Suardiman, Siti Partini. 2016. *Psikologi Lanjut Usia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.Surabaya)
- Sugiyono, (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta, CV.
- Susi Oktowaty , Elsa Pudji Setiawati, Nita Arisanti. 2018. Hubungan Fungsi Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Kronis Degeneratif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. JSK, Volume 4 Nomor 1 September Tahun 2018. (Online).
- Susilawati F. dan Yenie H. 2015. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kejadian Depresi Pada Lansia Yang Tinggal Bersama Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bumi li Lampung Utara. Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai Volume VIII No 2 Edisi Desember 2015 ISSN: 19779-469X.




Sutikno, Ekawati. Faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan mental pada lansia: Studi Cross Sectional Pada Kelompok Jantung Sehat. [internet] 2015 [cited 2016 april 17].

Utami, A. W., Gusyaliza, R., & Ashal, T. (2018). Hubungan kemungkinan depresi dengan kualitas hidup pada lanjut usia di Kelurahan Surau Gadang Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(3), 417-423.

WHO. (2017). Depression: Lets Talk. In Mental Health. Diakses Oktober 2017. http://www..who.int/mental_health/management/depression/en/

Widianingrum, S. 2016. Gambaran Umum Karakteristik Lansia Dengan Depresi Di Panti Wilayah Kota Semarang. Published Thesis. Semarang.



 **STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang
Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131
E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

PENGAJUAN JUDUL PROPOSAL

JUDUL PROPOSAL : *Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score*
Paola Consta Depresi di Orso Takteta Wilayah
Kerja Puskesmas Talun Linas Kabupaten Deli
Serdang Tahun 2021.

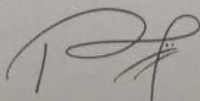
Nama Mahasiswa : *FEBRIANIS WNU*

NIM : *012018029*


Program Studi : *D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan*

Medan *09 April 2020*

Menyetujui,
Ketua Program Studi D3 Keperawatan


(Indra Hizkia P. S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Mahasiswa


(*FEBRIANIS WNU*)



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) SANTA ELISABETH MEDAN

Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang
Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail: stikes_santalibeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselizabethmedan.ac.id

Medan, 01 Februari 2021

Nomor: 095/STIKes/Puskesmas-Penelitian/II/2021

Lamp: -

Hal: Permohonan Pengambilan Data Awal Penelitian

Kepada Yth:
Kepala Puskesmas Talun Kenas
Kecamatan STM Hilir Kabupaten Deli Serdang
di-
Tempat.

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin pengambilan data awal.

Adapun nama mahasiswa dan judul penelitian adalah:

NO	N A M A	NIM	JUDUL PROPOSAL
1.	Devi Rizmauli Pardede	012018004	Gambaran Karakteristik Remaja Tentang Gastritis di Puskesmas Talun Kenas Tahun 2020.
2.	Febrianis Wau	012018024	Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Pada Lansia Depresi di Desa Tala Peta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.
3.	Meydiana Br Limbeng	012018008	Gambaran Pengetahuan Ibu Yang Memiliki Balita Tentang Penanganan Diare Pada Balita di Puskesmas Talun Kenas Tahun 2021.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,
STIKes Santa Elisabeth Medan



Mestiana Br Karo, M.Kep., DNSc
Ketua

Tembusan:

1. Mahasiswa yang bersangkutan
2. Pertinensial

Mestiana Br Karo, M.Kep., DNSc.



STIKes SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang
Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131
E-mail : stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

USULAN JUDUL SKRIPSI DAN TIM PEMBIMBING

1. Nama Mahasiswa : FEBRIANIS WAU
2. NIM : 012018024
3. Program Studi : D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan
4. Judul : Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APSAR Score Pada Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021
5. Tim Pembimbing :

Jabatan	Nama	Kesediaan
Pembimbing	MAGDA SIRINGO-RWGO, ST, M. Kes	

6. Rekomendasi :
a. Dapat diterima judul: Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APSAR Score Pada Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.
Yang tercantum dalam usulan Judul diatas:
b. Lokasi penelitian dapat diterima atau dapat diganti dengan pertimbangan obyektif.
c. Judul dapat disempurnakan berdasarkan pertimbangan ilmiah.
d. Tim Pembimbing dan mahasiswa diwajibkan menggunakan buku panduan penulisan Proposal penelitian dan skripsi, dan ketentuan khusus tentang Skripsi yang terlampir dalam surat ini.

Medan 09 Nov 2020.....
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

(Indra Hizkia P, S. Kep.,Ns.,M.Kep)



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) SANTA ELISABETH MEDAN

Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang

Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 08 Maret 2021

Nomor: 229/STIKes/Puskesmas-Penelitian/III/2021

Lamp. : -

Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.:

Kepala Puskesmas Talun Kenas

Kabupaten Deli Serdang

di-

Tempat.

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin penelitian untuk mahasiswa tersebut di bawah ini.

Adapun nama mahasiswa dan judul penelitian adalah sebagai berikut:

NO	N A M A	NIM	JUDUL PENELITIAN
1.	Febrianis Wau	012018024	Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Pada Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
STIKes Santa Elisabeth Medan





Mestiana Br Karo, M.Kep., DNSc
Ketua

Tembusan:

1. Mahasiswa yang bersangkutan
2. Pertiinggal



STIKes Santa Elisabeth Medan

 **PEMERINTAH KABUPATEN DELI SERDANG**
DINAS KESEHATAN
UPT.PUSKESMAS TALUN KENAS 

Jalan Besar Talun Kenas, No. 16, Kec. STM Hilir, Kode Pos : 20363
Alamat e-mail : ptalunkenas@yahoo.com

Nomor : 39/ TU/ PTK / III/ 2021
Lampiran : -
Perihal : Balasan izin Penelitian

Talun Kenas, 15 Maret 2021
Kepada Yth:
Ketua Jurusan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth
di
Medan

1. Berdasarkan surat dari Ketua Jurusan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan No. 229/STIKes/Puskesmas-Penelitian/III/2021 tanggal 08 Maret 2021 Hal Permohonan izin Penelitian.


2. Sesuai dengan hal tersebut di atas, maka nama tersebut di bawah ini :

Nama : Febrianis Wau
NIM : 012018024
Judul Penelitian : Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Pada Lansia Depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021.

Bersama ini kami sampaikan bahwa kami tidak menaruh keberatan untuk menerima nama tersebut di atas untuk melaksanakan Penelitian di Puskesmas Talun Kenas.

Demikianlah surat ini kami sampaikan. Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Puskesmas Talun Kenas
Kecamatan STM Hilir
Kabupaten Deli Serdang


dr. Herlina Sembiring, M.Kes
NIP.197807112010012009



 **PEMERINTAH KABUPATEN DELI SERDANG**
DINAS KESEHATAN
UPT. PUSKESMAS TALUN KENAS 

Jalan Besar Talun Kenas, No. 16, Kec. STM Hilir, Kode Pos : 20361
Alamat e-mail : gitalunkenas@yahoo.com

No. : 44/TU/PTK/III/2021
Lampiran : -
Perihal : Balasan Selesai Penelitian

Talun Kenas, 26 Maret 2021
Kepada Yth:
Ketua Jurusan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth di
Medan

1. Berdasarkan surat dari Ketua Jurusan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan No. 229/STIKes/Puskesmas-Penelitian/III/2021 tanggal 08 Maret 2021 Hal Permohonan Izin Penelitian.

2. Sesuai dengan hal tersebut di atas, maka nama tersebut di bawah ini :

Nama : Febrianis Wau
NIM : 012018024
Judul Penelitian : Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Pada Lansia Depresi Di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021

Bersama ini kami sampaikan bahwa nama tersebut di atas telah selesai melaksanakan Penelitian di Puskesmas Talun Kenas.

Demikianlah surat ini kami sampaikan. Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Puskesmas Talun Kenas
Kecamatan STM Hilir
Kabupaten Deli Serdang


dr. Hertina Sembiring, M.Kes
NIP.197807112010012009



SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Bapak/Ibu/Sdr/i Calon Responden

Di tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini, mahasiswa program studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Nama : Febrianis Wau

NIM : 012018024

Alamat : JL. Bunga Terompet No. 118 Pasar VIII Medan Selayang

Akan mengadakan penelitian dengan judul **“Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021”**. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian terhadap responden, segala informasi yang diberikan kepada peneliti akan dijaga kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penyusunan penelitian.

Apabila Bapak/Ibu/Sdr/i menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan responden untuk menandatangani lembaran persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan dalam lembaran kuesioner. Atas perhatian Bapak/Ibu/Sdr/i sebagai responden, saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Peneliti

(Febrianis Wau)



PERNYATAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian Saudara Febrianis Wau yang berjudul **“Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Berdasarkan Demografi Lansia Depresi di Desa Talapeta Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kenas Kabupaten Deli Serdang Tahun 2021”**.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negative terhadap saya, sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan akan dirahasiakan.

Responden,

(.....)



KUESIONER PENELITIAN

Gambaran Fungsi Keluarga Menggunakan APGAR Score Pada Lansia Depresi

A. Identitas Responden

Berilah tanda centang (✓) pada jawaban yang sesuai.

Nama : _____
Usia : _____ tahun
Jenis Kelamin : () Laki-laki
() Perempuan
Status pernikahan : () sudah menikah
() belum menikah
Pendidikan Terakhir : () Tidak sekolah
() SD
() SLTP
() SLTA
() D3/Sarjana

B. Daftar Kuesioner

Berilah tanda centang (✓) pada jawaban yang paling tepat sesuai pada pertanyaan berikut:

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Tidak pernah	Kadang-kadang	Selalu
1.	<i>Adaptation</i> Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.			
2.	<i>Partnership</i> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.			
3.	<i>Growth</i> Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau kegiatan baru.			
4.	<i>Affection</i> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.			



5.	<i>Resolve</i> Saya puas dengan keluarga (teman-teman) saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon.			
	JUMLAH			

Sumber : Smilkstein 1984 dalam Alfares 2016



A. Karakteristik Demografi

STIKes Santa Elisabeth Medan



B. Fungsi Keluarga

No	Nama	Fungsi Keluarga					Total	Fungsi keluarga
		A	P	G	A	R		
1	R1	1	1	2	1	1	6	2
2	R2	2	1	2	2	1	8	1
3	R3	0	0	1	1	0	2	3
4	R4	2	1	1	1	2	7	2
5	R5	1	0	1	1	0	3	3
6	R6	1	1	1	2	0	5	2
7	R7	1	1	2	1	2	7	2
8	R8	1	1	0	0	1	3	3
9	R9	1	2	1	1	1	6	2
10	R10	1	1	1	1	1	5	2
11	R11	1	2	2	2	1	8	1
12	R12	1	1	1	1	1	5	2
13	R13	2	2	2	1	2	9	1
14	R14	2	1	1	2	2	8	1
15	R15	2	1	2	2	2	9	1
16	R16	1	1	2	1	1	6	2
17	R17	1	2	2	2	1	8	1
18	R18	2	1	2	1	2	8	1
19	R19	2	1	1	1	1	6	2
20	R20	0	0	1	1	1	3	3
21	R21	0	1	1	1	1	4	2
22	R22	0	1	0	1	0	2	3
23	R23	1	1	2	2	2	8	1
24	R24	2	1	2	2	1	8	1
25	R25	1	2	1	1	1	6	2
26	R26	2	1	2	1	1	7	2
27	R27	0	1	1	1	0	3	3
28	R28	1	1	2	2	1	7	2
29	R29	0	1	2	1	1	5	2
30	R30	1	1	1	2	1	6	2
31	R31	2	1	0	2	1	6	2
32	R32	1	0	1	1	0	3	3
33	R33	0	1	1	1	0	3	3
34	R34	0	0	1	1	0	2	3

Fungsi Keluarga

1 = Fungsi Keluarga Baik (8-10)

2 = Fungsi Keluarga Sedang (4-7)

3 = Fungsi Keluarga Tidak Baik (0-3)

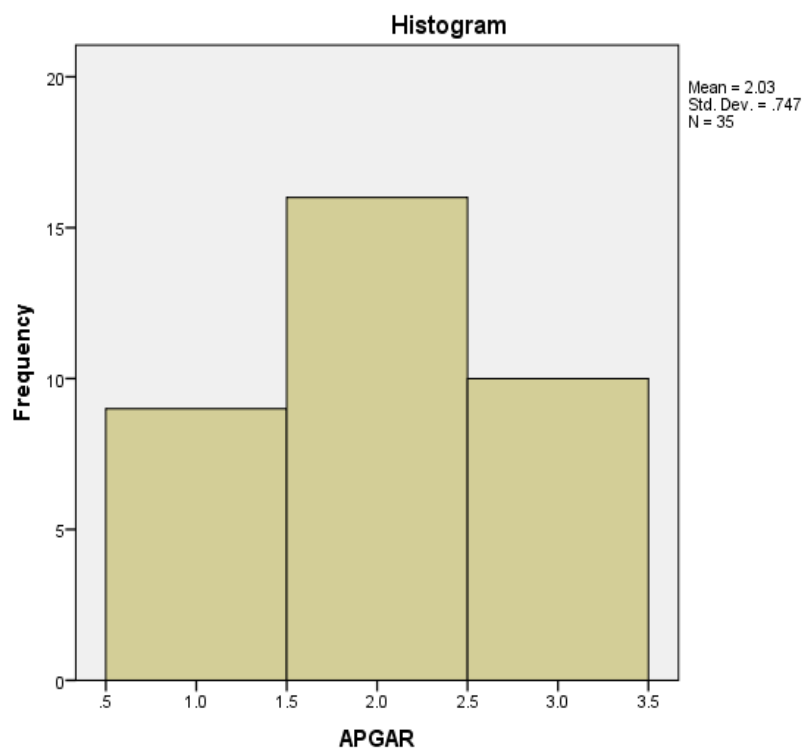


No	FUNGSI KELUARGA	Jawaban			N	Skor
		TP	KK	S		
1	<i>Adaptation</i> Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	9	16	10	35	36
2	<i>Partnership</i> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.	6	24	5	35	34
3	<i>Growth</i> Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau kegiatan baru.	4	17	14	35	45
4	<i>Affection</i> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	2	22	11	35	44
5	<i>Resolve</i> Saya puas dengan keluarga (teman-teman) saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon.	9	19	7	35	33
						192



Distribusi Frekuensi Fungsi Keluarga menggunakan SPSS

APGAR					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fungsi Keluarga Baik	9	25,7	25,7	25,7
	Fungsi Keluarga Sedang	16	45,7	45,7	71,4
	Fungsi Keluarga Tidak Baik	10	28,6	28,6	100,0
	Total	35	100,0	100,0	





Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi menggunakan SPSS

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-74 tahun	26	74,3	74,3	74,3
	75-90 tahun	8	22,9	22,9	97,1
	Lebih dari 90 tahun	1	2,9	2,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	11	31,4	31,4	31,4
	Perempuan	24	68,6	68,6	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Status_Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sudah Menikah	12	34,3	34,3	34,3
	Janda	17	48,6	48,6	82,9
	Duda	6	17,1	17,1	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	18	51,4	51,4	51,4
	SD	15	42,9	42,9	94,3
	SLTP	2	5,7	5,7	100,0
	Total	35	100,0	100,0	