

**KEEFEKTIFAN PELATIHAN KEBERMAKNAAN HIDUP TERHADAP  
PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI PANTI  
WREDHA DHARMA BAKTI SURAKARTA**

**I Kadek Edwin Trisnapati, Istar Yuliadi, Aditya Nanda Priyatama**

**Program Studi Psikologi  
Universitas Sebelas Maret Surakarta**

**ABSTRAK**

Problem yang umum terjadi pada lansia adalah depresi. Insidensi depresi paling tinggi terjadi pada lansia yang menjadi penghuni panti rawat wredha. Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi perasaan manusia yang sedih dan murung disertai dengan beberapa gejala. Salah satu bentuk keterampilan yang diharapkan mampu menurunkan tingkat depresi pada lansia adalah melalui penemuan makna hidup. Makna hidup merupakan sesuatu yang dianggap penting dan berharga, serta memberikan nilai khusus bagi seseorang.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan pelatihan kebermaknaan hidup dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta. Pelatihan kebermaknaan hidup merupakan suatu proses pendidikan jangka pendek yang mempergunakan prosedur sistematis dan terorganisir, guna membantu individu untuk mencapai dan memenuhi tujuan hidup sehingga mampu menurunkan tingkat depresi menuju pada hidup yang lebih berkualitas dan bahagia.

Subjek penelitian ini adalah lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta berjumlah 10 orang. Desain penelitian ini adalah desain eksperimen *pretest-posttest control group design* dengan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol masing-masing sebanyak 5 orang. Kelompok eksperimen diberikan pelatihan kebermaknaan hidup sebanyak tiga kali pertemuan menggunakan metode ceramah dan diskusi, studi kasus, *role play*, simulasi dan permainan, dan latihan. Metode pengumpulan data dilakukan melalui modul pelatihan dan *Geriatric Depression Scale* (GDS). Teknik analisis data menggunakan analisis statistik nonparametrik uji 2 Sampel Independen Kolmogorov-Smirnov dan uji Wilcoxon dengan bantuan komputer program *SPSS for MS windows versi 16.0*.

Berdasarkan hasil perhitungan uji 2 Sampel Independen Kolmogorov-Smirnov diperoleh nilai z sebesar 1,581 dan probabilitas (p) sebesar 0,013 ( $p < 0,05$ ). Sedangkan hasil perhitungan uji Wilcoxon diperoleh nilai z sebesar -2,060 dan probabilitas (p) signifikansi 0,039 ( $p < 0,05$ ). Hasil tersebut menunjukkan bahwa pelatihan kebermaknaan hidup efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta.

**Kata kunci** :pelatihan kebermaknaan hidup, tingkat depresi pada lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta

## PENDAHULUAN

Setiap manusia mengalami masa perkembangan selama rentang hidupnya mulai dari prenatal hingga lansia. Lansia merupakan suatu periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan atau beranjak dari waktu yang penuh manfaat (Hurlock, 1999). Proses menjadi tua merupakan suatu tahapan yang harus dilalui (Schaie dan Willis, 1991). Tugasnya adalah mencari keseimbangan antara integritas dan putus asa (Erikson, 1989). Proses tersebut juga dianggap sebagai hasil pematangan, perubahan biologis, kognitif, sosial dan kepribadian (Pikunas, 1976). Lansia yang mencapai keseimbangan antara integritas dan putus asa dapat menyalurkan suatu gaya hidup yang bercirikan suatu perasaan tentang keutuhan dan keparipurnaan kepada generasi-generasi yang lebih muda (Desmita, 2009). Perasaan tentang keutuhan juga akan mengurangi perasaan tak berdaya dan ketergantungan yang biasa menandai akhir kehidupan (Hall & Linzey, 1993).

Berdasarkan data sensus penduduk oleh BPS, persentase kelompok penduduk lansia usia 60 tahun ke atas terhadap total populasi di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 1971 hingga 2010. Pada tabel 1 dapat dilihat laju peningkatan persentase penduduk lansia berusia 60 tahun ke atas pada tahun 1971, 1980, 1990, 2000, dan 2010.

Tabel 1  
Persentase penduduk berusia 60 tahun ke atas pada tahun  
1971, 1980, 1990, 2000, dan 2010

Tahun	Jumlah 60 + (dalam jutaan)	%
1971	5,3	4,5
1980	7,9	5,4
1990	11,2	6,2
2000	14,8	7,2
2010	18	7,6

Sumber: BPS, Sensus Penduduk

Peningkatan jumlah lansia akan berpengaruh pada berbagai aspek kehidupannya, yaitu fisik dan psikologis. Orang berusia lanjut pada umumnya mengalami berbagai penurunan dalam hal struktur dan fungsi, sehingga pada masa lalu menjadi tua diasumsikan sebagai orang yang tidak lagi berkembang (Perlmutter dan Hall, 1985). Secara alamiah, proses penuaan mengakibatkan kemunduran kemampuan fisik dan psikologis. Secara umum kondisi fisik seseorang yang telah memasuki masa lanjut usia mengalami penurunan. Hal ini dapat dilihat dari beberapa perubahan : (1) perubahan penampilan pada bagian wajah, tangan, dan kulit, (2) perubahan bagian dalam tubuh seperti sistem saraf :

otak, isi perut : limpa, hati, (3) perubahan panca indra : penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan (4) perubahan motorik antara lain berkurangnya kekuatan, kecepatan dan belajar keterampilan baru. Perubahan-perubahan tersebut pada umumnya mengarah pada kemunduran kesehatan fisik dan psikologis yang akhirnya akan berpengaruh juga pada aktivitas ekonomi dan sosial mereka. Sehingga secara umum akan berpengaruh pada aktivitas kehidupan sehari-hari. Masalah umum yang dialami lanjut usia yang berhubungan dengan kesehatan fisik, yaitu rentannya terhadap berbagai penyakit karena berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi pengaruh dari luar (Depkes, 1999).

Penurunan kondisi fisik lanjut usia berpengaruh pada kondisi psikologis. Perubahan penampilan serta menurunnya fungsi panca indra menyebabkan lanjut usia merasa rendah diri, mudah tersinggung dan merasa tidak berguna lagi. Kehilangan fungsi fisik atau menjadi tidak mampu lagi melakukan kegiatan-kegiatan yang dianggap penting, merupakan faktor risiko yang signifikan untuk menjadi depresi (Sundberg dkk., 2007).

Perubahan kognitif terjadi sejalan dengan usia. Pada lansia terjadi beberapa penurunan dalam fungsi memori dan kemampuan kognitif umum, seperti yang diukur oleh tes inteligensi. Penurunan paling tajam terjadi pada *item-item* yang diukur dengan waktu, seperti skala kinerja dari WAIS. Meskipun beberapa penurunan pada kemampuan kognitif pada lansia umum terjadi, hal tersebut tidak berlaku secara menyeluruh. Penelitian menunjukkan bahwa 20% hingga 30% orang pada usia 80-an menunjukkan hasil tes inteligensi sebaik ketika pada usia 30 tahunan atau 40 tahunan (Goleman dalam Nevid dkk., 2005). Pada umumnya lansia mengalami beberapa penurunan dalam ingatan, terutama ingatan tentang nama-nama atau peristiwa-peristiwa yang baru. Lansia lebih cenderung mengalami kehilangan memori akibat depresi ( Backman & Forsell, 1994).

Masalah kesehatan mental merupakan salah satu masalah penting yang harus diperhatikan pada lansia. Gatz dkk. (dalam Hoyer & Roodin, 2003) memperkirakan bahwa 22% lansia dapat diklasifikasikan memiliki gangguan mental sesuai ketentuan pada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition* (DSM-IV). Paling sedikit 10% dari individu yang berusia di atas 65 tahun memiliki permasalahan-permasalahan kesehatan mental yang cukup parah yang memerlukan perhatian profesional (La Rue, Dessonville & Jarvik, 1985). Problem yang umum terjadi pada lansia adalah depresi (Notosoedirdjo & Latipun, 2007). Depresi pada lansia pada umumnya terjadi saat berumur 60-an (Maramis & Maramis, 2009). Depresi di kalangan lansia ini banyak dijumpai karena terjadinya penurunan relasi sosial dan peran-peran sosial, dan kemungkinan adanya faktor genetik. Dari beberapa penelitian, disimpulkan

bahwa depresi barangkali merupakan penyebab penderitaan emosional tersering pada lansia dan secara signifikan menyebabkan penurunan kualitas hidup lansia (Blazer, 2003).

Mudjaddid (dalam Mangoenprasodjo & Hidayati, 2005) berpendapat bahwa prevalensi depresi pada populasi umum 6,5 %, sedangkan pada pasien usia lanjut prevalensinya 15,9 %. Antara 8% dan 20% lansia mengalami beberapa simtom depresi (USDHHS, 1999a), dengan sekitar 3% dari mereka menderita gangguan depresi mayor (Rimer, 1999; Steffens dkk., 2000). Lyness dkk. (dalam Unutzer, 2007), sebanyak 10% orang dewasa berusia 65 tahun ke atas yang diamati pada pelayanan kesehatan primer mengalami depresi yang signifikan secara klinis. Gallo dan Gonzales (2001), penelitian-penelitian pada komunitas di seluruh dunia menunjukkan bahwa angka depresi mayor pada lansia adalah berkisar dari 3-15%. Insidensi depresi paling rendah terdapat pada lansia yang menetap di masyarakat dan paling tinggi pada lansia yang menjadi penghuni panti rawat wredha (Futterman dkk., dalam Hoyer & Roodin, 2003). Usia lanjut memiliki hubungan dengan depresi, sedangkan depresi itu sendiri menyebabkan penurunan kualitas hidup pada lansia.

Bunuh diri pada lansia adalah perbuatan yang dilakukan oleh seorang lanjut usia untuk memusnahkan diri karena enggan berhadapan dengan suatu perkara yang dianggap tidak dapat ditangani. Lansia berisiko tinggi untuk bunuh diri daripada kelompok umur lainnya. Angka bunuh diri paling tinggi terdapat di antara lansia berusia 65 tahun dan lebih (USDHHS, 1999a; National Strategy for Suicide Prevention, 2001; Pearson & Brown, 2000). Penemuan-penemuan yang berkaitan dengan meningkatnya depresi sesuai dengan usia mengemukakan bahwa jumlah orang yang berusaha dan berhasil dalam bunuh diri adalah lebih besar di kalangan orang-orang yang berusia 65 tahun (Sendbuehler, 1977; Sendbuehler & Goldstein, 1977). Diperkirakan bahwa sekurang-kurangnya 80% dari para penderita yang bunuh diri mengalami depresi, dan angka bunuh diri di kalangan orang-orang yang mengalami depresi antara 22 dan 36 kali lebih tinggi dibandingkan di kalangan orang-orang yang tidak mengalami depresi (Flood & Seager dkk., dalam Semiun, 2006).

Orang yang depresi cenderung memegang pandangan yang lebih pesimis akan masa depan serta lebih kritis terhadap dirinya sendiri dan orang lain. Penemuan-penemuan lain mengindikasikan bahwa sikap disfungsional (di atas batas tertentu) meningkatkan kerentanan terhadap depresi bila dihadapkan dengan peristiwa hidup yang negatif (Lewihson dkk., 1991). Hubungan antara berpikir negatif dan depresi lebih bergantung pada keseimbangan antara pikiran-pikiran negatif dan positif daripada hanya pada keberadaan dari pikiran negatif-negatif saja. Pemikiran-pemikiran positif dapat menjadi semacam penahan atau peredam kejutan dalam membantu orang mengatasi peristiwa hidup yang negatif tanpa menjadi depresi (Bruch, 1997; Lightsey, 1994a, 1994b dalam Nevid dkk., 2005).

Observasi dan wawancara awal di lapangan menunjukkan bahwa rata-rata lansia penghuni panti wredha Dharma Bakti Surakarta merupakan lansia yang sudah tidak sempat, bahkan tidak sanggup untuk dirawat dan diperhatikan oleh pihak keluarga. Kejadian yang umum dialami lansia, yaitu lansia menangis ingin bertemu dengan cucunya. Lansia tersebut terus menyebut nama cucunya sambil menangis. Akibatnya, lansia menjadi tidak semangat melakukan kegiatan yang diadakan oleh pihak panti, termasuk makan. Lansia seperti itu cenderung sering berdiam diri dalam kamar atau tempat tidur, terutama pada siang hari. Hal tersebut terlihat ketika peneliti datang meninjau panti, rata-rata lansia berada di dalam kamar, hanya beberapa lansia saja yang terlihat duduk di teras atau pos depan panti. Syarat-syarat untuk menjadi penghuni panti wredha Dharma Bakti Surakarta antara lain berusia 60 tahun ke atas, serta memiliki surat keterangan sehat dari puskesmas atau rumah sakit. Setelah syarat tersebut terpenuhi, lansia dapat ditempatkan di panti, dan secara administrasi salah satu pihak keluarga lansia harus menulis identitas diri pada daftar yang telah disediakan pihak panti. Apabila terdapat permasalahan serius mengenai kondisi lansia, pihak panti akan menghubungi pihak keluarga sesuai dengan identitas yang terdaftar secara administrasi.

Penurunan kualitas hidup pada lansia, salah satunya diakibatkan oleh depresi. Kualitas-kualitas hidup seperti kemampuan mengambil sikap (*to take a stand*), kemampuan mengambil jarak atas diri sendiri (*self distance*), dan kemampuan transedensi (*self transedence*) menunjukkan bahwa manusia tidak hanya dipengaruhi lingkungan dan bersikap pasif-reaktif atas segala perubahan lingkungan, tetapi manusia mampu merespons secara bertanggung jawab atas keadaan lingkungan. Manusia memang mendapat pengaruh lingkungan, tetapi manusia juga mampu mempengaruhi lingkungan dan dapat mengambil sikap, memberikan respons dan melakukan tindakan atas kemauan sendiri (Bastaman, 2007). Hal tersebut merupakan pandangan penting dalam penemuan makna hidup seseorang.

Suatu keterampilan yang mendorong diri lansia pada peningkatan kualitas hidup menuju pada kepuasan dan kebahagiaan hidup dapat membantu lansia untuk menurunkan tingkat depresi yang terjadi pada lansia. Salah satu bentuk keterampilan yang diharapkan mampu menurunkan tingkat depresi pada lansia adalah melalui penemuan makna hidup.

Keinginan untuk hidup bermakna (Bastaman, 2007) memang benar-benar merupakan motivasi utama pada manusia. Hasrat inilah yang mendorong setiap orang untuk melakukan berbagai kegiatan seperti kegiatan bekerja dan berkarya agar hidupnya dirasakan berarti dan berharga. Bekerja dapat menimbulkan makna dalam hidup walaupun hasilnya ternyata tidak terlalu besar, karena manusia akan merasa berarti dengan memiliki pekerjaan daripada tidak sama sekali. Pekerjaan hanyalah merupakan sarana yang memberikan kesempatan untuk menemukan dan mengembangkan makna hidup. Makna hidup tidak terletak pada pekerjaan, tetapi lebih bergantung pada pribadi yang bersangkutan, dalam hal ini sikap positif dan mencintai pekerjaan itu serta cara bekerja yang mencerminkan keterlibatan

pribadi pada pekerjaannya. Frankl (dalam Bastaman, 2007) mengatakan bahwa makna hidup tidak saja dapat ditemukan dalam keadaan-keadaan yang menyenangkan, tetapi juga dapat ditemukan dalam penderitaan sekalipun, selama manusia mampu melihat hikmah-hikmahnya.

Terdapat tiga bidang kegiatan yang secara potensial mengandung nilai-nilai yang membuat seseorang menemukan makna hidup di dalamnya apabila nilai-nilai itu diterapkan dan dipenuhi. Frankl (2003) menyatakan ketiga nilai (*values*) ini adalah *creative values*, *experiential values*, dan *attitudinal values*. Menurut Bastaman (2007), selain tiga nilai yang dikemukakan Frankl, ada nilai lain yang dapat menjadikan hidup ini bermakna, yaitu harapan (*hope*). Harapan adalah keyakinan akan terjadinya hal-hal baik atau perubahan yang menguntungkan di kemudian hari. Harapan sekalipun belum tentu menjadi kenyataan, memberikan sebuah peluang dan solusi serta tujuan baru yang dapat menimbulkan semangat dan optimisme. Pandangan optimis atas kehidupan ini disebabkan tema utama Logoterapi yang dikemukakan Frankl (2003) adalah makna hidup (*the meaning of life*) dan kehendak untuk hidup bermakna (*the will to meaning*). Logoterapi mengakui bahwa setiap manusia mampu menentukan dan mengubah nasibnya sendiri. Manusia adalah "*the self determining being*" yakni makhluk yang mampu menentukan hidupnya menurut apa yang dianggapnya baik (Bastaman, 2007).

Makna hidup benar-benar terdapat dalam kehidupan itu sendiri, walaupun dalam kenyataannya tidak mudah ditemukan, karena sering tersirat dan tersembunyi di dalamnya. Bila makna hidup berhasil ditemukan dan dipenuhi akan menyebabkan kehidupan dirasakan bermakna dan berharga yang pada gilirannya akan menimbulkan perasaan bahagia (Bastaman, 2007). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kebahagiaan adalah ganjaran atau akibat samping dari keberhasilan seseorang memenuhi makna hidup. Kebahagiaan akan membuat seseorang terhindar dari tekanan hidup yang mengarah pada depresi.

Salah satu metode penemuan makna hidup adalah bertindak positif. Bertindak positif merupakan kelanjutan dari berpikir positif. Bertindak positif menekankan pada tindakan nyata yang mencerminkan pikiran dan sikap yang baik. Pemikiran-pemikiran yang positif dapat menjadi semacam penahan atau peredam kejutan dalam membantu orang mengatasi peristiwa hidup yang negatif tanpa menjadi depresi.

Berdasarkan pernyataan tersebut, peneliti menyusun penemuan makna hidup dalam suatu bentuk pelatihan dan diharapkan pelatihan kebermaknaan hidup tersebut dapat menurunkan tingkat depresi pada diri lansia agar mencapai kebahagiaan sehingga kehidupan ini dirasakan berarti dan berharga.

Rumusan masalah penelitian ini, yaitu apakah pelatihan kebermaknaan hidup efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di Panti Wredha

Dharma Bakti Surakarta? Sedangkan tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui keefektifan pelatihan kebermaknaan hidup dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta. Penelitian ini memiliki manfaat teoretis, yaitu penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pengetahuan ilmiah bagi Psikologi, khususnya Psikologi Klinis yang berfokus pada lansia mengenai penurunan tingkat depresi pada lansia. Penelitian ini juga diharapkan menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya yang membahas tentang permasalahan depresi pada lansia. Manfaat praktis penelitian ini meliputi para lansia diharapkan menyadari tentang pentingnya makna hidup sehingga mampu menjadi suatu solusi untuk menurunkan depresi pada lansia, serta mengarahkan para lansia menuju pada kepuasan dan kebahagiaan hidup, sebagai bahan pertimbangan bagi pihak keluarga untuk meninjau kembali keputusan untuk menempatkan lansia di panti wredha, dan melalui penelitian ini diharapkan mampu menjadi suatu sarana memberi masukan kepada pihak panti wredha untuk meninjau kembali kebutuhan para lansia.

## **DASAR TEORI**

### **1. Depresi pada Lansia**

Semiun (2006) mengungkapkan bahwa depresi merupakan suasana hati yang bercirikan perasaan sedih (patah hati) dan murung. Depresi dapat dimanifestasikan dengan kesedihan, menangis, dan ketegangan yang diekspresikan sebagai retardasi psikomotorik atau agitasi psikomotorik (Kaplan dkk., 1997). Pada umumnya keadaan depresi disertai dengan hilangnya interest secara umum terhadap berbagai hal dan ketidakmampuan mengalami kesenangan apapun dalam hidup atau *anhedonia* (Durand & Barlow, 2006). Berdasarkan pernyataan beberapa tokoh tersebut dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi perasaan manusia yang sedih dan murung disertai dengan gejala-gejala, seperti retardasi psikomotorik, perasaan tidak berharga dan tidak pasti, perubahan pola tidur, nafsu makan, dan berat badan, hilangnya interest terhadap berbagai hal, serta ketidakmampuan mengalami kesenangan dalam hidup.

DSM-IV menuliskan depresi sebagai gangguan depresi mayor. Gejala-gejala gangguan depresi mayor dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Mood terdepresi hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, seperti yang ditunjukkan oleh laporan subjektif (misalnya, merasa sedih atau kosong) atatau pengamatan yang dilakukan orang lain (misalnya tampak sedih).
2. Hilangnya minat atau kesenangan secara jelas dalam semua, atau hampir semua, aktivitas sepanjang hari, hampir setiap hari (seperti yang

ditunjukkan oleh keterangan subjektif atau pengamatan yang dilakukan orang lain).

3. Penurunan berat badan dan perubahan nafsu makan yang bermakna jika tidak melakukan diet atau penambahan berat badan (misalnya, perubahan berat badan lebih dari 5% dalam satu bulan), atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari.
4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.
5. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (dapat dilihat oleh orang lain, tidak semata-mata perasaan subjektif adanya kegelisahan atau menjadi lamban).
6. Kelelahan atau hilangnya energi hampir setiap hari.
7. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau tidak tepat (mungkin bersifat waham) hampir setiap hari (tidak semata-mata mencela diri sendiri atau menyalahkan karena sakit).
8. Hilangnya kemampuan untuk berpikir atau memusatkan perhatian, atau tidak dapat mengambil keputusan, hampir setiap hari (baik oleh keterangan subjektif atau seperti yang dilihat oleh orang lain).
9. Pikiran akan kematian yang rekuren (bukan hanya takut mati), ide bunuh diri yang rekuren tanpa rencana spesifik, atau usaha bunuh diri atau rencana khusus untuk melakukan bunuh diri.

Orang dapat dikriteriakan mengalami gangguan depresi mayor apabila lima (atau lebih) gejala di atas telah ditemukan selama periode dua minggu yang sama dan mewakili perubahan dari fungsi sebelumnya, sekurangnya satu dari gejalanya adalah salah satu dari mood terdepresi atau hilangnya minat atau kesenangan.

PPDGJ- III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada ICD-10 (*International Classification Diagnostic 10*) menyebutkan gejala depresi menjadi gejala utama dan gejala lainnya seperti yang terurai di bawah ini.

Gejala utama meliputi :

1. Perasaan depresif, yaitu perasaan tertekan
2. Kehilangan minat dan semangat
3. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah bekerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

Gejala lain meliputi :

1. Konsentrasi dan perhatian berkurang
2. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
3. Perasaan bersalah dan tidak berguna
4. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
5. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
6. Tidur terganggu
7. Nafsu makan berkurang

Nevid dkk. (2005) menyatakan gejala depresi sebagai ciri-ciri umum depresi, yang meliputi perubahan pada kondisi emosional, perubahan dalam motivasi, perubahan dalam fungsi dan perilaku motorik, dan perubahan kognitif.

- a. Perubahan pada kondisi emosional, yaitu:
  - 1).Perubahan pada mood (periode terus menerus dari perasaan terpuruk, depresi, sedih, atau muram)
  - 2).Penuh air mata atau menangis
  - 3).Meningkatnya iritabilitas (mudah tersinggung), kegelisahan, atau kehilangan kesabaran
- b. Perubahan dalam motivasi, yaitu:
  - 1).Perasaan tidak termotivasi, atau memiliki kesulitan untuk memulai kegiatan di pagi hari atau bahkan sulit bangun dari tempat tidur
  - 2).Menurunnya tingkat partisipasi sosial atau minat pada aktivitas sosial
  - 3).Kehilangan kenikmatan atau minat dalam aktivitas menyenangkan
  - 4).Menurunnya minat pada seks
  - 5).Gagal berespons pada pujian atau *reward*
- c. Perubahan dalam fungsi dan perilaku motorik,yaitu:
  - 1).Bergerak atau berbicara dengan lebih perlahan dari pada umumnya
  - 2).Perubahan dalam kebiasaan tidur (tidur terlalu banyak atau terlalu sedikit, bangun lebih awal dari pada umumnya dan mudah terbangun di pagi buta)
  - 3).Perubahan dalam selera makan (makan terlalu banyak atau terlalu sedikit)
  - 4).Perubahan dalam berat badan (bertambah atau kehilangan berat badan)
  - 5).Berkfungsi secara kurang efektif daripada umumnya di lingkungan
- d. Perubahan kognitif, yaitu:
  - 1).Kesulitan berkonsentrasi atau berpikir jernih
  - 2).Berpikir negatif mengenai diri sendiri dan masa depan
  - 3).Perasaan bersalah atau menyesal mengenai kesalahan di masa lalu
  - 4).Kurangnya self-esteem atau merasa tidak adekuat
  - 5).Berpikir akan kematian atau bunuh diri

Depresi pada lansia adalah proses patologis, bukan merupakan proses normal dalam kehidupan. Tanda dan gejala yang sering dari depresi pada lansia adalah penurunan energi dan konsentrasi, gangguan tidur (terutama terbangun dini hari dan sering terbangun di malam hari), penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, dan keluhan somatik. Prevalensi depresi pada pasien usia lanjut sekitar 15,9 % (Mudjaddid dalam Mangoenprasodjo & Hidayati, 2005) dengan insidensi depresi paling rendah terdapat pada lansia yang menetap di masyarakat dan paling tinggi pada lansia yang menjadi penghuni panti rawat wredha (Futterman dkk., dalam Hoyer & Roodin, 2003). Depresi juga dapat memberikan kontribusi pada penyakit fisik dan kematian pada lansia (Grant dkk., 1988; House dkk., 1988). Faktanya, depresi membuat risiko kematian menjadi dua kali lebih tinggi pada pasien-pasien lansia yang sudah mengalami serangan jantung dan stroke (Droyer dan Rollaman dalam Durand dan Barlow, 2006). Berdasarkan bukti-bukti yang ada, depresi terkait dengan meningkatnya penyakit dan berkurangnya dukungan sosial (Durand dan Barlow, 2006). Bagaimanapun, lansia

cenderung menyangkal bahwa dirinya mengalami depresi. Banyak diantara lansia muncul dengan menunjukkan sikap rendah diri, dan pada umumnya sulit untuk didiagnosis (Evans dan Mottram, 2000). Pada umumnya orang akan menanggulangnya dengan mencari dan memenuhi rasa kebahagiaan.

## 2. Tingkat Depresi

Kriteria diagnostik untuk tingkat gangguan depresi mayor menurut DSM-IV dibagi menjadi gangguan depresi mayor dengan ciri psikotik dan gangguan depresi mayor nonpsikotik serta gangguan depresi mayor dalam remisi parsial dan gangguan depresi mayor dalam remisi penuh. Gangguan depresi mayor nonpsikotik meliputi gangguan depresi mayor ringan, sedang, dan parah tanpa ciri psikotik dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Ringan: beberapa, jika ada, gejala yang melebihi dari yang diperlukan untuk membuat diagnosis dan gejala hanya menyebabkan gangguan ringan dalam fungsi pekerjaan atau dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan atau hubungan dengan orang lain.
2. Sedang: gejala atau gangguan fungsional berada di antara ringan dan parah.
3. Parah tanpa ciri psikotik: beberapa gejala melebihi dari yang diperlukan untuk membuat diagnosis, dan gejala dengan jelas mengganggu fungsi pekerjaan atau aktivitas sosial yang biasa dilakukan atau hubungan dengan orang lain.

Berpedoman pada PPDGJ- III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada ICD 10 (*International Classification Diagnostic 10*), tingkat depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang, dan ringan sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Maslim,2001). Gejala yang dimaksud terdiri atas gejala utama dan gejala lainnya.

Kriteria untuk depresi ringan, yaitu sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi seperti tersebut di atas, ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala lainnya, namun tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya. Lama seluruh episode depresi berlangsung sekurang-kurangnya sekitar dua minggu. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang umumnya dilakukannya. Sedangkan kriteria untuk depresi sedang, yaitu sekurang-kurangnya harus ada dua dua dari tiga gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan, dan ditambah sekurang-kurangnya tiga (dan sebaiknya empat) dari gejala lainnya. Lamanya seluruh episode depresi berlangsung minimum sekitar dua minggu, serta menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

Depresi berat tanpa gejala psikotik. Kriteria untuk depresi berat tanpa gejala psikotik, yaitu semua tiga gejala utama depresi harus ada, ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat. Episode depresi pada umumnya harus berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu. Akan tetapi, apabila gejala sangat berat dan beronset

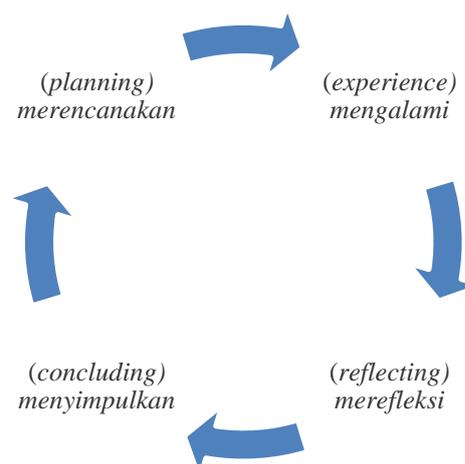
sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari dua minggu. Orang sangat tidak mungkin akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

Faktor yang mempengaruhi depresi dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial (Kaplan dkk., 1997).

### 3. Pelatihan Kebermaknaan Hidup

Pelatihan kebermaknaan hidup dalam penelitian ini merupakan suatu proses pendidikan jangka pendek yang mempergunakan prosedur sistematis dan terorganisir, guna membantu individu untuk mencapai dan memenuhi tujuan hidup melalui penemuan makna hidup sehingga mampu menuju pada hidup yang lebih berkualitas dan bahagia.

Pada pelatihan ini menggunakan metode-metode penemuan makna hidup dari Bastaman (2007) yang merupakan modifikasi *Logoanalysis* sebagai dasar perancangan pelatihan meliputi pemahaman diri, bertindak positif, pengakraban hubungan, pendalaman catur nilai, dan ibadah. Pelatihan kebermaknaan hidup ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan pembelajaran melalui pengalaman (*experiential learning*) yang sesuai dengan materi yang akan diberikan, berupa metode-metode penemuan makna hidup yang terdiri atas pemahaman diri, bertindak positif, pengakraban hubungan, pendalaman catur nilai, dan ibadah. *Experiential learning* pada umumnya merupakan suatu model pembelajaran yang dikenal sebagai *The Experiential Learning Cycle* (Rae, 2005).



Gambar 1  
Lingkaran pembelajaran melalui pengalaman (*experiential learning*)

Penerapan *experiential learning* pada pelatihan kebermaknaan hidup menggunakan metode pelatihan sebagai berikut :

1. Metode ceramah dan diskusi

Metode ini merupakan suatu pertemuan formal tempat terjadinya pembahasan tentang sesuatu yang penting. Pada metode ceramah merupakan suatu bentuk penyampaian informasi yang mengandung pengetahuan bagi peserta. Sedangkan diskusi menekankan adanya pembagian kelompok kecil yang membahas materi pelajaran yang terorganisasi dan melibatkan peserta aktif.

2. Metode studi kasus

Metode ini merupakan uraian tertulis atau lisan tentang masalah yang ada atau keadaan selama waktu tertentu yang nyata maupun secara hipotesis. Pada metode ini, peserta diminta untuk mengidentifikasi masalah-masalah dan merekomendasikan pemecahan masalahnya.

3. Metode *roleplay*

Pada metode ini, peserta diberitahu mengenai suatu kesan atau peran yang harus dimainkan. Selama bermain peran, dua orang atau lebih peserta diberikan bagian-bagian untuk bermain. Peranan peserta adalah menjelaskan situasi dan masing-masing peran yang harus diperankan dalam konteks tersebut.

4. Simulasi dan permainan

Simulasi dan permainan dapat membantu peserta untuk menguji beberapa insting, dan perasaan peserta, untuk mengamati perbedaan antara bagaimana pikiran peserta dan bagaimana sebenarnya perilaku peserta pada situasi tersebut.

Metode pelatihan lainnya seperti *sharing*, menggunakan alat bantu video, dan latihan.

#### **4. Keefektifan Pelatihan Kebermaknaan Hidup Terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Lansia**

Hal yang dapat diubah dan paling penting pada lansia adalah sikap lansia menghadapi masa tua, yaitu sejauhmana seseorang benar-benar menerima dengan penuh kesadaran atas kenyataan usianya telah menua. Semiun (2006) menyatakan bahwa seseorang akan mengalami depresi karena berpikir buruk tentang dirinya sendiri dan dunianya. Pernyataan Semiun tersebut mengandung suatu implikasi bahwa berpikir positif mengenai diri sendiri dan lingkungan akan membuat seseorang terhindar dari depresi.

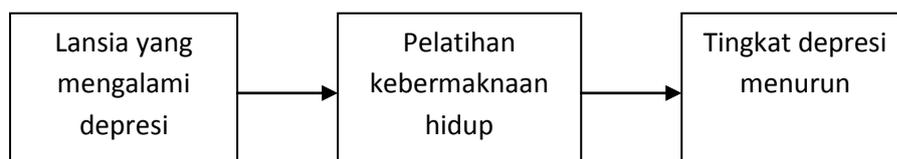
Terdapat bukti bahwa individu yang memiliki teman-teman yang akrab kurang mengalami depresi (Billings dkk., 1983; Warren & McEachren, 1983). Perlu diperhatikan juga bahwa tidak hanya banyaknya teman yang dimiliki individu yang akan mempengaruhi kemungkinan depresi, tetapi yang terpenting adalah kualitas dari hubungan tersebut (Billings dkk., 1983). Hal tersebut

berkaitan dengan salah satu metode penemuan makna hidup yaitu pengakraban hubungan. Dalam hubungan keakraban seseorang merasa berharga dan bermakna, baik bagi dirinya sendiri, maupun bagi orang lain. Melalui pengakraban hubungan ini, makna hidup akan muncul dalam perasaan bersahabat dan keakraban (Bastaman, 2007).

Penemuan makna dan tujuan dalam kehidupan akan membantu seseorang menurunkan tekanan hidup, termasuk depresi (Nevid dkk., 2005). Tujuan hidup merupakan hal penting dalam menjalani kehidupan. Tujuan hidup yang baik merupakan suatu hal yang didambakan dan sangat bermakna, penting dan berharga. Konsep logoterapi menyebut hal tersebut sebagai makna hidup (*the meaning of life*) yang sekaligus menjadi tujuan hidup (*the purpose in life*).

Selanjutnya, hal yang dapat dilakukan untuk menurunkan tingkat depresi pada seseorang adalah melalui program kuratif dalam mengatasi depresi yang dialami. Program kuratif merupakan program yang dilakukan untuk penanganan masalah (Notosoedirdjo dan Latipun, 2007), dalam hal ini adalah depresi. Salah satu program kuratif yang pada umumnya dilakukan, yaitu melalui psikoterapi. Psikoterapi yang diterapkan untuk mengatasi masalah depresi, antara lain berfokus pada meningkatkan pemfungsian kekinian (*improving current functioning*), peningkatan hubungan interpersonal, dan mengganti pola-pola berpikir dengan pemikiran yang lebih positif. Hal tersebut dapat diimplementasikan ke dalam pelatihan kebermaknaan hidup meliputi pemahaman diri, bertindak positif, dan pengakraban hubungan yang didukung oleh metode penemuan hidup lainnya, yaitu pendalaman catur nilai dan ibadah.

Berdasarkan pernyataan di atas, melalui pelatihan kebermaknaan hidup yang terdiri atas pemahaman diri, bertindak positif, pengakraban hubungan, pendalaman catur nilai, dan ibadah akan mampu menurunkan tingkat depresi pada lansia sehingga mampu mewujudkan lansia dengan swakelola baik, mencapai kualitas hidup yang lebih baik dan merasa lebih bahagia.



Gambar 2  
Kerangka Pemikiran

## METODE PENELITIAN

### 1. Variabel Penelitian

#### a. Tingkat Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi perasaan manusia yang sedih dan murung disertai dengan gejala-gejala, seperti retardasi psikomotorik, perasaan tidak berharga dan tidak pasti, perubahan pola tidur, nafsu makan, dan berat badan, hilangnya interest terhadap berbagai hal, serta ketidakmampuan mengalami kesenangan dalam hidup. Tingkat depresi dibagi menjadi depresi berat, sedang, dan ringan. Tingkat depresi pada lansia diungkap melalui instrumen pengukuran depresi yang disebut *Geriatric Depression Scale (GDS)*. *Geriatric Depression Scale (GDS)* dari Brink dan Yesavage (1982) terdiri dari 30 item yang berisi aspek sebagai berikut, yaitu perubahan pada fisik lansia, penurunan kognitif, merasa terasing atau berbeda, penurunan motivasi, kurangnya orientasi pada masa depan, kurangnya *self esteem* dan rendahnya perasaan atau emosi kemudian diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dan disesuaikan dengan keadaan lansia. Subjek diminta menjawab setiap item dengan pilihan jawaban ya atau tidak. Setiap item *favorable* yang dijawab Ya mendapat nilai 1 dan Tidak nilai 0, sedangkan item *unfavorable* dengan poin sebaliknya. Pengkategorian tingkat depresi menurut skala ini adalah normal (0), ringan/laten (nilai 1-9), depresi sedang (nilai 10-19), dan depresi berat (nilai 20-30).

#### b. Pelatihan Kebermaknaan Hidup

Pelatihan kebermaknaan hidup merupakan suatu proses pendidikan jangka pendek yang mempergunakan prosedur sistematis dan terorganisir, guna membantu individu untuk mencapai dan memenuhi tujuan hidup sehingga mampu menurunkan tingkat depresi menuju pada hidup yang lebih berkualitas dan bahagia. Pelatihan kebermaknaan hidup ini menerapkan prinsip pembelajaran melalui pengalaman (*experiential learning*) berdasarkan metode-metode penemuan makna hidup, yaitu pemahaman diri, bertindak positif, pengakraban hubungan, pendalaman catur nilai, dan ibadah. Metode yang digunakan dalam pelatihan ini adalah ceramah dan diskusi, studi kasus, *role play*, simulasi dan permainan, dan latihan.

Pelatihan kebermaknaan hidup akan dilakukan tiga kali pertemuan dalam waktu yang berbeda. Pada pelatihan kebermaknaan hidup akan dipandu oleh fasilitator dan co-fasilitator. Fasilitator dan co-fasilitator pada pelatihan kebermaknaan hidup adalah mahasiswa Psikologi Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah lulus mengikuti mata kuliah Penyusunan Rancangan Pelatihan, pernah atau sedang menjadi anggota lembaga pelatihan atau pengembangan diri, dan memiliki pengalaman menjadi fasilitator dan co-fasilitator dalam sebuah program pelatihan.

Pada penelitian ini, lansia diberikan *Geriatric Depression Scale (GDS)* sebagai *pretest* untuk mengetahui keadaan subjek sebelum pelatihan, dan pada akhir pelatihan subjek diberikan *Geriatric Depression Scale (GDS)* sebagai *posttest* untuk mengetahui keadaan subjek setelah pelatihan. Hasil pengukuran

*pretest* dan *posttest* kemudian dibandingkan untuk mengetahui keberhasilan dari pelatihan tersebut, jika menunjukkan adanya perbedaan skor sebelum dan sesudah pelatihan maka pelatihan tersebut berhasil. Sebaliknya jika tidak menunjukkan adanya perbedaan skor sebelum dan sesudah pelatihan maka pelatihan tersebut kurang berhasil.

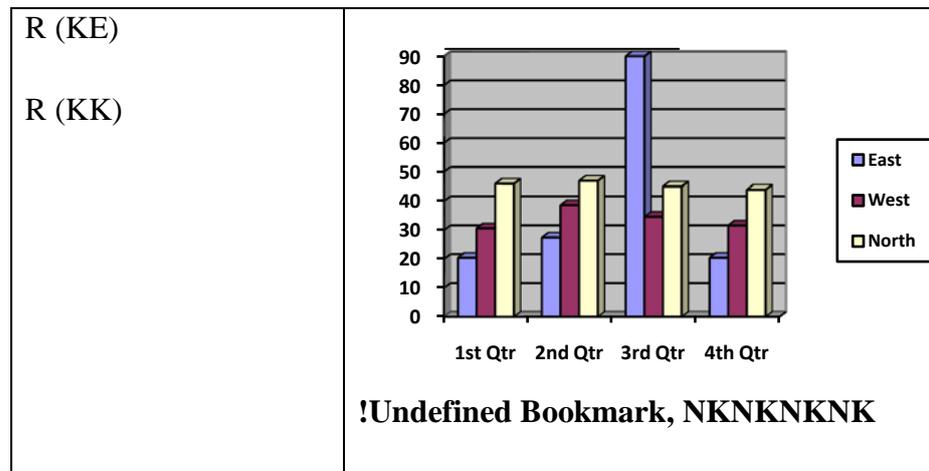
## **2. Subjek Penelitian**

Perolehan subjek penelitian dilakukan melalui mekanisme perijinan kepada pihak UPTD Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta yang bernaung di bawah Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kota Surakarta yang akan dijadikan lokasi penelitian. Subjek yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan kriteria sebagai berikut :

- a. Lansia, berusia 60-75 tahun. Dasar dari kriteria ini adalah pendapat Newman & Newman (2006) mengenai masa dewasa akhir (*later adulthood*) yang berada pada rentang usia 60-75 tahun, serta depresi yang merupakan penyebab penderitaan emosional tersering pada lansia dan secara signifikan menyebabkan penurunan kualitas hidup lansia pada umumnya terjadi pada lansia berumur 60-an (Maramis dan Maramis, 2009).
- b. Tinggal di panti wredha. Kriteria ini berdasarkan pertimbangan hasil penelitian Futterman dkk. (dalam Hoyer & Roodin, 2003) yang menunjukkan bahwa insidensi depresi paling tinggi pada lansia yang menjadi penghuni panti wredha.
- c. Belum pernah mengikuti pelatihan kebermaknaan hidup. Proses penentuan subjek pada penelitian ini dilakukan melalui hasil *screening* GDS sebagai *pretest*. Peneliti kemudian memilih lansia dengan tingkat depresi sedang hingga tinggi serta memisahkannya menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol secara *random* atau acak yang berarti bahwa setiap subjek memiliki kesempatan yang sama untuk ditempatkan pada setiap kondisi perlakuan, dan bersedia untuk mengikuti rangkaian penelitian. Pada akhirnya diharapkan dapat diperoleh dua kelompok subjek yang relatif homogen dalam hal depresi.

## **3. Desain Penelitian**

Desain penelitian eksperimen yang digunakan pada penelitian ini adalah *pretest-posttest control group design*. Pada desain ini dilakukan pengukuran sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) pemberian *treatment* pada dua kelompok, yaitu kelompok yang diberikan perlakuan berupa pelatihan (kelompok eksperimen) dan kelompok yang tidak diberikan *treatment* (kelompok kontrol). *Pretest* dan *posttest* pada kedua kelompok dilakukan dengan menggunakan tes GDS. *Treatment* yang diberikan pada kelompok eksperimen berupa pemberian pelatihan kebermaknaan hidup. Pada desain ini dilakukan juga randomisasi sebagai kontrol terhadap *proactive history* untuk menyetarakan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (Seniati dkk., 2009).



Gambar 3

Desain penelitian

#### 4. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan:

1. *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

*Geriatric Depression Scale (GDS)* dari Brink dan Yesavage (1982) terdiri dari 30 item kemudian diterjemahkan dalam bahasa Indonesia. *Geriatric Depression Scale (GDS)* dari Yesavage ini mempunyai nilai reliabilitas *Alpha Cronbach* sebesar 0,94 dan validitas *Korelasi Product moment* sebesar  $r = 0,82$ . (McDowell dan Newell, 1996).

Dalam *psychometric scale* tersebut disediakan dua pilihan respon atas masing-masing pertanyaan yang diajukan dengan nilai 1 (jawaban ya) dan 0 (jawaban tidak) untuk item *favorable* sedangkan item *unfavorable* nilai 0 (jawaban ya) dan nilai 1 (jawaban tidak). Adapun pengkategorian tingkat depresi menurut skala ini adalah normal (0), ringan/laten (nilai 1-9), depresi sedang (nilai 10-19), dan depresi berat (nilai 20-30).

2. Modul pelatihan

Modul pelatihan disusun berdasarkan materi yang telah disesuaikan dengan tujuan keefektifan pelatihan kebermaknaan hidup terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia, yaitu melalui metode-metode penemuan makna hidup dari Bastaman, yaitu pemahaman diri, bertindak positif, pengakraban hubungan, pendalaman catur nilai, dan ibadah. Metode yang digunakan dalam pelatihan ini adalah ceramah, diskusi, studi kasus, latihan, *role play*, simulasi dan permainan. Program pelatihan akan dilakukan selama tiga kali pertemuan. Dalam modul ini juga terdapat lembar wawancara dan angket evaluasi program pelatihan. Selain itu, modul pelatihan juga didukung dengan observasi dan dokumentasi.

#### 5. Teknik Analisis Data

Teknik statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis adalah statistik nonparametrik Uji *Wilcoxon* dan Uji 2 Sampel Independen Kolmogorov-Smirnov. Statistik nonparametrik didasarkan dari model yang tidak mendasarkan bentuk khusus dari distribusi data, dengan kata lain menurut Trihendradi (2005), statistik nonparametrik tidak pernah merumuskan kondisi atau asumsi populasi dari mana sampel dipilih, maka disebut juga *distribution free statistic* (statistik bebas distribusi).

Uji *Wilcoxon* dilakukan untuk menguji hipotesis, yaitu mengetahui perbedaan pada dua sampel berpasangan (*two paired samples*). Dalam hal ini adalah perbedaan tingkat depresi pada kelompok eksperimen sebelum dan sesudah diberi perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup. Uji nonparametrik selanjutnya adalah Uji 2 Sampel Independen Kolmogorov-Smirnov. Uji ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi antara dua sampel independen (*two independent samples*), yaitu pada subjek yang mendapat perlakuan (kelompok eksperimen) dengan subjek yang tidak mendapat perlakuan (kelompok kontrol) berupa pelatihan kebermaknaan hidup. Uji 2 Sampel Independen Kolmogorov-Smirnov dikenakan pada data yang didapatkan sebelum dan sesudah perlakuan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan teknik komputasi *SPSS versi 16.0 for Windows*.

## **HASIL PENELITIAN**

### **1. Analisis Data Kuantitatif**

#### **a. Hasil *Pretest* dan *Posttest***

Sebelum pelaksanaan *pretest*, dilakukan uji coba terhadap alat ukur penelitian berupa modul pelatihan dan *Geriatric Depression Scale* (GDS). Hasil uji coba modul pelatihan menunjukkan bahwa rata-rata nilai uji coba pemahaman materi modul pelatihan adalah 88, sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar subjek dapat memahami materi dalam modul pelatihan. Sedangkan hasil uji coba *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang pada awalnya terdiri dari 30 aitem setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas diperoleh aitem valid sejumlah 23 aitem dengan koefisien reliabilitas sebesar 0,893. Pengkategorian tingkat depresi setelah uji coba berdasarkan skor *Geriatric Depression Scale* (GDS) meliputi tingkat depresi ringan (skor 1-6), tingkat depresi sedang (skor 7-14), dan tingkat depresi berat (skor 15-23).

Data *pretest* yang digunakan dalam penelitian ini adalah data yang sudah didapatkan dalam uji coba *Geriatric Depression Scale* (GDS), tetapi dihilangkan

nilai aitemnya yang tidak valid dalam pengujian validitas. Sehingga, peneliti mendapatkan jumlah skor aitem yang valid pada uji coba *Geriatric Depression Scale* (GDS) untuk dijadikan data *pretest*. Sedangkan pengambilan data *posttest* dilaksanakan setelah pelaksanaan pelatihan. Pengambilan data *posttest* dilakukan dengan pengisian *Geriatric Depression Scale* (GDS) untuk penelitian pada kelompok eksperimen dan kontrol di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta. Berikut ini adalah hasil *pretest* dan *posttest* kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 2  
Deskripsi hasil penelitian

Kelompok	Subjek	Pengukuran			
		<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
		Skor GDS	Tingkat Depresi	Skor GDS	Tingkat Depresi
Eksperimen	1	12	Sedang	4	Ringan
	2	13	Sedang	3	Ringan
	3	14	Sedang	3	Ringan
	4	13	Sedang	3	Ringan
	5	11	Sedang	1	Ringan
		<b>Mean=12,6</b>		<b>Mean=2,8</b>	
Kontrol	A	10	Sedang	10	Sedang
	B	11	Sedang	13	Sedang
	C	11	Sedang	14	Sedang
	D	11	Sedang	11	Sedang
	E	11	Sedang	18	Berat
		<b>Mean=10,8</b>		<b>Mean=13,2</b>	

#### b. Uji Hipotesis

Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji statistik nonparametrik, yaitu uji 2 sampel independen Kolmogorov-Smirnov. Uji ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi antara dua sampel independen (*two independent samples*), yaitu pada subjek yang mendapat perlakuan (kelompok eksperimen) dengan subjek yang tidak mendapat perlakuan (kelompok kontrol) berupa pelatihan kebermaknaan hidup. Berdasarkan hasil uji statistik, yaitu uji 2 sampel independen Kolmogorov-Smirnov di atas diperoleh nilai  $z$  sebesar 1,581 dan probabilitas ( $p$ ) sebesar 0,013 (uji 2 sisi). Oleh karena probabilitas ( $p$ ) lebih kecil dari  $= 0,05$ , maka dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan antara skor tingkat depresi kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol setelah diberi perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup. Hal ini berarti bahwa pelatihan kebermaknaan hidup berpengaruh terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia.

Selanjutnya untuk melihat signifikansi penurunan tingkat depresi pada kelompok eksperimen, dilakukan analisis dengan uji *Wilcoxon*. Uji *Wilcoxon* digunakan untuk menguji apakah ada perbedaan yang signifikan antara *two correlated samples* (Kyle & Vernoy, 2002). Hasil uji statistik, yaitu uji *Wilcoxon* berdasarkan pada rangking positif  $= 3,00$  dengan menghasilkan nilai  $z$  hitung sebesar  $-2,060$  dan probabilitas ( $p$ ) signifikansi 0,039 (uji dua sisi). Oleh karena probabilitas ( $p$ ) lebih kecil dari  $= 0,05$ , maka dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara skor tingkat depresi sebelum pelatihan (*pretest*) dan setelah pelatihan (*posttest*). Hal ini berarti bahwa pelatihan kebermaknaan hidup efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia.

### c. Hasil Analisis Evaluasi Program Pelatihan dan Pemahaman Materi Pelatihan

1. Hasil analisis evaluasi program pelatihan dapat dilihat secara lengkap pada tabel berikut :

Tabel 3

Hasil Analisis Evaluasi Program Pelatihan

No.	Indikator Evaluasi	Distribusi Kriteria Evaluasi (dalam %)				
		Sangat Baik	Baik	Cukup	Kurang	Sangat Kurang
1.	Materi pelatihan pertemuan pertama		60%	40%		
2.	Materi pelatihan pertemuan		100%			

	kedua			
<b>3.</b>	Materi pelatihan pertemuan ketiga	100%		
<b>4.</b>	Kejelasan materi yang disampaikan fasilitator	100%		
<b>5.</b>	Daya tarik materi yang disampaikan fasilitator	20%	80%	
<b>6.</b>	Penguasaan fasilitator dalam menyampaikan materi	100%		
<b>7.</b>	Penguasaan fasilitator dalam menjawab pertanyaan atau masalah	60%	40%	
<b>8.</b>	Keterampilan fasilitator dalam memandu diskusi	20%	60%	20%
<b>9.</b>	Penggunaan media sebagai alat bantu	80%		20%
<b>10.</b>	Kegunaan materi bagi peserta	80%	20%	
<b>11.</b>	Fasilitas pendukung (modul)	80%	20%	
<b>12.</b>	Simulasi dan permainan	100%		
<b>13.</b>	Sarana dan prasarana	20%	60%	20%
<b>14.</b>	Kenyamanan proses pelatihan	40%	60%	
<b>15.</b>	Pencapaian tujuan sasaran	20%	80%	

## 2. Analisis Pemahaman Materi Pelatihan

Hasil analisis pemahaman materi pelatihan dapat dilihat secara lengkap pada tabel berikut :

Tabel 4

Nilai Pemahaman Materi Pelatihan

<b>Subjek</b>	<b>Nilai</b>
<b>1</b>	100
<b>2</b>	100
<b>3</b>	100
<b>4</b>	100
<b>5</b>	100
<b>Rata-rata</b>	<b>100</b>

Pada tabel nilai pemahaman materi pelatihan menunjukkan bahwa seluruh subjek mendapat nilai 100 dan rata-rata nilai pemahaman materi adalah 100, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh subjek memahami materi yang diberikan oleh fasilitator.

## **2. Analisis Data Kualitatif**

Analisis kualitatif bertujuan untuk melihat proses-proses yang dialami oleh subjek selama dan setelah melakukan pelatihan kebermaknaan hidup. Selain itu, analisis kualitatif juga bertujuan untuk mengetahui gambaran proses perubahan yang dialami subjek selama dan setelah mengikuti pelatihan kebermaknaan hidup. Analisis kualitatif dilakukan pada kelompok eksperimen berdasarkan skor tingkat depresi, diskusi mengenai pengalaman hidup selama proses pelatihan, hasil observasi dan wawancara setelah pelatihan dilakukan.

Kesimpulan analisis data kualitatif pada kelompok eksperimen menunjukkan bahwa subjek penelitian mengalami penurunan skor tingkat depresi yang telah diukur sebelum dan setelah pelatihan kebermaknaan hidup. Penurunan skor tingkat depresi tersebut ditunjukkan berdasarkan hasil GDS subjek. Dapat disimpulkan bahwa setelah mengikuti pelatihan, subjek menerapkan metode penemuan makna hidup sesuai dengan arahan ketika pelatihan kebermaknaan hidup diberikan. Diantaranya, subjek menyadari kekurangan diri pada usia lansia yang semakin mengalami kemunduran, mulai mencoba melaksanakan beberapa

tindakan positif yang dijelaskan dalam pelatihan, yaitu meningkatkan keakraban dengan teman-teman lansia di panti, mulai bekerja sama apabila ada kegiatan yang diadakan panti, serta meningkatkan keimanan dan agama masing-masing untuk lebih mendekatkan diri dengan Tuhan. Subjek juga mampu mengubah pengalaman pahit di masa lalu menjadi suatu pembelajaran yang positif melalui penerapan metode penemuan makna hidup.

Selama pelatihan kebermaknaan hidup berlangsung, subjek memperhatikan dengan seksama setiap materi yang disampaikan. Subjek mampu memberi pemaknaan terhadap setiap materi yang telah diberikan, bahkan subjek secara aktif berpendapat mengenai suatu cerita yang mencerminkan 4 nilai sumber makna hidup dan mampu memberi umpan balik mengenai materi pelatihan.

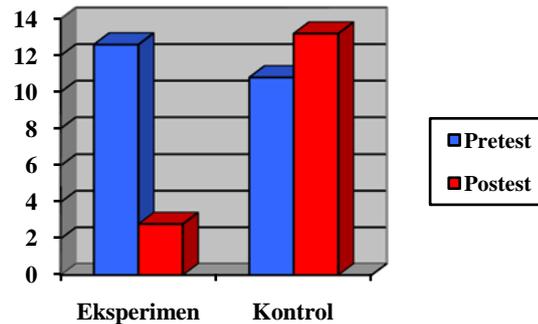
Secara keseluruhan, setelah pelatihan kebermaknaan hidup diberikan, subjek tidak mengalami kesulitan saat menerapkan metode penemuan makna hidup pada diri. Subjek memiliki prinsip hidup masing-masing setelah menerapkan metode penemuan makna hidup yang diberikan selama pelatihan. Subjek akan menerapkan metode penemuan makna hidup untuk seterusnya selama hidup subjek masih berlanjut.

## **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil uji hipotesis menunjukkan hipotesis yang menyatakan pelatihan kebermaknaan hidup efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di panti Wredha Dharma Bakti Surakarta dapat diterima. Hal ini dapat dilihat pada hasil analisis dengan menggunakan uji statistik, yaitu uji 2 Sampel Independen Kolmogorov-Smirnov yang menunjukkan nilai  $z$  sebesar 1,581 dan probabilitas ( $p$ ) sebesar 0,013 ( $p < 0,05$ ). Berdasarkan hasil tersebut, dapat diartikan bahwa ada perbedaan tingkat depresi kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup. Hasil tersebut didukung oleh hasil uji statistik, yaitu uji Wilcoxon yang menunjukkan nilai  $z$  sebesar -2,060 dan probabilitas ( $p$ ) signifikansi 0,039 ( $p < 0,05$ ). Berdasarkan hasil tersebut, dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara skor tingkat depresi sebelum pelatihan (*pretest*) dan setelah pelatihan (*posttest*). Hal ini berarti bahwa pelatihan kebermaknaan hidup efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia.

Skor tingkat depresi pada kelompok eksperimen menurun setelah diberi perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup. Penurunan skor tingkat depresi pada kelompok eksperimen ini tidak terjadi pada kelompok kontrol. Perbedaan

rata-rata (mean) skor tingkat depresi sebelum diberi perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup dan sesudah diberi perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dapat dilihat pada gambar grafik sebagai berikut :



Gambar 4

Grafik Perbedaan Mean Skor Tingkat Depresi Sebelum dan Sesudah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Penurunan tingkat depresi pada kelompok eksperimen secara deskriptif berdasarkan rata-rata skor tingkat depresi sebelum diberi perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup (*pretest*) dan sesudah diberi perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup (*posttest*) adalah sebesar 77,78%. Persentase tersebut menunjukkan bahwa pelatihan kebermaknaan hidup yang diberikan efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta dengan taraf keefektifan sebesar 77,78%.

Seluruh subjek dalam kelompok eksperimen menunjukkan perubahan yang positif berupa peningkatan dalam penerapan metode penemuan makna hidup. Selain itu, hampir sebagian besar subjek mampu mengenali dan menerapkan metode penemuan makna hidup tanpa mengalami kesulitan yang berarti.

Pelatihan kebermaknaan hidup ini dapat dikatakan membantu subjek dalam menangani tingkat depresi dengan berdasarkan data pengalaman yang peneliti dapatkan dari subjek. Subjek mengatakan bahwa subjek senantiasa menerapkan semua hal yang diperoleh di setiap sesi pelatihan dalam kehidupan sehari-hari. Subjek merasakan manfaat yang besar dari penerapan materi tersebut,

misalnya menyadari kekurangan diri ketika masa lansia, menerapkan tindakan positif sederhana yang dapat dilakukan sehari-hari, menjalin hubungan yang lebih akrab dan harmonis dengan sesama anggota panti, meningkatkan 4 macam nilai sumber makna hidup, serta didukung oleh meningkatkan keimanan dan pengetahuan agama sebagai sarana pendekatan diri dengan Tuhan.

Faktor yang mendukung keberhasilan pelatihan adalah peran fasilitator. Pengalaman, penguasaan materi, dan kualitas interpersonal yang baik merupakan modal utama yang mendukung fasilitator dalam menjalankan pelatihan dengan baik. Fasilitator mampu memimpin proses pelatihan dengan baik, memahami karakteristik subjek yang sudah tergolong lansia, mampu menumbuhkan suasana keterbukaan dan keakraban di antara subjek, mampu menjelaskan materi serta memandu latihan perenungan diri dengan baik. Suasana keakraban sudah dibangun dari awal pelatihan dengan perkenalan dan *ice breaking* yang penuh humor. Keakraban dan keterbukaan juga dibangun dengan meminta subjek menceritakan pengalaman di masa lalu. Fasilitator bercerita mengenai sebuah kisah dari panti wredha lain yang menginspirasi peserta untuk mengenali dan meningkatkan 4 nilai sumber makna hidup.

Selain itu, modul pelatihan yang dirancang telah diuji cobakan terlebih dahulu kepada subjek lain dengan karakteristik sama dengan subjek penelitian untuk disesuaikan dengan pemahaman subjek, sehingga diharapkan materi dalam modul pelatihan dapat dipahami dengan mudah oleh subjek pelatihan dan lebih aplikatif untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Beberapa kemudahan yang mendukung tercapainya keberhasilan dalam pelatihan ini, antara lain tersedianya sarana dan prasarana seperti ruangan yang kondusif (ruangan tidak terlalu luas) sehingga fasilitator mampu mengontrol perilaku subjek selama pelatihan, perlengkapan seperti audio visual (slide, laptop, LCD, dan speaker), alat tulis, serta dukungan penuh dari instansi terkait.

Partisipasi aktif dari subjek juga mendukung keberhasilan dalam pelatihan. Subjek dalam pelatihan ini sangat antusias, bersemangat dan memperhatikan dengan seksama semua hal yang diberikan fasilitator selama pelatihan. Subjek pelatihan juga datang sesuai jadwal pelatihan yang telah ditentukan bersama. Meskipun pelatihan mundur beberapa menit, subjek tetap dengan sabar menunggu sampai seluruh subjek pelatihan datang lengkap.

Motivasi yang tinggi, sikap terbuka dan kooperatif dalam memberikan umpan balik selama materi pelatihan, menceritakan pengalaman dan perasaannya selama mengikuti proses pelatihan juga mendukung tercapainya tujuan pelatihan bermaknaan hidup ini. Motivasi subjek masih tetap terjaga sampai pelatihan berakhir. Akan tetapi kendala yang dialami beberapa subjek adalah kurangnya

pemahaman subjek akan lingkungan sekitar, yaitu subjek kurang akrab dengan para anggota penghuni panti yang lain.

Kendala-kendala yang dialami dalam penelitian ini adalah keterbatasan menemukan subjek yang termasuk *adult laterhood* (usia 60-75 tahun) dan mengalami depresi sedang. Selain itu, peneliti juga kesulitan dalam menentukan jadwal pelatihan yang disesuaikan dengan jadwal subjek dan fasilitator dikarenakan rutinitas subjek yang telah diatur oleh pihak panti serta kondisi fisik subjek yang semakin menurun. Kendala lain yang dihadapi dalam penelitian ini adalah kondisi ruangan hari pertama, yaitu kondisi ruangan hari pertama kurang kondusif dalam hal kenyamanan. Kondisi ruangan pada hari pertama sedikit berisik sehingga beberapa kali peserta mengeluh mengenai kondisi ini. Kendala tersebut diatasi melalui pemindahan ruangan pelatihan untuk pelatihan pertemuan hari kedua dan ketiga ke ruangan yang lebih kondusif dan nyaman sehingga pada pertemuan hari kedua dan ketiga subjek pelatihan lebih fokus menerima materi pelatihan dibandingkan pertemuan sebelumnya. Selain itu, pembatasan subjek yang boleh digunakan oleh pihak panti untuk kegiatan penelitian serta banyaknya peneliti lain selain peneliti yang juga mengambil subjek penelitian yang dipakai peneliti untuk kegiatan penelitian juga turut memberi kontribusi kendala yang dialami peneliti di lapangan.

Kelebihan dalam penelitian ini antara lain belum terdapat penelitian di Indonesia dengan memberikan pelatihan kebermaknaan hidup bagi lansia di panti wredha, terlebih yang bertujuan untuk menurunkan tingkat depresi terhadap lansia di panti wredha. Pelaksanaan pelatihan pada penelitian ini juga tergolong lancar, hal ini disebabkan oleh prosedur pelatihan yang tidak terlalu rumit dan materi serta aplikasi yang diberikan dalam pelatihan mudah dipahami dan diterapkan oleh lansia selama pelatihan berlangsung. Materi serta aplikasi yang diberikan memang pada awalnya disusun sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lansia.

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain tidak melakukannya pemantauan setelah pelatihan berakhir sehingga tidak diketahui secara kuantitatif seberapa besar efek pelatihan kebermaknaan hidup dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di panti wredha Dharma Bakti Surakarta. Peneliti tidak memberikan tugas rumah untuk mengevaluasi dan memantau kemajuan atau peningkatan yang terjadi pada subjek. Peneliti hanya mengeksplorasi kemajuan dan pengalaman subjek melalui wawancara ketika *posttest* saja.

## **PENUTUP**

### **1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis data kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh melalui penelitian ini, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pelatihan kebermaknaan hidup efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta. Hal ini dapat diketahui berdasarkan analisis kuantitatif yang menunjukkan bahwa:

1. Terdapat perbedaan skor tingkat depresi antara sebelum dan sesudah pelatihan kebermaknaan hidup pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan pelatihan.
2. Terdapat perbedaan yang signifikan pada skor tingkat depresi antara sebelum dan sesudah pelatihan kebermaknaan hidup pada kelompok eksperimen. Subjek pada kelompok eksperimen mengalami tingkat depresi ringan sebelum diberikan pelatihan kebermaknaan hidup, namun setelah diberikan pelatihan kebermaknaan hidup, subjek pada kelompok eksperimen mengalami penurunan tingkat depresi menjadi tingkat depresi ringan.

Analisis kuantitatif tersebut juga didukung dengan rata-rata skor penurunan tingkat depresi pada kelompok eksperimen sebesar 77,78% yang menunjukkan taraf keefektifan pelatihan kebermaknaan hidup dalam menurunkan tingkat depresi pada kelompok eksperimen. Hal tersebut juga didukung analisis data kualitatif yang menjelaskan bahwa seluruh subjek pada kelompok eksperimen menerapkan metode penemuan makna hidup sesuai dengan arahan ketika pelatihan kebermaknaan hidup diberikan sehingga subjek mengalami penurunan skor tingkat depresi sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa pelatihan kebermaknaan hidup.

## **2. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka dapat dikemukakan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi lansia

Lansia dapat menerapkan metode-metode penemuan makna hidup dalam kehidupan sehari-hari sehingga mampu mewujudkan diri pada kepuasan dan kebahagiaan hidup.

2. Bagi pihak keluarga yang menempatkan lansia di panti wredha

Pihak keluarga mempertimbangkan kembali keputusan untuk menitipkan lansia di panti wredha, karena lansia membutuhkan suatu pengakraban hubungan dengan pihak keluarga di usianya saat ini.

3. Bagi pihak panti wredha

- a. Pihak panti wredha lebih peka mengenali kebutuhan para lansia, serta meninjau kembali program kesejahteraan bagi para lansia untuk mampu mewujudkan lansia yang bahagia.

b. Pihak panti wredha mengadakan kerjasama dalam hal pendanaan dengan menggalang dana dari pihak donatur untuk meningkatkan program kesejahteraan lansia penghuni panti wredha.

4. Bagi peneliti selanjutnya

a. Peneliti selanjutnya mampu lebih memahami karakteristik lansia secara mendalam untuk menelusuri permasalahan yang terdapat pada lansia sehingga pelatihan kebermaknaan hidup dapat diterapkan lebih tepat guna.

b. Peneliti selanjutnya melakukan konsultasi dan review modul pelatihan kebermaknaan hidup kepada pihak yang lebih profesional sehingga tujuan pelatihan yang telah dirancang dalam modul dapat tercapai secara keseluruhan.

c. Peneliti selanjutnya memberikan latihan rutin untuk dikerjakan di rumah atau tempat tinggal sehingga mampu mengasah penemuan makna hidup yang dimiliki.

d. Peneliti selanjutnya melakukan pemantauan pada kelompok eksperimen secara seksama setelah pelatihan berakhir sehingga diketahui secara kuantitatif seberapa besar efek pelatihan kebermaknaan hidup dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia yang tinggal di panti wredha.

e. Peneliti selanjutnya menerapkan pelatihan kebermaknaan hidup pada subjek dengan jumlah yang lebih banyak untuk memperlihatkan keefektifan pelatihan pada subjek dengan jumlah yang lebih banyak.

## DAFTAR PUSTAKA

As'ad, M. 2003. *Seri Ilmu Sumber Daya Manusia: Psikologi Industri*. Yogyakarta: Liberty.

Azwar, S. 2003. *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Backman, L. dan Forsell, Y. 1994. *Episodic Memory functioning in a community-based sample of old adults with major depression: Utilization of cognitive support*. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 361-370.

Badan Pusat Statistik. *Data Statistik Indonesia: Jumlah Penduduk menurut Kelompok Umur, Jenis Kelamin, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, 2010*. Available from:[http://demografi.bps.go.id/versi1/index.php?option=com\\_tabel&task=&Itemid=1](http://demografi.bps.go.id/versi1/index.php?option=com_tabel&task=&Itemid=1). [Accessed 21 Januari 2012]

Bastaman, HD.2007. *Logoterapi: Psikologi untuk Menemukan Makna Hidup dan Meraih Hidup Bermakna*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

- Billings, AG., Cronkite, RC., dan Moos, RH. 1983. *Social Environmental Factors in Unipolar Depression: Comparisons of Depressed Patients and Nondepressed Controls*. *Journal of Psychology*. 92, 119-133.
- Blazer, DG. 2003. *Depression in Late Life: Review and Commentary*. *J Gerontology Med Sci* 58A, No.3: 249-265. Available from: <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/content/full/7/1/118>. [accessed 20 Februari 2012]
- Bruce, ML. 2002. *Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life*. *Biological Psychiatry*, 52, 175-184.
- Conwell, Y., Duberstein, PR., dan Caine, ED. 2002. *Risk factors for suicide in later life*. *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- Davidoff, LL. 1988. *Introduction to Psychology terj. Mari Juniati*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Davies, AM. 1999. *Ageing and Health A Global Challenge for Twenty First Century*. Kobe, 20-27.
- Depkes RI. 1999. *Pedoman pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan: Kebijakan Program. Jilid II*. Jakarta: Depkes RI.
- Desmita. 2009. *Psikologi Perkembangan*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Durand, VM., dan Barlow, DH. 2006. *Intisari Psikologi Abnormal Edisi Keempat Buku Pertama*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Erikson, EH. 1989. *Identitas dan Siklus Hidup Manusia, terj. Agus Cremers*. Jakarta: Gramedia.
- Evans, M., dan Mottram, P. 2000. *Diagnosis of Depression in Elderly Patients*. *Mavis Advances in Psychiatric Treatment*. Vol 6, 49-56. Available from URL: <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/6/1/49.pdf> [Accessed 25 January 2012]
- Feldman, RS. 1996. *Understanding Psychology*. New York: McGraw Hill.
- Frances, A., First, MB., dan Pincus, HA. 1995. *DSM-IV Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Frankl, VE. 2003. *Logoterapi: Terapi Melalui Pemaknaan Eksistensi*. Jogjakarta: Kreasi Wacana.

- Gallo, JJ. and Gonzales, J. 2001. *Depression and Other Mood Disorder. In: Adelman, A.M., Daly, M.P., and Weiss, B.D., eds. 20 Common Problems in Geriatrics*. New York: McGraw-Hill, 205-235.
- Ghozali, I. 2006. *Aplikasi Analisis Multivariat dengan Program SPSS Cetakan IV*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Goldstein AP., Krasner L., editor. 1988. *Behavioral Assessment: Practical Handbook. 3rd ed*. New York: Pegamon Press,320-321.
- Grant, I., Patterson, TL., dan Yager, J. 1988. *Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly*. American Journal of Psychiatry, 145 (10), 1254-1258.
- Hadi, S. 1986. *Metodologi Research 1*. Yogyakarta: Yayasan Penerbitan Fakultas Psikologi UGM.
- Hall, CS. dan Lindzey, G. 1993. *Theories of Personality, terj. A. Supratiknya*. Yogyakarta: Kanisius.
- Hardywinoto, ST. 1999. *Panduan Gerontologi Tinjauan dari berbagai Aspek*. Jakarta: PT Gramedia.
- House, JS., Landis, KR., dan Umberson, D. 1988. *Social relationship and health*. Science, 241, 540-545.
- Hoyer, W.J. and Roodin, P.A. 2003. *Adult Development and Aging*. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
- Hurlock, EB. 1999. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Rentang Kehidupan Edisi Kelima*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Jewall, L. N., Siegall, M. 1998. *Psikologi Industri/ Organisasi Modern*. Jakarta: Arcan.
- Johnson, David W. & Frank P. Johnson. 1997. *Joining Together Group Theory and Group Skills 6th Ed*. Unites State of America: A Viacom Company.
- Kane. 1999. *Essentials of Clinical Geriatrics 4th Edition*. USA : McGraw-Hill Companies, 231-245
- Kaplan, HI., Sadock, BJ., dan Grebb, JA. 1997. *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid 1*. Jakarta: Binarupa Aksara.

- Kline, DW., dan Scheiber, F. 1985. *Vision and Aging dalam JE., Birren dan KW. Schei (Ed.). handbook of the Psychology of Aging (2<sup>th</sup> ed.)*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Koeswara, E. 1992. *Logoterapi: Psikoterapi Viktor Frankl*. Yogyakarta: Kanisius.
- Kyle, DJ. & Vernoy, M. 2002. *Behavioral Statistics in Action Third Edition*. United States of America: The McGraw-Hill Companies.
- La Rue, A., Dessonville, C., & Jarvick, L.F. 1985. *Aging and Mental Disorders. Dalam J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), Handbook of the psychology of aging (edisi kedua)*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Landefeld. 2004. *Current Geriatric Diagnosis and Treatment. USA* : McGraw-Hill, 156-160
- Latipun. 2002. *Psikologi Eksperimen*. Malang: PT. UMM Press.
- Lesler dan Zayas, C. 2001. *Comprehensive Geriatric Assessment. USA* : McGraw Hill Companies, 465-475.
- Lewinsohn, PM., Rohde, P., Seely, JR., dan Fischer, SA. 1991. *Age and Depression: Unique and Shared Effects*. *Psychology and Aging*, 6, 246-260. Liberty. 2003.
- Mangkuprawira, TS. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Mangoenprasodjo, A.S. dan Hidayati, S.N. 2005. *Mengisi Hari Tua dengan Bahagia: Menjadi Manula yang Sehat, Produktif & Penuh Optimisme*. Yogyakarta: Pradipta Publishing.
- Maramis, WF. dan Maramis, AA. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Marzuki, MS. 1992. *Strategi dan Model Pelatihan*. Malang : IKIP Malang.
- Maslim, R. 2001. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Jakarta : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- McDowell, I. dan Newell, C. 1996. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires Second Edition*. New York: Oxford University Press.
- National Strategy for Suicide Prevention. 2001. *Goals and Objectives for Action: Summary. A joint effort of SAMHSA, CDC, NIH, and HRSA. The Center for Mental Health Services*. Rockville, MD: Author.

- Nevid, JS., Spencer, AR., dan Greene, B. 2005. *Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 1*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- 
- \_\_\_\_\_ 2005. *Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 2*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Newman, B., dan Newman, P. 2006. *Development Through Life: A Psychosocial Approach*. Belmont: Thomson Wadsworth Learning.
- Notosoedirdjo, M. dan Latipun. 2007. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan Edisi Keempat*. Malang: UMM Press.
- Papalia, DE., Olds, SE., dan Feldman, RE. 2004. *Human Development: Ninth Edition*. New York: Mc Graw Hill
- Pearson, JL. dan Brown, GK. 2000. *Suicide Prevention in Late Life: Directions for science and practice*. *Clinical Psychology Review*, 20, 685-705.
- Perlmutter, M. dan Hall, E. 1985. *Adult Development and Aging*. Toronto: John Wiley & Sons Inc.
- Pikunas, J. 1976. *Human Development: An Emergent Science*. Tokyo: Mc Graw-Hill Kogakusha Ltd.
- Rae, L. 2005. *The Art of Training and Development : Effective Planning* (penerj. Fiyanty Osman). Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- \_\_\_\_\_ 2005. *The Art of Training and Development : Using Activities* (penerj. Fiyanty Osman). Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Rivai, V. dan Sagala, EJ. 2004. *Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Perusahaan*, Jakarta, PT. Raja Grafindo Persada
- Santrock, J.W. 2002. *Life Span Development: Perkembangan Masa Hidup Jilid 2*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Schaie, KW. dan Willis, SL. 1991. *Adult Development and Aging*. New York: Harper Collins Publishers.
- Semiun, Y. 2006. *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Kanisius.
- \_\_\_\_\_ 2006. *Kesehatan Mental 3*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sendbuehler, JM. dan Goldstein .1977. *Suicide and Attempted Suicide Among the Aged*. *Journal of the American Geriatric Society*. 25, 245-248.

- Sendbuehler, JM. 1977. *Suicide and Attempted Suicide Among the Aged*. Journal of the American Geriatric Society. Canadian Medical Association Journal. 117, 418-419.
- Seniati, L., Yulianto, A., dan Setiadi, BN. 2009. *Psikologi Eksperimen*. Jakarta: PT. Indeks.
- Simamora, H. 1997. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta: Bagian Penerbitan STIE
- Sundberg, ND., Winebarger, AA., dan Taplin, JR. 2007. *Psikologi Klinis: Perkembangan Teori, Praktik, dan Penelitian Edisi Keempat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Tamher, S. dan Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Trihendradi, C. 2007. *Statistik Inferen Teori Dasar & Aplikasinya Menggunakan SPSS*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). 1999a. *Mental Health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
- Unutzer, J. 2007. Late-Life Depression. *N Eng J Med* 357:2269-76. Available from: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/357/22/2269>. [accessed 20 Februari 2012]
- Unutzer, J., Katon, W., Callahan, CM., Williams Jr, JW., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Penna, RDD., Noel, PH., Lin, EHB., Arean, PA., Hegel, MT., Tang, L., Belin, TR., Oishi, S., dan Langston, C. 2002. *Collaborative Care Management of Late Life Depression in The Primary Care Setting*. Journal American Medical Association. Dec, 288, 2836-2845. Available from : <http://jama.ama-assn.org/content/288/22/2836.full> [Accessed 22 January 2012].
- Wallace, J., dan O'Hara, MW. 1992. *Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: Result from a cross-sectional and longitudinal study*. Journal of Abnormal Psychology, 106, 499-510.