

KARAKTERISTIK DEPRESI LANSIA DI BANDARHARJO

Dwi Heppy Rochmawati¹, Betie Febriana²

^{1,2}Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung, Semarang, Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: Kelurahan Bandarharjo memiliki penduduk lanjut usia dalam jumlah yang banyak. Di antara lanjut usia tersebut mengalami beberapa permasalahan hidup, bahkan ada yang mengalami depresi, **Tujuan** penelitian ini adalah menggambarkan karakteristik depresi lanjut usia di Kelurahan Bandarharjo Semarang. **Metodologi:** Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan rancangan *deskriptif analitik*. Jumlah sampel sebanyak 138 responden dengan penentuan secara total sampling. **Hasil:** Sebagian besar usia responden 61-70 tahun (60,9%), pendidikan terbanyak lulus SD (47,1%) dan sebagian besar responden tidak bekerja (42,8%), sebagian besar responden mengalami depresi ringan (43,5%). **Diskusi:** perlu diberikan sebuah terapi untuk mengatasi depresi pada lansia.

Kata Kunci: *Life Review, quasy experiment, pre and post test with control group.*

Characteristics of Depression of Elderly in Bandarharjo

ABSTRACT

Introduction: *Bandarharjo Village has a large number of elderly residents. Among the elderly experiencing some life problems, some even experience depression, The purposes of the study is to describe the characteristics of the elderly depression in the Bandarharjo Village, Semarang, Method: This type of research is quantitative by using descriptive analitic designs. The total sample of 138 respondents with the determination of the total sampling, Result : Most respondents were 61-70 years old (60.9%), most graduates graduated from elementary school (47.1%) and most respondents did not work (42.8%), most respondents experienced mild depression (43.5%). Discussion: need to be given a therapy to resolve depression in the elderly.*

Keywords: *Life Review, quasy experiment, pre and post test with control group*

Corresponding Author:

Dwi Heppy Rochmawati, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung, Jalan Raya Kaligawe KM. 4 Semarang, PO BOX 1054 Kode Pos 50112.

dwiheppy@unissula.ac.id

PENDAHULUAN

Depresi adalah jenis jenis penyakit gangguan jiwa yang sering terjadi di masyarakat. Prevalensi gangguan depresi di Indonesia sebanyak 12,3% dari jumlah penduduk di Indonesia (Riskesmas, 2018) dan hanya 9 % saja yang menjalani pengobatan. Perempuan dua kali lipat beresiko mengalami depresi dibandingkan laki-laki, hal ini diperkirakan adanya perbedaan hormon, pengaruh melahirkan, dan perbedaan stresor psikososial. Menurut World Health Organization (WHO, 2017), depresi menempati urutan ke empat penyakit di dunia. Pada tahun 2020 diperkirakan depresi akan menempati urutan ke dua untuk beban global penyakit tidak menular. Depresi adalah penyebab utama kesehatan buruk dan cacat di seluruh dunia. Lebih dari 300 juta orang sekarang hidup dengan depresi, peningkatan ini lebih dari 18% antara tahun 2005 dan 2015.

Usia lanjut atau lebih kita kenal sebagai lansia, berdasarkan teori Erikson tentang perkembangan

psikososial berada pada tahap integritas ego vs putus asa (maturitas). Perkembangan ini terkait dengan perkembangan sebelumnya, apabila ada masalah pada tahap sebelumnya dapat mempengaruhi integritas lansia. Tidak hanya hal tersebut tapi berbagai perubahan fisik dan psikologis membuat lansia menjadi kelompok usia yang rentan mengalami depresi, dimana kejadian depresi secara klinis pada lansia di dunia cukup signifikan yaitu berkisar 8 – 16 %. (Blazer, 2013). Kecenderungan lansia mengalami depresi lebih tinggi hal ini terjadi karena interaksi berbagai faktor penyebab yang terkait penurunan kondisi fisik dengan faktor lainnya.

Menurut WHO, depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (*World Health Organization, 2017*). Depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas. Gangguan ini biasanya akan menghilang dalam beberapa hari tetapi dapat juga berkelanjutan yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari (*National Institute of Mental Health, 2018*).

Gangguan depresi terdiri dari berbagai jenis, yaitu : Gangguan depresi mayor, Gejala-gejala dari gangguan depresi mayor berupa perubahan dari nafsu makan dan berat badan, perubahan pola tidur dan aktivitas, kekurangan energi, perasaan bersalah, dan pikiran untuk bunuh diri yang berlangsung setidaknya \pm 2 minggu (Kaplan, *et al*, 2010). Gangguan *dysthymic*, *Dysthymia* bersifat ringan tetapi kronis (berlangsung lama). Gejala-gejala *dysthymia* berlangsung lama dari gangguan depresi mayor yaitu selama 2 tahun atau lebih. *Dysthymia* bersifat lebih berat dibandingkan dengan gangguan depresi mayor, tetapi individu dengan gangguan ini masi dapat berinteraksi dengan aktivitas sehari-harinya (*National Institute of Mental Health, 2018*). Gangguan depresi minor, Gejala-gejala dari depresi minor mirip dengan gangguan depresi mayor dan *dysthymia*, tetapi gangguan ini bersifat lebih ringan dan atau berlangsung lebih singkat (*National Institute of Mental Health, 2018*). Gangguan depresi psikotik, Gangguan depresi berat yang ditandai dengan gejala-gejala, seperti: halusinasi dan delusi (*National Institute of Mental Health, 2018*). Gangguan depresi musiman, Gangguan depresi yang muncul pada saat musim dingin dan menghilang pada musim semi dan musim panas (*National Institute of Mental Health, 2018*).

Faktor-faktor yang mempengaruhi Depresi, diantaranya adalah Jenis Kelamin, Umur dan Sosial budaya. Jenis kelamin, secara umum dikatakan bahwa gangguan depresi lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria. Pendapat-pendapat yang berkembang mengatakan bahwa perbedaan dari kadar hormonal wanita dan pria, perbedaan faktor psikososial berperan penting dalam gangguan depresi mayor ini (Kaplan, *et al*, 2010). Umur, Depresi dapat terjadi dari berbagai kalangan umur. Sekitar 7,8% dari setiap populasi mengalami gangguan *mood* dalam hidup mereka dan 3,7% mengalami gangguan *mood* sebelumnya. Faktor Sosial-Ekonomi dan Budaya, Tidak ada suatu hubungan antara faktor sosial-ekonomi dan gangguan depresi mayor, tetapi insiden dari gangguan Bipolar I lebih tinggi ditemukan pada kelompok sosial-ekonomi yang rendah (Kaplan, *et al*, 2010). Dari faktor budaya tidak ada seorang pun mengetahui mengapa depresi telah mengalami peningkatan di banyak budaya, namun spekulasinya berfokus pada perubahan sosial dan lingkungan.

Tingkat depresi dibagi menjadi 4 (empat), Yaitu : gangguan *mood* ringan dan depresi sedang, batas depresi *borderline*, depresi berat, depresi ekstrim. Depresi Ringan Ditandai dengan gejala depresi berkepanjangan setidaknya 2 tahun tanpa episode depresi utama. Untuk dapat diagnosis depresi ringan-sedang seseorang harus menunjukkan perasaan depresi ditambah setidaknya dua lainnya suasana hati yang berhubungan dengan gejala. Batas depresi *borderline*, Ditandai dengan gejala perasaan depresi yang berkepanjangan disertai perasaan depresi lebih dari dua suasana hati yang berhubungan dengan gejala. Depresi berat, Ditandai dengan gejala depresi utama selama 2 minggu atau lebih. Untuk dapat didiagnosis depresi berat harus mengalami 1 atau 2 dari total 5 gejala depresi utama. Depresi ekstrim, Ditandai dengan gejala depresi utama yang berkepanjangan. Untuk dapat diagnosis depresi ekstrim mengalami lebih dari 2 dari total 5 gejala depresi utama.

METODE

Penelitian dilakukan di Kelurahan Bandarharjo Semarang pada bulan April-September 2019. Variabel pada penelitian ini adalah Depresi, diukur dengan instrumen *Beck Depression Inventory (BDI)* yang terdiri dari 21 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban. Desain penelitian ini adalah kuantitatif menggunakan rancangan *deskriptif analitik*. Sampel Penelitian didapatkan sebanyak 138 responden, teknik pengambilan sampel dilakukan dengan metode *total sampling* yaitu pengambilan seluruh sampel dengan tetap memperhatikan kriteria yang telah ditetapkan. Kriteria tersebut adalah lansia yang mengalami depresi, sehat fisik, bersedia menjadi responden, mampu berkomunikasi, bisa membaca dan menulis. Metode pengambilan data pada penelitian ini dilakukan setelah tahap seleksi klien yang memenuhi kriteria inklusi dengan menyebarkan kuesioner demografi (berisi identitas lansia meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan) dan kuesioner depresi menggunakan *Beck Depression Inventory (BDI)* yang terdiri dari 21 pertanyaan, dengan 4 pilihan jawaban. Pemberian skor nilai mulai dari 0 sampai dengan 3 berdasarkan jawaban yang dipilih. Hasil penilaian tersebut maka didapatkan kategori : tidak depresi 0-9 , depresi ringan 10-15, depresi sedang 16-19, depresi berat 20-29 dan sangat parah 30.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1.

Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia (N=138)

Umur	Frekuensi	Persen (%)
51-60	12	8.7
61-70	84	60.9
71-80	38	27.5
81-90	4	2.9
Total	138	100,0

Berdasarkan tabel 1 didapatkan hasil bahwa responden mayoritas berusia 61-70 tahun sebanyak 84 orang (60,9%), sedangkan responden jumlah terkecil dengan usia 81-90 tahun sebanyak 4 orang (2,9%).

Tabel 2.

Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan (N=138)

Pendidikan	Frekuensi	Persen (%)
Tidak Sekolah	31	22.5
Lulus SD	65	47.1
Lulus SMP	42	30.4
Total	138	100.0

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil bahwa responden mayoritas berpendidikan lulus SD sebanyak 65 orang (47,1%), sedangkan responden paling sedikit tidak sekolah sebanyak 31 orang (22,5%).

Tabel 3.

Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan (N=138)

Pekerjaan	Frekuensi	Persen (%)
Tidak Bekerja	59	42.8
Buruh	46	33.3
Swasta	33	23.9
Total	138	100,0

Berdasarkan tabel 3 di atas dapat dilihat bahwa mayoritas responden sudah tidak bekerja yaitu sebanyak 59 responden (42,8%), sedangkan responden yang masih bekerja swasta sebanyak 33 responden (23,9%).

Tabel 4.
Distribusi Frekuensi Tingkat Depresi Lansia (N=138) pre intervensi

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persen (%)
Tidak Depresi	10	7.2
Depresi Ringan	60	43.5
Depresi Sedang	35	25.4
Depresi Berat	33	23.9
Total	138	100,0

Tabel 4 di atas dapat dilihat bahwa paling banyak responden mengalami depresi ringan yaitu sebanyak 60 responden (43,5%), sedangkan yang mengalami depresi berat sebanyak 33 responden (23,9%).

PEMBAHASAN

Responden penelitian berusia mulai 51 tahun sampai 90 tahun, mayoritas berusia 61-70 tahun sebanyak 84 orang (60,9%) dan paling sedikit berusia 81-90 tahun sebanyak 4 orang (2,9%). Usia 51-60 tahun sebanyak 12 orang (8,7%) dan usia 71-80 tahun sebanyak 38 orang (27,5%). Depresi lebih sering muncul pada usia remaja, sekitar usia 20 tahun atau 30 tahun, namun depresi tetap dapat terjadi di semua usia. Jenis kelamin perempuan lebih banyak didiagnosis depresi dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki, tapi mungkin juga ini karena biasanya penderita perempuan lebih sering mencari bantuan dan pengobatan, dibandingkan penderita laki-laki.

Distribusi umur responden menunjukkan sebagian besar responden merupakan lanjut usia dalam kategori *elderly*. Dalam usia tersebut, lanjut usia mulai mengalami krisis dalam kehidupannya. Penelitian Sari (2012), didapatkan hasil bahwa lanjut usia yang mengalami depresi paling tinggi pada kelompok usia 60-74 tahun. Usia merupakan salah satu faktor resiko depresi dan gangguan kesehatan jiwa lainnya. Semakin bertambahnya usia seseorang, maka resiko terjadinya depresi juga akan meningkat dua kali lipat (Motjabai, 2014). Hal ini disebabkan karena pada usia tersebut terjadi banyak perubahan pada diri seseorang meliputi perubahan secara fisik, psikologis, ekonomi, sosial dan spiritual.

Responden mayoritas berpendidikan lulus SD sebanyak 65 orang (47,1%), sedangkan responden paling sedikit tidak sekolah sebanyak 31 orang (22,5%). Selebihnya, sebanyak 42 orang (30,4%) responden lulus SMP. Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan kemampuan seorang dalam merespon terhadap stimulus yang datang termasuk tentang kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2011) bahwa tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Presentase penduduk dengan tingkat pendidikan SMA ke atas memiliki status kesehatan yang lebih baik apabila dibandingkan dengan penduduk dengan tingkat pendidikan di bawah SMA. Dapat disimpulkan bahwa, semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin baik status kesehatannya. Sebaliknya makin rendah tingkat pendidikan seseorang maka makin buruk status kesehatannya.

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 (Steward, 2010). Dari sejumlah 138 responden, hanya ada 42 orang saja yang lulus SMP. Hal ini sangat mempengaruhi kemampuan lansia menerima dan menyerap informasi, sehingga pengetahuan yang dimiliki juga tidak bisa luas.

Mayoritas responden sudah tidak bekerja yaitu sebanyak 59 responden (42,8%), sedangkan responden yang masih bekerja swasta sebanyak 33 reponden (23,9%). Sebanyak 46 orang (33,3%) responden bekerja sebagai buruh. Menurut Hurlock dalam Gudawati (2012) bahwa pekerjaan bisa mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menghadapi masalah yang terjadi ketika dia masih bekerja. Orang yang bekerja akan

memiliki kemampuan dan pengalaman dalam menghadapi masalah, dia akan memiliki dan menggunakan mekanisme koping ketika menghadapi masalah. Tetapi ketika tidak bekerja, maka masalah yang dihadapi cenderung lebih sederhana dan pengalaman serta kemampuan yang dimiliki dalam menghadapi masalah tersebut juga sederhana. Ketika dihadapkan pada masalah yang kompleks dan sulit dia akan mengalami tekanan berlebih yang menimbulkan ketidaknyamanan dan kecemasan.

Responden bekerja yang dimaksud dalam penelitian ini adalah melakukan sesuatu yang dapat menghasilkan uang untuk keperluan pasien. Ini menunjukkan bahwa lansia yang tidak bekerja cenderung akan kehilangan sumber finansial sehingga memiliki penghasilan yang lebih rendah. Menurut Djernes (2009), depresi cenderung lebih sering ditemukan pada lansia dengan penghasilan yang rendah, karena lansia tersebut akan mengalami permasalahan khususnya dalam hal ekonomi yang dapat menambah beban pikirannya. Tidak ada yang bias diharapkan, anak tidak membantu keuangan lansia, pekerjaan yang menghasilkan uang juga tidak memiliki.

Kondisi depresi lansia paling banyak adalah depresi ringan, yaitu sebanyak 60 responden (43,5%) dan hanya 10 responden (7,2%) saja yang tidak mengalami depresi. Depresi sedang 35 responden (25,4%) dan depresi berat 33 responden (23,9%). Hal ini menunjukkan betapa tingginya angka depresi yang dialami oleh responden, bahkan oleh lanjut usia yang seharusnya sudah bisa menikmati masa tuanya dengan kehidupannya yang layak dengan bahagia. Seiring bertambahnya usia, maka akan terjadi peningkatan morbiditas, penurunan status fungsional, serta adanya paparan berbagai faktor risiko dan pengalaman hidup yang dapat mempengaruhi kejiwaan lansia, sehingga berisiko menempatkan lansia dalam keadaan depresi.

Hasil penelitian terbaru menunjukkan bahwa depresi dapat mempercepat penuaan otak, yang menyebabkan penurunan fungsi memori dan perkembangan Alzheimer. Sebuah studi yang diterbitkan dalam *The Lancet Psychiatry* menemukan bahwa masa depresi dan kecemasan yang dialami pada awal dan pertengahan masa dewasa terkait dengan kehilangan memori pada usia 50 tahun. Studi ini menganalisis data dari *National Child Development Study* di Inggris yang melibatkan lebih dari 18.000 orang dari lahir sampai usia 50 tahun. Satu episode depresi atau kecemasan memiliki efek yang dapat diabaikan pada memori, dua atau tiga episode antara usia 20 dan 49 tahun meramalkan penurunan fungsi memori yang stabil. Temuan ini menyoroti pentingnya manajemen depresi yang efektif untuk mencegah perkembangan masalah kesehatan mental berulang dengan hasil negatif jangka panjang. (Agustina, 2019)

Depresi adalah gangguan perasaan atau suasana hati (*mood*) yang menyebabkan perasaan sedih yang terus-menerus dan tidak kunjung menghilang. Dapat membuat seseorang kehilangan minat dengan hal-hal yang disukai, kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari yang normal, dan terkadang merasa hidup tidak layak untuk dijalani. Depresi terjadi ketika ada perasaan tertekan yang membuat individu merasa sedih selama berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan dan berlarut-larut. Depresi adalah suatu gangguan mental yang nyata dengan gejala yang nyata. Berbeda dengan kesedihan, depresi adalah suatu keadaan yang lebih dari hanya sekedar rasa sedih yang dapat menghilang dalam beberapa hari dan tidak dapat hanya dengan kata-kata penyemangat saja serta dapat mengganggu kehidupan sehari-hari individu. Penderita bahkan tidak sadar sedang mengalami depresi. Oleh karenanya, kepekaan orang-orang sekitar, penanganan yang tepat, dan dukungan dari orang-orang terdekat dapat membantu penderita menghadapi depresi yang dialami. Perlu penatalaksanaan yang serius dan intensif untuk para penderita depresi.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Karakteristik responden menurut usia terbanyak adalah usia 61-70 tahun (60,9%), pendidikan terbanyak lulus SD (47,1%) dan sebagian besar lansia tidak bekerja (42,8%), tingkat depresi sebagian besar responden mengalami depresi ringan (43,5%).

Saran

Pelaksanaan terapi spesialis keperawatan jiwa pada semua area keperawatan (sehat, risiko dan gangguan jiwa), perlu lebih diintensifkan lagi dan disebarluaskan agar masyarakat bisa merasakan manfaat dari keberadaan para perawat spesialis jiwa. Hasil penelitian ini bisa dijadikan data dasar bagi peneliti dan penelitian selanjutnya. Bisa dikembangkan beberapa metode dan jenis penelitian tentang *theraphy life review*. Institusi pendidikan diharapkan tetap memberikan dukungan dan kesempatan lebih banyak kepada para peneliti dalam rangka penerapan kemampuan spesialisasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Selama proses penelitian, penulis tidak lepas mendapatkan petunjuk dan bimbingan dari berbagai pihak yang sangat membantu. Maka pada kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang beserta jajarannya, atas motivasi dukungan dan kesempatan yang diberikan kepada peneliti.
2. Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Islam Sultan Agung Semarang beserta tim, atas motivasi dukungan dan kesempatan yang diberikan kepada peneliti.
3. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan jajarannya.
4. Seluruh Rekan Dosen dan Karyawan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Seluruh keluarga terutama orang tua, suami dan anak-anak tercinta, yang telah memberikan motivasi dan dukungan selama proses berlangsung.
6. Semua pihak yang terlibat yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

KEPUSTAKAAN

- Agustina, V. (2019). Depresi dapat Mempercepat Penuaan Otak. Hasil Penelitian Psikologi. University Sussex
- Blazer, D. G., (2013). Depression In Late Life : Review And Commentary. The Journal of Gerontology;
- Djernes, J.K. (2009). Prevalence and Predictors of Depression in Population of Elderly. Acta Psychiatric Scand,
- Hsieh, C. J., Chang, C., Su, S. F., Shiao, Y. L., Shih, Y. W., Han, W. H., Lin, C.C., (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. Journal of Experimental and Clinical Medicine.
- Copel, L.C. 2007. Kesehatan Jiwa dan Psikiatri : Pedoman Klinis Perawat. Jakarta : EGC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2018) Riset kesehatan dasar (RISKESDAS)
- Dermawan.D. (2013). Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Pustaka Baru
- Gudawati, L. (2011). Perbedaan Tingkat Insomnia Lansia Sebelum dan Sesudah Senam Yoga di Posyandu Lansia Desa Blulukan, Kecamatan Colomadu, Kabupaten Karanganyar. Jurnal Kesehatan Vol.1 No.1 hal 86
- Hunter, S. (2016). Nursing For Wellness In Older Adults Theory And Practice. North Ryde, N.S.W : Lipincott Williams & Wilkins.
- Keliat, B.A dkk (2011). Manajemen Keperawatan Psikososial dan Kader Kesehatan CMHN (Intermediate course). Jakarta : EGC.
- Lestari, D.R., Hamid,A.Y.,Wardani, I.Y. (2012). Pengaruh Terapi Telaah Pengalaman Hidup Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Martapura Dan Banjarbaru Kalimantan Selatan Tahun 2012. Tesis. Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- McCann, J.A. et all. (2004). *Elder Care Strategies Expert Care Plans For Older Adults*. Philadelphia : Lipincott Williams & Wilkins. Tahun 2018. Jakarta : Depkes R.I
- Motjabai dkk. (2014). *Long Term Effect of Mental Disorders on Employment in the National Comorbidity Survey*. Washington DC. Johns Hopkins medicine
- NIMH. (2018). *Depression*. National Institute of Mental Health
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sari, K. (2012). *Gambaran Tingkat Depresi pada Lanjut Usia (Lansia) di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur*. FK UI.
- Stewart, D.E. (2010). *Depression, Estrogen, and The Women's Health Initiative*. The Academy of Psychosomatic Medicine.
- Townsend, M.C., Morgan, K.I. (2017). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of care in Evidance-based Practice*. (9th edition). Philadelphia :F.A Davis Company.
- Videbeck, S.L. (2014). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (6th edition). Philadhelpia: Wolters Kluwer Healt. Lippincott Williams & Wilkins.
- WHO. (2017). *Depression*. World Health Organization.
- Yusuf, A., Fitriyasari, R., Nihayati, H.E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Penerbit Salemba Medika.