

## Perbedaan Tingkat Depresi dan Kecemasan pada Lansia dengan Penyakit Fisik di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan: Studi Komparatif Cross-sectional

Hana Isnaini Al Husna<sup>\*1</sup>, Atik Suharni<sup>2</sup>, Astarina Wisnu Adi Nugraheni<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup> Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia, Indonesia

<sup>3</sup>Unit Bioetika, Humaniora dan Perilaku Profesional, Universitas Diponegoro, Indonesia

Email: <sup>1</sup>hana@uui.ac.id

### Abstrak

Lansia merupakan kelompok yang rentan terhadap masalah kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan. Hal tersebut dipengaruhi oleh lingkungan tempat tinggal. Penelitian ini bertujuan menganalisis tingkat depresi dan kecemasan dengan penyakit fisik pada lansia di wilayah perkotaan dan pedesaan. Desain penelitian menggunakan pendekatan komparatif *cross-sectional* dengan 50 responden (30 pedesaan, 20 perkotaan). Instrumen yang digunakan adalah *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) dan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRSA), dengan analisis data menggunakan uji *Mann-Whitney*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat depresi lansia di perkotaan dan pedesaan berbeda secara signifikan ( $p=0,000$ ), sedangkan tingkat kecemasan di kedua wilayah tersebut tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ( $p=0,058$ ). Jenis penyakit fisik menunjukkan hasil berbeda di kedua wilayah tersebut, dengan hipertensi banyak di pedesaan (60%) dan perkotaan lebih banyak penyakit yang berhubungan dengan pernafasan (10%). Hasil temuan ini menunjukkan bahwa layanan kesehatan untuk lansia perlu disesuaikan dengan kondisi fisik dan psikologis di wilayah kota maupun desa. Hal ini menekankan pentingnya upaya pencegahan serta kebijakan kesehatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing wilayah yaitu perkotaan dan pedesaan.

**Kata kunci:** lansia, penyakit fisik, depresi, kecemasan, perkotaan, pedesaan.

### Abstract

*Older adults are a group that is vulnerable to mental health problems such as depression and anxiety. The living environment influences this. This study aims to analyze the level of depression and anxiety with physical illness in older adults in urban and rural areas. The research design used a cross-sectional comparative approach with 50 respondents (30 rural, 20 urban). The instruments used were the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) and the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA), and data analysis was performed using the Mann-Whitney test. The results showed that the rates of depression of older adults in urban and rural areas differed significantly ( $p=0.000$ ). In contrast, anxiety levels in the two regions did not differ significantly ( $p=0.058$ ). The types of physical diseases showed different outcomes in the two regions, with hypertension being prevalent in rural (60%) and urban areas, with more respiratory-related diseases (10%). These findings show that health services for older adults need to be tailored to the physical and psychological conditions in urban and rural areas. This emphasizes the importance of prevention efforts and health policies that can be adjusted to the needs of each region, namely, urban and rural.*

**Keywords:** older adults, depression, anxiety, physical illness, urban, rural.

## 1. PENDAHULUAN

Penuaan adalah proses biologis yang dapat menyebabkan perubahan terhadap fisik dan psikologis seseorang. Proses perubahan tersebut dapat menyebabkan munculnya penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, serta gangguan metabolismik. Adanya penyakit kronis pada lansia tersebut terbukti ada kaitanya dengan meningkatnya gangguan psikologis, seperti depresi dan kecemasan (Handajani et al., 2022). Sebagaimana data yang menunjukkan adanya peningkatan jumlah lansia di dunia dengan usia 60 tahun ke atas atau lebih pada tahun 2023 yang mencapai 1,1 miliar.

Peningkatan jumlah lansia ini akan memberikan dampak terhadap kondisi kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan serta penyakit fisik seperti nyeri kronis, penurunan mobilitas, kerentanan demensia dan masalah kesehatan lainnya (WHO, 2025).

Selain kondisi fisik, adanya faktor sosial dan lingkungan juga berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis lansia. Studi terbaru menunjukkan bahwa perbedaan karakteristik wilayah geografis, seperti akses layanan kesehatan, dukungan sosial, dan kondisi lingkungan fisik, dapat berdampak signifikan terhadap tingkat stres, depresi, maupun kecemasan pada lansia (Suwartika et al., 2024; Ernawati, 2025). Lansia di wilayah perkotaan cenderung menghadapi tekanan psikososial akibat perubahan sosial-kultural yang cepat, sementara lansia di pedesaan sering berhadapan dengan keterbatasan ekonomi dan terbatasnya fasilitas kesehatan (Rakasiwi & Kautsar, 2021). Penelitian lain menemukan bahwa lansia di daerah perkotaan kurang aktifitas sehingga dapat menyebabkan penurunan kemampuan fungsional dan performa fisik yang akan mengarah ke *sedentary lifestyle* yang akan berdampak pada kesehatan lansia (Nurwita et al., 2019). Tentu saja *sedentary lifestyle* jika dibiarkan terus menerus akan berakibat pada gangguan kesehatan diantaranya penyakit jantung, stroke, dan diabetes miletus tipe 2.

Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa penyakit kronis memiliki keterikatan dengan gangguan psikologis pada lansia (Sovianti et al., 2025). Kemudian, pada penelitian terdahulu juga ditemukan hubungan dua arah antara depresi dan penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi (Herrera et al., 2021). Studi lain melaporkan bahwa lansia di wilayah perkotaan justru menunjukkan tingkat stres yang lebih tinggi dibandingkan lansia yang tinggal di wilayah pedesaan (Suwartika et al., 2024). Sebagian besar penelitian tersebut masih berfokus pada prevalensi penyakit fisik atau faktor sosial-ekonomi secara umum. Belum banyak yang secara eksplisit menyatakan ketiga komponen yaitu lansia dengan penyakit fisik, serta wilayah tempat tinggal. Kemudian dikaitkan dengan kondisi psikologis lansia berdasarkan perbedaan wilayah perkotaan dan pedesaan pada kelompok yang sama-sama memiliki penyakit fisik. Diperlukan kajian komparatif yang mengidentifikasi perbedaan gejala psikologis, khususnya depresi dan kecemasan pada lansia dengan penyakit fisik di wilayah perkotaan dan pedesaan.

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan tingkat depresi dan kecemasan pada lansia dengan penyakit fisik di wilayah perkotaan dan pedesaan. Analisis komparatif juga didasarkan pada hipotesis bahwa kondisi psikologis lansia dengan penyakit fisik menunjukkan perbedaan menurut wilayah tempat tinggal. Secara khusus, penelitian ini memiliki dugaan bahwa lansia yang tinggal di perkotaan dan pedesaan memiliki tingkat depresi yang berbeda, serta terdapat perbedaan tingkat kecemasan di antara kedua kelompok tersebut. Dengan demikian, penelitian ini menguji apakah variasi lingkungan geografis berkontribusi pada perbedaan gejala depresi dan kecemasan pada lansia dengan penyakit fisik.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain komparatif *non-eksperimental* dengan pendekatan *cross-sectional* untuk membandingkan permasalahan psikologis terkait penyakit fisik pada lansia yang tinggal di wilayah perkotaan dan pedesaan. Lokasi penelitian ditetapkan di Puskesmas Depok II sebagai perwakilan daerah perkotaan dan Puskesmas Cangkringan yang menggambarkan daerah pedesaan. Persetujuan lolos kaji etik dengan nomor : 2/Ka.Kom .Et/7 o/KE/v /2021 tertanggal 21 Mei 2021, dilaksanakan pengambilan data pada bulan Agustus 2021.

Populasi penelitian adalah seluruh lansia berusia  $\geq 60$  tahun yang mengikuti program Prolanis di kedua puskesmas dengan riwayat penyakit fisik seperti hipertensi, diabetes mellitus, reumatoid artritis, gangguan penglihatan, atau gangguan pendengaran. Sampel dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Karakteristik responden meliputi: umur, jenis kelamin, status menikah, status tinggal, pendidikan terakhir, pekerjaan dan agama. Fokus dalam penelitian ini adalah pembahasan perbandingan karakteristik demografis lansia dengan penyakit fisik di daerah perkotaan dan pedesaan.

Kriteria inklusi, antara lain: mampu berkomunikasi, tidak mengalami gangguan kognitif berat, serta bersedia menjadi responden melalui *informed consent*. Kriteria eksklusi meliputi penggunaan obat antidepressan, menjalani psikoterapi, atau memiliki gangguan jiwa berat. Sebanyak 30 responden dari pedesaan dan 20 responden dari perkotaan, sehingga total sampel adalah 50 orang.

Instrumen penelitian meliputi kuesioner data demografis, catatan rekam medis, *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD), dan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRSA). Kedua instrumen ini

telah terbukti valid dan reliabel digunakan di Indonesia, sehingga tidak diperlukan uji reliabilitas dan validitas pada instrumen HRSD dan HRSA. Data dikumpulkan melalui wawancara langsung oleh peneliti, kemudian dilakukan proses editing, coding, dan tabulating. Analisis data dilakukan dengan uji *Mann-Whitney* karena distribusi data tidak normal. Uji ini digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi dan kecemasan lansia di wilayah perkotaan dan pedesaan. Selain itu, dilakukan analisis tambahan menggunakan uji *Chi-Square* untuk menguji hubungan antara variabel kendali (usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan) dengan gejala psikologis yang dialami responden.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Telah dilakukan penelitian komparatif untuk mengetahui perbandingan permasalahan psikologis pada lansia yang berpenyakit fisik di puskesmas daerah perkotaan dan pedesaan. Penelitian ini merupakan penelitian *non-eksperimental* dengan menggunakan rancangan penelitian potong lintang (*cross sectional*). Penelitian dilakukan di Puskesmas Depok II sebagai perwakilan daerah perkotaan dan Puskesmas Cangkringan sebagai perwakilan daerah pedesaan. Fokus pada penelitian ini adalah untuk membandingkan permasalahan psikologis yang dirasakan oleh lanjut usia dengan berpenyakit fisik di daerah perkotaan dan pedesaan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) dan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRSA). Kedua instrumen tersebut merupakan instrumen standar internasional untuk mengukur gejala depresi dan kecemasan. Kedua instrumen ini telah terbukti memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi dalam berbagai penelitian, sehingga pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas ulang.

Penelitian terdahulu yang menggunakan metode yang sama menjadi dasar bahwa tidak dibutuhkan uji validitas dan reliabilitas ulang. Penelitian tersebut menemukan bahwa depresi dan kecemasan cenderung lebih sering muncul pada pasien hipertensi (Kaya & Demir, 2024). Penelitian yang lain menggunakan metode yang sama bahwa lansia dengan hipertensi rentan mengalami gangguan psikologis, khususnya kecemasan dan depresi, yang sering kali tidak terdeteksi terutama di daerah pedesaan dengan akses terbatas terhadap layanan kesehatan jiwa seperti di Lengkongsari, Magelang (Khairunnisa et al., 2025).

#### 3.1. Karakteristik Responden

Pada Tabel 2, terdapat karakteristik responden berupa data tentang umur, yang akan terbagi menjadi 3 kelompok, yaitu umur 60-74 tahun, 75-90 tahun dan >90 tahun. Tersaji pula jenis kelamin responden (perempuan/laki-laki), status menikah (kawin/ Janda/duda), status tinggal (sendiri/bersama keluarga), pendidikan terakhir (tidak sekolah/SD/SLTP/SMU/Diploma/Perguruan Tinggi), pekerjaan dan agama.

Tabel 1 Perbandingan Karakteristik Demografi Responden di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan (n=50)

| Karakteristik              | Perkotaan (n=20) |       | Pedesaan (n=30) |      |
|----------------------------|------------------|-------|-----------------|------|
|                            | Frekuensi        | %     | Frekuensi       | %    |
| <b>Umur</b>                |                  |       |                 |      |
| 60-74 tahun                | 15               | 84,72 | 17              | 80,0 |
| 75-90 tahun                | 5                | 15,28 | 9               | 17,1 |
| >90 tahun                  | 0                | 0     | 4               | 2,9  |
| <b>Jenis Kelamin</b>       |                  |       |                 |      |
| Perempuan                  | 14               | 62,5  | 20              | 42,9 |
| Laki-laki                  | 6                | 37,5  | 10              | 57,1 |
| <b>Status Menikah</b>      |                  |       |                 |      |
| Kawin                      | 9                | 68,6  | 23              | 68,6 |
| Janda/duda                 | 11               | 31,4  | 7               | 31,4 |
| <b>Status Tinggal</b>      |                  |       |                 |      |
| Sendiri                    | 0                | 16,7  | 10              | 11,4 |
| Keluarga                   | 20               | 83,3  | 20              | 88,6 |
| <b>Pendidikan Terakhir</b> |                  |       |                 |      |

|                  |           |            |           |            |
|------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| Tidak Sekolah    | 0         | 13,9       | 8         | 22,9       |
| SD               | 0         | 12,5       | 6         | 34,3       |
| SLTP             | 2         | 9,7        | 7         | 24,3       |
| SMA              | 3         | 36,1       | 9         | 12,9       |
| Diploma          | 8         | 11,1       | 0         | 2,9        |
| Perguruan Tinggi | 7         | 16,7       | 0         | 2,9        |
| <b>Pekerjaan</b> |           |            |           |            |
| Pensiunan        | 15        | 63,9       | 5         | 38,6       |
| Petani           | 0         | 0          | 18        | 25,7       |
| Pedagang         | 3         | 12,5       | 7         | 2,9        |
| Tidak bekerja    | 2         | 23,6       | 0         | 0          |
| <b>Agama</b>     |           |            |           |            |
| Islam            | 15        | 83,3       | 28        | 94,3       |
| Kristen          | 2         | 8,3        | 2         | 2,9        |
| Katholik         | 3         | 8,3        | 0         | 0          |
| Budha            | 0         | 0          | 0         | 0          |
| Hindu            | 0         | 0          | 0         | 0          |
| <b>Jumlah</b>    | <b>20</b> | <b>100</b> | <b>30</b> | <b>100</b> |

Sumber: *Data Primer, 2021*

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa mayoritas lansia di wilayah perkotaan maupun pedesaan berada pada kelompok usia 60–74 tahun. Dari data tersebut ada yang menarik, yaitu pada kelompok pedesaan terdapat responden berusia lebih dari 90 tahun (2,9%). Hal tersebut dapat menggambarkan bahwa sebagian lansia di pedesaan memiliki kemampuan bertahan hidup yang cukup baik. Lansia di pedesaan dengan pola hidup yang sederhana dan ikatan kekeluargaan yang erat sering dikaitkan dengan penyebab usia panjang.

Dari segi jenis kelamin, lansia perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, terutama di wilayah perkotaan (62,5%). Temuan ini sejalan dengan Carmel, 2019 yang menunjukkan bahwa perempuan memiliki angka harapan hidup lebih tinggi sehingga lebih banyak ditemukan pada kelompok lanjut usia.

Tingkat pendidikan menunjukkan perbedaan jelas antara wilayah, di mana lansia di perkotaan cenderung memiliki pendidikan lebih tinggi dibandingkan pedesaan. Penelitian sebelumnya Muhandis et al. (2025) meneliti bahwa kejadian depresi pada lansia wanita dengan pendidikan rendah berkaitan dengan usia, disabilitas fisik, dan status fungsional (IADL). Lansia dengan pendidikan rendah cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, termasuk dalam hal kepuasan terhadap kesehatan, kondisi fisik, kondisi psikologis, dan lingkungan sekitarnya. Dari semua faktor, depresi merupakan yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup. Lansia yang mengalami depresi memiliki risiko lebih tinggi untuk memiliki kualitas hidup yang buruk di semua aspek tersebut (Elsiandi et al., 2024).

Meskipun pendidikan bukan prediktor langsung terhadap penyakit psikologis yaitu depresi atau kecemasan, namun tingkat pendidikan rendah dapat memengaruhi pemahaman instruksi medis dan kemampuan mengelola penyakit kronis, yang pada akhirnya dapat berdampak pada kondisi psikologis lansia di pedesaan.

Pada aspek status tinggal, sebagian besar lansia di kedua wilayah masih tinggal bersama keluarga (83,3% di perkotaan dan 88,6% di pedesaan). Tinggal bersama keluarga dapat menjadi faktor pelindung penting karena menyediakan dukungan emosional dan sosial yang berdampak positif pada kesehatan mental. Hal ini relevan karena dukungan keluarga telah terbukti menurunkan risiko depresi pada lansia, khususnya di wilayah dengan budaya kekeluargaan yang kuat seperti Yogyakarta. Penelitian terdahulu yang dilakukan pada lansia di panti jompo menemukan bahwa dukungan sosial berkontribusi besar terhadap peningkatan kesejahteraan psikologis lansia (Mutiara & Ibnu, 2025).

Secara keseluruhan, karakteristik responden menunjukkan variasi dalam usia, pendidikan, dan pekerjaan, dll. Dengan adanya mayoritas lansia tinggal bersama anggota keluarga, sehingga mereka memiliki kesempatan untuk berinteraksi dalam lingkungan keluarga. Memiliki jaringan sosial yang kuat dan dukungan dari orang-orang sekitar biasanya membantu lansia menjaga kesehatan dan kualitas hidup

yang baik. Penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan di pedesaan di mana dukungan sosial berhubungan dengan kualitas hidup mereka (Nofalia, 2019).

### 3.2. Jenis Penyakit Fisik pada Lansia di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan

Berdasarkan jenis penyakit yang muncul di daerah pedesaan dan perkotaan dapat terlihat dalam tabel 2.

Tabel 2 Distribusi Jenis Penyakit pada Responden Berdasarkan Wilayah Perkotaan dan Pedesaan

| Permasalahan/ penyakit | Perkotaan |    | Pedesaan |    |
|------------------------|-----------|----|----------|----|
|                        | n= 20     |    | n= 30    |    |
|                        | n         | %  | n        | %  |
| Hipertensi             | 10        | 50 | 18       | 60 |
| Diabetes Mellitus      | 6         | 30 | 9        | 30 |
| Reumatis/ Tulang       | 3         | 15 | 3        | 10 |
| Pernafasan             | 2         | 10 | 0        | 0  |
| Lain-Lain              | 0         | 0  | 0        | 0  |

Sumber: *Data Primer, 2021*

Dari tabel 2 diatas terlihat bahwa prevalensi penyakit hipertensi lebih banyak dialami responden di pedesaan (60%) dibandingkan perkotaan. Hal ini selaras dengan temuan sebelumnya oleh Istiana & Yeni (2019) bahwa kejadian hipertensi lebih tinggi pada masyarakat pedesaan dibanding perkotaan. Pada penelitian ini mungkin berbeda dengan penelitian sebelumnya yang hasilnya menunjukkan bahwa hipertensi di perkotaan lebih prevalensinya lebih tinggi daripada di pedesaan (Ranzani et al., 2022). Hal ini tentunya banyak faktor yang mempengaruhinya. Beberapa faktor yang bisa dilihat dari penelitian ini adalah dominasi kelompok usia lanjut yang tinggal di pedesaan, terbatasnya akses layanan kesehatan sehingga pemeriksaan dan pengendalian tekanan darah kurang optimal, serta perubahan gaya hidup dan pola makan seiring modernisasi desa. Selain itu, rendahnya edukasi kesehatan dan paparan terhadap faktor lingkungan rumah tangga tertentu juga dapat berkontribusi terhadap tingginya angka hipertensi di pedesaan.

Untuk penyakit Diabetes Mellitus (DM), kedua wilayah menunjukkan prevalensi yang sama (30%), sehingga pada sampel ini diabetes tidak tampak dipengaruhi oleh perbedaan geografis. Temuan yang sama pada penelitian oleh Kurniawan et al. (2024) bahwa tidak ditemukan perbedaan antara kedua populasi pedesaan dan perkotaan dalam hubungan antara faktor risiko dan diabetes. Penyakit reumatis/tulang sedikit lebih banyak ditemukan pada responden di perkotaan (15%). Selain itu, penyakit pernapasan hanya muncul pada lansia di perkotaan (10%), kemungkinan karena paparan polusi udara yang lebih tinggi dibandingkan pedesaan. Adapun kategori penyakit lain-lain tidak muncul pada kedua wilayah.

### 3.3 Distribusi Tingkat Depresi dan Kecemasan

Distribusi tingkat depresi dan kecemasan pada lansia di wilayah perkotaan dan pedesaan ditampilkan pada Tabel 3.

Tabel 3 menunjukkan adanya perbedaan distribusi tingkat depresi antara lansia yang tinggal di wilayah perkotaan dan pedesaan. Pada kelompok perkotaan, sebagian besar responden mengalami depresi ringan (68,1%) dan depresi sedang (19,4%), sementara hanya 12,5% yang tidak mengalami depresi. Sebaliknya, lansia di pedesaan justru menunjukkan kondisi yang jauh lebih baik, dengan 71,4% tidak mengalami depresi, hanya 18,6% depresi ringan, dan 10% depresi sedang. Perbedaan pola ini mengindikasikan bahwa lansia di wilayah perkotaan memiliki kerentanan depresi lebih tinggi dibandingkan lansia di pedesaan. Temuan ini tidak sejalan dengan Liu et al. (2021) yang melaporkan

bahwa depresi lebih banyak terjadi pada lansia pedesaan di China. Perbedaan ini dapat muncul karena variasi sosial dan budaya antar negara.

Tabel 3 Distribusi Tingkat Depresi dan Kecemasan pada Lansia di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan.

| Karakteristik    | Perkotaan (n=20) |      | Pedesaan (n=30) |      |
|------------------|------------------|------|-----------------|------|
|                  | Frekuensi        | %    | Frekuensi       | %    |
| <b>Depresi</b>   |                  |      |                 |      |
| Tidak Depresi    | 3                | 12,5 | 18              | 71,4 |
| Ringan           | 13               | 68,1 | 4               | 18,6 |
| Sedang           | 4                | 19,4 | 3               | 10   |
| Berat            | 0                | 0    | 0               | 0    |
| Sangat berat     | 0                | 0    | 0               | 0    |
| <b>Kecemasan</b> |                  |      |                 |      |
| Ringan           | 15               | 76,4 | 19              | 88,6 |
| Sedang           | 5                | 23,6 | 11              | 11,4 |
| Berat            | 0                | 0    | 0               | 0    |
| Sangat berat     | 0                | 0    | 0               | 0    |
| Jumlah           | 20               | 100  | 30              | 100  |

Sumber: *Data Primer, 2021*

Pada konteks Indonesia, wilayah pedesaan memiliki dukungan sosial dan kekerabatan yang kuat, sebagaimana dijelaskan Daud & Siswanti (2023), yang menyatakan bahwa dukungan sosial berhubungan signifikan dengan tingkat kesepian dan kualitas hidup lansia. Literatur lain Purtle et al. (2019) juga menegaskan bahwa hubungan tempat tinggal dengan depresi sangat tergantung pada konteks sosial dan ekonomi negara, di mana negara maju menunjukkan risiko lebih tinggi pada lansia perkotaan, sedangkan negara berkembang memiliki pola yang tidak konsisten.

Berbeda dengan variabel depresi, pola kecemasan pada kedua wilayah cenderung serupa. Mayoritas lansia mengalami kecemasan ringan, yaitu 76,4% di perkotaan dan 88,6% di pedesaan, sedangkan kecemasan sedang ditemukan pada 23,6% lansia perkotaan dan 11,4% lansia pedesaan. Tidak ditemukan kecemasan berat pada kedua kelompok.

Penelitian Bian et al. (2024) juga menemukan bahwa pola kecemasan pada lansia urban dan rural cenderung tidak berbeda secara signifikan, sehingga tempat tinggal bukan faktor penentu utama. Kecemasan pada lansia lebih banyak berkaitan dengan kondisi fisik, persepsi terhadap penyakit, dan kekhawatiran personal, bukan semata faktor eksternal lingkungan. Oleh karena itu, perbedaan wilayah tidak sekuat pengaruhnya dibandingkan pada variabel depresi.

### Komponen Kecemasan Berdasarkan Wilayah

Dalam tabel 4 tersaji mengenai perbandingan distribusi komponen-komponen pada kuesioner kecemasan, sehingga akan terlihat komponen yang paling mendominasi/ banyak dialami oleh lansia di kedua tempat.

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar komponen kecemasan seperti kecemasan umum, ketegangan, gangguan tidur, dan gejala kardiovaskuler lebih tinggi pada lansia perkotaan. Namun, beberapa komponen di pedesaan seperti gejala otot sensori dan perasaan sedih juga memiliki persentase yang cukup tinggi. Perkotaan tampak memiliki skor lebih tinggi pada hampir semua jenis gejala, terutama ketegangan (86,1% vs 37,1%), gangguan tidur (94,4% vs 74,3%), dan gejala otonom (61,1% vs 18,6%). Sementara pedesaan hanya lebih tinggi pada beberapa gejala, misalnya respiratori dan gastrointestinal. Temuan ini menunjukkan bahwa lansia di perkotaan cenderung mengalami gejala kecemasan yang lebih beragam dan lebih intens, sedangkan lansia di pedesaan mengalami gejala fisik/respiratori sedikit lebih tinggi.

Tabel 4 Distribusi Komponen Kecemasan Berdasarkan Wilayah Perkotaan dan Pedesaan

| Karakteristik           | Perkotaan |      | Pedesaan  |      |
|-------------------------|-----------|------|-----------|------|
|                         | Frekuensi | %    | Frekuensi | %    |
| Kecemasan               | 18        | 94,4 | 24        | 88,6 |
| Ketegangan              | 13        | 86,1 | 12        | 37,1 |
| Ketakutan               | 7         | 48,6 | 9         | 27,1 |
| Gangguan tidur          | 15        | 94,4 | 23        | 74,3 |
| Kecerdasan              | 20        | 100  | 26        | 90   |
| Perasaan sedih          | 23        | 93,1 | 26        | 82,9 |
| Gejala somatik/ Otot    | 18        | 84,7 | 21        | 80   |
| Gejala otot sensori     | 14        | 93,1 | 22        | 85,7 |
| Gejala kardiovaskuler   | 13        | 76,4 | 26        | 45,7 |
| Gejala respiratori      | 9         | 52,8 | 24        | 44,3 |
| Gejala gastrointestinal | 11        | 31,9 | 13        | 18,6 |
| Gajela Urogenital       | 4         | 23,6 | 7         | 10   |
| Gejala otonom           | 12        | 61,1 | 4         | 18,6 |

Sumber: *Data Primer, 2021*

Fenomena ini dapat dikaitkan dengan temuan Mahadevan & Fan (2025) yang menjelaskan bahwa penduduk pedesaan, terutama dengan tingkat pendidikan lebih rendah, cenderung memiliki fungsi kognitif lebih rendah, sehingga lebih rentan mengalami gejala emosional seperti kecemasan dan perasaan sedih. Keterkaitan antara kognitif dengan gangguan psikologis pada lansia, dibuktikan dengan adanya penelitian yang terdahulu.

Penelitian Zhang et al. (2023) juga menunjukkan bahwa *mental fatigue* pada lansia berkaitan dengan persepsi penurunan kognitif, seperti mudah lupa dan sulit konsentrasi. Juga pada penelitian Voros et al. (2020) menyatakan gejala depresi dan gangguan fungsi berpikir (kognitif) sering terjadi pada orang tua, namun sering kali tidak disadari dan tidak ditangani. Hal ini mendukung temuan bahwa beberapa komponen kecemasan tetap tinggi di pedesaan meski secara keseluruhan kecemasan ringan lebih banyak terjadi di perkotaan

Di perkotaan, tingginya komponen kecemasan terkait faktor seperti: tekanan sosial, aktivitas harian padat, stres akibat kondisi lingkungan urban. Di pedesaan, dominannya gejala emosional tertentu lebih terkait: tingkat pendidikan rendah, status sosial ekonomi, kerentanan terhadap penurunan fungsi kognitif. Hal ini menunjukkan bahwa hubungan wilayah dan kecemasan bersifat kompleks, dipengaruhi faktor sosial, demografi, dan kondisi kesehatan lansia.

### 3.4. Uji Normalitas dan *Mann-Whitney*

Dari hasil uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* pada Tabel 5, terlihat bahwa sebagian besar variabel memiliki nilai signifikansi  $p < 0,05$ , baik pada kelompok perkotaan maupun pedesaan. Hal ini menunjukkan bahwa data tidak berdistribusi normal. Temuan ini juga konsisten dengan hasil uji *Shapiro-Wilk* yang menunjukkan pola serupa pada kedua kelompok. Dengan demikian, asumsi normalitas yang diperlukan untuk melakukan uji parametrik (seperti uji t) tidak terpenuhi.

Berdasarkan prinsip analisis statistik, ketika data tidak berdistribusi normal maka teknik non-parametrik harus digunakan karena tidak mensyaratkan normalitas. Oleh karena itu, uji t tidak dapat diaplikasikan dan dipilih alternatifnya, yaitu uji *Mann-Whitney*, sebagaimana direkomendasikan dalam analisis statistik untuk data dua kelompok independen dengan distribusi non-normal (Pett, 2022).

Uji *Mann-Whitney* digunakan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan tingkat depresi dan kecemasan antara dua kelompok independen, yaitu lansia yang tinggal di wilayah perkotaan dan pedesaan. Hasil analisis menggunakan uji *Mann-Whitney* mengenai perbandingan kedua kelompok disajikan dalam Tabel 6.

Tabel 5 Hasil Uji Normalitas Data Depresi dan Kecemasan pada Lansia Perkotaan dan Pedesaan

|                       | Wilayah Tinggal | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |    |      | Shapiro-Wilk |    |      |
|-----------------------|-----------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
|                       |                 | Statistic                       | df | Sig. | Statistic    | Df | Sig. |
| Klasifikasi Depresi   | Perkotaan       | .115                            | 72 | .019 | .964         | 72 | .038 |
|                       | Pedesaan        | .134                            | 70 | .003 | .956         | 70 | .015 |
| Klasifikasi kecemasan | Perkotaan       | .093                            | 72 | .119 | .977         | 72 | .208 |
|                       | Pedesaan        | .218                            | 70 | .000 | .887         | 70 | .000 |

Sumber: *Analisis Data Primer, 2021*

Tabel 6 Hasil Uji *Mann-Whitney* terhadap Tingkat Depresi dan Kecemasan Lansia di Perkotaan dan Pedesaan (n = 50)

|                        | Klasifikasi Depresi | Klasifikasi kecemasan |
|------------------------|---------------------|-----------------------|
| Mann-Whitney U         | 1219.500            | 2213.000              |
| Wilcoxon W             | 3704.500            | 4698.000              |
| Z                      | -5.807              | -1.899                |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000                | .058                  |

Sumber: *Analisis Data Primer, 2021*

Dengan uji *Mann-Whitney*, diperoleh angka *significancy* 0,000 untuk gejala psikologis depresi dan 0,058 untuk gejala psikologis kecemasan, sehingga dengan berpedoman nilai  $p > 0,05$ , dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara tingkat depresi pada kelompok lansia dengan penyakit fisik yang tinggal di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan dan tidak ada perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan pada kelompok lansia dengan penyakit fisik yang tinggal di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variasi lingkungan geografis memberikan pengaruh berbeda pada kondisi psikologis lansia dengan penyakit fisik. Pada variabel kecemasan, tidak ditemukan perbedaan signifikan antara lansia yang tinggal di perkotaan dan pedesaan, sehingga hipotesis nol tetap diterima. Akan tetapi untuk gejala depresi, terdapat hasil yang berbeda yang bermakna antara kedua wilayah, sehingga hipotesis alternatif diterima. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa wilayah tempat tinggal lebih berkontribusi terhadap variasi gejala depresi dibandingkan kecemasan pada lansia dengan penyakit fisik.

Pada penelitian sebelumnya juga menemukan bahwa lansia dengan hipertensi rentan mengalami gangguan psikologis, khususnya kecemasan dan depresi bahkan sering kali tidak terdeteksi terutama di daerah pedesaan karena akses terbatas terhadap layanan kesehatan jiwa (Khairunnisa et al., 2025). Tingkat depresi pada lansia akan semakin meningkat dengan adanya penyakit fisik dan adanya nilai negatif terhadap lansia tersebut. Penyakit kronis yang kebanyakan menimbulkan deprese si salah satunya penyakit hipertensi (Herrera et al., 2021).

Penyakit fisik, termasuk hipertensi, diketahui dapat meningkatkan risiko depresi melalui mekanisme biologis dan psikososial (Herrera et al., 2021). Tingginya depresi pada lansia perkotaan dapat dipahami melalui beberapa faktor seperti kondisi sosial seperti kesepian, penurunan pendapatan, beban tanggungan keluarga (misal menanggung hidup cucu), dukungan sosial, serta struktur keluarga kecil yang membuat lansia tinggal sendiri dapat memperburuk risiko depresi (Daud & Siswanti, 2023). Fenomena seperti melemahnya hubungan kekerabatan, *generation gap*, dan keterbatasan keterlibatan dalam komunitas juga meningkatkan kerentanan terhadap depresi. Kondisi lansia di pedesaan lebih

banyak menunjukkan sikap “narimo ing pandum” yaitu sikap penerimaan diri terhadap apa yang ditakdirkan. Mereka memiliki dukungan sosial yang lebih kuat antar tetangga, sehingga meskipun memiliki penyakit fisik, mereka tetap terlibat dalam kegiatan komunitas dan tidak merasa kesepian atau terisolasi. Penelitian yang mendukung adalah lansia yang hidup di daerah pedesaan, mereka tidak merasa kesepian meski tinggal sendirian budaya hidup desa guyup rukun serta kuatnya dukungan sosial baik materi maupun non materi seperti teman berbagi cerita, bantuan materi sehingga terhindar dari kesepian (Amalia et al., 2025). Kondisi ini jelas berkontribusi pada tingkat depresi yang lebih rendah. Temuan ini sejalan dengan literatur bahwa faktor budaya, ikatan sosial, dan struktur keluarga berperan penting dalam membedakan kondisi psikologis lansia antar wilayah (Cheung & Mui, 2021).

Komponen kecemasan yang muncul pada lansia di kedua wilayah relatif serupa, meliputi gejala kognitif (mudah cemas, takut, iritabilitas, penurunan memori), fisik (gangguan penglihatan, pendengaran, kardiovaskular, respirasi), dan perilaku (Gooblar & Beaudreau, 2018). Sehingga penyakit fisik menjadi faktor dominan yang mengaburkan perbedaan geografis dalam kecemasan.

Hasil ini berbeda dengan penelitian pada populasi yang lebih muda, yang menunjukkan perbedaan kualitas hidup dan risiko gangguan psikologis antara wilayah kota dan desa (Szlenk-Czyczerska et al., 2021). Pada lansia, kecemasan cenderung lebih dipengaruhi oleh persepsi terhadap penyakit kronis dan proses penuaan itu sendiri (Miller, 2021). Kedua wilayah menunjukkan tingkat stres ringan dan tingkat kecemasan yang serupa, kemungkinan karena banyak lansia tinggal bersama keluarga besar, sehingga tidak merasa tersisih dan tetap memperoleh dukungan emosional. Selain itu, kedua wilayah memiliki puskesmas dengan layanan standar baik, termasuk program kesehatan lansia yang membantu meningkatkan kesejahteraan psikologis. Temuan ini sejalan dengan Commodari & Nuovo (2019) yang menyatakan bahwa faktor psikososial dan kondisi kehidupan sehari-hari lebih berpengaruh terhadap stres lansia dibandingkan variabel objektif lainnya.

Hasil uji Mann-Whitney menunjukkan adanya perbedaan signifikan pada tingkat depresi antara lansia perkotaan dan pedesaan. Lansia di wilayah perkotaan cenderung lebih banyak berada pada kategori depresi ringan hingga sedang, sedangkan sebagian besar lansia di pedesaan tidak mengalami depresi. Pola ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa lingkungan perkotaan sering dikaitkan dengan tekanan psikososial yang lebih tinggi, mobilitas sosial yang rendah, serta berkurangnya kualitas interaksi interpersonal yang dapat meningkatkan risiko depresi pada lansia (Daud & Siswanti, 2023; Amalia et al., 2025; Herrera et al., 2021; Cheung & Mui, 2021). Dukungan sosial yang lebih kuat dan keterikatan komunitas yang lebih tinggi di pedesaan dapat berperan sebagai pelindung terhadap munculnya gejala depresi.

Berbeda dengan depresi, variabel kecemasan tidak menunjukkan perbedaan signifikan antara kedua wilayah. Hasil ini mengindikasikan bahwa kecemasan pada lansia lebih banyak dipengaruhi oleh faktor biologis, kondisi fisik, serta keberadaan penyakit kronis, sehingga tidak terlalu bergantung pada kondisi geografis tempat tinggal. Hal ini didukung oleh penelitian Gooblar & Beaudreau (2018), Miller (2021), dan Zlenk-Czyczerska et al. (2022) yang menjelaskan bahwa perubahan fisiologis akibat proses penuaan, gangguan kesehatan, serta penggunaan obat-obatan dapat memicu gejala kecemasan secara serupa baik di wilayah urban maupun rural.

#### 4. KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik lansia di wilayah perkotaan dan pedesaan memiliki perbedaan yang cukup terutama dalam hal pendidikan, penyakit fisik. Kebanyakan lansia dengan usia rentang 60-70 kecuali di pedesaan bisa mencapai >90 yang menunjukkan pola hidup sederhana dan dukungan sosial yang kuat. Dilihat dari sisi pendidikan lansia perkotaan memiliki pendidikan lebih tinggi dibanding lansia pedesaan. Potensi yang ditimbulkan dari rendahnya pendidikan di pedesaan adalah rendahnya pemahaman kesehatan dan kualitas hidup, meskipun bukan prediktor langsung terhadap depresi dan kecemasan. Sebagian besar lansia di kedua wilayah tinggal bersama keluarga, yang berperan sebagai faktor pelindung penting terhadap masalah psikologis. Dukungan keluarga dan komunitas pedesaan yang kuat terbukti membantu menjaga kesejahteraan mental lansia. Pada aspek penyakit fisik, hipertensi lebih banyak terjadi di pedesaan, selaras dengan penelitian sebelumnya. Diabetes Mellitus memiliki prevalensi yang sama pada kedua wilayah, sedangkan penyakit pernapasan

lebih banyak muncul di perkotaan, kemungkinan karena paparan polusi. Temuan psikologis menunjukkan perbedaan mencolok pada variabel depresi. Lansia perkotaan memiliki tingkat depresi lebih tinggi, sedangkan sebagian besar lansia pedesaan tidak mengalami depresi. Kondisi ini dipengaruhi oleh dukungan sosial yang lemah di perkotaan, struktur keluarga kecil, kesepian, serta tekanan hidup urban. Sebaliknya, budaya pedesaan seperti guyub-rukun dan narimo ing pandum menjadi faktor protektif. Pada variabel kecemasan, kedua wilayah menunjukkan pola yang relatif sama: mayoritas mengalami kecemasan ringan. Hasil statistik juga menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan kecemasan antara wilayah, karena kecemasan lebih dipengaruhi penyakit fisik dan persepsi terhadap kesehatan daripada lingkungan geografis. Komponen gejala kecemasan seperti ketegangan, gangguan tidur, dan gejala otonom lebih banyak muncul pada lansia perkotaan, sedangkan pedesaan menunjukkan gejala emosional dan respiratori tertentu. Meski demikian, secara statistik perbedaannya tidak signifikan. Uji normalitas menunjukkan bahwa data tidak berdistribusi normal, sehingga analisis menggunakan uji non-parametrik Mann-Whitney. Hasilnya, terdapat perbedaan signifikan pada tingkat depresi antara lansia perkotaan dan pedesaan, namun tidak ditemukan perbedaan signifikan pada tingkat kecemasan. Secara keseluruhan, dapat disimpulkan bahwa wilayah tempat tinggal berkontribusi kuat terhadap variasi depresi pada lansia, namun tidak demikian terhadap kecemasan. Faktor budaya, kualitas hubungan sosial, dan kondisi lingkungan lebih berpengaruh pada depresi, sedangkan kecemasan lebih terkait dengan penyakit fisik dan persepsi kesehatan

## DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, A. D., Jayaputra, A., & Shamadiyah, N. (2025). Exploring loneliness in elderly Javanese and social support. *Front Sociol*, 10(1528886), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1528886>
- Bian, Z., Xu, R., Shang, B., Lv, F., Sun, W., Li, Q., Gong, Y., & Luo, C. (2024). Associations between anxiety, depression, and personal mastery in community-dwelling older adults: A network-based analysis. *BMC Psychiatry*, 24(192). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05644-z>
- Carmel, S. (2019). Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences Worldwide. *Frontiers in Medicine*, 2018. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218>
- Cheung, E. S. L., & Mui, A. C. (2021). Gender Variation and Late-life Depression: Findings from a National Survey in the USA. *Ageing International Journal*, 48(1), 263–280. <https://doi.org/10.1007/s12126-021-09471-5>
- Commodari, E., & Nuovo, S. D. (2019). Perception of stress in aging: The role of environmental variables and appraisal of the life experiences on psychological stress. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 34, 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2019.09.001>
- Daud, Muh., & Siswanti, D. N. (2023). Dampak Dukungan Sosial dan Kesepian Terhadap Kualitas Hidup: Studi pada Lansia di Kota Makassar. *Proceedings of National Seminar*. Seminar

- Nasional Hasil Penelitian 2023, Makasar.  
<https://ojs.unm.ac.id/semnaslemlit/article/view/54860/24649>
- Elsiandi, C. A., Turana, Y., Handajani, Y. S., & Barus, J. F. A. (2024). Depresi dan pendidikan rendah sebagai determinan utama kualitas hidup pada lansia. *Damianus Journal of Medicine*, 23(3), 226–231. <https://doi.org/10.25170/djm.v23i3.4822>
- Ernawati. (2025). Depresi Pada Lansia di Sasana Tresna Werdha dan Faktor Yang Berhubungan. *Jurnal Ners Lentera*, 13(2). <https://doi.org/10.33508/ners.v13i2.7681>
- Gooblar, J. S., & Beaudreau, S. A. (2018). Anxiety Disorders in Late Life. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.415>
- Handajani, Y. S., Schröder-Butterfill, E., Hogervorst, E., Turana, Y., & Hengky, A. (2022). Depression among Older Adults in Indonesia: Prevalence, Role of Chronic Conditions and Other Associated Factors. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 18, 1–10. <http://dx.doi.org/10.2174/17450179-v18-e2207010>
- Herrera, P. A., Romero, S.-C., Szabo, W., Martinez, P., Guajardo, V., & Rojas, G. (2021). Understanding the Relationship between Depression and Chronic Diseases Such as Diabetes and Hypertension: A Grounded Theory Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12130. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212130>
- Istiana, M., & Yeni. (2019). The Effect of Psychosocial Stress on the Incidence of Hypertension in Rural and Urban Communities. *JURNAL MKMI*, 15(4), 408–417.
- Kaya, T., & Demir, N. (2024). Evaluation of Patients Diagnosed with Essential Hypertension in Terms of Mental and Personality Disorders. *Alpha Psychiatry*, 25(1), 54–62. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231363>
- Khairunnisa, Q. A., Widyaningtyas, R., & Sari, S. P. (2025). Efektivitas Positive Self-Talk terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan dan Depresi pada Lansia dengan Hipertensi di Desa Gulon, Magelang. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Dan Riset Pendidikan*, 4(1), 4824–4830.

- Kurniawan, F., Sigit, F. S., Trompet, S., Yunir, E., Tarigan, T. J. E., Harbuwono, D. S., Soewondo, P., Tahapary, D. L., & Mutsert, R. de. (2024). Lifestyle and clinical risk factors in relation with the prevalence of diabetes in the Indonesian urban and rural populations: The 2018 Indonesian Basic Health Survey. *Prev Med Rep.*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102629>
- Liu, H., Fan, X., Luo, H., Zhou, Z., Shen, C., Hu, N., & Zhai, X. (2021). Comparison of Depressive Symptoms and Its Influencing Factors among the Elderly in Urban and Rural Areas: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *Int J Environ Res Public Health*, 18(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph18083886>
- Mahadevan, R., & Fan, S. (2025). Older age cognition in Indonesia: Differences in the moderating role of social capital. *BMC Public Health*, 25(690). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21871-9>
- Miller, C. A. (2021). *Nursing for Wellness in Older Adults* (9th edn). Wolters Kluwer Health.
- Muhandis, N. R., Turana, Y., Sasmita, P. K., & Budiyanti, E. (2025). Faktor-faktor yang memengaruhi kejadian depresi pada lansia wanita dengan pendidikan rendah berdasarkan Indonesian Family Life Survey 5. *Damianus Journal of Medicine*, 24(1), 69–77.  
<https://doi.org/10.25170/djm.v24i1.6022>
- Mutiara, N., & Ibnu, I. F. (2025). Dukungan Sosial Untuk Kesejahteraan Psikologis Lansia Sentra Gau Mabaji Kabupaten Gowa. *Hasanuddin Journal of Public Health*, 6(2), 184–192.  
<https://doi.org/10.30597/hjph.v6i2.44166>
- Nofalia, I. (2019). Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup lansia. *Jurnal Keperawatan*, 17(2). <http://digilib.itskesicme.ac.id/ojs/index.php/jip/article/download/792/547>
- Nurwita, E. P., Susanto, T., & Rasni, H. (2019). Hubungan sedentary lifestyle dengan fungsi kognitif lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. *JCOEMPH: Journal of Community Empowerment For Health*, 2(1), 102–109. <https://doi.org/10.22146/jcoemph.43624>
- Pett, M. A. (2022). *Nonparametric Statistics for Health Care Research: Statistics for Small Samples and Unusual Distributions*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781071878705>

- Purtle, J., Nelson, K. L., Yang, Y., Langellier, B., Stankov, I., & Roux, A. V. D. (2019). Urban–Rural Differences in Older Adult Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(4), 603–613.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.11.008>
- Rakasiwi, L. S., & Kautsar, A. (2021). Pengaruh Faktor Demografi dan Sosial Ekonomi terhadap Status Kesehatan Individu di Indonesia. *Kajian Ekonomi Dan Keuangan*, 5(2).  
<https://doi.org/10.31685/kek.v5i2.1008>
- Ranzani, O. T., Kalra, A., Girolamo, C. D., Curto, A., Valerio, F., Halonen, J. I., Basagaña, X., & Tonne, C. (2022). Urban-rural differences in hypertension prevalence in low-income and middle-income countries, 1990–2020: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 19(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004079>
- Sovianti, V., Nuraeni, A., & Juwariyah, S. (2025). Self Effycacy Lansia Yang Menderita Penyakit Kronis Terhadap Gejala Kecemasan Dan Depresi. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 13(1), 1–8.
- Suwartika, I. P. A., Sawitri, N. K. A., & Suindrayasa, I. M. (2024). Perbandingan Tingkat Stres Antara Lansia Yang Tinggal Di Daerah Wisata Perkotaan Dengan Daerah Wisata Pedesaan. *Community of Publishing in Nursing*, 12(5). <https://doi.org/10.24843/coping.2024.v12.i05.p15>
- Szlenk-Czyczerska, E., Guzek, M., Bielska, D. E., Ławnik, A., Polański, P., & Kurpas, D. (2021). Factors Differentiating Rural and Urban Population in Determining Anxiety and Depression in Patients with Chronic Cardiovascular Disease: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3231.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18063231>
- Voros, V., Fekete, S., Tenyi, T., Rihmer, Z., Szili, I., & Osvath, P. (2020). Untreated depressive symptoms significantly worsen quality of life in old age and may lead to the misdiagnosis of dementia: A cross-sectional study. 19, 52. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00302-6>

WHO. (2025). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults?>

Zhang, Q., Sun, M. A., Sun, Q., Mei, H., Rao, H., & Liu, J. (2023). Mental Fatigue Is Associated with Subjective Cognitive Decline among Older Adults. *MDPI: Brain Science*, 13(3).  
<https://doi.org/10.3390/brainsci13030376>