

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Definisi

Menurut Hidayat, usia lanjut adalah hal yang harus diterima sebagai suatu kenyataan dan fenomena biologis. Kehidupan itu akan diakhiri dengan proses penuaan yang berakhir dengan kematian (Supraba, 2015). Menurut Hawari (2006) Usia lanjut merupakan seorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih, baik secara fisik masih berkemampuan (potensial) ataupun karena sesuatu hal tidak mampu lagi berperan secara aktif dalam pembangunan (tidak potensial). Di negara-negara maju seperti Amerika Serikat usia lanjut sering didefinisikan mereka yang telah menjalani siklus kehidupan diatas usia 60 tahun (dalam Juwita, 2013).

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang *frail* dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian (Setiati, Harimurti, & R, 2009).

Lansia atau usia lanjut merupakan tahap akhir dari siklus kehidupan manusia dan hal tersebut merupakan bagian dari proses kehidupan

yang tidak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu (Prasetya, 2010). Tahap usia lanjut menurut teori Erik Erikson tahun 1963 merupakan tahap *integrity versus despair*, yakni individu yang sukses dalam melampaui tahap ini akan dapat mencapai integritas diri (*integrity*), lanjut usia menerima berbagai perubahan yang terjadi dengan tulus, mampu beradaptasi dengan keterbatasan yang dimilikinya, bertambah bijak menyikapi proses kehidupan yang dialaminya. Sebaliknya mereka yang gagal maka akan melewati tahap ini dengan keputusasaan (*despair*), lanjut usia mengalami kondisi penuh stres, rasa penolakan, marah dan putus asa terhadap kenyataan yang dihadapinya (Setiati et al., 2009).

2.1.2 Batasan Usia

Penduduk Lansia atau lanjut usia menurut UU kesejahteraan lansia No.13 tahun 1998 adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Umur yang dijadikan patokan sebagai lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu : usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun. Menurut Depkes RI (2003), batasan lansia terbagi dalam empat kelompok yaitu pertengahan umur usia lanjut (*virilitas*) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa antara 45-54 tahun, usia lanjut dini (*prasenium*) yaitu

kelompok yang mulai memasuki usia lanjut antara 55-64 tahun, kelompok usia lanjut (*senium*) usia 65 tahun keatas dan usia lanjut dengan resiko tinggi yaitu kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun atau kelompok usia lanjut yang hidup sendiri, terpencil, tinggal di panti, menderita penyakit berat, atau cacat. Di Indonesia, batasan lanjut usia adalah 60 tahun keatas. Hal ini dipertegas dalam Undang-Undang Nomor 43 tahun 2004.

2.1.3 Teori Mengenai Proses Menua

Berbagai penelitian eksperimental dibidang gerontologi dasar selama 20 tahun terakhir ini berhasil memunculkan teori baru mengenai proses menua. Beberapa teori tentang penuaan yang dapat diterima saat ini, antara lain :

2.1.3.1 Teori biologis proses penuaan

2.1.3.1.1 Teori radikal bebas

Teori radikal bebas pertama kali diperkenalkan oleh Denham Harman pada tahun 1956, yang menyatakan bahwa proses menua adalah proses yang normal, merupakan akibat kerusakan jaringan oleh radikal bebas (Setiati et al., 2009).

Radikal bebas adalah senyawa kimia yang berisi elektron tidak berpasangan. Karena elektronnya tidak berpasangan, secara kimiawi radikal bebas akan mencari pasangan elektron lain dengan bereaksi

dengan substansi lain terutama protein dan lemak tidak jenuh. Sebagai contoh, karena membran sel mengandung sejumlah lemak, ia dapat bereaksi dengan radikal bebas sehingga membran sel mengalami perubahan. Akibat perubahan pada struktur membran tersebut membran sel menjadi lebih permeabel terhadap beberapa substansi dan memungkinkan substansi tersebut melewati membran secara bebas. Struktur didalam sel seperti mitokondria dan lisosom juga diselimuti oleh membran yang mengandung lemak, sehingga mudah diganggu oleh radikal bebas (Setiati et al., 2009).

Sebenarnya tubuh diberi kekuatan untuk melawan radikal bebas berupa antioksidan yang diproduksi oleh tubuh sendiri, namun antioksidan tersebut tidak dapat melindungi tubuh dari kerusakan akibat radikal bebas tersebut (Setiati et al., 2009).

2.1.3.1.2 Teori imunologis

Menurut Potter dan Perry (2006) dalam (Marta, 2012) penurunan atau perubahan dalam keefektifan sistem imun berperan dalam penuaan. Tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan proteinnya sendiri dengan protein asing sehingga sistem imun menyerang dan menghancurkan jaringannya sendiri pada kecepatan yang meningkat secara bertahap. Disfungsi sistem imun ini menjadi faktor dalam perkembangan penyakit kronis seperti kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskular, serta infeksi.

2.1.3.1.3 Teori DNA *repair*

Teori ini dikemukakan oleh Hart dan Setlow. Mereka menunjukkan bahwa adanya perbedaan pola laju perbaikan (*repair*) kerusakan DNA yang diinduksi oleh sinar ultraviolet (UV) pada berbagai fibroblas yang dikultur. Fibroblas pada spesies yang mempunyai umur maksimum terpanjang menunjukkan laju DNA *repair* terbesar dan korelasi ini dapat ditunjukkan pada berbagai mamalia dan primata (Setiati et al., 2009).

2.1.3.1.4 Teori genetika

Teori sebab akibat menjelaskan bahwa penuaan terutama di pengaruhi oleh pembentukan gen dan dampak lingkungan pada pembentukan kode genetik. Menurut teori genetika adalah suatu proses yang secara tidak sadar diwariskan yang berjalan dari waktu ke waktu mengubah sel atau struktur jaringan. Dengan kata lain, perubahan rentang hidup dan panjang usia ditentukan sebelumnya (Stanley & Beare, 2006 dalam Putri, 2013).

2.1.3.1.5 Teori *wear-and-tear*

Teori *wear-and-tear* (dipakai dan rusak) mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA, sehingga mendorong malfungsi organ tubuh. Pendukung teori ini percaya bahwa tubuh akan mengalami kerusakan berdasarkan suatu

jadwal. Sebagai contoh adalah radikal bebas, radikal bebas dengan cepat dihancurkan oleh sistem enzim pelindung pada kondisi normal (Stanley & Beare, 2006 dalam Putri, 2013).

2.1.3.2 Teori psikososial proses penuaan

2.1.3.2.1 Teori *disengagement*

Teori *disengagement* (teori pemutusan hubungan), menggambarkan proses penarikan diri oleh lansia dari peran masyarakat dan tanggung jawabnya. Proses penarikan diri ini dapat diprediksi, sistematis, tidak dapat dihindari, dan penting untuk fungsi yang tepat dari masyarakat yang sedang tumbuh. Lansia dikatakan bahagia apabila kontak sosial berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi lebih muda (Stanley & Beare, 2006 dalam Putri, 2013).

2.1.3.2.2 Teori aktivitas

Teori ini menegaskan bahwa kelanjutan aktivitas dewasa tengah penting untuk keberhasilan penuaan. Menurut Lemon et al (1972) dalam (Marta, 2012) orang tua yang aktif secara sosial lebih cenderung menyesuaikan diri terhadap penuaan dengan baik.

2.1.4 Perubahan Pada Lanjut Usia

Banyak perubahan yang dikaitkan dengan proses menua merupakan akibat dari kehilangan yang bersifat bertahap (*gradual loss*). Lansia mengalami perubahan-perubahan fisik diantaranya perubahan sel,

sistem persarafan, sistem pendengaran, sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem pengaturan suhu tubuh, sistem respirasi, sistem gastrointestinal, sistem genitourinari, sistem endokrin, sistem muskuloskeletal, disertai juga dengan perubahan-perubahan mental menyangkut perubahan ingatan atau memori (Setiati et al., 2009).

2.1.4.1 Perubahan pada Sistem Sensoris

Pada lansia yang mengalami penurunan persepsi sensori akan terdapat keengganan untuk bersosialisasi karena kemunduran dari fungsi-fungsi sensoris yang dimiliki. Indra yang dimiliki seperti penglihatan, pendengaran, pengecapan, penciuman dan perabaan merupakan kesatuan integrasi dari persepsi sensori (Maramis, 2009).

2.1.4.2 Perubahan pada Sistem Integumen

Pada lansia, epidermis tipis dan rata, terutama yang paling jelas diatas tonjolan-tonjolan tulang, telapak tangan, kaki bawah dan permukaan dorsalis tangan dan kaki. Penipisan ini menyebabkan vena-vena tampak lebih menonjol. Poliferasi abnormal pada sisa melanosit, lentigo, senil, bintik pigmentasi pada area tubuh yang terpajan sinar matahari, biasanya permukaan dorsal dari tangan dan lengan bawah.

Sedikit kolagen yang terbentuk pada proses penuaan, dan terdapat penurunan jaringan elastik, mengakibatkan penampilan yang lebih keriput. Tekstur kulit lebih kering karena kelenjar eksokrin lebih sedikit dan penurunan aktivitas kelenjar eksokrin dan kelenjar sebacea.

Degenerasi menyeluruh jaringan penyambung, disertai penurunan cairan tubuh total, menimbulkan penurunan turgor kulit. Massa lemak bebas berkurang 6,3% berat badan per dekade dengan penambahan massa lemak 2% per dekade. Massa air berkurang sebesar 2,5% per dekade (Setiati et al., 2009).

2.1.4.3 Perubahan pada Sistem Muskuloskeletal

Otot mengalami atrofi sebagai akibat dari berkurangnya aktivitas, gangguan metabolik, atau denervasi saraf. Dengan bertambahnya usia, kerusakan dan pembentukan tulang melambat. Hal ini terjadi karena penurunan hormon esterogen pada wanita, vitamin D dan beberapa hormon lain. Tulang-tulang *trabekulae* menjadi lebih berongga, mikroarsitektur berubah dan sering patah baik akibat benturan ringan maupun spontan (Setiati et al., 2009).

2.1.4.4 Perubahan pada Sistem Neurologis

Berat otak menurun 10–20 %. Berat otak \leq 350 gram pada saat kelahiran, kemudian meningkat menjadi 1,375 gram pada usia 20 tahun, berat otak mulai menurun pada usia 45-50 tahun penurunan ini kurang lebih 11% dari berat maksimal. Berat dan volume otak berkurang rata-rata 5-10% selama umur 20-90 tahun. Otak mengandung 100 juta sel termasuk diantaranya sel neuron yang berfungsi menyalurkan impuls listrik dari susunan saraf pusat. Pada penuaan otak kehilangan 100.000 neuron per tahun. Neuron dapat mengirimkan signal kepada sel lain

dengan kecepatan 200 mil per jam. Terjadi penebalan atrofi cerebral (berat otak menurun 10%) antara usia 30-70 tahun. Secara berangsur-angsur tonjolan dendrit di neuron hilang disusul membengkaknya batang dendrit dan batang sel. Secara progresif terjadi fragmentasi dan kematian sel. Pada semua sel terdapat deposit lipofusin (*pigment wear and tear*) yang terbentuk di sitoplasma, kemungkinan berasal dari lisosom atau mitokondria (Timiras & Maletta, 2007).

2.1.5 Permasalahan Pada Lanjut Usia

2.1.5.1 Penurunan fungsi

a. Kehilangan dalam bidang sosial ekonomi

Kehilangan keluarga atau teman karib, kedudukan sosial, uang, pekerjaan (pensiun), atau mungkin rumah tinggal, semua ini dapat menimbulkan reaksi yang merugikan. Perasaan aman dalam hal sosial dan ekonomi serta pengaruhnya terhadap semangat hidup, rupanya lebih kuat dari pada keadaan badani dalam melawan depresi (Maramis, 2009).

b. Seks pada usia lanjut

Orang usia lanjut dapat saja mempunyai kehidupan seks yang aktif sampai umur 80-an. Libido dan nafsu seksual penting juga pada usia lanjut, tetapi sering hal ini mengakibatkan rasa malu dan bingung pada mereka sendiri dan anak-anak mereka yang menganggap seks pada usia

lanjut sebagai tabu atau tidak wajar. Orang yang pada masa muda mempunyai kehidupan seksual yang sehat dan aktif, pada usia lanjut masih juga demikian, biarpun sudah berkurang, jika saat muda sudah lemah, pada usia lanjut akan habis sama sekali (Maramis, 2009).

Memang terdapat beberapa perubahan khusus mengenai seks. Pada wanita karena proses penuaan, maka pola vasokongesti pada buah dada, klitoris dan vagina lebih terbatas. Aktivitas sekretoris dan elastisitas vagina juga berkurang. Pada pria untuk mencapai ereksi diperlukan waktu lebih lama. Ereksi mungkin tidak akan dicapai penuh, tetapi cukup untuk melakukan koitus. Kekuatan saat ejakulasi juga berkurang. Pada kedua seks, semua fase eksitasi menjadi lebih panjang, akan tetapi meskipun demikian, pengalaman subjektif mengenai orgasme dan kenikmatan tetap ada dan dapat membantu relasi dengan pasangan (Maramis, 2009).

c. Penurunan fungsi kognitif

Setiati, Harimurti & Roosheroe (2009) menyebutkan adanya perubahan kognitif yang terjadi pada lansia, meliputi berkurangnya kemampuan meningkatkan fungsi intelektual, berkurangnya efisiensi transmisi saraf di otak menyebabkan proses informasi melambat dan banyak informasi hilang selama transmisi, berkurangnya kemampuan mengakumulasi informasi baru dan mengambil informasi dari memori, serta kemampuan mengingat kejadian masa lalu lebih baik dibandingkan kemampuan mengingat kejadian yang baru saja terjadi. Penurunan

menyeluruh pada fungsi sistem saraf pusat dipercaya sebagai kontributor utama perubahan dalam kemampuan kognitif dan efisiensi dalam pemrosesan informasi.

d. Kejadian Jatuh

Pada usia lanjut, kejadian jatuh merupakan permasalahan yang sering dihadapi, dikarenakan lansia mengalami penurunan fungsi tubuh yang meningkatkan kejadian jatuh. Kejadian jatuh pada lansia dapat mengakibatkan berbagai jenis cedera, kerusakan fisik dan psikologis. Kerusakan fisik yang paling ditakuti dari kejadian jatuh adalah patah tulang panggul. Dampak psikologis adalah walaupun cedera fisik tidak terjadi, syok setelah jatuh dan rasa takut akan jauh lagi dapat memiliki banyak konsekuensi termasuk ansietas, hilangnya rasa percaya diri, pembatasan dalam aktivitas sehari-hari dan fobia jatuh (Stanley, 2006).

2.1.5.2 Penyakit

Pada lansia terjadi berbagai perubahan pada sistem tubuh yang memicu terjadinya penyakit. Penyakit yang biasanya timbul akibat perubahan sistem tubuh pada lansia antara lain hipotermia dan hipertermia akibat perubahan pada sistem pengaturan suhu (Setiati dan Nina, 2009). Dehidrasi, hipernatremia dan hiponatremia terjadi akibat gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. *Dizziness* pada usia lanjut meningkatkan risiko terjadinya depresi dan hilangnya kemandirian pada lansia (Kuswardhani dan Nina, 2009). Penyakit Parkinson terjadi pada

lansia akibat dari kelainan fungsi otak yang disebabkan oleh degeneratif progresif (Rahayu, 2009).

Inkontinensia urin dan *overactive bladder* dapat disertai dengan adanya masalah psikososial seperti depresi, marah dan rasa terisolasi. Terdapat penyakit lain yang sering timbul pada usia lanjut seperti penyakit kardiovaskular, hipertensi, stroke, serta diabetes melitus (Pramantara, 2009). Dan permasalahan lain terkait penyakit yang sering timbul pada usia lanjut yaitu gangguan psikiatri. Neurosis sering berupa neurosis cemas dan depresi. Diabetes, hipertensi dan glaukoma dapat menjadi lebih parah karena depresi. Insomnia, anorexia dan konstipasi sering timbul dan tidak jarang gejala-gejala ini berhubungan dengan depresi. Depresi pada masa usia lanjut sering disebabkan karena aterosklerosis otak, tetapi juga tidak jarang psikogenik atau kedua-duanya (Maramis, 2009). Gangguan depresi merupakan masalah kesehatan jiwa yang paling banyak dihadapi oleh kelompok lansia (Depkes RI, 2004).

2.1.5.3 Polifarmasi

Polifarmasi adalah penggunaan beberapa obat. Tidak ada jumlah pasti obat yang dikonsumsi untuk mendefinisikan polifarmasi, mayoritas menggunakan 3 sampai 5 obat dalam satu resep obat. Polifarmasi biasanya terjadi pada lanjut usia yang memiliki banyak masalah kesehatan yang memerlukan terapi obat-obatan yang beragam. Polifarmasi menjadi masalah bagi lansia dikarenakan sering terjadinya interaksi antar obat yang digunakan. Interaksi obat terjadi ketika

farmakokinetik dan farmakodinamik dalam tubuh diubah oleh kehadiran satu atau lebih zat yang berinteraksi. Interaksi obat dapat mengakibatkan toksisitas dan atau mengurangi efektivitas obat yang dikonsumsi (Restuadhi, 2011).

2.1.6 Penilaian Pada Lansia

Secara garis besar penilaian pada lansia meliputi penilaian kondisi medis, fungsional, psikologis dan status sosial. Penilaian pada lansia bertujuan untuk menentukan kemampuan medis, psikologis dan fungsional dari orang tua yang lemah dalam rangka untuk mengembangkan rencana yang terpadu untuk pengobatan dan tindak lanjut jangka panjang (Rakel *et al*, 2011).

a. Penilaian Kondisi Medis

Penilaian medis pada lansia meliputi penilaian riwayat penyakit dahulu maupun riwayat penyakit sekarang dan mengevaluasi status gizi lansia. Penilaian terhadap riwayat penyakit lansia yang terdahulu diharapkan dapat mempermudah untuk mengetahui faktor risiko yang dapat menyebabkan penurunan kondisi medis lansia dimasa sekarang. Secara garis besar terdapat empat faktor risiko yang dapat menurunkan kondisi medis lansia dimasa tuanya dan harus menjadi fokus penilaian kondisi medis, yaitu usia dari lansia, gangguan fungsi kognitif, gangguan fungsi dasar dan gangguan mobilitas. Keempat faktor risiko tersebut dapat menimbulkan sindrom geriatri, diantaranya ulkus, inkontinensia,

peningkatan terjadinya jatuh pada lansia, penurunan fungsi dan penurunan kesadaran (delirium) (Rakel *et al*, 2011).

2. Penilaian Fungsional Lansia

Penilaian fungsional pada lansia terfokuskan pada penilaian kemampuan lansia dalam menjalankan aktivitas sehari-hari (*activities of daily living*) serta berfungsi untuk mengetahui faktor risiko yang menyebabkan jatuhnya lansia. Terdapat beberapa penilaian dasar *ADLs* diantaranya adalah penilaian dalam kemampuan makan, berpakaian, mandi, berpindah tempat serta kemampuan dalam buang air kecil dan buang air besar. Selain instrumen *ADLs*, terdapat juga instrumen lain yang bisa menilai kemampuan lansia dalam menjalankan aktivitas, yaitu instrumen *Katz*. Penilaian instrumen *Katz* terdiri dari penilaian kemampuan berbelanja, mengatur keuangan, mengemudi, menggunakan telfon, membersihkan rumah, mencuci dan mengatasi kondisi medis (Rakel *et al*, 2011).

3. Penilaian Psikologi

Penilaian yang dilakukan terkait permasalahan psikologi adalah penilaian terhadap gangguan fungsi kognitif dan penilaian terkait depresi pada lansia. Instrumen yang digunakan dalam menilai kemampuan fungsi kognitif lansia bisa menggunakan MMSE (*Mini Mental Score Examination*) atau dengan menggunakan instrumen MoCA (*Montreal Cognitive Assesment*). Untuk mendeteksi adanya

gangguan depresi pada lansia, instrumen yang biasanya digunakan adalah *Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)* (Rakel *et al*, 2011).

4. Penilaian Fungsi Sosial

Keadaan dan dukungan lingkungan merupakan salah satu hal yang harus diperhatikan atau dinilai pada seseorang yang memasuki usia lanjut. Penilaian terhadap lingkungan dapat menjadi tolak ukur dalam mengevaluasi potensial *hazard*. Penilaian fungsi sosial juga terdiri dari penilaian stresor finansial dan penilaian terhadap kekhawatiran dari keluarga atau seseorang yang menemani lansia (Rakel *et al*, 2011).

2.2 Konsep Depresi Pada Lansia

Depresi merupakan masalah psikologi yang paling banyak ditemukan pada lansia. Pandangan tentang depresi secara umum dapat dipahami melalui pengenalan terhadap pengertian, teori, gejala, penyebab, penilaian dan faktor yang mempengaruhi.

2.2.1 Pengertian

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta keinginan bunuh diri (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010). Menurut Hawari (2006) dalam (Juwita, 2013) depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang

mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability*, masih baik), kepribadian tetap utuh atau tidak mengalami keretakan kepribadian (*Splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal.

Depresi diartikan sebagai gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan tertekan, menderita, berkebingungan, mudah marah dan kecemasan (WHO, 2001). Menurut Isaacs (2001) dalam (Prasetya, 2010) depresi juga dapat diartikan sebagai keadaan emosional yang diartikan dengan kesedihan, berkecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusasaan.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa depresi pada lanjut usia adalah suatu bentuk gangguan alam perasaan yang bersifat patologis yang ditandai dengan perasaan sedih, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, perasaan kosong, perasaan tertekan, menderita, mudah marah, gangguan makan, sulit tidur dan kecemasan.

2.2.2 Teori-teori yang berhubungan dengan depresi pada lansia

Menurut (Setiati et al., 2009) terdapat beberapa teori yang berhubungan dengan terjadinya depresi pada lansia:

2.2.2.1 Teori neurobiologi yang menyebutkan bahwa faktor genetik berperan. Kemungkinan depresi yang terjadi pada saudara kembar

monozigot adalah 60-80% sedangkan pada saudara kembar heterozigot 25-35%.

2.2.2.2 Freud dan Karl Abraham berpendapat bahwa pada proses berkabung akibat hilangnya obyek cinta seperti orang maupun obyek abstrak dapat terintrojeksikan kedalam individu sehingga menyatu atau merupakan bagian dari individu itu. Obyek cinta yang hilang bisa berupa kebugaran yang tidak muda lagi, kemunduran kondisi fisik akibat berbagai kondisi multipatoogi, kehilangan fungsi seksual, dan lain-lain. Seligman berpendapat bahwa terdapat hubungan antara kehilangan yang tidak terhindarkan akibat proses menua dan kondisi multipatologi tadi dengan sensasi *passive helpesness* yang sering terjadi pada usia lanjut (Setiati et al., 2009).

2.2.2.3 Dalam teori Erik Erikson, kepribadian berkembang dan terus tumbuh dengan perjalanan kehidupan. Perkembangan ini melalui beberapa tahap psikososial seperti melalui konflik-konflik yang terselesaikan oleh individu tersebut yang dipengaruhi oleh maturitas kepribadian pada fase perkembangan sebelumnya, dukungan lingkungan terdekatnya dan tekanan hidup yang dihadapinya. Erikson menyebutkan adanya krisis integrity versus despair yaitu individu yang sukses melampaui tahapan tadi akan dapat beradaptasi dengan baik, menerima segala perubahan yang terjadi dengan tulus dan memandang kehidupan dengan rasa damai dan bijaksana. Penelitian akhir-akhir ini juga mengatakan bahwa konflik integrity versus despair

berhasil baik pada usia lanjut yang lebih muda dibanding usia lanjut yang tua (Setiati et al., 2009).

Teori Heinz Kohut menekankan pada aspek hilangnya rasa kecintaan pada diri sendiri akibat proses penuaan ditambah dengan rasa harga diri dan kepuasan diri yang kurang dukungan sosial yang tidak terpenuhi akan menyebabkan usia lanjut tidak mampu memelihara dan mempertahankan rasa harga diri mereka sering merasa tegang dan takut, cemas, murung, kecewa dan tidak merasa sejahtera diusia senja (Setiati et al., 2009).

2.2.3 Etiologi Depresi

Etiologi diajukan para ahli mengenai depresi pada lanjut usia (Damping, 2003) adalah:

2.2.3.1 Polifarmasi

Terdapat beberapa golongan obat yang dapat menimbulkan depresi, antara lain: analgetika, obat antiinflamasi nonsteroid, antihipertensi, antipsikotik, antikanker dan ansiolitik (Damping, 2003).

2.2.3.2 Kondisi medis umum

Beberapa kondisi medis umum yang berhubungan dengan depresi adalah gangguan endokrin, neoplasma, gangguan neurologis dan lain-lain (Damping, 2003).

2.2.3.3 Teori neurobiologi

Para ahli sepakat bahwa faktor genetik berperan pada depresi lansia. Pada beberapa penelitian juga ditemukan adanya perubahan neurotransmitter pada depresi lansia, seperti menurunnya konsentrasi serotonin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, serta meningkatnya konsentrasi monoamin oksidase otak akibat proses penuaan. Atrofi otak juga diperkirakan berperan pada depresi lansia (Damping, 2003).

2.2.3.4 Teori psikodinamik

Elaborasi Freud pada teori Karl Abraham tentang proses berkabung menghasilkan pendapat bahwa hilangnya objek cinta diintrojeksikan ke dalam individu tersebut sehingga menyatu atau merupakan bagian dari individu itu. Kemarahan terhadap objek yang hilang tersebut ditujukan kepada diri sendiri. Akibatnya terjadi perasaan bersalah atau menyalahkan diri sendiri, merasa diri tidak berguna dan sebagainya (Damping, 2003).

2.2.3.4 Teori kognitif dan perilaku

Konsep Seligman tentang *learned helplessness* menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kehilangan yang tidak dapat dihindari akibat proses penuaan seperti keadaan tubuh, fungsi seksual dan sebagainya dengan sensasi *passive helplessness* pada pasien lanjut usia (Damping, 2003).

2.2.3.5 Teori psikoedukatif

Hal-hal yang dipelajari atau diamati individu pada orang tua lanjut usia misalnya ketidakberdayaan mereka, pengisolasian oleh keluarga, tiadanya sanak saudara ataupun perubahan-perubahan fisik yang diakibatkan oleh proses penuaan dapat memicu terjadinya depresi pada lanjut usia (Damping, 2003).

2.2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Pada Lanjut Usia

2.2.4.1 Menurut (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010), ada faktor-faktor yang menjadi penyebab depresi, didapat secara buatan yang dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikososial.

2.2.4.1.1 Faktor biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010). Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti resperin dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti parkinson biasanya

disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin seperti tyrosin, amphetamine dan bupropion dapat menurunkan gejala depresi (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010).

2.2.4.1.2 Faktor Genetik

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot (Davies, 1999 dalam Kaplan HI, Sadock BJ, 2010).

2.2.4.1.3 Faktor Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010). Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010). Sedangkan menurut Kane (1999) dalam (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010), faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim,

penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik.

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial

2.2.4.2 Menurut Amir (2005) dalam (Marta, 2012) faktor risiko terjadinya depresi pada lansia terbagi atas faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari faktor biologis (usia, jenis kelamin, riwayat keluarga), faktor fisik (riwayat penyakit yang pernah diderita) dan faktor psikologis (kepribadian lansia dan kognitif). Faktor eksternal yaitu sosial, meliputi status perkawinan, pekerjaan, stresor sosial dan dukungan sosial. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dukungan keluarga (dukungan instrumental).

2.2.4.2.1 Jenis kelamin

Depresi lebih sering terjadi pada wanita. Ada dugaan bahwa wanita lebih sering mencari pengobatan sehingga depresi lebih sering terdiagnosis. Selain itu, ada pula yang menyatakan bahwa wanita lebih sering terpajan dengan stresor lingkungan dan ambangnya terhadap stresor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria. Adanya depresi yang berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pada wanita menambah tingginya prevalensi depresi pada wanita (Marta, 2012).

2.2.4.2.2 Usia

Gejala depresi pada lansia prevalensinya tinggi dan semakin meningkat seiring bertambahnya umur lansia. Lansia yang berumur 75 tahun keatas cenderung mengalami depresi daripada lansia yang berumur kurang dari 75 tahun keatas. Penelitian yang dilakukan oleh Suryo (2011) dengan judul “Gambaran depresi pada lansia di panti werdha dharma bakti Surakarta” didapatkan hasil gambaran tingkat depresi lansia perspektif umur pada lansia di Panti Werda Dharma Bhakti Surakarta menunjukkan bahwa semakin tua lansia maka tingkat depresi lansia cenderung meningkat (Marta, 2012).

2.2.4.2.3 Status perkawinan

Gangguan depresi mayor lebih sering dialami individu yang bercerai atau berpisah bila dibandingkan dengan yang menikah atau lajang. Status perceraian menempatkan seseorang pada risiko yang lebih tinggi untuk menderita depresi. Hal yang sebaliknya dapat pula terjadi, yaitu depresi menempatkan seseorang pada risiko diceraian. Wanita lajang lebih jarang menderita depresi dibandingkan dengan wanita menikah. Sebaliknya, pria yang menikah lebih jarang menderita depresi bila dibandingkan dengan pria lajang. Depresi lebih sering pada orang yang tinggal sendiri bila dibandingkan dengan yang tinggal bersama kerabat (Marta, 2012)

2.2.4.2.4 Riwayat keluarga

Risiko depresi semakin tinggi bila ada riwayat genetik dalam keluarga (Marta, 2012).

2.2.4.2.5 Riwayat penyakit

Penyakit kronik yang diderita lansia selama bertahun-tahu biasanya menjadikan lansia lebih mudah terkena depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong dan Qing-Xiu (2009) menyebutkan bahwa beberapa penyakit kronik yang menjadi faktor risiko meningkatnya depresi yaitu, stroke, hilangnya fungsi pendengaran, hilangnya fungsi penglihatan, penyakit jantung, dan penyakit kronik paru.

2.2.4.2.6 Kepribadian

Seseorang dengan kepribadian yang lebih tertutup, mudah cemas, hipersensitif, dan lebih bergantung pada orang lain rentan terhadap depresi (Marta, 2012).

2.2.4.2.7 Stresor sosial

Stresor adalah suatu keadaan yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan. Stresor sosial merupakan

faktor risiko terjadinya depresi. Peristiwa-peristiwa kehidupan baik yang akut maupun kronik dapat menimbulkan depresi, misalnya percecokan yang hampir berlangsung setiap hari baik di tempat kerja atau di rumah tangga, kesulitan keuangan, dan ancaman yang menetap terhadap keamanan (tinggal di daerah yang berbahaya atau konflik) dapat mencetus depresi (Marta, 2012).

2.2.4.2.8 Dukungan sosial

Seseorang yang tidak terintegrasi ke dalam masyarakat cenderung menderita depresi. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dukungan instrumental. Jaringan sosial dapat dinilai dengan mengidentifikasi individu-individu yang dekat dengan lansia. Interaksi sosial dapat ditentukan dengan frekuensi interaksi antara subyek dengan anggota-anggota haringan kerja yang lain. Isolasi sosial menempatkan seorang pada resiko depresi. Selain frekuensi, kualitas interaksi jauh lebih penting dalam menentukan terjadinya depresi (Marta, 2012).

2.2.4.2.9 Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan *support system* (sistem pendukung) yang berarti sehingga dapat memberi petunjuk tentang kesehatan mental klien, peristiwa dalam hidupnya dan sistem dukungan yang diterima. Sistem dukungan penting bagi kesehatan lansia terutama fisik dan emosi. Lansia

yang sering dikunjungi, ditemani dan mendapatkan dukungan akan mempunyai kesehatan mental yang baik (Marta, 2012).

2.2.4.2.10 Tidak bekerja

Tidak mempunyai mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Suatu survey yang dilakukan terhadap wanita dan pria dibawah 65 tahun yang tidak bekerja sekitar enam bulan melaporkan bahwa depresi tiga kali lebih sering terjadi pada pengangguran daripada yang bekerja (Marta, 2012).

2.2.4.3 Menurut Santrock (2003) interaksi sosial berperan penting dalam kehidupan lansia. Hal ini dapat mentoleransi kondisi kesepian yang ada dalam kehidupan sosial lansia (Juwita, 2013). Menurut (Soejono, Probosuseno, & Sari, 2009) faktor fisik seperti berkurangnya kemauan merawat diri serta hilangnya kemandirian dapat meningkatkan kerentanan terhadap depresi. Berkurangnya kemampuan daya ingat dan fungsi intelektual (kognitif) sering dikaitkan dengan depresi. Faktor predisposisi lain yang dapat menyebabkan gejala depresi yaitu kehilangan (pasangan hidup, teman dekat dan anggota keluarga, kehilangan rasa aman, jabatan dan kebebasan), kehilangan kapasitas sensoris seperti penglihatan dan pendengaran mengakibatkan lansia terisolasi dan berujung depresi. Menurut Nevid dkk (2003) faktor-faktor yang meningkatkan resiko seseorang untuk terjadi depresi meliputi: usia, status sosio ekonomi, status pernikahan, jenis kelamin (dalam Juwita, 2013). Faktor sosiodemografi seperti usia, jenis kelamin, status

perkawinan, pendidikan dan pendapatan secara konsisten telah diidentifikasi menjadi faktor penting dalam prevalensi depresi (Akhtar-danesh & Landeen, 2007).

2.2.5 Gambaran Klinis Depresi

Depresi pada lansia adalah proses patologis, bukan merupakan proses normal dalam kehidupan. Umumnya orang-orang akan menanggulangnya dengan mencari dan memenuhi rasa kebahagiaan. Bagaimanapun, lansia cenderung menyangkal bahwa dirinya mengalami depresi. Gejala umumnya banyak diantara mereka muncul dengan menunjukkan sikap rendah diri dan biasanya sulit untuk di diagnosis (Iskandar, 2012).

Menurut Depkes RI (2007), gejala depresi berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya hal tersebut dipengaruhi oleh beratnya gejala. Depresi mempengaruhi fisik, perasaan, pikiran dan kebiasaan sehari-hari (perilaku).

2.2.5.1 Perubahan Fisik

- Nafsu makan menurun
- Gangguan tidur
- Kelelahan dan kurang energi
- Agitasi
- Nyeri, sakit kepala, otot kram dan nyeri tanpa penyebab fisik

2.2.5.2 Perubahan Pikiran

- Merasa bingung, lambat dalam berpikir, konsentrasi menurun dan sulit mengingat informasi
- Sulit membuat keputusan, selalu menghindar
- Kurang percaya diri
- Selalu merasa bersalah dan tidak mau dikritik
- Pada kasus berat sering dijumpai halusinasi dan delusi
- Adanya pikiran untuk bunuh diri

2.2.5.3 Perubahan Perasaan

- Penurunan ketertarikan dengan lawan jenis
- Merasa bersalah dan tak berdaya
- Tidak adanya perasaan
- Merasa sedih
- Sering menangis tanpa alasan yang jelas
- Iritabilitas, marah dan terkadang agresif

2.2.5.4 Perubahan Kebiasaan Sehari-hari

- Menjauhkan diri dari lingkungan sosial dan pekerjaan
- Menghindari membuat keputusan
- Menunda pekerjaan rumah
- Penurunan aktivitas fisik dan latihan
- Penurunan perhatian terhadap diri sendiri

2.2.6 Derajat Depresi

Gangguan depresi pada usia lanjut ditegakkan berpedoman pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada ICD 10 (*International Classification Diagnostic 10*). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang dan ringan sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Maslim, 2013)

2.2.6.1 Gejala Utama

- Perasaan depresif
- Hilangnya minat dan semangat
- Mudah lelah dan tenaga hilang

2.2.6.2 Gejala Tambahan

- Konsentrasi dan perhatian menurun
- Harga diri dan kepercayaan diri menurun
- Perasaan bersalah dan tidak berguna
- Pesimis terhadap masa depan
- Gagasan membahayakan diri atau bunuh diri
- Gangguan tidur
- Gangguan nafsu makan
- Menurunnya libido

Tabel 1. Penggolongan Depresi Menurut ICD-10

Tingkat depresi	Gejala utama	Gejala tambahan	Fungsi	Keterangan
Ringan	2	2	Baik	-
Sedang	2	3-4	Terganggu	Nampak <i>distress</i>
Berat	3	>4	Sangat terganggu	Sangat <i>distress</i>

(Soejono, 2007)

2.2.7 Penilaian depresi

Terdapat beberapa alat ukur depresi antara lain: *Geriatric Depression Scale (GDS)*, *the Zung Scale*, *Hamilton Rating Scale*, *Comprehensive Psychopatological Rating Scale-Depression* (Montorio dan Izal, 1996 dalam Surdana, 2011).

Zung scale berupa kuesioner yang berisi 20 pertanyaan, terdiri dari 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif. Interpretasi skornya terbagi menjadi empat yaitu, *minimal depression* (25-49), *mild depression* (50-59), *moderately depression* (60-69), *severely depression* (>70) (Fahmi, 2015). *Hamilton Rating Scale* merupakan skala penilaian depresi yang terdiri dari 24 pertanyaan atau penilaian, yang setiap pertanyaan atau penilaian berskala 0-2 dan 0-4 dengan skor total 0-74. Interpretasinya, tidak mengalami depresi (0-10), depresi ringan (11-19), depresi sedang (20-27), depresi berat (28-33) dan depresi sangat berat (>33) (Adji, 2001).

Dari uji perbandingan yang dilakukan terhadap keempat alat ukur tersebut *GDS dan Zung Scale* memiliki tingkat prediksi positif terbaik. *GDS* sangat tepat digunakan untuk melakukan skrining depresi pada lansia di komunitas (Montorio dan Izal, 1996 dalam (Surdana, 2011). *GDS* ada dua bentuk, yakni bentuk panjang yang terdiri dari 30 pernyataan dan bentuk pendek yang terdiri dari 15 pernyataan. Dari hasil uji yang dilakukan terhadap *GDS* bentuk panjang dan pendek pada populasi lansia di *nursing home* ditemukan bahwa *GDS* bentuk pendek terdiri dari 15 pernyataan hasilnya lebih konsisten (Aikman dan Oehlert, 2000). *Geriatric Depression Scale* memiliki format yang sederhana, dengan pertanyaan-pertanyaan dan respon yang mudah dibaca. *Geriatric Depression Scale* telah divalidasi pada berbagai populasi lanjut usia di Indonesia (Relawati, 2010).

Geriatric Depression Scale (*GDS*) pertama kali diciptakan oleh Yesavage dkk, telah diuji dan digunakan secara luas. *Geriatric Depression Scale* (*GDS*) tersebut menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan ya atau tidak atau dapat dibacakan untuk orang dengan gangguan penglihatan, serta memerlukan waktu sekitar 10 menit untuk menyelesaikannya. Dalam penelitian ini nantinya, *GDS* yang akan dipergunakan adalah *GDS* dalam bentuk 15 pernyataan. Skor total adalah 0-9 dianggap normal atau tidak depresi, sedangkan 10-15 mengindikasikan depresi (Sheikh & Yesavage, 1986 dalam Mauk, 2010).

2.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan depresi pada lansia meliputi beberapa aspek, antara lain:

2.2.8.1 Terapi Fisik

Terapi fisik untuk lansia yang mengalami depresi salah satunya adalah elektrokonvulsif (ECT) untuk pasien depresi yang tidak bisa makan dan minum, berniat bunuh diri atau retardasi hebat maka ECT merupakan pilihan terapi yang efektif aman. Terapi ECT diberikan sampai ada perbaikan *mood* (sekitar 5-10 kali). Dilanjutkan dengan antidepresi untuk mencegah kekambuhan (Soejono et al., 2009).

2.2.8.2 Terapi Psikologi

Menurut (Maramis & Maramis, 2009), terapi psikologik terdiri dari:

2.2.8.2.1 Psikoterapi suportif

Berikan kehangatan, empati pengertian dan optimistik. Bantu pasien mengidentifikasi dan mengekspresikan hal-hal yang membuatnya prihatin dan melontarkannya. Bantulah memecahkan problem eksternal seperti pekerjaan, menyewa rumah dan hal lainnya.

2.2.8.2.2 Terapi kognitif

Bertujuan untuk mengubah pola pikir pasien yang selalu negatif (tentang masa depan, merasa tidak berguna, tidak mampu dan lain-lain) ke arah

pola pikir yang netral atau positif dengan latihan-latihan, tugas dan aktivitas-aktivitas tertentu.

2.2.8.2.3 Relaksasi

Teknik yang umum digunakan adalah program relaksasi progresif baik secara langsung dengan instruktur atau melalui alat perekam. Teknik ini dapat dilakukan dalam praktek umum sehari-hari namun diperlukan kursus singkat teknik relaksasi terlebih dahulu.

2.2.8.2.4 Terapi Keluarga

Masalah keluarga dapat berperan dalam perkembangan depresi, sehingga dukungan terhadap pasien sangat penting. Proses dinamika keluarga, ada perubahan posisi dari dominan menjadi dependen. Tujuan terapi keluarga adalah untuk meredakan perasaan frustrasi dan putus asa serta memperbaiki sikap atau struktur dalam keluarga yang menghambat proses penyembuhan pasien.

2.2.8.3 Farmakoterapi

Respon terhadap obat pada usia lanjut sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain farmakokinetik dan farmakodinamik. Faktor-faktor farmakokinetik antara lain: absorpsi, distribusi, biotransformasi, dan ekskresi obat akan mempengaruhi jumlah obat yang dapat mencapai jaringan tempat kerja obat untuk bereaksi dengan reseptornya. Faktor-faktor farmakodinamik antara lain: sensitivitas reseptor, mekanisme

homeostatik akan mempengaruhi antisitas efek farmakologik dari obat tersebut.

Obat-obat yang digunakan pada penyembuhan depresi usia lanjut antara lain:

- 1) Anti Depresan Trisiklik
- 2) *Irreversible Monoamin Oksidase A-B Inhibitor* (MAOIs)
- 3) *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRIs)
- 5) Penstabil Mood (Mood Stabilizer)

2.3 Dukungan Keluarga

2.3.1 Pengertian

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 1998 dalam Murniasih, 2007).

2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Terdapat beberapa bentuk dukungan keluarga (Friedman, 2010 dalam Surdana, 2011) yaitu:

2.3.2.1 Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

2.3.2.2 Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan

mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

2.3.2.3 Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feedback*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

2.3.2.4 Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

2.3.3 Dukungan Keluarga Bagi Kesehatan Lansia

Keluarga merupakan sistem pendukung yang berarti sehingga dapat memberikan petunjuk tentang kesehatan mental, fisik dan emosi lanjut usia. Dukungan keluarga itu dapat dibagi menjadi empat aspek yaitu dukungan penilaian, dukungan instrumental, dukungan informasional dan dukungan emosional (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010).

Dukungan keluarga dapat diukur dengan menggunakan *Perceived Social Support Questionnaire Family (PSS-fa)*. Alat ukur ini digunakan untuk mengetahui persepsi individu terhadap dukungan yang didapatkan dari keluarga sesuai dengan yang dibutuhkan. Bentuk dukungan keluarga ini adalah dukungan fisik, informasi dan umpan balik dari keluarga (Procidano dan Heler dalam Surdana, 2011).

2.4 Interaksi Sosial Lansia

Menurut Subadi (2009) dalam (Supraba, 2015) manusia sebagai makhluk sosial selalu berinteraksi dengan manusia lainnya, makhluk yang mampu berpikir sebelum melakukan sesuatu. Dari proses berpikir muncul perilaku atau tindakan sosial. Ketika seseorang bertemu dengan orang lainnya, dimulailah suatu interaksi sosial. Seseorang dengan orang lainnya melakukan komunikasi baik secara lisan maupun isyarat, aktivitas-aktivitas itu merupakan suatu bentuk interaksi sosial. Terdapat beberapa macam interaksi sosial. Dari sudut subjek, ada 3 macam interaksi sosial yaitu interaksi antar perorangan, interaksi antar orang dengan kelompoknya atau sebaliknya,

interaksi antar kelompok. Dari segi cara, ada 2 macam interaksi sosial yaitu interaksi langsung yaitu interaksi fisik, seperti berkelahi, hubungan seks dan sebagainya, interaksi simbolik yaitu interaksi dengan menggunakan isyarat.

Interaksi sosial merupakan suatu hubungan timbal balik yang saling mempengaruhi antara individu, kelompok sosial, dan masyarakat. Interaksi sosial merupakan suatu proses di mana manusia melakukan komunikasi dan saling mempengaruhi dalam tindakan maupun pemikiran. Penurunan derajat kesehatan dan kemampuan fisik menyebabkan lansia secara perlahan akan menghindar dari hubungan dengan orang lain. Hal ini akan mengakibatkan interaksi sosial menurun (Hardywinoto dan T., 2005).

Teori pembebasan (*disengagement theory*) menyatakan bahwa seseorang secara perlahan mulai menarik diri dari kehidupan sosialnya dengan semakin bertambahnya umur. Sering terjadi kehilangan (*triple loss*) yakni kehilangan peran, hambatan kontak sosial, dan berkurangnya kontak komitmen yang disebabkan karena interaksi sosial lansia menurun baik secara kualitas maupun kuantitas (Soejono et al., 2009).

Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan sosial mempunyai efek yang positif pada kesejahteraan emosional lansia dan kesehatan fisik serta diprediksi dapat menurunkan resiko kematian. Lansia sering kehilangan kesempatan partisipasi dan hubungan sosial. Interaksi sosial cenderung menurun disebabkan oleh kerusakan kognitif, kematian teman, fasilitas hidup atau *home care* (Estelle et al., 2006 dalam Supraba, 2015). Menurut (Santrock, 2003 dalam Juwita, 2013) interaksi sosial berperan penting dalam kehidupan

lansia. Hal ini dapat mentoleransi kondisi kesepian yang ada dalam kehidupan sosial lansia.

2.5 Fungsi Kognitif

Fungsi kognitif dapat didefinisikan sebagai suatu proses dimana semua masukan sensoris (taktil, visual dan auditorik) akan diubah, diolah, disimpan dan selanjutnya digunakan untuk hubungan interneuron secara sempurna sehingga individu mampu melakukan penalaran terhadap masukan sensoris tersebut. Fungsi kognitif menyangkut kualitas pengetahuan yang dimiliki seseorang. Menurut Hecker (1998) modalitas dari kognitif terdiri dari sembilan modalitas yaitu: memori, bahasa, praksis, visuospasial, atensi serta konsentrasi, kalkulasi, mengambil keputusan (eksekusi), *reasoning* dan berpikir abstrak (Wiyoto, 2002).

2.5.1 Pengukuran Fungsi Kognitif

Pengukuran fungsi kognitif dapat menggunakan beberapa metode, seperti *Mini Mental State Examination* (MMSE) dan *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tasha didapatkan hasil bahwa sensitifitas MoCA (sensitivitas 90-96% dan spesifisitas 87-95%) lebih tinggi dibandingkan dengan metode pengukuran MMSE (sensitivitas 83% dan spesifisitas 70%) untuk mendeteksi pasien dengan gangguan fungsi kognitif (Tasha *et al*, 2007).

The Montreal Cognitive Assessment pertama kali dikembangkan di Montreal Canada oleh Dr. Ziad Nasreddine sejak tahun 1996. Di Indonesia dimodifikasi oleh Nadia Husein, dkk tahun 2009. MoCA-InA secara keseluruhan terdiri atas 13 poin tes yang mencakup 8 domain yaitu *visuospatial* atau *executive* terdiri 3 poin, penamaan terdiri dari 1 poin, memori terdiri dari 1 poin, perhatian terdiri dari 3 poin, bahasa 2 poin, abstrak 1 poin, pengulangan kembali 1 poin, dan orientasi terdiri dari 1 poin. Skor tertinggi yaitu 30 poin. Interpretasinya skor 26-30 disebut normal dan < 26 disebut tidak normal (Doerflinger, 2007). Selain validitas dan reabilitas MoCA untuk mendeteksi gangguan kognitif ringan merupakan yang paling tinggi yang ada saat ini yaitu 90–96% sensitifitas dan 87–95% spesifik, keunggulan lain alat ini dibandingkan alat lain adalah efisiensi waktu. Alat ini dapat dipergunakan dalam waktu ± 10 menit. Instruksi manual dan skoring tersedia dalam 36 bahasa. MoCA dalam versi Indonesia (MoCA – Ina) telah diuji oleh Husein *et al* (2009). Instrumen MoCA sudah dibakukan sebagai instrumen umum sejak tahun 1996 dan sudah diuji validitas dan reabilitasnya (Doerflinger, 2007).

2.6 Posyandu Lansia Kecamatan Rajabasa

Puskesmas Rajabasa merupakan Puskesmas Pemerintah Kotamadya Bandar Lampung yang resmi menjadi puskesmas induk sejak tahun 2003. Puskesmas Rajabasa didirikan diatas tanah seluas 200 m² dengan luas bangunan 176 m².

Sarana yang tersedia meliputi fasilitas sarana pelayanan langsung (medis dan keperawatan) dan dengan sarana tidak langsung (penunjang medis). Kegiatan yang direncanakan adalah kegiatan upaya kesehatan wajib yaitu upaya yang ditetapkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya tingkat tinggi untuk peningkatan drajat kesehatan masyarakat. Selain upaya wajib juga ada upaya kesehatan pengembangan, salah satunya adalah kesehatan usia lanjut.

Puskesmas Rajabasa memiliki 8 posyandu lansia yang tersebar di 7 kelurahan yaitu kelurahan Rajabasa, Rajabasa Nunyai, Rajabasa Pemuka, Rajabasa Raya, Rajabasa Jaya, Gedung Meneng dan Gedung Meneng baru. Posyandu lansia beranggotakan 120 orang. Posyandu lansia dilaksanakan satu bulan sekali dengan didampingi dua orang kader dari Puskesmas Rajabasa.

2.7 Kerangka Teori dan Konsep

2.7.1 Kerangka Teori

Lansia atau lanjut usia menurut UU No.13 1998 adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Permasalahan yang terjadi pada usia lanjut antara lain gangguan fisik, berkurangnya ketajaman pancaindra, berkurangnya kemampuan melaksanakan sesuatu karena turunnya kekuatan motorik, perubahan penampilan fisik yang mempengaruhi peranan dan status ekonomi dan sosial), kehilangan dalam bidang ekonomi dan sosial ekonomi, seks usia lanjut dan gangguan psikologis (neurosis yang sering terjadi berupa depresi) (Maramis & Maramis, 2009).

Menurut (Soejono et al., 2009) faktor-faktor yang dapat menyebabkan depresi pada lansia adalah faktor biologis, fisik, psikologis, dan sosial. Menurut Amir (2005) dalam (Marta, 2012) faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia terbagi atas faktor internal dan faktor eksternal. Dalam faktor internal terdiri dari biologis (usia, jenis kelamin, riwayat keluarga), fisik (riwayat penyakit yang pernah diderita) dan psikologis (kepribadian lansia). Faktor eksternal yaitu sosial, meliputi status perkawinan, pekerjaan, stresor sosial dan dukungan sosial. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dukungan keluarga (dukungan instrumental).

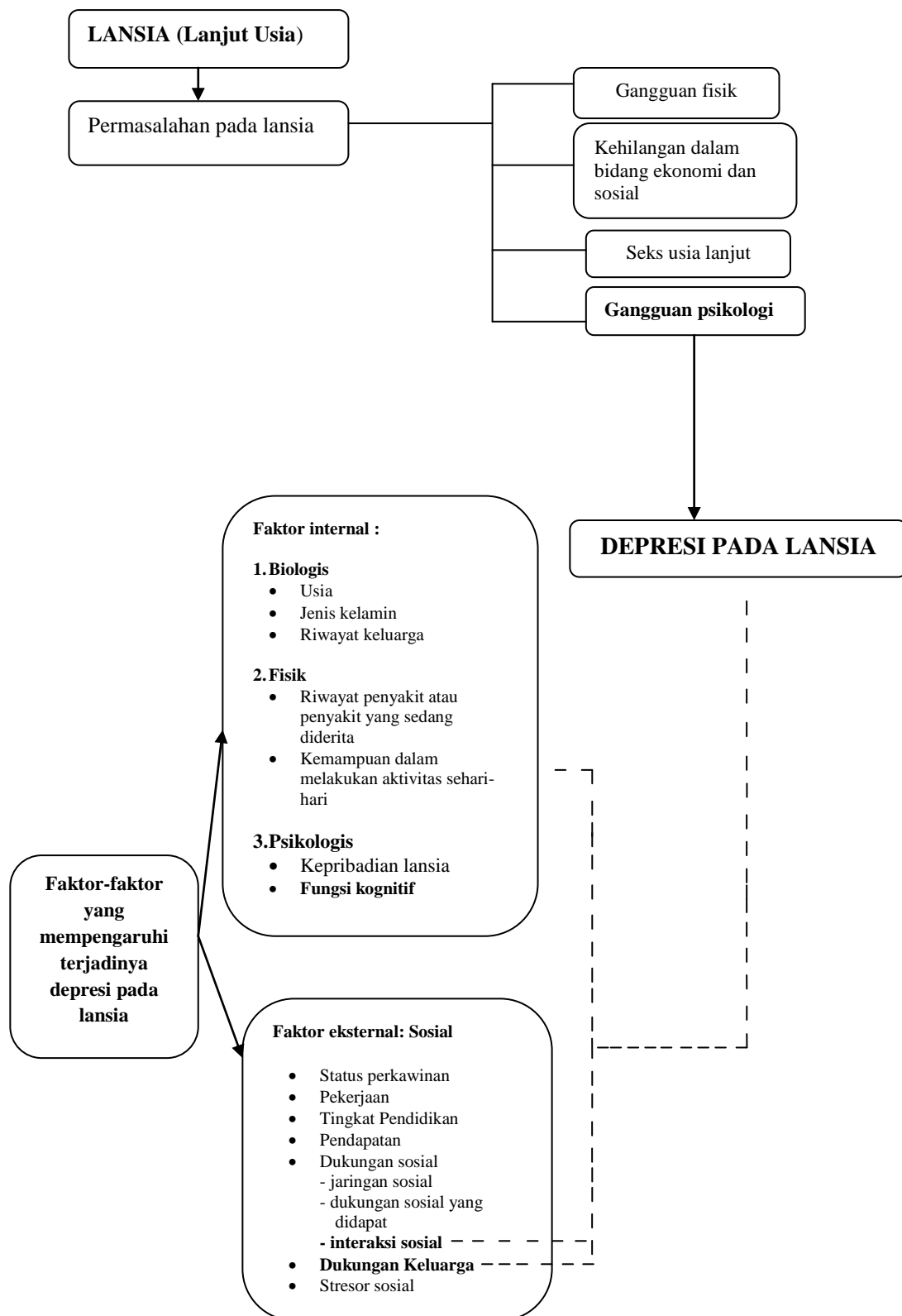
Menurut Santrock (2003) interaksi sosial berperan penting dalam kehidupan lansia. Hal ini dapat mentoleransi kondisi kesepian yang ada dalam kehidupan sosial lansia (Juwita, 2013). Menurut (Soejono et al., 2009) faktor fisik seperti berkurangnya kemauan merawat diri serta hilangnya kemandirian dapat meningkatkan kerentanan terhadap depresi. Berkurangnya kemampuan daya ingat dan fungsi intelektual (kognitif) sering dikaitkan dengan depresi. Faktor predisposisi lain yang dapat menyebabkan gejala depresi yaitu kehilangan (pasangan hidup, teman dekat dan anggota keluarga, kehilangan rasa aman, jabatan dan kebebasan), kehilangan kapasitas sensoris seperti penglihatan dan pendengaran mengakibatkan lansia terisolasi dan berujung depresi. Menurut Nevid dkk (2003) faktor-faktor yang meningkatkan resiko seseorang untuk terjadi depresi meliputi: usia, status sosio ekonomi, status pernikahan, jenis kelamin (dalam Juwita, 2013). Faktor sosiodemografi seperti usia, jenis

kelamin, status perkawinan, pendidikan dan pendapatan secara konsisten telah diidentifikasi menjadi faktor penting dalam prevalensi depresi (Akhtar-danesh & Landeen, 2007).

Berdasarkan Kuntjoro (2002) yang dikutip dalam (Murtutik & Dewi, 2012) lansia yang menemukan dirinya dengan banyak keterbatasan dalam proses berpikir, daya ingat, kecepatan gerak, kekuatan fisik, penurunan fungsi indra dan kondisi fisik yang tidak semenarik dahulu akan mempengaruhi kondisi psikososialnya. Tanpa disadari hal ini akan menimbulkan permasalahan tersendiri bagi lansia yang kalau kurang atau tidak bisa mengantisipasi dapat menimbulkan depresi.

Berdasarkan penjelasan di atas, depresi pada lanjut usia disebabkan oleh banyak faktor. Secara garis besar faktor-faktor tersebut dibagi menjadi dua yaitu, faktor internal dan eksternal. Lansia yang dicurigai depresi bisa dilakukan pengkajian dengan melakukan skrining *Geriatric Depression Scale*. Instrumen ini diciptakan oleh Yesavage dkk (Marta, 2012).

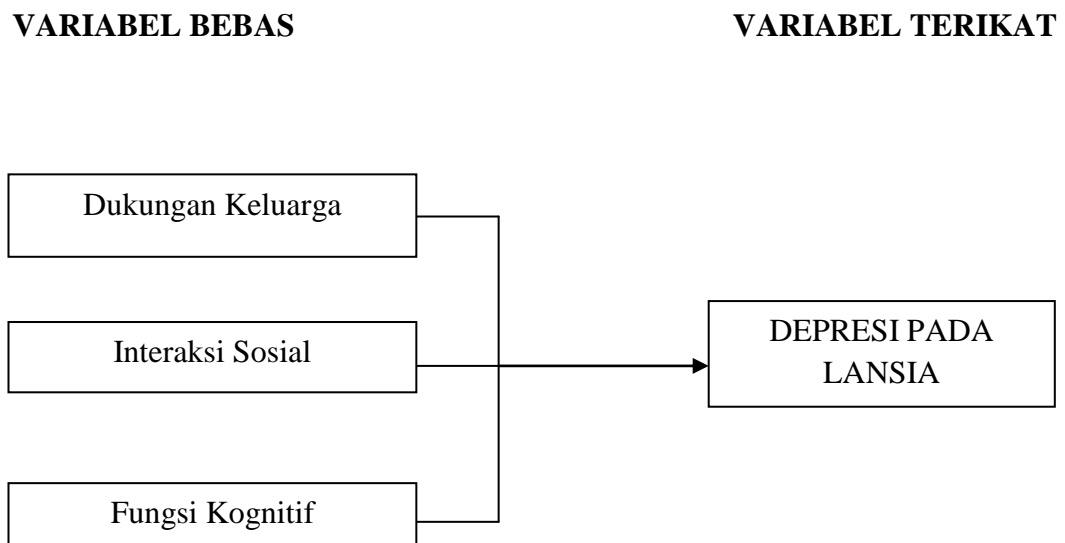
Kerangka teori ini disusun dengan modifikasi konsep-konsep yang diuraikan diatas. Adapun kerangka teori penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangka teori mengenai hubungan dukungan keluarga, interaksi sosial dan fungsi kognitif dengan depresi pada lansia

2.7.2 Kerangka Konsep

Konsep merupakan suatu abstraksi dari suatu realita agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (Marta, 2012).



Gambar 2. Kerangka konsep hubungan dukungan keluarga, interaksi sosial dan fungsi kognitif dengan depresi pada lansia

2.8 Hipotesis

Dari konsep penelitian di atas dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu:

- 2.8.1 Ada hubungan dukungan keluarga dengan depresi pada lanjut usia di Kecamatan Rajabasa Bandar Lampung.
- 2.8.2 Ada hubungan interaksi sosial dengan depresi pada lanjut usia di Kecamatan Rajabasa Bandar Lampung.
- 2.8.3 Ada hubungan fungsi kognitif dengan depresi pada lanjut usia di Kecamatan Rajabasa Bandar Lampung.