

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Fungsi Sosial

2.1.1 Fungsi sosial

1. Pengertian

- a. Fungsi sosial lansia meliputi adaptasi (*adaptation*), hubungan (*partnership*), pertumbuhan (*growth*), afeksi (*affection*), dan pemecahan (*revolve*). Fungsi sosial meliputi hubungan lanjut usia dengan keluarga sebagai peran utama pada seluruh tingkat kesehatan dan kesejahteraan lansia. Tingkat keterlibatan dan dukungan keluarga berperan besar pada lansia (Kushariyadi, 2010)
- b. Pengkajian fungsi sosial ini lebih ditekankan pada hubungan lansia dengan keluarga sebagai sentralnya dan informasi tentang jaringan pendukung. Hal ini penting dilakukan karena perawatan jangka panjang membutuhkan dukungan fisik dan emosional dari keluarga. Pengkajian aspek fungsi sosial dapat dilakukan dengan menggunakan alat skrining singkat untuk mengkaji fungsi sosial lanjut usia, yaitu APGAR Keluarga (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Revolve*) (Sunaryo dkk, 2015)
- c. Fungsi sosial adalah proses interaksi dengan lingkungan sosial yang dimulai sejak lahir dan berakhir setelah meninggal. Anggota keluarga belajar disiplin, budaya, norma melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat. Kegagalan bersosialisasi dalam keluarga, terutama jika norma dan perilaku yang

dipelajari berbeda dengan yang ada di masyarakat dapat menimbulkan kegagalan bersosialisasi di masyarakat (Kaplan & Sadock tahun 2008 dalam Niman dkk, 2017).

2. Faktor yang mempengaruhi fungsi sosial

Dalam berfungsi sosial yang baik ada 3 faktor yang perlu dan saling berkaitan (Husaini 2011 dalam Tobing, (2015) :

- a. Status sosial adalah kedudukan yang dimiliki oleh seseorang dalam kehidupan bersama, kelompok, keluarga, masyarakat atau organisasi yaitu dimana seseorang yang diberi kedudukan agar mampu melakukan tugas pokok sebagai tanggungjawab atas kewajibannya. Contohnya seseorang yang memiliki status sebagai : ayah, ibu, anak, ketua dan sebagainya. Status sosial seseorang yang ada pada keluarga sering menjadi patokan pengukuran kebahagiaan. Status sosial seseorang bisa berkaitan dengan pekerjaan, jabatan, tingkat pendidikan, dan kekayaan (Damongilala dkk, 2014).
- b. Role sosial yaitu peranan dalam sosial, contohnya aktivitas tertentu yang dianggap penting dan diharapkan wajib untuk dikerjakan sebagai konsekuensi dari status sosial yang dimilikinya dalam kehidupan bersama. Contohnya dalam keluarga, seorang ayah harus berperan sebagai pencari nafkah bagi keluarga, ibu memiliki peran sebagai pengurus rumah tangga dll. Penampilan dari peranan sosial secara efektif mencakup tersedianya sumber dan pelaksanaan tugas, sehingga seseorang dan atau suatu kelompok, contohnya keluarga mampu mempertahankan diri, tumbuh serta berkembang, menyenangkan dan

menikmati kehidupan. Penampilan peran ini akan dilihat baik oleh orang yang terkait maupun dinilai normal oleh masyarakat dilingkungannya.

- c. Norma sosial adalah hukum, nilai nilai dimasyarakat, peraturan, adat istiadat, agama, yang menjadi acuan apakah status sosial sudah dapat diperankan serta dilakukan sebagaimana semestinya, dengan normal, dapat diterima masyarakat, wajar. Pekerja sosial bisa melakukan evaluasi serta intervensi pelaksanaan fungsi yang dilakukan orang secara individu ataupun kelompok.

3. Alat ukur fungsi sosial

Instrumen penilaian terhadap fungsi sosial yang digunakan yaitu APGAR Keluarga (*family APGAR*) merupakan penilaian fungsi internal keluarga ditinjau dari hubungan setiap anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya yang diciptakan oleh Smilkstein tahun 1982. Penilaian ini berdasarkan aspek *addaptation* (adaptasi), *partnership* (kemitraan), *growth* (pertumbuhan), *affection* (kasih sayang) dan *resolve* (kebersamaan) (Oktowaty, 2018)

Aspek yang dinilai dalam APGAR keluarga menurut (Sapulette, 2015):

1. Kemampuan *Adaptability* menunjukkan bahwa lanjut usia mampu untuk beradaptasi dengan lingkungan khususnya dengan tempat tinggalnya. Menurut (Salbiah 2006 dalam Sapulette, 2015) *Adaptation* atau adaptasi merupakan kemampuan untuk menyesuaikan diri atau berespon terhadap stimulus guna mencapai kesejahteraan, dalam hal

ini kesejahteraan sosial. Pada aspek adaptasi menilai kemampuan keluarga untuk menggunakan dan membagi sumberdaya yang dimiliki oleh setiap anggota keluarganya.

2. Aspek *partnership* atau kemitraan menunjukkan bahwa telah tercapainya suatu sistem komunikasi dan musyawarah untuk mengambil keputusan dan atau menyelesaikan suatu masalah yang sedang dihadapi (Puspitawati 2012 dalam Sapulette, 2015). Aspek kemitraan menilai kemampuan dalam berbagi, membuat keputusan, dan memecahkan masalah bersama melalui komunikasi yang baik.
3. Aspek *growth* atau pertumbuhan mencakup perkembangan dalam jasmani dan rohani lansia. Pertumbuhan serta perkembangan pada umumnya berjalan selaras dan pada tahap tertentu menghasilkan “kematangan”. Di usia lanjut usia lansia akan kembali ke masa kanak-kanak dan mengalami kemunduran psikis (Sapulette dkk, 2015). Aspek ini menilai tingkat kepuasan dalam hal kebebasan untuk untuk mencapai perubahan atau pertumbuhan baik fisik maupun mental.
4. Aspek *Affection* atau kasih sayang menilai adalah kepuasan terhadap keintiman dan reaksi antara anggota keluarga. Menurut (Bandiyah (2009) dalam Sapulette, 2015) kasih sayang pada lansia dibutuhkan adanya interaksi emosional yang cukup kuat.
5. Aspek *Resolve* atau kebersamaan mewakili bagaimana dalam membagi waktu, kekayaan dan ruang. Menurut (Bandiyah (2009) dalam, Sapulette dkk, 2015) kebersamaan yang dimaksud lebih mengarah kepada toleransi seseorang terhadap lanjut usia.

Tabel 2.1. Kisi kisi kuesioner fungsi sosial :

Fungsi	Uraian
<i>Addaptation</i> (adaptasi)	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/ teman saat saya kesusahan
<i>Partnership</i> (kemitraan)	Saya puas dengan cara keluarga/teman membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalahnya kepada saya
<i>Growth</i> (pertumbuhan)	Saya puas bahwa keluarga/ teman saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas yang baru
<i>Affection</i> (kasih sayang)	Saya puas dengan cara keluarga/ teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih, dan mencintai
<i>Resolve</i> (kebersamaan)	Saya puas dengan keluarga/ teman yang mau menyediakan waktu untuk bersama sama

2.1.2. Keluarga

1. Pengertian

Berdasarkan Undang-Undang Nomer 10 tahun 1992 menyebutkan bahwa keluarga merupakan unit terkecil di dalam sebuah masyarakat yang terdiri atas suami dan istri, suami istri dengan anaknya, ayah dan anaknya, tau ibu dengan anaknya. Keluarga adalah suatu kesatuan dari orang-orang yang terikat di dalam pernikahan, ada hubungan darah atau adopsi dan tinggal di dalam satu rumah (Friedman tahun 1998 dalam Andarmoyo, 2012). Teori (Andarmoyo, 2012) keluarga merupakan sistem yang terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh suprasistemnya yaitu lingkungan (masyarakat) keluarga dapat

mempengaruhi masyarakat (suprasistem). Menurut (WHO tahun 1969 dalam Andarmoyo, 2012) keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan. Sedangkan menurut (Burgess dkk tahun 1983 dalam Andarmoyo, 2012) mendefinisikan keluarga yang berorientasi pada tradisi, memunculkan beberapa pernyataan yakni :

- a. Keluarga tersusun dari kelompok orang yang melalui proses perkawinan, hubungan darah dan ikatan adopsi.
- b. Umumnya tinggal bersama pada satu rumah, ataupun jika mereka tidak tinggal satu rumah, secara terpisah, mereka menganggap rumah tangga mereka sebagai rumah.
- c. Saling berkomunikasi, berinteraksi sesuai perannya masing-masing.
- d. Menggunakan kultur budaya yang sama, diperoleh dari masyarakat dengan ciri unik tersendiri.

2. Tujuan Keluarga

Tujuan dasar dari pembentukan keluarga (Andarmoyo, 2012):

- a. Keluarga adalah unit dasar yang mempunyai pengaruh kuat pada perkembangan individu,
- b. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan serta harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntunan dari masyarakat.
- c. Keluarga berfungsi guna memenuhi kebutuhan para anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan akan kasih sayang, sosioekonomi dan kebutuhan seksual

- d. Keluarga mempunyai pengaruh yang penting pada pembentukan dari identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

Alasan mengapa keluarga menjadi fokus sentral dalam perawatan menurut (Andarmoyo, 2012) :

- a. Di dalam sebuah unit keluarga, disfungsi apa saja akan berdampak pada satu atau lebih keluarga, serta hal tertentu, sering akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain dan berpengaruh pada unit secara keseluruhan.
- b. Terdapat hubungan yang kuat serta signifikan antara keluarga dan status kesehatan dari para anggotanya.
- c. Melalui perawatan kesehatan keluarga yang berfokus pada perawatan diri, peningkatan, penkes dan konseling keluarga juga upaya yang berarti dapat mengurangi risiko yang akan diciptakan oleh pola hidup keluarga serta bahaya dari lingkungan.
- d. Terdapat masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga dapat mengakibatkan ditemukannya faktor-faktor risiko pada anggota keluarga yang lain.
- e. Tingkat dari pemahaman serta berfaedahnya seorang tidak dapat terpisah dari andil sebuah keluarga.
- f. Keluarga adalah suatu sistem pendukung yang sangat vital untuk kebutuhan dari individu.

3.Fungsi Keluarga

Dalam (Friedman tahun 1998 dalam Kurniawati, 2013) fungsi keluarga yaitu :

a. Fungsi afektif

Kebahagiaan suatu keluarga diukur menggunakan kekuatan yang saling mengasihi antar anggota keluarga. Keluarga wajib untuk memenuhi kebutuhan akan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang akan memberikan penghargaan dalam kehidupan suatu keluarga.

Komponen fungsi afektif meliputi :

1) Memelihara saling asuh

Menganggap keluarga adalah wadah guna mendapat kehangatan, dukungan serta penerimaan.

2) Saling menghormati

Tujuan utama yaitu keluarga wajib memelihara harga diri dan hak-hak kedua orang tua dan anak-anak sangat dijunjung tinggi.

3) Pertalian dan identifikasi

Kekuatan terbesar dibalik persepsi dan kekuatan dari kebutuhan individu dalam suatu keluarga yaitu pertalian/kasih sayang. Kasih sayang merupakan ikatan emosional yang relatif abadi serta unik antara dua orang tertentu.

b. Fungsi sosialisasi

Proses perubahan dan perkembangan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar dalam suatu

lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai dari seseorang lahir dan diakhiri pada saat kematian. Sosialisasi adalah hal yang terjadi selamanya dimana seseorang, mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang tertata secara sosial.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan salah satu fungsi untuk menjaga adanya generasi baru dan menempatkan anggota baru bagi masyarakat.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi termasuk penyediaan keluarga tentang kebutuhan yang cukup, contohnya mencari sumber penghasilan guna mencukupi kebutuhan sehari-hari di dalam keluarga, pengaturan pada penggunaan pendapatan sebagai pemenuhan kebutuhan, juga menabung guna sebagai persediaan pemenuhan kebutuhan dimasa yang akan mendatang.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipengaruhi oleh orang tua dengan menyediakan sandang, pangan, papan serta perlindungan terhadap bahaya. Fungsi perawatan kesehatan keluarga bukan hanya hal yang dasar dan vital, tetapi juga merupakan fungsi yang memangku suatu fokus sentral dalam keluarga-keluarga yang sehat. Sehingga apabila fungsi vital ini dijalankan dengan baik maka semakin kuat sistem keluarga tersebut.

Menurut Peraturan Pemerintahan Nomer 21 Tahun 1994 dan UU No. 10 Tahun 1992 (Sutini, 2018) fungsi keluarga :

a. Fungsi Keagamaan

Keluarga ialah wadah utama juga yang pertama menciptakan semua anggota keluarga menjadi manusia yang bertaqwa kepada Tuhan YME. Tugas keluarga dalam fungsi keagamaan :

- 1) Membina norma/ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup dari seluruh anggota keluarga.
- 2) Mengartikan ajaran/norma agama pada tingkah laku hidup keseharian seluruh anggota keluarga.
- 3) Memberi contoh konkrit tentang pengalaman ajaran agama dalam keseharian.
- 4) Melengkapi serta menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang tidak atau kurang diperoleh di sekolah atau masyarakat.
- 5) Membina sikap, rasa, serta praktik kehidupan keluarga beragama sebagai fondasi menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

b. Fungsi sosial budaya

Keluarga berfungsi menggali, mengembangkan dan melestarikan melalui cara:

- 1) Membina tugas sebagai lembaga guna meneruskan norma dan budaya masyarakat serta bangsa yang ingin dipertahankan.
- 2) Membina tugas sebagai lembaga guna menyaring norma budaya asing yang tidak sesuai.
- 3) Membina tugas sebagai lembaga dimana anggotanya mengadakan kompromi/ adaptasi dari praktik globalisasi dunia.
- 4) Membina budaya yang sesuai, selaras serta seimbang dengan budaya masyarakat/ bangsa untuk terwujudnya keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

c. Fungsi kasih sayang

Keluarga berfungsi mengembangkan rasa cinta serta kasih sayang setiap anggota keluarga, antar kerabat, antar generasi.

Termasuk dalam fungsi ini yaitu :

- 1) Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada diantara anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata/ ucapan dan ke dalam perilaku secara optimal dan terus menerus.
- 2) Membina tingkah laku saling menyayangi baik antara keluarga yang satu dengan yang lainnya secara kuantitatif dan juga kualitatif.
- 3) Membina praktik kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ikhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.

- 4) Membina rasa, sikap serta praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju norma keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera (KKBS).

e. Fungsi perlindungan

Memberi rasa aman lahir dan batin kepada setiap anggota keluarga. Fungsi ini menyangkut :

- 1) Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
- 2) Membina keamanan keluarga baik fisik, psikis, maupun ancaman serta tantangan yang datang dari luar.
- 3) Membina dan juga menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

f. Fungsi reproduksi

Memberikan keutuhan yang berkualitas melalui, pengaturan dan rencana yang sehat serta menjadi insan pembangunan yang handal, dengan cara yaitu :

- 1) Membina kehidupan dalam keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat bagi anggota keluarga sekitarnya.
- 2) Memberikan contoh pengalaman kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik dan juga mental.

- 3) Mengamalkan kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak serta jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
- 4) Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil, bahagia, serta sejahtera.

g. Fungsi pendidikan dan sosialisasi

Keluarga adalah tempat pendidikan utama dan pertama anggota keluarga yang berfungsi guna meningkatkan fisik, mental, sosial, dan spiritual secara serasi selaras dan seimbang fungsi ini yaitu :

- 1) Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama.
- 2) Menyadari, merencanakan serta menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat dimana anak dapat mencari pemecahan masalah dari konflik yang dijumpai, baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- 3) Membina proses pendidikan serta sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan fisik dan mental, yang tidak diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.

h. Fungsi ekonomi

Meningkatkan ketrampilan dalam usaha ekonomis produktif agar pendapatan keluarga meningkatkan dan tercapai kesejahteraan :

- 1) Melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun dalam lingkungan keluarga dalam rangka menompang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- 2) Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- 3) Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan seras, selaras, dan seimbang.
- 4) Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

i. Fungsi pembinaan lingkungan

- 1) Meningkatkan diri dalam lingkungan sosial budaya serta lingkungan alam sehingga tercipta lingkungan yang seras, selaras, dan seimbang.
- 2) Membina kesadaran, sikap serta praktik pelestarian lingkungan hidup eksterna keluarga.
- 3) Membina kesadaran, sikap serta praktik pelestarian lingkungan hidup yang seras, selaras dan seimbang antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.

- 4) Membina kesadaran, sikap dan juga praktik lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

Meskipun banyak fungsi-fungsi keluarga seperti disebutkan diatas, pelaksanaan fungsi keluarga di Indonesia secara singkat bisa :

- a. Asih : memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, hangat kepada seluruh anggota keluarga sehingga dapat berkembang sesuai usia dan kebutuhan
- b. Asah : yaitu memenuhi pendidikan anak sehingga siap menjadi manusia dewasa, mandiri dan dapat memenuhi kebutuhan masa depan.
- c. Asuh : yaitu memelihara dan merawat anggota keluarga agar tercapai kondisi yang sehat fisik, mental, sosial dan spiritual (Andarmoyo, 2012).

2.2 Lansia

2.2.1 Pengertian

Menurut Ratnawati (2017) lansia ialah kejadian biologis yang tidak bisa dihindari oleh setiap individu. Undang Undang Nomer IV Tahun 1965 Pasal 1, menyebutkan bahwa seseorang bisa disebut lansia setelah umur 55 tahun, tidak mempunyai/ tidak berdaya dalam mencari nafkah sendiri guna keperluan hidupnya sehari hari, dan menerima nafkah dari orang lain. Menurut Undang Undang Nomer 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, lanjut usia merupakan seseorang yang telah berusia diatas 60 tahun.

2.2.2 Klasifikasi

Menurut badan Kesehatan Dunia (WHO) dalam menurut (Ratnawati, 2017) batasan usia lanjut meliputi :

1. Usia 45-59 tahun yaitu *Middle age*
2. Usia 60-70 tahun yaitu *Elderly*
3. Usia 75-90 tahun yaitu *Old*
4. Umur diatas 90 tahun yaitu

Menurut Maryam (2008) mengklasifikasikan lansia yaitu :

1. Pralansia adalah berusia 45-49 tahun
2. Lanjut usia adalah berusia 60 tahun atau lebih
3. Lanjut usia resiko tinggi adalah berumur 70 tahun atau lebih atau berusia 60 tahun atau lebih dengan gangguan kesehatan (Depkes RI, 2003)
4. Lanjut usia potensial adalah lanjut usia yang sanggup melakukan pekerjaan dan atau aktivitas yang bisa menghasilkan barang/ jasa (Depkes RI, 2003).
5. Lanjut usia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya dalam mencari nafkah, hingga hidupnya bergantung pada bantuan dari orang lain (Depkes RI, 2003)

2.2.3 Ciri-Ciri Lansia

Menurut (Hurlock 1980 dalam Ratnawati,2017) ciri- ciri dari lansia :

1. Usia lanjut adalah masa dimana terjadi periode kemunduran. Sebagian pemicu terjadinya adalah faktor fisik serta psikologis. Dampak dari kondisi ini bisa berdampak pada aspek psikologis lanjut usia. Membuat

lansia membutuhkan motivasi. Kemunduran yang cepat terjadi karena motivasi yang rendah, begitu pula sebaliknya.

2. Seseorang lansia mempunyai status kelompok minoritas. Pandangan bersifat negatif pada lanjut usia dalam masyarakat sosial secara tidak langsung akan berpengaruh munculnya status sosial minoritas pada mereka
3. Menua membutuhkan perubahan peran. Kemunduran dialami pada lansia akan berpengaruh pada perubahan peran mereka dalam masyarakat sosial ataupun keluarga. Tetapi perubahan pada peran ini baiknya dilaksanakan atas dasar dari keinginan yang muncul dari diri sendiri bukan paksaan.
4. Penyesuaian yang buruk pada lanjut usia. Perilaku buruk lanjut usia terbentuk karena perlakuan yang buruk yang didapatkan. Secara tidak langsung lanjut usia akan cenderung menerapkan konsep diri yang buruk.

2.2.4 Tugas Perkembangan Lansia

Setiap tahap perkembangan manusia memiliki tugas perkembangan sendiri-sendiri, termasuk lanjut usia yang memiliki tugas perkembangan sebagai berikut menurut (Ratnawati, 2017) :

1. Menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik
2. Menyesuaikan diri pada masa terjadinya pensiun dan berkurangnya sumber ekonomi keluarga
3. Mempersiapkan diri terhadap kematian pasangan hidup
4. Mempererat hubungan terhadap orang disekelilingnya

5. Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan
6. Mempersiapkan diri terhadap peran sosial secara santai juga harmonis

2.2.5 Proses Penuaan

Menurut (Nugroho 2000 dalam Ratnawati, 2017), menua merupakan suatu proses yang terjadi kontinue serta berlanjut secara alami, dialami semenjak lahir, dan pada umum akan dialami oleh semua makhluk hidup. Sedangkan teori dari (Tyson tahun 1999 dalam Ratnawati, 2017) menua merupakan suatu proses yang bermula dari ketika konsepsi dan termasuk bagian normal dari masa pertumbuhan serta perkembangan juga penurunan kemampuan dalam mengganti sel yang mengalami kerusakan.

2.2.6 Teori Penuaan

Pengelompokan teori proses penuaan menurut (Murwani dan Priyantari, 2010) :

1. Teori biologi

Perubahan biologi berasal dari dalam (intrinsik) / teori genetika

- a. Teori jam biologi (*biological clock theory*) merupakan keadaan menua yang disebabkan faktor gen dari dalam. Usia seakan olah diatur seperti layaknya jam.
- b. Teori menua yang terprogram (*program aging theory*) bahwa sel-sel dari tubuh hanya mampu membagi 50x.
- c. Teori mutasi (*somatic mutatie theory*) menjelaskan sel pada waktunya pasti terjadi pergantian. Menua dikarenakan sebagai dari perubahan biokimia yang di atur molekul/DNA dan per sel akan mengalami pergantian

- d. *The error theory* yaitu kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh lelah
- e. Teori akumulasi menjelaskan bahwa pengumpulan dari pigmen atau lemak tubuh pada lanjut usia akan mengakibatkan terganggunya fungsi sel tersebut.
- f. Peningkatan jumlah kolagen dalam jaringan
- g. Reaksi kekebalan sendiri (*auto immune theory*) suatu saat pada dalam tubuh diproduksi sesuatu zat khusus, bagian tubuh yang tidak tahan dengan zat itu akan menjadi lemah juga sakit
- h. Teori *immunilogi slow virus*, bahwa system kekebalan menjadi kurang efektif karena bertambahnya usia dan masuknya virus pada tubuh akan menyebabkan kerusakan organ.
- i. Teori rantai silang menjelaskan bahwa sel yang tua reaksi kimianya bisa mengakibatkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen akan mengakibatkan kelenturan akan berkurang dan menurunkan fungsinya.
- j. Teori program tentang kemampuan dari organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah serta kapan mati.

Perubahan biologik yang berasal dari luar/ ekstrisik

1. Teori radikal bebas menjelaskan bertambahnya zat radikal bebas karena pencemaran akan menyebabkan perubahan pada kromosom pigmen serta jaringan kolagen
2. Teori imunologi menjelaskan perubahan jaringan getah bening akan menyebabkan ketidakseimbangan sel T serta akan terjadi

berkurangnya fungsi sel imun pada tubuh berakibat mudah terinfeksi

3. Teori stress yaitu bahwa menua terjadi karena hilangnya sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak bisa mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stress mengakibatkan sel tubuh lelah terpakai.

4. Teori psikologi

- a. *Maslow Hierarchy Human Needs Theory* menjelaskan bahwa hirarki kebutuhan dari manusia yaitu fisiologi dasar, keamanan dan kenyamanan, kebutuhan kasih sayang, harga diri dan aktualisasi pada diri

- b. *Jung's theory of individualism* menjelaskan bahwa perkembangan personaliti dari masa kanak-kanak, remaja, dewasa muda, dewasa pertengahan, hingga dewasa tua/lansia yang mempengaruhi adalah faktor internal maupun eksternal

- c. *Course of human life theory* menjelaskan bahwa teori perkembangan dasar pada manusia yang disentralkan pada mengidentifikasi pencapaian tujuan hidup seseorang ketika dalam fase perkembangan.

- d. Aktivitas / kegiatan (*Activity theory*) menjelaskan bahwa pada lanjut usia yang sukses yaitu lansia yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial serta masih berusaha guna

mempertahankan hubungan antar sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan hingga usia lanjut.

- e. Kepribadian berlanjut (*Continuity theory*) menjabarkan bahwa perubahan pada lansia dipengaruhi oleh *type resonality* yang dipunyai.
- f. Teori pembebasan : tambahnya usia seseorang, secara perlahan akan melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Berakibat interaksi menurun baik kualitas maupun kuantitas sehingga seseorang sering mengalami kehilangan ganda (*triple loss*)
- g. *Eight stages of life theory* merupakan teori perkembangan psikososial dibagi menjadi 8 tahap yang menjabarkan peran serta tugas yang harus di selesaikan sehingga individu akan merasakan kebahagiaan dan kesuksesan.

2.2.7 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan pada lanjut usia menurut (Murwani dan Priyantari (2010) :

1. Penurunan keadaan fisik

Seseorang yang masuk masa lanjut usia, pada umumnya akan mengalami adanya keadaan fisik yang bersifat patologis berganda (*imultiple pathology*), contohnya energi yang menurun, gigi semakin lepas, kulit menjadi keriput , tulang makin rapuh, dsb. Pada umumnya kondisi fisik masa lanjut usia mengalami penurunan berlipat lipat. Menyebabkan gangguan fungsi fisik, psikologis dan sosial, yang berkelanjutan bisa mengakibatkan terjadinya kondisi ketergantungan pada orang lain. Pada

kehidupan lanjut usia supaya bisa mempertahankan kondisi fisik baik, perlu menyeimbangkan kebutuhan fisik dengan psikologik ataupun sosial, maka dibutuhkan usaha guna meminimalkan aktivitas yang bersifat menforsir fisiknya. Lansia wajib dapat mengatur bagaimana kehidupnya dengan seimbang dan baik.

2. Penurunan fungsi

Penurunan pada fungsi serta potensi seksual sering kali berkaitan dengan penurunan fisik, contohnya pada :

- a. Otot
- b. Kulit
- c. Pola tidur
- d. Fungsi kognitif
- e. Penglihatan
- f. Fungsi kardiovaskuler
- g. Fungsi respirasi
- h. Fungsi respirasi
- i. Fungsi saraf

3 Perubahan pada aspek psikososial

Setelah orang mengalami usia lanjut maka akan terjadi penurunan pada fungsi kognitif serta psikomotor. Fungsi dari kognitif termasuk proses

pemahaman, belajar, pengertian, perhatian, persepsi, dll akan mengakibatkan reaksi serta tingkah laku lanjut usia lambat. Sementara fungsi psikomotorik (konatif) berkaitan dengan dorongan kehendak contohnya, tindakan, gerakan, koordinasi, mengakibatkan menjadi kurang cekatan.

Lansia mengalami perubahan psikososial yang berkaitan dengan kepribadian lanjut usia. Dibedakan berdasarkan 5 tipe:

- a. Kepribadian konstruktif : Tidak sedikit yang mengalami gejolak, tenang serta mantap hingga sangat tua.
- b. Kepribadian mandiri : Biasanya mengalami *post power syndrom*, apalagi tidak diimbangi dengan aktivitas yang dapat memberikan otonomi.
- c. Kepribadian tergantung : Dimana dipengaruhi oleh keluarga, jika keluarga selalu harmonis maka saat lanjut usia tidak bergejolak, tetapi apabila pasangan hidup meninggal, maka yang ditinggalkan akan merana apabila tidak segera bangkit dari kedukaannya.
- d. Kepribadian bermusuhan : lansia tidak puas pada kehidupannya, keinginan tidak diperhitungkan secara seksama membuat ekonomi menjadi berantakan.
- e. Kepribadian kritik diri : lansia terlihat sengsara, perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain/ cenderung membuat susah dirinya.

Perubahan psikososial pada masyarakat yang berpengaruh terhadap usia lanjut menurut (Depkes RI 2000 dalam Murwani dan Priyanti, 2010) :

1. Urbanisasi dan modernisasi : Anak-anak perkotaan cenderung memandang setiap permasalahan secara rasional, efektif, efisien, hingga

dalam menilai suatu masalah sering menganggap orang tua mereka yang sudah usia lanjut berpendapat terlalu konvensional, hingga sering terjadi kesalahpahaman dalam komunikasi.

2. Perubahan pola keluarga besar ke keluarga kecil : Pola keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak menempatkan usia lanjut diluar sistem keluarga tersebut sehingga seseorang usia lanjut merasa diabaikan.
3. Ibu rumah tangga yang bekerja : Makin banyaknya ibu-ibu atau wanita yang bekerja, meninggalkan beban pekerjaan rumah tangga pada usia lanjut, sehingga usia lanjut merasa terbebani dan kesepian dikarenakan ditinggal sendiri. Sebagian orang yang berusaha dalam memenuhi kebutuhan hidup rumah tangga mereka akan sering bekerja diluar rumah, hal ini dapat mengakibatkan kurangnya perhatian serta kebersamaan anak dengan lansia. Semakin banyaknya waktu dan perhatian anak terhadap pekerjaan mereka, maka akan mempermudah munculnya permasalahan lansia
4. Perubahan perubahan psikososial yang dialami oleh lanjut usia menurut (Ismayadi 2004 dalam Murwani dan Priyantari, 2010) :
 1. Pensiun nilai seseorang sering diukur dengan produktivitasnya dan identitas dihubungkan dengan pekerjaan. Apabila seseorang pensiun, ia akan mengalami beberapa kehilangan.
 2. Merasakan atau sadar akan kematian
 3. Perubahan dalam cara hidup, yakni pada saat memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit
 4. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan

5. Meningkatkan biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
6. Penyakit kronis dan ketidakmampuan
7. Timbul kebutaan serta ketulian.
8. Gangguan pada gizi karena kehilangan jabatan
9. Rangkaian dari kehilangan, yakni terjadi kehilangan hubungan dengan keluarga dan teman
10. Hilangnya ketegapan fisik dan kekuatan: perubahan pada gambaran diri dan perubahan konsep diri.

5. Perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan

Biasanya perubahan diawali saat pensiun. Walaupun tujuan dari pensiun yaitu supaya lansia dapat menikmati pada hari tua, namun pensiun sering diartikan sebagai kehilangan harga diri, penghasilan, kedudukan, peran, jabatan, status, kegiatan, dan. Respon seseorang ketika pensiun lebih tergantung diri model kepribadiannya.

6. Perubahan dalam peran sosial di masyarakat

Akibat perubahan pada kondisi fisik dan tubuh menyebabkan kelainan fungsional bahkan kecacatan pada lanjut usia. Harus dicegah dengan mengajak melakukan aktivitas sosial di masyarakat, selama mampu melakukannya, supaya merasa tidak diasingkan. Apabila terasing maka akan makin menolak untuk melakukan komunikasi dengan lainnya dan kadang terus muncul perilaku regresi seperti mudah menangis, mengasingkan diri, mengumpulkan barang-barang tak berguna serta

merengek dan menangis bila ketemu orang lain perilakunya seperti anak kecil.

Dalam menghadapi berbagai permasalahan tersebut biasanya lanjut usia mempunyai keluarga, bagi orang berbudaya ketimuran masih sangat beruntung apabila masih mau untuk membantu memelihara dengan kesabaran dan pengorbanan. Berbeda dengan bagi mereka yang tidak punya keluarga maupun sanak saudara karena hidup membujang atau punya pasangan hidup namun tidak punya anak dan pasangannya sudah meninggal apalagi hidup dalam perantauan sendiri sering kali menjadi terlantar.

7. Perubahan seksual

a. Laki laki

Banyak penelitian yang menjabarkan tingkah laku maupun sikap seksual seseorang yang memiliki diatas 60 tahun tidak menghilangkan kebutuhan dan gairah seks secara bermakna, dan bahkan aktifitas seks teratur dilakukan apabila memiliki pasangan. Sebagian orang percaya apabila seks memberikan kontribusi terhadap kesehatan fisik serta kesehatan mental. Pada manusia lanjut yang mengalami disfungsi ereksi dan tanpa kontra indikasi dapat di berikan obat-obatan yang dapat meningkatkan fungsi ereksi.

b. Perempuan

Perubahan tidak begitu tampak hingga masuk usia 45-55 tahun.

Pada masa tersebut perempuan akan mengalami :

- 1) Fase klimakterium yaitu peralihan yang terjadi pada wanita mulai periode produktif sampai non produktif. Tanda serta gejala yang muncul sebagai akibat fase ini di sebut tanda gejala mengalami menopause.
- 2) Menopause adalah berhentinya proses haid pada wanita secara alamiah yang biasanya pada umur 45 - 50 tahun.
- 3) Perubahan pada masa menopause. Perubahan psikis yang terjadi :
 - a) Marah : cenderung akan menentang sumber frustasi
 - b) Cemas : akan meninggalkan sumber frustasi
 - c) Depresi : akan menghentikan respon-respon terbukanya srta mengalihkan emosi kedalam dirinya sendiri.
- 4) Perubahan fisik pada masa menopause
 - a) Hot flushes (perasaan panas)
 - b) Keringat yang berlebihan
 - c) Vagina menjadi kering
 - d) Tidak mampu menahan keluaranya air seni
 - e) Hilangnya jaringan jaringan penunjang
 - f) Bertambahnya BB
 - g) Keluhan pada mata

2.3 Depresi Pada Lanjut Usia

2.3.1 Pengertian

Menurut Azizah (2011) depresi pada lanjut usia adalah masa dimana terjadi gangguan pada fungsi manusia yang berkaitan dengan

alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, merasa kelelahan, muncul rasa putus asa, dan tak berdaya, serta muncul keinginan untuk bunuh diri (Kaplan dan Sadock, 1998). Depresi merupakan suatu perasaan yang merasa sedih dan pesimis yang berkaitan dengan suatu penderitaan. Bisa berupa serangan yang diarahkan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam (Nugroho, 2000). Menurut teori Hudak dan Gallo (1996), depresi merupakan keluhan yang sering muncul pada lansia dan salah satu faktor munculnya keinginan tindakan bunuh diri.

Depresi adalah ketidak normalan pada alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, rasa bersalah, harga diri rendah, merasa putus asa, perasaan kosong (Kelliat, 1996). Sedangkan teor Hawari (1996) menjelaskan bahwa depresi suatu bentuk gangguan pada kejiwaan pada alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan, muncul ketidagairahan menjalani hidup, kelesuan, perasaan tidak berguna serta putus asa. Depresi merupakan suatu perasaan kesedihan atau duka yang terjadi terus menerus (Stuart dan Sundeen, 1998).

2.3.2. Tanda Dan Gejala Depresi

Perilaku berkaitan dengan kejadian depresi menurut (Kelliat 1996 dalam Azizah, 2011):

1. Aspek afektif : kesepian, apatis, kekesalan, marah, perasaan murung, rasa bersalah, ketidakberdayaan, penyangkalan, keputusasaan, ansietas, harga diri rendah dan sedih.

2. Aspek fisiologi : merasakan nyeri perut, sakit pada punggung, anoreksia, merasakan pusing, insomnia, mengalami konstipasi, kelelahan gangguan pencernaan, perubahan pada siklus haid, makan yang berlebihan atau mengalami gangguan pola tidur dan perubahan berat badan.
3. Kognitif : merasakan kebingungan, sulit berkonsentrasi, ambivalensi, mencela diri sendiri, kehilangan minat serta motivasi, pikiran yang destruktif pada dirinya, menyalahkan diri sendiri, ketidakpastian, dan menjadi pesimis
4. Perilaku : agitasi, agresif, perubahan pada tingkat aktivitas, kecanduan konsumsi obat, alkoholisme, intoleransi, kebersihan diri yang kurang, kurang spontanitas, mudah tersinggung, mudah menangis, sangat tergantung, isolasi sosial, dan menarik diri.

2.3.3. Tingkatan Depresi

Tingkat depresi menurut (PPDGJ - III (Maslim (1997) dalam Azizah, 2011)

1. Depresi Ringan
 - a. Hilangnya minat serta kesenangan
 - b. Menurunnya tenaga yang menyebabkan menjadi mudah lelah (rasa lelah yang nyata sudah bekerja sedikit saja) dan berkurangnya kegiatan.
 - c. Daya konsentrasi serta perhatian menurun.
 - d. Kepercayaan diri serta harga diri yang berkurang
 - e. Terjadi sekurangnya selama 2 minggu

- f. Sedikit kesulitan pada pekerjaan dan aktivitas sosial yang biasa dilakukannya.

2. Depresi sedang

- a. Hilangnya minat dan kegembiraan
- b. Menurunnya energi yang menyebabkan keadaan mudah lelah rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit aja dan menurunnya aktivitas
- c. Konsentrasi serta perhatian menurun
- d. Harga diri dan kepercayaan diri menurun
- e. Perasaan rasa bersalah dan tidak berguna
- f. Presepsi masa depan yang suram dan pesimistis
- g. Gejala terjadi minimum sekitar 2 minggu
- h. Kesulitan untuk meneruskan kegiatan sosial pekerjaan dan urusan rumah tangga

5. Depresi berat

- a. Mood depresif
- b. Hilangnya minat dan kegembiraan
- c. Menurunnya energi sehingga keadaan mudah lelah rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja dan menurunnya kegiatan
- d. Konsentrasi dan perhatian yang berkurang
- e. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- f. Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
- g. Melakukan hal yang membahayakan diri atau bunuh diri
- h. Gangguan tidur

- i. Mengalami waham, halusinasi
- j. Berlangsung selama 2 minggu

2.3.4. Penyebab Depresi

Ada beberapa faktor penyebab depresi menurut Widianingrum (2016) yaitu :

1. Faktor Demografi

- a. Usia : faktor yang mengakibatkan depresi terutama pada lanjut usia.

Resiko terjadi depresi bisa bertambah menjadi dua kali lipat saat usia semakin meningkat. Banyak perubahan hidup pada masa tersebut sehingga depresi bisa muncul. Perubahan secara fisik, psikologis, ekonomi, sosial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup seorang lansia.

- b. Jenis Kelamin : lansia perempuan memiliki resiko mengalami depresi lebih tinggi dibandingkan dengan lansia laki-laki dengan perbandingan yaitu 2:1. Hal ini bisa dikarenakan adanya beberapa faktor lain yang kemungkinan dapat mengakibatkan terjadinya depresi, contohnya yaitu kematian pasangan hidup, perbedaan sosial dan budaya. Selain itu efek dari perubahan fisiologis disebabkan ada kaitannya dengan perubahan hormonal yang terjadi pada perempuan misalnya *early onset of menopause* atau *post menopause*. Tanggung jawab dari seorang perempuan pada kehidupan sehari-hari yang cukup berat, seperti mengurus rumah tangga dan mengurus anak. Dapat menyebabkan kemungkinan

menjadi faktor resiko terjadinya depresi lebih banyak pada lansia perempuan daripada laki-laki.

c. Status Sosio ekonomi: sosioekonomi yang lebih rendah mempunyai resiko yang lebih besar untuk menderita depresi dibandingkan dengan seseorang yang status sosioekonominya lebih baik. Ini disebabkan karena seseorang dengan status ekonomi yang lebih rendah akan mengakibatkan kebutuhan sehari-hari menjadi kurang sehingga mudah terkena depresi.

d. Status pernikahan : Pernikahan akan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki laki dan perempuan. Pernikahan tidak juga cuma mempererat hubungan asmara antara seorang laki laki dan perempuan, namun juga bertujuan agar dapat menurunkan resiko mengalami gangguan psikologis. Lansia yang masih memiliki pasangan hidup akan mempunyai tempat untuk berbagi dan mendukung dalam menghadapi masa tua, sehingga resiko terjadinya depresi yang lebih rendah (Suadarna (2011) dalam Sutinah, 2017).

Bagi pasangan suami-istri yang tidak bisa membina suatu hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena meninggal, bisa memicu terjadinya depresi.

e. Pendidikan : pendidikan berkaitan dengan kemampuan kognitif. Kemampuan kognitif merupakan bentuk mediator diantara kejadian pada hidup dengan mood. Tingkat depresi seseorang bisa semakin tinggi apabila ketika tingkat pendidikan rendah.

Pendidikan yang dimiliki oleh seseorang sangat berkaitan dengan kemampuan kognitif. Tingkat depresi seseorang bisa semakin tinggi apabila ketika tingkat pendidikan rendah (Niman dkk, 2017).

2. Dukungan Sosial

Lansia secara kontinue akan mengalami penurunan kondisi fisik, pemutusan hubungan sosial, aktifitas, dan perubahan posisi dalam bermasyarakat. Dukungan sosial dibutuhkan dalam kondisi seperti tersebut. Dukungan sosial seperti perhatian serta motivasi dibutuhkan oleh lanjut usia supaya dapat memperoleh ketenangan. Dukungan sosial adalah sumber daya yang dibutuhkan ketika berinteraksi dengan orang lain. Dukungan sosial bisa diartikan sebagai bentuk tanda seseorang merasa dicintai, diperhatikan, dan dihagai melalui komunikasi serta kontak sosial. Semakin tinggi tingkat frekuensi hubungan dan kontak sosial, maka semakin panjang harapan hidup dari seseorang. Hasil studi memaparkan bahwa dukungan sosial bagi lanjut usia sangat penting, karena dapat menurunkan tingkat depresi parental dan bertindak sebagai suatu pelindung bagi lanjut usia. Semakin tinggi dukungan sosial yang diterima oleh lansia yang tinggal di panti ataupun di masyarakat, maka akan semakin rendah tingkat depresi yang dialami oleh lanjut usia. Menurut Sarafino (2006 dalam Widianingrum 2016) , dukungan sosial terbagi menjadi lima bentuk, antara lain:

a. Dukungan emosional

- b. Dukungan penghargaan
 - c. Dukungan instrumental
 - d. Dukungan informasi
 - e. Dukungan kelompok
3. Pengaruh genetik : Lanjut usia yang mempunyai keturunan/ gen depresi dari orang tua maka dapat beresiko terjadi depresi, dan bisa terjadi lebih awal daripada yang tidak mempunyai gen depresi.
 4. Kejadian dalam Hidup (*Life Event*) : dapat mengakibatkan timbul stres pada lanjut usia dan jika berlangsung lama akan timbul depresi. Kejadian tersebut contohnya kehilangan pekerjaan, bercerai, masalah keuangan dan kematian orang tercinta. Gejala kurang lebih dalam waktu 2 tahun setelah kejadian terjadi.
 5. Medikasi : pada faktanya beberapa obat yang diberikan bisa menimbulkan gejala depresi pada lanjut usia. Obat tersebut contohnya obat antihipertensi, obat psikiatri, analgesik.

2.3.5. Dampak Depresi Pada Lansia

Menurut (Widianingrum, 2016) dampak dari depresi pada lansia adalah :

1. Fungsi Fisik

Status kesehatan dapat mengalami penurunan apabila keadaan depresi terjadi berkepanjangan. Status kesehatan tidak ada hubungannya dengan keluhan somatik. Lanjut usia yang depresi

memiliki hubungan dengan keluhan somatik daripada lanjut usia yang tidak depresi. Akibat dari keluhan somatik yang muncul pada lanjut usia yang mengalami depresi yaitu lansia akan mengalami gejala penurunan nafsu makan, berkurangnya BB, gangguan sistem pencernaan, dan tidur.

Akibat tambahan ialah mengalami keletihan kronis dan kehilangan energi. Lansia dengan kondisi tingkat depresi berat bisa mengakibatkan terganggunya aktivitas psikomotor contohnya melambatnya pergerakan tubuh, respon verbal, dan tidak mau bicara. Dampak lain yang akan muncul adalah muncul rasa nyeri, tidak merasa nyaman, dan terganggunya fungsi seksual.

2. Fungsi Psikososial

Pada lanjut usia yang mengalami perubahan mood akibat perasaan sedih tidak disadari. Padahal mereka sering mengatakan dirinya merasakan kesepian. Gejala yang muncul ialah merasa hampa, perasaan ingin menangis tetapi tidak dapat menangis, merasa tidak bahagia, tidak berguna, dan harga diri rendah. Dilihat dari segi psikososial tanda yang akan tampak ialah akan kehilangan minat pada interaksi dengan orang lain dan meninggalkan kebiasaan yang lama / hobi. Akibatnya lansia mulai mengabaikan dirinya dan penampilannya.

3. Tindakan Bunuh Diri

Melakukan upaya bunuh diri merupakan sebuah solusi. Pencegahan dengan mempelajari faktor resiko dan gejala yang timbul. Berawal dari pikiran putus asa dan merasa tidak berguna akibat dari

depresi yang dapat memunculkan keinginan untuk bunuh diri. Selanjutnya akan timbul tingkah laku bunuh diri secara tidak langsung seperti melakukan mogok makan dan tidak minum obat. Setelah itu akan muncul tingkah laku melukai diri seperti gantung diri atau meminum racun.

2.3.6. Upaya Penanggulangan Depresi Pada Lansia

Upaya pendekatan pelayanan kesehatan sangat perlu ditekankan, pendekatan fisik, psikologis, spiritual dan sosial. Pendekatan inilah yang ada di bidang kesehatan jiwa disebut pendekatan *eclectic* holistik, yaitu pendekatan yang tidak tertuju pada kondisi fisik namun juga aspek *psychological*, psikososial, spiritual dan lingkungan yang menyertainya. Pendekatan holistik memakai semua upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan lanjut usia, secara utuh dan menyeluruh (Hawari, 1996).

Usaha-usaha penanggulangan menggunakan *eclectic holistic approach* menurut (Azizah, 2011) di antaranya:

1. Pendekatan Psikodinamik

Fokus pada konflik yang berkaitan dengan kehilangan dan stress. Dengan mengidentifikasi kehilangan dan stres yang mengakibatkan depresi, mengatasi dan mengembangkan cara-cara dalam menghadapi kehilangan dan stressor dengan psikoterapi yang bertujuan guna memulihkan kepercayaan diri (*self confidence*) dan memperkuat ego. Menurut Kaplan et al. (1997), tidak hanya untuk menghilangkan gejala namun juga untuk mendapatkan perubahan struktur dan karakter kepribadian yang bertujuan untuk perbaikan

kepercayaan pribadi, mekanisme mengatasi stressor, keintiman serta kemampuan untuk mengalami berbagai macam emosi.

Pendekatan keagamaan (spiritual) dan budaya sangat merekomendasikan. Pemikiran-pemikiran dari ajaran agama apapun mengandung tuntunan bagaimana dalam kehidupan di dunia ini manusia tidak dapat terlepas dari rasa cemas, depresi, tegang, dan sebagainya. Terdapat pula pada doa yang intinya memohon pada Tuhan supaya dalam kehidupan ini manusia diberi ketenangan, kesejahteraan dan keselamatan baik di dunia dan di akhirat (Hawari, 1996).

2. Pendekatan Perilaku Belajar

Penghargaan atas diri yang kurang akibat dari kurangnya hadiah dan berlebihnya hukuman atas diri bisa diatasi dengan pendekatan ini. Caranya mengidentifikasi aspek lingkungan yang merupakan sumber hadiah dan hukuman. Kemudian diajarkan keterampilan dan strategi baru untuk mengatasi, menghindari atau mengurangi pengalaman yang bersifat menghukum, seperti *asertif training*, latihan keterampilan social, latihan relaksasi dan latihan manajemen waktu. Upaya berikutnya ialah peningkatan hadiah dalam hidup dengan *self reinforcement* yang diberikan segera setelah tugas bisa diselesaikan.

Menurut Samiun (2006), ada 3 hal yang harus diperhatikan guna pemberian hadiah dan hukuman, yaitu tugas dan teknik yang diberikan harus terperinci dan spesifik. Untuk aspek hadiah dan hukuman dari kehidupan tertentu dari individu. Teknik ini bisa untuk mengubah

tingkah laku agar dapat meningkatkan hadiah dan mengurangi hukuman, serta individu harus diajarkan keterampilan yang dibutuhkan untuk meningkatkan hadiah dan mengurangi hukuman.

3. Pendekatan Kognitif

Dasar dari pendekatan ini ialah kepercayaan (*belief*) individu yang terbentuk dari rangkaian verbalisasi diri (*self-talk*) terhadap peristiwa pengalaman yang dialami, yang menentukan emosi dan tingkah laku diri. Menurut Kaplan et al. (1997), usaha pendekatan ini ialah menghilangkan episode dari depresi dan mencegah rekuren dengan membantu mengidentifikasi dan uji kognisi negatif, mengembangkan cara berpikir, alternatif, fleksibel dan positif juga untuk melatih kembali respon kognitif dan perilaku yang baru dari penguatan perilaku dan pemikiran positif.

4. Pendekatan humanistik eksistensial

Tugas utama dari pendekatan ini ialah membantu individu menyadari keberadaannya di dunia ini dengan memperluas kesadaran diri, menemukan dirinya kembali dan bertanggung jawab terhadap arah hidupnya. Dalam pendekatan ini individu yang harus berusaha membuka pintu menuju dirinya sendiri melonggarkan belenggu deterministik yang mengakibatkan terpenjara secara psikologis (Corey, 1993; Samiun 2006). Dengan mengeksplorasi alternatif ini dapat membuat pandangan menjadi real, individu menjadi sadar siapa dia sebelumnya sekarang dan lebih mampu menetapkan masa depan.

5. Pendekatan Farmakologis

Mengatasi depresi maka terapi psikofarma (farmakoterapi) dengan obat antidepresan merupakan pilihan alternatif. Pemberian antidepresan dapat menjadi baik dengan dikombinasikan bersamaan upaya dari psikoterapi.

2.3.7. Skala Pengukuran Depresi Pada Lanjut Usia

Salah satu yang paling mudah dipakai dan diinterpretasikan di berbagai tempat, baik oleh peneliti ataupun praktisi klinis adalah *Geriatric Depression Scale (GDS)*. Alat ini diperkenalkan oleh Yesavage pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada lansia, dan mempunyai keunggulan mudah digunakan dan tidak membutuhkan keterampilan khusus dari pengguna. Dari keenam alat ukur tersebut GDS dan Zung *Scale* memiliki tingkat prediksi positif terbaik (93%). GDS sangat tepat digunakan untuk skrining depresi pada lanjut usiadi komunitas maupun *Nursing home* (Montorio dan Izal (1999) dalam Suardana, 2011). Instrumen GDS ada 2 bentuk yaitu bentuk panjang dengan 30 pertanyaan dan bentuk pendek dengan 15 butir pertanyaan. Dari hasil uji yang telah dilakukan terhadap kedua bentuk GDS pada populasi lansia di *nursing home* didapatkan bahwa GDS bentuk pendek hasilnya lebih konsisten (Aikmal dan Oehlert (2000) dalam Suardana, 2011).

Kisi kisi item kuesioner menurut (Gautam & Houde 2011 dalam Sapriliani, 2018) dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.3. Kisi kisi kuesioner *Geriatric Depression Scale (GDS)*,

Subskala	Parameter	Jumlah soal	Favorable	Unfavorable
Faktor 1 :	Semangat	1		5

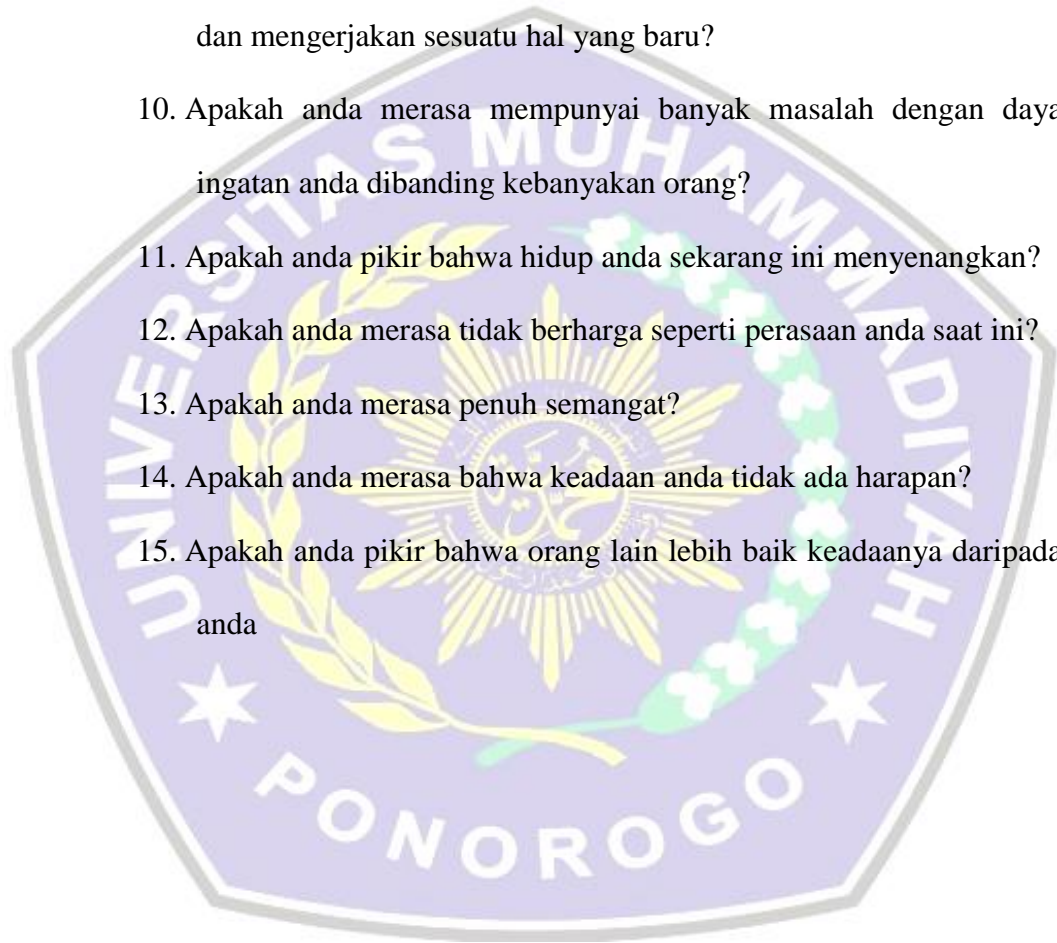
Aspek afektif	Kepuasan hidup	3	15	1,11
	Keputusasaan	1	14	
	Kekosongan	1	3	
	Kebosanan	1	4	
	Ketakutan hal buruk	1	6	
	Level energi	1		13
Faktor 2 : <i>Social Engagement</i> dan kognitif	Kesenangan dan hobi	2	2	7
	Isolasi sosial	1	9	
	Ingatan / memori	1	10	
	Ketidakberdayaan	2	8,12	
Total		15		

Skoring nilai 1 diberikan pada pernyataan favorable untuk jawabannya dan nilai 0 untuk jawaban tidak. Sedangkan untuk pernyataan unfavorable jawaban tidak diberi nilai 1 dan jawaban ya diberi nilai 0. Terdapat 15 butir pertanyaan yang di jawab dengan “IYA” & “TIDAK”. Pertanyaan nomer 1,5,7,11,13 jika dijawab “IYA” maka akan bernilai 0 dan dan beri kode 0, kemudian jika dijawab “TIDAK” maka akan bernilai 1 dan diberi kode 1. Sedangkan untuk pertanyaan nomer 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 apabila “TIDAK” maka nilainya 0 dan beri kode 0 lalu apabila dijawab “IYA” maka bernilai 1 dan diberi kode 1. Poin poin tersebut lalu dijumlahkan untuk mengetahui skor total, sehingga jumlah dari skor total adalah 15 dan skor minimal yaitu 0. Kemudian setelah mengetahui jumlah skor total, lalu ditentukan tingkatan depresi dengan kriteria 0-5 = normal, 6-15 = depresi .

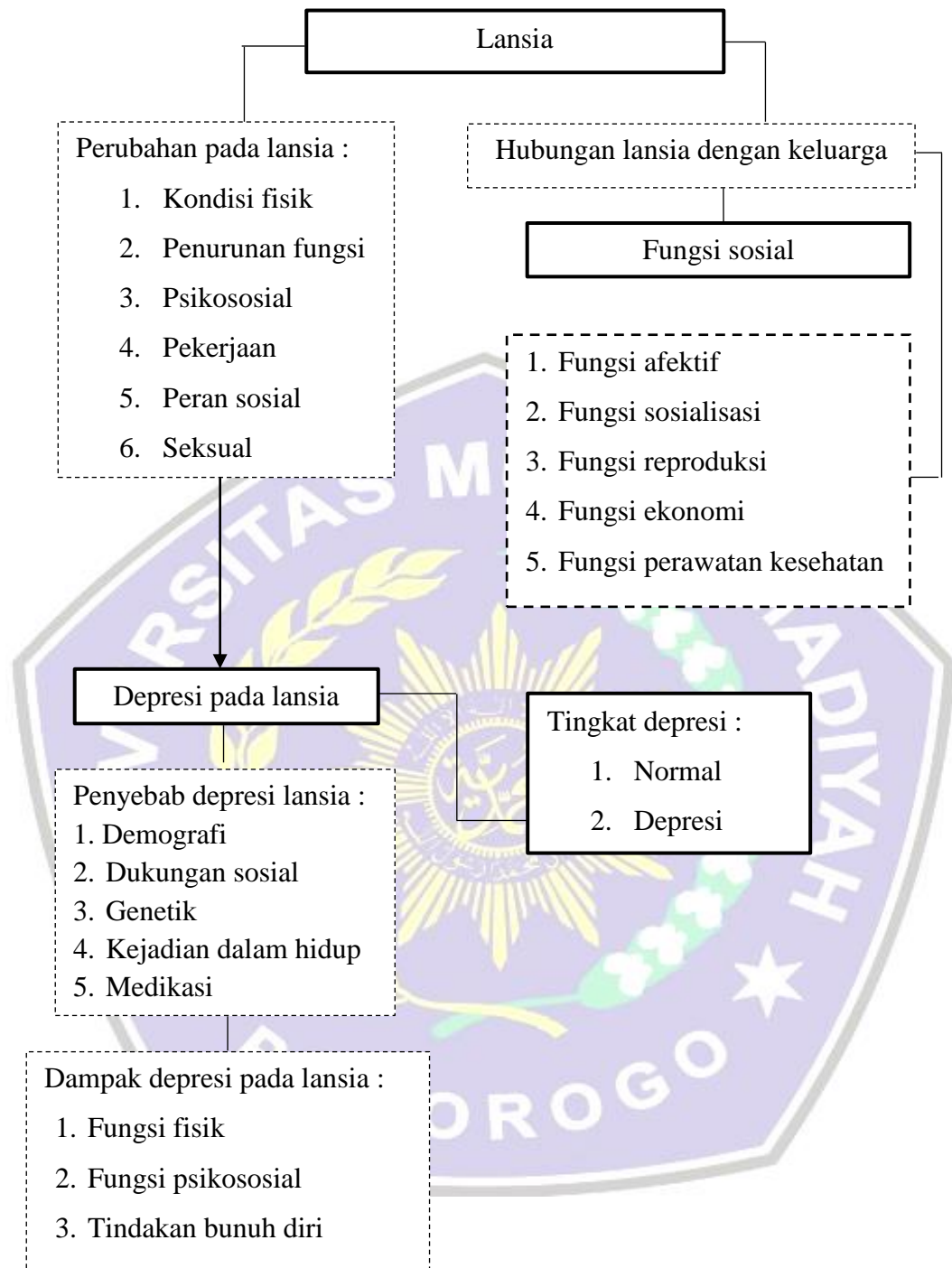
Pertanyaan pada kuesioner *Geriatric Depression Scale (GDS)* :

1. Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?
2. Apakah anda telah banyak menghentikan aktivitas dan minat-minat anda?
3. Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?

4. Apakah anda sering merasa hidup anda bosan?
5. Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?
6. Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk kan terjadi pada anda?
7. Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?
8. Apakah anda sering merasa tidak berdaya?
9. Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?
10. Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingatan anda dibanding kebanyakan orang?
11. Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?
12. Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?
13. Apakah anda merasa penuh semangat?
14. Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?
15. Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaanya daripada anda



2.4. Kerangka Teori



Gambar 2.5. Kerangka teori penelitian hubungan fungsi sosial dengan tingkat depresi pada lansia. Sumber : (Andarmoyo, 2012), (Oktowaty,2018) (Murwani dan Priyanti, 2010),(Widianingrum, 2016),(Depkes RI, 2000), (Muslim, 1997)