

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lanjut usia adalah Tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia yang merupakan suatu proses alami yang tidak dapat dihindari oleh setiap individu. Perubahan-perubahan fisiologis, akan berpotensi pada masalah kesehatan baik fisik maupun psikologis. (Dona Fitri, 2016).

Menurut kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan resiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau dengan masalah kesehatan).

2.1.2 Perubahan yang Terjadi pada lansia

Pada lansia, seiring bertambahnya usia dapat mengakibatkan terjadinya banyak perubahan-perubahan seperti, perubahan fisiologi, perubahan psikososial dan perubahan kognitif (Ratnawati, E 2017):

1. Perubahan Fisiologi

a. Sel

Menurut Aspiani (2014) perubahan yang terjadi pada sel lansia antara lain:

- 1) Jumlah sel menjadi lebih sedikit.
- 2) Ukuran sel menjadi lebih besar.
- 3) Berkurangnya cairan intraselular dan berkurangnya jumlah cairan tubuh.

- 4) Menurunnya proporsi protein di otak, otot, hati, ginjal dan darah.
- 5) Menurunnya jumlah sel otak.
- 6) Mekanisme perbaikan sel yang terganggu.
- 7) Berat otak menjadi berkurang 5-10% dan otak menjadi atrofis.
 - a. Perubahan pada kulit (integumen): Kulit menjadi lebih kering dan keriput terutama pada kulit wajah, leher, lengandan tangan. Kulit di bagian bawah mata akan membentuk seperti lingkaran hitam dan kantung mata yang bisa menjadi jelas dan permanen.
 - b. Perubahan pada otot : pada umumnya otot menjadi mengendur dan lembek di sekitar perut, dagu dan lengan bagian atas.
 - c. Perubahan pada persendian : pada persendian dibagian tungkai dan lengan dapat terjadi masalah yang membuat mereka mengalami gangguan pada saat berjalan.
 - d. Perubahan muskuloskeletal
 - 1) Tulang akan semakin rapuh dan kehilangan density (cairan) serta osteoporosis.
 - 2) Terjadinya kifosis.
 - 3) Lutut, dan jari-jari pergelangan terbatas.
 - 4) *Discus Intervertebralis* menipis dan menjadi pendek.
 - 5) Persendian menjadi kaku dan membesar.
 - 6) Tendon mengerut dan terjadi sklerosis.
 - 7) Seseorang bergerak menjadi lamban, tremor serta otot-otot menjadi kram karena otot-otot serabut mengecil.

- e. Perubahan pada gigi : gigi lansia menjadi tanggal, kering dan patah sehingga kadang-kadang memakai gigi palsu.
- f. Perubahan pada mata : kesulitan melihat jarak jauh, mata terlihat kadang bersinar, selaput mata keruh dan kadang terdapat kotoran yang menumpuk pada sudut mata.
- g. Perubahan pada telinga : fungsi pendengaran sudah menurun. Penurunan ini bisa berlangsung secara cepat atau bahkan terjadi secara perlahan.
- h. Perubahan pada sistem pernapasan : napas menjadi lebih pendek dan sering tersenggal-senggal, hal ini terjadi akibat penurunan kapasitas total paru-paru, residu volume paru dan konsumsi oksigen nasal, ini akan menurunkan fleksibilitas dan elastisitas paru.
- i. Perubahan pada sistem persyarafan
Perubahan yang terjadi pada sistem persyarafan dalam Aspiani (2014) antara lain:
 - 1) Menurunnya berat otak 10-20% (sel syaraf otak setiap orang akan berkurang dalam setiap harinya).
 - 2) Hubungan persyarafan cepat menurun.
 - 3) Respon dan waktu bereaksi menjadi lambat, khususnya dengan stress.
 - 4) Saraf pasca indra mengecil, penglihatan berkurang, pendengaran berkurang, saraf penciuman dan

perasa mengecil, dengan rendahnya ketahanan terhadap suhu dingin menyebabkan perubahan suhu lebih sensitif.

5) Kurangnya kesensitifan terhadap suatu sentuhan.

j. Perubahan pada sistem kardiovaskuler : terjadi penurunan *cardiac output* dan penurunan elastisitas pembuluh darah jantung.

k. Perubahan pada sistem perkemihan : otot kandung kemih dan saluran kencing (Uretra) akan semakin melemah, sehingga keelastisan springter pada perkemihan lansia akan menurun dan dapat terjadi salah satunya gangguan pada pola eliminasi

b. Perubahan psikososial

Keterbatasan produktivitas kerja yang dialami lansia erat kaitannya dengan perubahan pada psikososial lansia. Oleh karena itu, masa pensiun yang dialami lansia dapat menyebabkan lansia akan mengalami kehilangan sebagai berikut :

- a. Kehilangan status atau jabatan serta pendapatan berkurang.
- b. Kehilangan aktivitas atau kegiatan yang erat kaitannya dengan beberapa hal :

- 1) Merasakan atau sadar terhadap kematian dan perubahan cara hidup.
- 2) Kemampuan ekonomi akibat perhentian dari pekerjaan dan meningkatnya biaya hidup.
- 3) Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik.

- 4) Gangguan saraf pancaindera, timbul kebutaan dan ketulian.
- 5) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik.

c. Perubahan kognitif

Pada lansia, sering kali pikiran, kemampuan berbicara, memori jangka pendek dan kemampuan motoriknya terpengaruh. Beberapa faktor yang mempengaruhi perubahan mental ;

- a. Perubahan fisik
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan dan lingkungan

2.1.3 Karakteristik lansia

Menurut Pusat Data dan Informasi, kementerian Kesehatan RI (2016), karakteristik lansia dapat dilihat berdasarkan kelompok berikut ini :

a. Jenis Kelamin

Dari data Kemenkes RI (2015), lansia lebih didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Artinya ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan.

b. Status Perkawinan

Berdasarkan Badan Pusat Statistik RI, SUPAS 2015, penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus kawin (60 persen) dan cerai mati (37 persen). Adapun perinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04 persen dari

keseluruhan yang cerai mati, dan lansia laki-laki yang berstatus kawin ada 82,84 persen. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, sehingga presentase lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dibandingkan dengan lansia laki-laki. Sebaliknya, lansia laki-laki yang bercerai umumnya segera kawin lagi.

c. Living arrangement

Angka beban tanggungan adalah angka yang menunjukkan perbandingan banyaknya orang tidak produktif (umur <15 tahun dan >65 tahun) dengan orang berusia produktif (umur 15-64). Angka tersebut menjadi cermin besarnya beban ekonomi yang harus ditanggung penduduk usia produktif untuk membiayai penduduk usia nonproduktif.

Menurut Pusat data dan Informasi kementerian RI (2016), Angka Beban Tanggungan Indonesia adalah 48,63 persen, yang artinya setiap 100 orang penduduk yang masih produktif akan menanggung 48 orang tidak produktif di Indonesia. Angka beban tanggungan menurut provinsi tertinggi ada di Nusa Tenggara Timur (66,74 persen) dan terendah ada di Yogyakarta (45,05%).

d. Kondisi Kesehatan

Angka kesakitan, menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian RI (2016) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Angka kesakitan bisa menjadi

indikator kesehatan negatif. Artinya, semakin rendah angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik.

Masih menurut pusat data dan Informasi kemenkes RI (2016), angka kesehatan penduduk lansia tahun 2014 sebesar 25,05 persen, artinya bahwa dari setiap 100 orang lansia terdapat 25 orang di antaranya mengalami sakit. Sementara itu, Badan pusat statistik melalui Susesnasb2012-2014 dan SUPAS 2015 menyatakan secara umum derajat kesehatan penduduk lansia mengalami peningkatan dari tahun 2012-2014.

Berikut adalah penyakit-penyakit yang kerap menjangkiti lansia. Menurut tabel tersebut, penyakit terbanyak pada lansia adalah penyakit tidak menular (PTM) antara lain hipertensi, artritis, stroke, penyakit paru obstruksi kronik (PPOK), dan Diabetes Melitus (DM).

e. Keadaan ekonomi

Mengacu pada konsep *active aging* WHO, lanjut usia sehat berkualitas adalah proses penuaan yang tetap sehat secara fisik, sosial, dan mental sehingga dapat tetap sejahtera sepanjang hidup dan tetap berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup sebagai anggota masyarakat. Berdasarkan data SUPAS 2015 (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2016) sumber data untuk lansia sebagian besar pekerjaan/usaha (46,7 Persen), anak/menantu (32,1 Persen), suami/istri (8,9 persen) dan pensiun (8,5 persen), selebihnya 3,8 persen adalah tabungan/deposito, saudara/famili, orang lain, jaminan sosial.

2.1.2 Pengertian depresi

Depresi sebagai suatu gangguan mood yang dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu berkonsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang dan mencoba bunuh diri (Lubis, 2016) dalam (Nurifda, 2019)

Depresi merupakan gangguan emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan yang tidak berarti dan bersalah (menarik diri, tidak dapat tidur, kehilangan selera, minat dalam aktivitas sehari-hari) (Miftahudin, 2016)

Depresi adalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (Berpikir, berperasaan dan berperilaku) seseorang. Pada umumnya mood yang secara dominan muncul adalah perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan (Miftahudin, 2016)

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan jiwa pada alam perasaan (afektif, mood) yang ditandai dengan kemurungan, kesedihan, kelesuhan, kehilangan gairah hidup, tidak ada semangat, merasa tidak berdaya, perasaan bersalah atau berdosa, tidak berguna dan putus asa (Miftahudin, 2016).

2.2.2 Etiologi

Penyebab depresi sangat kompleks, yaitu penyebab eksternal dan penyebab internal, tetapi lebih sering merupakan hasil kombinasi dari keduanya. Berat ringannya depresi tergantung pada kepribadian

mental, kematangan individu, progresifitas penyakit fisik, dan tingkat pendidikan. Hingga saat ini etiologi depresi yang pasti belum diketahui. Terdapat beberapa faktor predisposisi yang telah diketahui berkaitan dengan terjadinya depresi, yaitu antara lain faktor genetik. Faktor ini berperan secara sangat kompleks dalam perkembangan gangguan mood. Pada penelitian mengenai depresi dalam keluarga diperoleh bahwa generasi pertama berpeluang lebih sering dua sampai sepuluh kali mengalami depresi berat. Penelitian yang berhubungan dengan anak kembar mengemukakan bahwa kembar monozigot berpeluang sebesar 50%, sedangkan kembar dizigot sebesar 10-25%. Mengenai faktor neurobiologik, adanya perubahan neurotransmitter otak, yaitu antara lain ; norepinefrin, serotonin, dopamin, dan juga menurut teori amina biogenik, depresi disebabkan karena defisiensi senyawa monoamin, terutama noradrenalin dan serotonin). Juga perlu dipertimbangkan peran faktor psiko-sosial (peristiwa dalam kehidupan dan stres lingkungan) dan faktor kognitif (Ballo, Kaunang, Munayang, & Elim, 2012) dalam (Nuridha, 2019)

2.2.3 PATOFISIOLOGI

Menurut Kaplan faktor penyebab depresi dapat secara langsung dibagi menjadi biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial. Pada faktor biologi kandel mengungkapkan bahwa setiap perilaku manusia melibatkan tiga sistem utama yaitu sensorik, motorik dan motivasi. Motivasi pada manusia diperankan oleh sistem limbik, didalamnya meliputi, pengendalian saat mengawali suatu gerakan, integrasi suatu

gerakan secara keseluruhan dan mempertahankan ekspresi motorik. Terjadinya suatu aktivitas motorik dan fungsi kontrolnya diperankan oleh lobus frontalis, dan dalam menjalankan fungsinya sebagai kontrol motivasi tidak terlepas dari peranan sistem limbik dan struktur subkortikal. Motivasi pada manusia akan terjadi karena adanya impuls dari sistem otonom dan sistem somatik sensorimotor. Stimulus yang diterima melalui penglihatan (Visual), pendengaran (auditori), dan sensorik perifer (Kulit, otot, vestibuler) akan diterima oleh sistem sensorik dan diteruskan ke korteks yang sesuai. Selanjutnya impuls sampai ke pusat motivasi pada sistem limbik, diteruskan ke hipotalamus dan batang otak. Melalui jaras kortikospinalis terjadilah suatu gerakan. Hipotalamus terletak di diensefalon tepat di atas kelenjar hipofise, menghasilkan hormon peptida yaitu corticotropin releasing hormone (CRH). Pada penderita depresi terjadi peningkatan kadar CRH dan terjadi penurunan serotonin.

Pada faktor genetik, Oleh Losler (2001), Pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stress. Jika terdapat keluarga yang mengalami depresi itu akan menurun pada keturunannya. Faktor usia semakin tua unsur seseorang maka semakin besar juga resiko seseorang akan menderita depresi. Karena terjadi proses alami pada seseorang dimana semakin tua akan membuat produksi semua hormon akan berkurang dari normalnya. Hormon yang paling berperan adalah hormon estrogen (hormon yang paling banyak terdapat pada wanita) yang apabila berkurang akan mengakibatkan sistem dopaminergik

akan mengalami gangguan yang akan mengakibatkan produksi dopamin pun menurun.

Seseorang yang mengalami penyakit kronis yang tidak kunjung sembuh merupakan salah satu dari penyebab depresi karena seseorang akan selalu berpikir tentang yang dialami pada dirinya. Pada faktor psikologis, Menurut Freud dalam teori psikodinamiknya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 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, 2010). Dari kehilangan seseorang yang dicintai sehingga menyebabkan lansia tidak punya teman untuk berbagi masalah yang dihadapinya. Karena tidak ada seseorang yang bisa diajak bercerita itu masalah yang dihadapi oleh lansia akan tidak terselesaikan.

Sedangkan menurut Kane, faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik (Kane 1999), harga diri rendah akan mengakibatkan harapan negatif tentang masa depan dan juga akan berpikir negatif tentang dirinya sendiri sehingga mengakibatkan harga diri rendah pada diri sendiri.

Dari gejala dari depresi itu sendiri akan mengakibatkan gangguan pada afektif, fisiologik, kognitif dan perilaku. Karena tertekan akan tidak

adanya dukungan keluarga,teman dan atau karena masalah yang dihadapi,lansia akan mengalami kehilangan semangat dan murung yang paling parah pada lansia akan menyendiri dan terjadinya harga diri rendah pada dirinya,jika berkelanjutan akan menyebabkan lansia merasa asing di kehidupan luar sehingga dia menarik diri dari lingkungan dia tinggal. Disaat lansia sudah tidak memikirkan dirinya sendiri akan menyebabkan lansia tidak peduli lagi dengan perawatan pada dirinya sendiri,terutama pada mandi dan makan. Penurunan nafsu memang sering terjadi pada lansia. Sehingga akan mengakibatkan lansia tidak memiliki energi untuk melakukan aktivitas. Energi yang tidak tersimpan dalam tubuh secara cukup akan mengakibatkan nutrisi ke otak mengalami gangguan. Sirkulasi udara dalam otak akan terganggu dan seseorang akan merasa pusing,jika berlanjut pusing itu terus dialami sampai kronis. Ketidakadanya nutrisi juga bisa mengakibatkan seseorang mengalami anemia.

Dari segi kognitif seseorang yang mengalami depresi akan mengalami permasalahan pada konsentrasi yang tidak fokus karena kebingungan terhadap masalah yang tidak terselesaikan. Sehingga lansia tidak mendapatkan jalan dari permasalahannya sendiri yang dapat mengakibatkan lansia kurang percaya diri pada dirinya. Karena merasa bersalah terhadap sesuatu lamnsia bisa saja melakukan percobaan bunuh diri hal ini yang menyebabkan koping tidfak efektif.

2.2.3 Gambaran klinis

Pada umumnya lansia mengalami depresi ditandai oleh mood depresi menetap yang tidak naik, gangguan nyata fungsi atau aktivitas sehari-hari, dan dapat berpikiran atau melakukan percobaan bunuh diri. Pada lansia gejala depresi lebih banyak terjadi pada orang dengan penyakit kronik, gangguan kognitif, dan disabilitas. Kesulitan konsentrasi dan fungsi eksekutif lansia depresi akan membaik setelah depresi diatasi. Gangguan depresi lansia dapat menyerupai gangguan kognitif seperti demensia, sehingga dua hal tersebut perlu dibedakan.

Pada lansia depresi sering menunjukkan keluhan nyeri fisik tersamar yang bervariasi, kecemasan, dan perlambatan berpikir. Perubahan pada lansia depresi dapat dikategorikan menjadi perubahan fisik, perubahan dalam pemikiran, perubahan dalam perasaan, dan perubahan perilaku.

Perubahan pada lansia depresi

1) Perubahan Fisik

- a) Perubahan nafsu makan sehingga berat badan turun (lebih dari 5% dari berat badan bulan terakhir)
- b) Gangguan tidur berupa gangguan untuk memulai tidur, tetap tertidur, atau tidak terlalu lama
- c) Jika tidur, merasa tidak segar dan lebih buruk di pagi hari
- d) Penurunan energi dengan perasaan lemah dan kelelahan fisik
- e) Beberapa orang mengalami agitasi dengan kegelisahan dan bergerak terus

f) Nyeri,nyeri kepala,dan nyeri otot dengan penyebab fisik yang tidak diketahui

g) Gangguan perut,konstipasi

2) Perubahan Pemikiran

a) Pikiran kacau,melambat dalam berpikir,berkonsentrasi,atau sulit mengingat informasi

b) Sulit dan sering menghindari mengambil keputusan

c) Pemikiran obsesif akan terjadi bencana atau malapetaka

d) Preokupasi atas kegagalan atau kekurangan diri menyebabkan kehilangan kepercayaan diri

e) Menjadi tidak adil dalam mengambil keputusan

f) Hilang kontak dengan realitas,dapat menjadi halusinasi(auditorik) atau delusi

g) Pikiran menetap tentang kematian,bunuh diri,atau mencoba melukai diri sendiri

3) Perubahan Perasaan

a) Kehilangan minat dalam kegiatan yang dulu merupakan sumber kesenangan

b) Penurunan minat dan kesenangan seks

c) Perasaan tidak berguna,putus asa,dan perasaan bersalah yang besar

d) Tidak ada perasaan

e) Perasaan akan terjadi malapetaka

f) Kehilangan percaya diri

- g) Perasaan sedih dan murung yang lebih buruk di pagi hari
 - h) Menangis tiba-tiba,tanpa alasan jelas
 - i) Iritabel,tidak sabar,marah,dan perasaan agresif
- 4) Perubahan Perilaku
- a) Menarik diri dari lingkungan sosial,kerja atau kegiatan santai
 - b) Menghindari mengambil keputusan
 - c) Mengabaikan kewajiban seperti pekerjaan rumah,berkebun,atau membayar tagihan
 - d) Pengurangan perawatan diri seperti perawatan diri dan makan
 - e) Peningkatan pengangguran alkohol atau obat-obatan

2.2.4 Gejala depresi

Gejala yang timbul pada penderita depresi menurut (Santi 2016) dibagi menjadi tiga yaitu sebagai berikut :

1. Gangguan afektif

Biasannya penderita mengalami perubahan perasaan pada gangguan afektif. Gejala yang biasa timbul pada gangguan afektif adalah perasaan sedih,perasaan negatif terhadap diri sendiri,kehilangan terhadap minat,kesenangan,dan semangat dan serta ,mudah menangis.

2. Gangguan Kognitif

3. Gejala yang muncul adalah penderita akan merasa harga diri dan percaya diri rendah ,rasa bersalah dan tidak berguna,pandangan pesimistik dan suram mengenai masa depan,tindakan menyakitkan diri,konsentrasi dan perhatian yang buruk serta merasa putus asa.

4. Gangguan Somatik

Gejala dari gangguan somatik ini adalah gangguan tidur/insomnia, hilangnya nafsu makan, penurunan energi dan aktifitas menjadi terbatas, nyeri kepala, nyeri pada punggung, dan gangguan pada sistem pencernaan.

2.2.5 Faktor Faktor yang menyebabkan Depresi pada lansia

a) Perubahan dalam aktivitas sehari-hari

Mereka yang dulu terbiasa bekerja dan memiliki penghasilan sekarang hanya berdiam diri di panti dan tidak memiliki penghasilan lain kecuali uang yang diperoleh dari panti. Kesediaan mereka mengikuti kegiatan di panti disebabkan karena keharusan bukan karena ingin. Perubahan dalam aktivitas sehari-hari dapat berkaitan pula dengan keberadaan keluarga bagi mereka. Dimana perubahan dalam perkumpulan keluarga merupakan merupakan penyebab stress pula bagi mereka.

b) Perubahan dalam Perkumpulan keluarga

Keluarga menjadi salah satu faktor yang berperan dalam menyebabkan stress bagi lansia panti. Keberadaan keluarga dirasakan sangat penting bagi mereka. Hal tersebut dapat dilihat dari latar belakang keberadaan para lansia hingga tinggal di panti wreda. Seperti beberapa kasus yang terjadi pada lansia panti. Beberapa diantara mereka merasa terbuang ,menjadi sampah masyarakat,tidak berarti lagi dengan kondisi fisik yang semakin melemah.

Mereka merasa dicampakkan oleh keluarganya,bahkan bagi beberapa lansia yang semula hidup dengan keluarganya mereka merasa tidak betah lagi berada di dunia ini dan mempertanyakan keberadaan

mereka ini untuk siapa, lain halnya dengan lansia yang memang dari semula tidak mempunyai keluarga sama sekali, mereka memang menyangkan hidup mereka yang sebatang kara akan tetapi keberadaan teman sesama lansia dipanti membuat mereka merasa ada keluarga baru akan tetapi terkadang mereka pun merindukan keberadaan keluarganya sebelum mereka hidup sendiri.

c) Kematian Pasangan

Yang dirasakan oleh para lansia di panti . mereka merasa hidup sendiri dan tidak berarti . Pada beberapa kasus yang terjadi di panti wreda, hampir semua lansia menceritakan bahwa pasangan mereka merupakan semangat hidup mereka dan ada beberapa lansia yang memilih untuk tidak menikah kembali setelah kematian pasangan mereka. Mereka mencoba bertahan hidup untuk anak-anak mereka tersebut.

d) Perubahan dalam pilihan maupun kuantitas olahraga maupun rekreasi, dan perubahan dalam pekerjaan

Bagaimana perubahan ini dipersepsikan berbeda-beda oleh individu sehingga memunculkan dinamika dalam respon emosi, sosial dan perilaku penyesuaian. Persepsi yang berbeda memunculkan respon yang berbeda salah satunya respon yang terkategori stress. Peristiwa –peristiwa kehidupan dan berbagai perubahan yang dialami para lansia penghuni panti baik yang telah maupun sedang dialami para lansia penghuni panti baik yang telah maupun sedang dialami tidak jarang dirasakan sebagai beban dan tekanan dalam hidup. Kenyataan ini didukung oleh data

penelitian yang diperoleh bahwa bahwa sejumlah 26 dari 32 lansia panti atau sebesar 81,25% subyek mengeluhkan menghadapi peristiwa-peristiwa kehidupan yang berat.(Yeni,2010)

2.2.6 Tingkat depresi pada lansia

Menurut PPDGI-III (maslim,1997)dalam (Aspiani,2014)

a. Depresi ringan

- 1) Kehilangan minat dan kegembiraan
- 2) Berkurangnya energy yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas
- 3) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- 4) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang

b. Depresi sedang

- 1) Kehilangan minat dan kegembiraan
- 2) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas
- 3) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- 4) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
- 5) Pandangan masa depan yang suram dan pesimis

c. Depresi sedang

- 1) Mood depresif
- 2) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas
- 3) Konsentrasi dan perhatian yang kurang

- 4) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
- 5) Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
- 6) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- 7) Perbuatan yang membahayakan dirinya sendiri atau bunuh diri
- 8) Tidur terganggu
- 9) Disertai waham,halusinasi
- 10) Lamanya gejala tersebut berlangsung selama 2 minggu

2.2.7 Pemeriksaan penunjang pada lansia

a. *Geriatric depression Scale*

Instrumen Geriatri Depression scale (GDS) adalah sebagai berikut :

- 1) Apakah bapak/ibu sekarang ini merasa puas dengan kehidupannya ?
- 2) Apakah bapak/ibu telah meninggalkan banyak kegiatan atau kesenangan akhir-akhir ini ?
- 3) Apakah bapak/ibu merasa hampa/kosong didalam hidup ini ?
- 4) Apakah bapak/ibu sedang merasa bosan ?
- 5) Apakah bapak/ibu memiliki semangat yang baik setiap saat ?
- 6) Apakah bapak/ibu takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?
- 7) Apakah bapak/ibu merasa bahagia sebagian besar waktu ?
- 8) Apakah anda merasa sering tidak berdaya ?

- 9) Apakah bapak/ibu senang tinggal dirumah daripada keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru ?

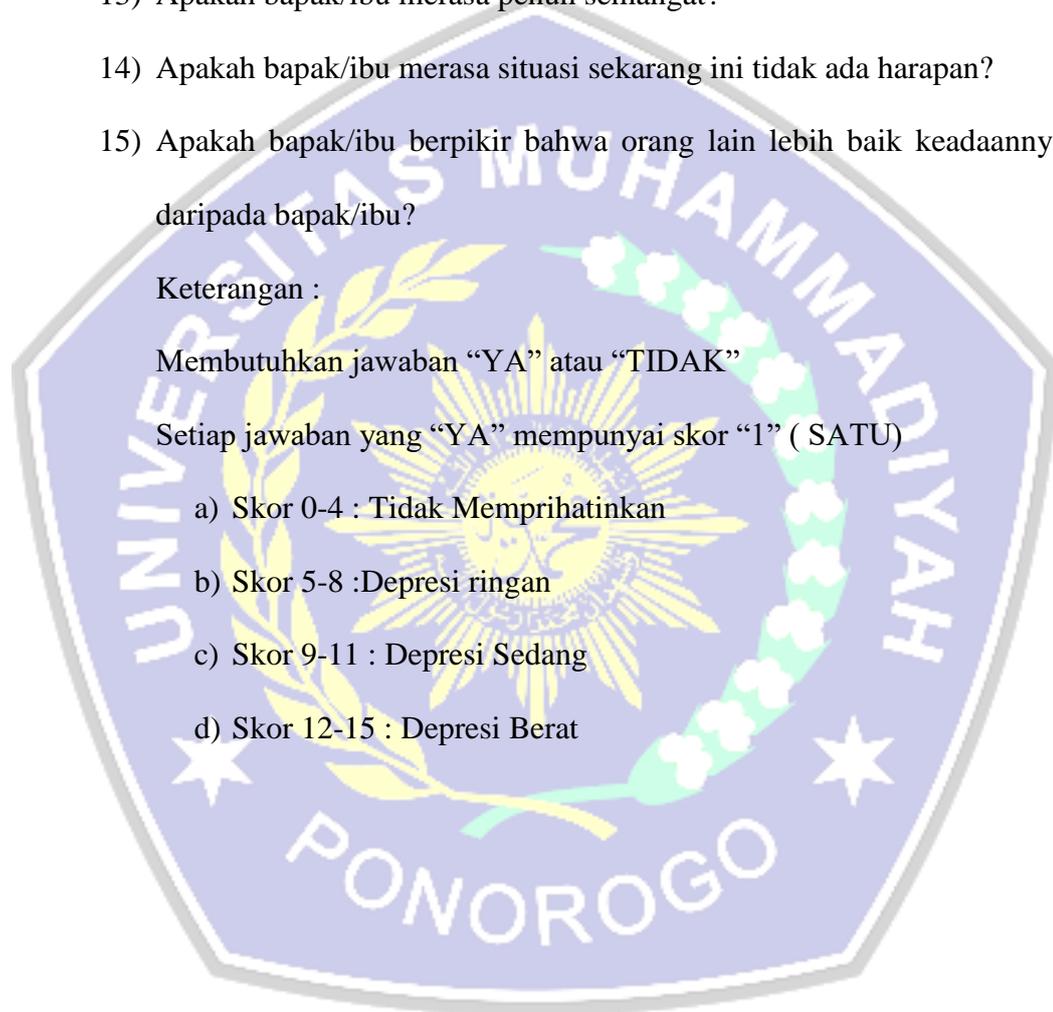
- 10) Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?
- 11) Apakah bapak/ibu pikir bahwa hidup bapak/ibu sekarang ini menyenangkan?
- 12) Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini ?
- 13) Apakah bapak/ibu merasa penuh semangat?
- 14) Apakah bapak/ibu merasa situasi sekarang ini tidak ada harapan?
- 15) Apakah bapak/ibu berpikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada bapak/ibu?

Keterangan :

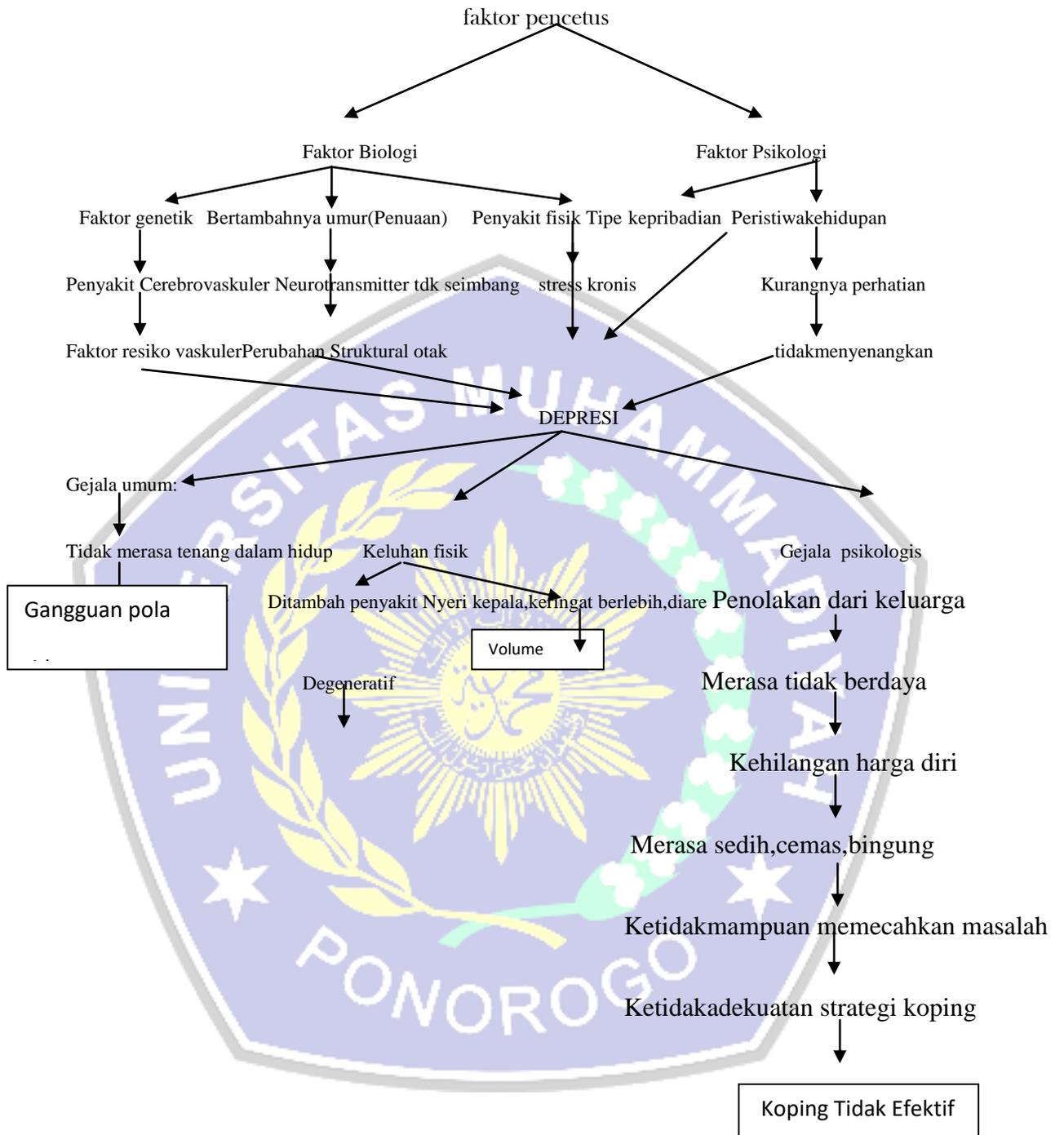
Mebutuhkan jawaban “YA” atau “TIDAK”

Setiap jawaban yang “YA” mempunyai skor “1” (SATU)

- a) Skor 0-4 : Tidak Memprihatinkan
- b) Skor 5-8 :Depresi ringan
- c) Skor 9-11 : Depresi Sedang
- d) Skor 12-15 : Depresi Berat



2.2.6 Pohon Masalah



2.2.7 Masalah Keperawatan yang terjadi pada Lansia Depresi

- a. Koping tidak efektif
- b. Gangguan pola tidur
- c. Gangguan proses pikir
- d. Perubahan persepsi sensori
- e. resiko mencederai diri

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Depresi Dengan dengan Masalah Keperawatan Koping Tidak Efektif

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Marfuah,2014).

Berikut ini adalah data fokus depresi pada lansia diantaranya (Videbeck,2012):

a. Identitas diri Klien

Hasil analisis lanjutan riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara masalah gangguan mental emosional dengan lansia,khususnya pada usia 65 tahun ke atas. Pengkajian identitas klien meliputi nama,jenis kelamin,tanggal masuk RS,tanggal lahir,alamat,agama,pendidikan dan pekerjaan.

b. Struktus keluarga:Genogram

Pada penelitian mengenai depresi dalam keluarga diperoleh bahwa generasi pertama berpeluang lebih sering dua sampai sepuluh kali mengalami depresi berat. Penelitian yang berhubungan dengan anak kembar mengemukakan bahwa kembar monozigot berpeluang sebesar 50%, sedangkan kembar dizigot sebesar 10-25%.

c. Riwayat penyakit klien

Kaji ulang riwayat klien dan pemeriksaan fisik untuk adanya tanda dan gejala karakteristik yang berkaitan dengan gangguan tertentu yang didiagnosis.

- 1) Kaji adanya depresi
- 2) Singkirkan kemungkinan adanya depresi dengan scrining yang tepat, seperti *geriatric depression scale*.
- 3) Anjurkan pertanyaan – pertanyaan pengkajian keperawatan.
- 4) Wawancarai klien, pemberi asuhan atau keluarga

Pada penelitian mengenai depresi dalam keluarga diperoleh bahwa generasi pertama berpeluang lebih sering dua sampai sepuluh kali mengalami depresi berat. Penelitian

d. Lakukan observasi terhadap :

- 1) Perilaku
 - 1) Bagaimana kemampuan klien mengurus diri sendiri dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari?
 - 2) Apakah klien menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial?
 - 3) Apakajh klien sering mengluyur dan mondar-mandir?

4) Apakah ia menunjukkan sundown sindrom atau perservation fenomena?

2) Afek

a) Apakah klien menunjukkan ansietas?

b) Labilitas emosi?

c) Depresi atau apatis?

d) Iritabilitas?

e) Curiga?

f) Tidak berdaya?

g) Frustrasi?

3) Respon kognitif

a) Bagaimana tingkat orientasi klien?

b) Bagaimana klien mengalami kehilangan ingatan tentang hal-hal yang baru saja atau yang sudah lama sekali?

c) Sulit mengatasi masalah, mengorganisasikan atau meng-abstrakan?

d) Kurang mampu membuat penilaian?

e) Terbukti mengalami afasia, agnosia atau apraksia?

(Videbeck, 2012)

e. Luangkan waktu bersama pemberi asuhan atau keluarga

1) Identifikasi pemberi asuhan primer dan tentukan berapa lama ia sudah menjadi pemberi asuhan di keluarga tersebut.

2) Identifikasi sistem pendukung yang ada bagi pemberi asuhan dan anggota keluarga lain.

- 3) Identifikasi pengetahuan dasar tentang perawatan klien dan sumber daya komunitas (catat hal-hal yang perlu diajarkan)
- 4) Identifikasi sistem pendukung spiritual bagi keluarga.
- 5) Identifikasi kekhawatiran tertentu tentang klien dan kekhawatiran pemberi asuhan tentang dirinya sendiri.

(Videbeck,2012)

f. Mengkaji klien lansia dengan depresi

- 1) Membina hubungan saling percaya dengan dengan klien lansia

Untuk melakukan pengkajian pada lansia dengan depresi,pertama-tama saudara harus membina hubungan saling percaya dengan pasien lansia.

Untuk dapat membina hubungan saling percaya,dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut :

- a) Selalu mengucapkan salam kepada pasien seperti : selamat pagi/siang/sore/malam atau sesuai konteks agama pasien.
- b) Perkenalkan nama saudara (nama panggilan) saudara,termasuk menyampaikan bahwa saudara adalah perawat yang akan merawat pasien.
- c) Tanyakan pula nama pasien dan nama panggilan kesukaannya.
- d) Jelaskan tujuan saudara merawat pasien dan aktivitas yang akan dilakukan.
- e) Jelaskan pula kapan aktivitas akan dilaksanakan dan berapa lama aktivitas tersebut.
- f) Bersikap empati dengan cara :

(1) Duduk bersama klien, melakukan kontak mata, beri sentuhan dan menunjukkan perhatian.

(2) Bicara lambat, sederhana dan beri waktu klien untuk berfikir dan menjawab

(Videback, 2012)

N O	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	<p>Koping tidak efektif</p> <p>Definisi : Ketidakmampuan menilai dan merespons stresor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia) 2. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai 	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan koping membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia 2. Perilaku koping adaptif 3. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah 4. Verbalisasi pengakuan masalah 5. Verbalisasi kelemahan diri 6. Perilaku asertif 7. Partisipasi sosial 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit 5. Identifikasi

	<p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar 2. Kekhawatiran kronis <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyalahgunaan zat 2. Memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri 3. Perilaku tidak asertif 4. Partisipasi sosial kurang 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Tanggung jawab diri 9. Orientasi realitas 10. Minat mengikuti perawatan/pengobatan 11. Kemampuan membina hubungan 12. Verbalisasi menyalahkan orang lain 13. Verbalisasi rasionalisasi kegagalan 14. Hipersensitif terhadap kritik 15. Perilaku penyalahgunaan zat 16. Perilaku manipulasi 17. Perilaku permusuhan 18. Perilaku superior 	<p>dampak situasi terhadap peran dan hubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Diskusikan untuk
--	--	---	---

			<p>mengklarifikasi kesalahanpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</p> <p>5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p> <p>6. Diskusikan resiko yang menimbulkan bahaya terhadap diri sendiri</p> <p>7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p> <p>8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu</p>
--	--	--	--

			<p>dalam perawatan</p> <p>9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama 2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu 3. Anjurkan penggunaan perasaan dan persepsi 4. Anjurkan keluarga terlibat 5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
--	--	--	--

			<p>6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</p> <p>7. Latih penggunaan teknik relaksasi</p> <p>8. Latih keterampilan sosial ,sesuai kebutuhan</p> <p>9. Latih mengembangkan penilaian obyektif</p>
--	--	--	---

2.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi Keperawatan adalah `pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yang validasi, rencana keperawatan, mendokumentasi rencana memberikan askep dalam pengumpulan data serta melaksanakan adusa dokter dan ketentuan rumah sakit (Wijaya& putri,2013)

Untuk mengurangi resiko koping pada lansia maka dilakukan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan perawat untuk bisa mengatasi masalah dengan koping tidak efektif menurut SIKI Adalah dengan menggunakan promosi koping untuk meningkatkan upaya kognitif dan

perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada. Salah satu teknik promosi coping yang digunakan adalah dengan menggunakan Terapi Spiritual.

Hal ini sejalan dengan pendapat Gunarsa (2009) menyatakan bahwa terapi spiritual merupakan kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan spiritual guna mendekatkan diri kepada Yang Maha Kuasa demi mencari arti tujuan hidup. Lansia lebih percaya bahwa agama dapat memberikan jalan bagi pemecahan masalah kehidupan dan agama juga berfungsi sebagai pembimbing dalam kehidupan dan menentramkan hatinya.

Terapi spiritual ini akan menimbulkan ketenangan hati dan jiwa yang mampu merangsang sel neurotropik untuk berkembang, disebutkan dalam Al-Qur'an dalam surat Ar-Rad ayat 28 dan surat Al-fath ayat 4.

“(Yaitu) orang-orang yang beriman dan hati- hati mereka menjadi tentram dengan berdzikir (mengingat) kepada Allah-lah ,hati akan menjadi tentram (QS.Ar-Ra'd : 28)

Tafsirnya bahwa hati akan menjadi baik, tenang dan senang ketika menuju ke sisi Allah. Hati menjadi tenang ketika mengingat Allah, dan hati merasa puas ketika merasakan bahwa Allah adalah pelindung dan penolongnya”. Hanya dengan berdzikir mengingat Allah (hati menjadi tentram), dan sewajarnya hati tidak akan tentram terhadap sesuatupun kecuali dengan mengingat Allah. Sesungguhnya tidak ada sesuatupun yang lebih lezat dan lebih manis bagi hati dibandingkan rasa cinta, kedekatan serta pengetahuan yang benar kepada penciptanya.

2.3.5 Evaluasi

Merupakan tahap akhir dan suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan (wijaya&putri,2013)

