

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Depresi Pada Lansia

2.1.1 Pengertian Depresi

Depresi merupakan perasaan sedih, ketidakberdayaan, dan pesimis yang berhubungan dengan suatu penderitaan, yang mencapai kira-kira 15-20 % dalam populasi secara umum (Uys dan Middleton, 2008).

Menurut Sari (2012), depresi merupakan gangguan suasana hati yang berkepanjangan yang mengakibatkan perubahan baik pada kognitif, afektif maupun somatik pada individu. Menurut Kelliat (1996) dalam Supriani (2011), depresi adalah respon emosi yang mal adaptif berat dan dapat dikenal melalui intensitas dan pengaruhnya pada fungsi sosial dan fisik individu.

Peneliti di Amerika menyatakan bahwa kira-kira 10%-15% yang berusia lebih dari 65 tahun dan tinggal di komunitas memperlihatkan gejala depresi (Stanley dan Beare, 2006).

2.1.2 Tanda dan Gejala Depresi

Lansia yang mengalami depresi secara umum mendapatkan diagnosis depresi mayor ketika seseorang mengalami lebih satu atau dua gejala, dan setidaknya empat atau lebih gejala, yaitu mood depresi atau sedih sepanjang hari, kehilangan minat, kehilangan kesenangan dalam semua atau sebagian kegiatan, berat badan bertambah karena meningkatnya nafsu makan setiap hari atau menurun secara signifikan, susah tidur malam atau membutuhkan waktu untuk tidur, retardasi atau agitasi psikomotor, merasa lelah atau kehilangan

energi sepanjang hari, perasaan tidak berharga atau bersalah yang tidak jelas, sulit konsentrasi atau berfikir, pemikiran berulang tentang kematian atau pikiran untuk bunuh diri (dengan atau tanpa rencana spesifik untuk bunuh diri) atau bunuh diri terjadi (Williams, Teasdale, Segal, & Zinn, 2007). Selain itu harus terdapat satu dari gejala utama, yaitu mood depresi atau kehilangan minat atau kehilangan kesenangan. Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi, dan tidak merupakan pengaruh penggunaan zat, kondisi medis, kehilangan atau kematian (Irawan, 2013).

Gangguan depresi minor harus terdapat dua gejala, namun kurang dari lima gejala gangguan depresi mayor. Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi, dan tidak merupakan pengaruh dari penggunaan zat, kondisi medis, atau kehilangan (kematian). Diagnosis ini hanya untuk penderita tanpa riwayat gangguan depresi mayor, distimik, bipolar, atau psikotik (Irawan, 2013). Penderita tampak tenang dan sedih atau mudah tersinggung serta cemas, dan gejala tersebut bertambah berat dan menetap. Gejala depresi yang paling serius adalah pemikiran bunuh diri. Rencana bunuh diri merupakan keadaan yang sangat berbahaya sehingga penderitanya harus dirawat dan diawasi secara ketat, sampai keinginan untuk bunuh diri hilang (Junaidi dan Iskandar, 2012).

Gejala dari depresi dapat dideskripsikan atas empat dasar yaitu emosional, kognitif, motivasi, dan fisik vegetatif, yaitu:

1. Gejala Emosional

Individu yang depresi mungkin menggambarkan diri mereka sebagai orang yang putus asa, tidak berdaya, lemah, dan cemas. Mereka mudah frustrasi, marah terhadap diri mereka sendiri, dan marah terhadap orang lain, mengalami

agitasi, mudah tersinggung, marah-marah, mudah kesal, dan mudah mengamuk. Individu yang depresi dan agitasi dikatakan mengalami agitasi psikomotor (gerakan tubuh dan pikiran meningkat), misalnya berjalan mondar-mandir, berpikir dengan cepat, dan suka berdebat (Videbeck, 2008).

Individu yang depresi menjadi asosial, menarik diri dari interaksi sosial, keluarga dan teman, serta hobi. Mereka menjadi *anhedonia* atau *anhedonistik*, kehilangan rasa senang dari aktivitas yang menyenangkan sebelumnya. Biasanya mereka duduk menyendiri, dengan menatap nanar atau melamun. Ketika ditanya mereka berinteraksi minimal dengan mengucapkan beberapa kata. Mereka merasa terganggu oleh suara berisik dan orang-orang yang mungkin memberi tuntutan sehingga mereka menarik diri dari stimulasi interaksi dengan orang lain (Videbeck, 2008).

a. *Dejected Mood*

Lansia sebagian besar mengekspresikan dalam tanda somatik, seperti “tenggorokan saya sakit” atau “perut saya terasa kosong” atau “Saya merasa sedih, dada saya terasa berat”. Investigasi selanjutnya, perasaan umum ini diekspresikan oleh pasien lain dengan tanda sedih, tidak bahagia, mersa sepi, atau bosan. Pasien yang menunjukkan depresi seperti tidak bahagia sebanyak 88% (Beck, 2009).

Individu dengan depresi ringan diindikasikan merasa sedih dan murung. Perasaan tidak senang cenderung naik turun sepanjang hari dan suatu waktu tidak muncul, dan mungkin pasien tetap gembira. Perasaan *dysphoric* dapat mengurangi sebagian atau seluruhnya stimulus dari luar, seperti pujian, lelucon, atau peristiwa baik. Individu pada level ini umumnya bereaksi dengan hiburan seperti lelucon atau

humor anekdot. Individu dengan depresi sedang menunjukkan *dysphoria* yang cenderung menjadi lebih persisten. Individu merasa kurang suka berhubungan dengan orang lain untuk bersenang senang dengan mereka. Individu dengan depresi berat menunjukkan merasa tidak ada harapan atau tidak senang. Individu yang diindikasikan depresi sebesar 70% merasa sedih sepanjang waktu dan mereka menjadi sangat nyeri atau mereka mengatakan tidak dapat bertahan (Irawan, 2013).

b. Berfikir Negatif Terhadap Diri Mereka Sendiri

Individu sering menggunakan frasa seperti “tidak berguna” atau “sama sekali tidak berguna” untuk menggambarkan diri mereka. Mereka merasa bersalah karena tidak mampu menjalankan fungsi mereka, sering menghubungkan suatu peristiwa dengan diri mereka atau tidak dapat memikul suatu tanggung jawab. Individu yang depresi berfikir dalam (berpikir lama dan khawatir secara berlebihan) tentang tindakan mereka di masa lalu dan membuat penilaian sangat negatif tentang diri mereka sendiri. Mereka mengembangkan aturan yang kaku dan menetapkan tujuan yang tidak mungkin serta tidak fleksibel, yang memastikan rasa bersalah dan marah ketika mereka gagal mencapai tujuan mereka. Mereka yakin bahwa orang lain akan lebih baik jika mereka tidak ada dan sering berfikir untuk bunuh diri dan melakukan upaya bunuh diri (Videbeck, 2008).

Perasaan ini mungkin berhubungan dengan perasaan *dysphoric* secara umum, tetapi mereka berbeda khususnya langsung kepada diri mereka sendiri. Pasien nampak membedakan ketidaksukaan terhadap diri mereka sendiri dari tingkah laku mereka yang negatif. Frekuensi

ketidaksukaan terhadap diri mereka sendiri berkisar 37% pada kelompok depresi, sedangkan nondepresi sampai 86%. Individu dengan depresi ringan merasa kecewa terhadap diri mereka sendiri. Pada depresi sedang, perasaan terhadap diri mereka sendiri lebih kuat dan mungkin muak dengan dirinya. Sedangkan pada depresi berat perasaan secara terus menerus membenci dirinya sendiri (Beck, 2009).

c. Penurunan Kepuasan

Individu mengalami kehilangan kepuasan atau kegembiraan yang memandang dirinya sakit. Penelitian menunjukkan bahwa 92% pasien dengan depresi sebagian kecil memiliki kepuasan hati. Kurangnya kepuasan untuk memulai dengan beberapa aktivitas. Aktivitas umumnya dihubungkan dengan kebutuhan biologis, seperti makan atau seksual (Junaidi dan Iskandar, 2012).

Individu dengan depresi ringan mengeluh beberapa kegembiraan telah pergi dari hidupnya. Dia tidak senang dengan keluarga, teman, atau pekerjaan. Biasanya, individu menemukan kepuasan dalam aktifitas pasif meliputi rekreasi, relaksasi, atau tidur. Individu dengan depresi sedang merasa sangat bosan sepanjang waktu. Mereka mencoba untuk senang dengan aktivitas favorit tetapi terlihat hambar. Bisnis atau aktivitas profesional menghilang dari mereka. Mereka mungkin ingin mendapat perubahan seperti liburan tetapi merasa bosan. Individu dengan depresi berat menunjukkan tidak senang dari aktivitas yang menyenangkan, dan mungkin merasa enggan untuk melakukan aktifitas yang menyenangkan (Beck, 2009).

d. Penurunan Rasa Kasih Sayang

Individu mengalami penurunan emosional dalam keterlibatan dengan aktivitas bersama orang lain, biasanya mengikuti kepuasan hati. Manifestasi ini dapat menurunkan kepuasan dalam aktivitas, kasih sayang atau perhatian ke orang lain. Kekurangan kasih sayang kepada keluarga adalah akibat sering dari gangguan ini. Sebanyak 64% menunjukkan kurangnya perasaan untuk menyayangi orang lain. Individu yang depresi menjadi asosial dan tidak senang dengan orang lain atau aktivitas yang menyenangkan sebelumnya. Mereka kehilangan ketertarikan dalam seks dan fungsi mereka dalam bekerja menurun (Videbeck, 2008).

Individu dengan depresi ringan menunjukkan tidak lama mencintai atau memberikan kasih sayang kepada suami, anak, atau teman, tetapi diwaktu yang sama mungkin merasa sendiri tanpa mereka. Pada depresi sedang menunjukan kurangnya kasih sayang atau perasaan positif mungkin menunjukan pengabaian. Sedangkan gejala depresi berat melihatkan kehilangan kasih sayang dari objek eksternal berlanjut ke apatis. Pasien mungkin tidak hanya kehilangan rasa positif untuk keluarganya tetapi juga beraksi negatif dengan yang lain (Beck, 2009).

e. Menangis

Individu yang depresi mengalami periode peningkatan frekuensi menangis sebanyak 83% yang menunjukkan lebih sering menangis daripada sebelum terjadi depresi. Individu dengan depresi ringan menunjukan peningkatan kecenderungan untuk mencururkan air mata atau menangis. Stimulus atau situasi tidak memberi efek kepada klien

untuk menumpahkan air mata. Walaupun peningkatan menangis umumnya terjadi pada perempuan, laki-laki biasanya juga menangis pada depresi ringan. Individu lebih suka untuk mengungkapkan masalah mereka dengan menangis. Laki-laki yang tidak menangis sejak kecil mungkin akan menangis saat diskusi tentang masalah mereka. Perempuan menangis tanpa alasan yang jelas. Sedangkan tanda depresi berat menunjukkan suatu waktu mereka mencapai stase berat, pasien mudah untuk mengeluarkan air mata sebanyak 29% (Videbeck, 2008).

f. Kehilangan Kegembiraan

Individu yang depresi kehilangan rasa humor, kesulitan untuk menerima *point* dari lelucon. Mereka tidak membuat orang tertawa, tidak ingin tertawa, dan tidak merasa senang dengan lelucon atau kartun, yang diindikasikan 52% kehilangan rasa humor (Junaidi dan Iskandar, 2012). Individu dengan depresi ringan menunjukkan senang mendengarkan lelucon dan bercerita tentang lelucon, tetapi tidak lama. Mereka mengucapkan bahwa lelucon tidak lama membuat mereka senang. Mereka tidak bercanda atau tidak mengolok-olok teman mereka seperti sebelumnya. Individu dengan depresi sedang mungkin terlihat lucu dan mungkin tersenyum, tetapi biasanya tidak membuat orang tertawa. Mereka tidak dapat terlihat ceria dan selalu serius. Sedangkan pasien dengan depresi berat tidak merespon semua humor dari orang lain karena mereka merasa tidak suka untuk merespon dan merasa muak (Videbeck, 2008).

2. Kognitif

Individu kesulitan untuk berkonsentrasi dan pembuatan keputusan sangat menurun sehingga banyak individu yang depresi mengalami kesulitan untuk melanjutkan sekolah atau kerja. Pada depresi yang berat, klien mungkin tidak mampu turun dari tempat tidur atau membuat keputusan tentang apa yang mereka inginkan (Videbeck, 2008).

a. Kurangnya Penghargaan Diri

Individu yang depresi terlihat kekurangan identitas tentang hal penting dari mereka, seperti kemampuan, penampilan, pengetahuan, kesehatan, kekuatan, daya pikat, popularitas, atau sumber finansial. Gejala ini dilaporkan 81% dari jumlah pasien depresi dan 38% pasien tidak depresi. Individu dengan depresi ringan cenderung untuk memandang diri mereka tidak adekuat, misalnya merasa seperti bawahan (Irawan, 2013).

Individu yang depresi kekurangan energi untuk melakukan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari, sering mengabaikan kebersihan dan berhias secara teratur (seperti mandi atau merawat rambut). Pakaian berwarna gelap, coklat tua, dan tanpa warna atau aksesoris tertentu, pakaian mereka mungkin kusut dan kotor. Wanita tidak lagi menghiraukan untuk berdandan. Penampilan individu yang depresi menggambarkan harga diri yang rendah dan kesadaran yang kurang terhadap harga diri (Videbeck, 2008).

b. Kesulitan Membuat Keputusan

Individu mengalami kesulitan dalam membuat keputusan dan alternatif pemecahan masalah. Frekuensi yang mengalami hal seperti ini

berkisar 48% pada depresi sedang dan 76% pada depresi berat. Individu yang depresi memandang keputusan yang dia ambil itu salah dan mereka akan menyesal. Selain itu mereka mempunyai motivasi yang jelek untuk mencapai kesimpulan (Beck, 2009).

c. Penyimpangan Tampilan Tubuh

Individu mengalami penyimpangan tampilan fisik, hal ini umum terjadi pada wanita dibandingkan pria. Individu yang depresi 66% menjadi kurang menarik (Videbeck, 2008).

3. Motivasi

a. Kelumpuhan Hasrat atau Kemauan

Individu yang depresi sering terjadi penurunan motivasi positif. Individu mungkin mengalami masalah besar untuk makan, eliminasi, atau pengobatan untuk mengurangi distress. Mereka sebenarnya dapat melakukan hal tersebut, namun tidak mempunyai stimulus internal untuk melakukannya. Kurangnya motivasi positif berkisar 65% untuk kasus depresi sedang, dan 86% untuk kasus depresi berat (Irawan, 2013).

b. Penghindaran, Lari dari Kenyataan, dan Penarikan Harapan

Individu yang depresi mengalami putus asa terhadap sebuah keinginan, menganggap pekerjaan mereka membosankan, kurang arti, dan ingin segera menghindari untuk istirahat (Beck, 2009).

c. Keinginan Bunuh Diri

Gejala yang timbul pada individu tidak depresi sebesar 12% dan pada individu yang mengalami depresi sebesar 74%. Mereka menunjukkan keinginan pasif ("saya ingin mati"); keinginan yang

diaplikasikan (“saya akan membunuh diri saya sendiri”). Pada beberapa kasus, keinginan bunuh diri terjadi secara konstan selama dia sakit. Insiden bunuh diri pada individu depresi dari 2,8% menjadi 5% selama 25 tahun observasi (Beck, 2009).

d. Peningkatan Ketergantungan

Individu menunjukkan peningkatan ketergantungan terlihat pada orang yang mengalami sakit fisik akut atau kronik. Kebutuhan untuk dibantu, *support*, adalah elemen lanjutan dari fase depresi (Iskandar dan Junaidi, 2012).

4. Fisik dan Vegetatif

a. Kehilangan Nafsu Makan

Individu mengalami penurunan nafsu makan sebesar 72%. Mereka dapat mengalami penurunan berat badan karena mereka tidak tertarik dengan makanan atau makan bersama orang lain atau karena mereka mempunyai sangat sedikit energi. Akan tetapi, beberapa individu yang depresi makan lebih banyak untuk mengkompensasi perasaan mereka yang hampa, terutama menyukai karbohidrat dan dapat menambah berat badan mereka dengan cepat (Videbeck, 2008).

b. Gangguan Tidur

Individu mengalami perubahan tidur adalah gejala umum lain pada depresi. Individu biasanya mengeluh insomnia pertengahan (terjaga pada malam hari dan mengalami kesulitan untuk kembali tidur). Beberapa individu mengalami insomnia awal (kesulitan untuk tidur), individu lain bangun terlalu dini (insomnia terminal) (Videbeck, 2008).

Kesulitan tidur tidak dapat dimasukkan dalam tanda depresi, walaupun itu terjadi pada pasien tidak depresi. Kesulitan tidur dilaporkan 87% pada individu yang mengalami depresi dan 40% pada individu nondepresi. Individu yang depresi diobservasi menggunakan EEG selama malam hari menunjukkan waktu tidur berkurang dari pada pasien normal. Dalam studi lain, menunjukkan peningkatan derajat keresahan dan perpindahan selama malam hari terjadi pada individu yang depresi (Beck, 2008).

c. Penurunan Libido

Individu mengalami penurunan kesenangan terhadap seks sebanyak 61% pada individu yang depresi dan 27% pada individu yang tidak depresi. Penurunan libido berhubungan erat dengan kurangnya kasih sayang dan kehilangan suka dengan orang lain (Irawan, 2013).

d. Keletihan

Individu yang depresi merasa terbebani ketika mencoba menyelesaikan bahkan aktivitas yang biasa dilakukan. Mereka harus melakukan usaha yang besar untuk menyelesaikan bahkan tugas yang paling sederhana, dan memerlukan waktu yang lebih lama untuk menyelesaikan tugas (Videbeck, 2008). Peningkatan keletihan dilaporkan 79% pada pasien depresi dan 33% pada pasien tidak depresi. Beberapa individu menunjukkan tanda semata mata seperti fenomena fisik, seperti anggota badan terasa berat atau merasa berat badan turun (Beck, 2009).

e. *Delusion* atau Khayalan

Individu yang mengalami kerusakan kognitif dapat berkembang terjadinya delusi. Seseorang dengan kecenderungan kesahalan pada dirinya dapat memulai untuk kejahatan pada dirinya sendiri seperti pembunuhan terhadap presiden (Beck, 2009).

f. Kejahatan dan Hukuman

Individu percaya bahwa terlibat dalam kejahatan akan mendapatkan hukuman. Individu dengan depresi berat, psikotik, 46% merasa sebagai orang yang sangat berdosa, mereka merasa akan mendapat hukuman sangat berat seperti siksaan atau gantungan (Videbeck, 2008).

g. Tidak ada Khayalan

Individu merasa dunia ini kosong. Beberapa individu percaya bahwa mereka telah mati, hal ini terjadi 10% pada individu dengan depresi berat. Individu mengeluh organnya hilang, isi perut telah berubah, yang diekspresikan dengan pernyataan seperti “Hatiku, Jantungku, Ususku telah hilang” (Beck, 2008).

h. *Somatic Delusion* (Khayalan Somatik)

Individu percaya bahwa badannya memburuk, atau mereka mempunyai beberapa penyakit yang tidak bisa disembuhkan. Pada depresi berat, 24% percaya bahwa badan mereka membusuk, dan 20% mereka merasa mempunyai penyakit yang fatal. Delusi somatik diekspresikan dengan pernyataan:” saya tidak dapat makan, mulut saya rusak”, “saya tidak dapat berfikir, otak saya rusak”, “ Saya tidak bisa tidur selama 6 bulan” (beck, 2008).

i. Merasa Miskin

Individu mengeluh, "semua uang saya hilang. "Apakah saya dapat bertahan hidup?", "Siapa yang akan memberi makan untuk anak saya?". Delusi umum terjadi pada lansia sebesar 72% (Beck, 2008).

j. Halusinasi

Individu dengan halusinasi ditemukan 13% pada pasien depresi berat, psikotik dengan mendengar suara adalah tipe yang sering dilaporkan (Junaidi dan Iskandar, 2012).

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Depresi

Lansia yang mengalami depresi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti faktor genetik, biokimia, lingkungan, dan psikologis. Pada beberapa kasus, depresi murni berasal dari faktor genetik, orang yang mempunyai keluarga depresi lebih cenderung menderita depresi, riwayat keluarga, gangguan bipolar, pengguna alkohol, skizofrenia, atau gangguan mental lainnya juga meningkatkan risiko terjadinya depresi (Irawan, 2013). Ada empat sumber utama stresor yang dapat mencetuskan depresi:

1) Kehilangan keterikatan

Individu mengalami kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan, atau harga diri. Karena elemen aktual atau simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi pasien merupakan hal yang sangat penting, seperti berpindah ke rumah yang baru, mungkin termasuk kehilangan teman lama, memori hangat, dan hubungan lingkungan. Tidak lengkapnya fase dukacita adalah proses yang normal. Berkabung termasuk proses psikologis, termasuk

cemas, marah, nyeri, keputus asa, dan kehilangan harapan (Tamher dan Noorkasiani, 2009).

Kehilangan cinta adalah stressor utama yang memunculkan duka cita. Faktor eksternal termasuk kebutuhan akan orang yang menemani tidak ada, tetapi tidak secara langsung berhubungan dengan faktor emosi dari kehilangan. Misalnya, gagal dalam bisnis, atau masalah pekerjaan. Hubungan antara kehilangan dan depresi adalah kehilangan atau perpisahan adalah faktor presipitasi munculnya depresi, kehilangan dan perpisahan tidak muncul di semua pasien depresi, tidak semua orang yang mengalami kehilangan dan perpisahan berkembang menjadi depresi, kehilangan dan perpisahan tidak spesifik untuk depresi tetapi menjadi faktor presipitasi (Irawan, 2013).

2) Peristiwa Besar

Individu yang mengalami peristiwa besar dalam kehidupan sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah. Ketidakcocokan dalam peristiwa hidup dapat memicu depresi. Seperti kehilangan harga diri, masalah interpersonal, peristiwa sosial yang tidak menyenangkan, dan gangguan hidup. Anak-anak yang mengalami penyimpangan fisik dan seksual dapat berhubungan dengan gejala depresi pada wanita, selain itu keadaan merugikan seperti permasalahan keluarga, orang tua sakit, kemandirian sosial, dan kurangnya kasih sayang orang tua (Stuart, 2013).

Semua orang mengalami stres dalam peristiwa hidupnya, tetapi setiap orang tidak menjadi depresi, ini berarti bahwa hanya peristiwa spesifik yang dapat berkontribusi menjadi depresi yang berdampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah.

3) Ketegangan Peran

Wanita sering mengalami ketegangan peran yang dapat berkembang menjadi depresi karena proses sosialisasi dan perubahan peran wanita. Ketegangan peran dalam pernikahan adalah stresor terbesar yang berhubungan dengan depresi antara wanita dan laki-laki (Stuart, 2013).

4) Perubahan fisiologik

Depresi diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik, seperti infeksi, neoplasma, gangguan keseimbangan metabolik. Depresi pada lansia terutama karena diagnosis yang berbeda termasuk kerusakan otak, sehingga menyebabkan berkurangnya fungsi intelektual, hilangnya minat seks, hobi, dan berkurangnya aktifitas fisik (Tamher dan Noorkasiani, 2009). Menurut Junaidi (2012) penyakit fisik bisa menyebabkan depresi melalui dua cara, yaitu:

- a. Langsung, misalnya ketika penyakit tiroid menyebabkan berkurangnya kadar hormon yang bisa menyebabkan terjadinya depresi.
- b. Tidak langsung, misalnya ketika penyakit sendi *artitis rematoid* yang menyebabkan nyeri dan cacat atau menderita penyakit berat yang sulit sembuh seperti kanker, yang bisa menyebabkan frustrasi dan akhirnya berkembang menjadi depresi.

2.1.4 Dampak Depresi Pada Lansia

Depresi yang terjadi pada lansia menimbulkan dampak yang tidak sedikit. Dampak fisik: kehilangan nafsu makan, berat badan menurun, kesulitan menelan, kembung, konstipasi, distres abdomen, insomnia, hipersomnia, sering terbangun saat tidur, kelemahan, energi menurun, peningkatan atau penurunan aktivitas psikomotor. Dampak psikologi : perasaan sedih, khawatir, tidak senang,

merasa kosong, harga diri rendah, pasif, tidak ada motivasi, kurang perhatian terhadap kepribadian diri, merasa bersalah, perasaan tidak ada harapan, tidak berguna, cemas, iritabel, lambat dalam berfikir, sulit berkonsentrasi dan mengambil keputusan (Irawan, 2013).

Lansia yang depresi jika tidak ditangani dapat berlangsung bertahun-tahun dan dihungkan dengan kualitas hidup yang jelek, kesulitan dalam fungsi sosial dan fisik, kepatuhan yang jelek terhadap terapi, dan meningkatnya morbiditas dan mortalitas akibat bunuh diri dan penyebab lainnya. Depresi yang berdiri sendiri maupun yang bersamaan dengan penyakit lain, hendaknya ditangani dengan sungguh-sungguh karena bila tidak diobati dapat memperburuk perjalanan penyakit dan memperburuk prognosis. Pada depresi dapat dijumpai hal-hal berikut seperti dibawah ini (Mudjaddid, 2003 *dalam* Waskito, 2012):

1. Depresi dapat meningkatkan angka kematian pada pasien dengan penyakit kardiovaskuler.
2. Pada depresi timbul ketidakimbangan hormonal yang dapat memperburuk penyakit kardiovaskular. (Misal: peningkatan hormon adrenokortikotropin akan meningkatkan kadar kortisol).
3. Metabolisme serotonin yang terganggu pada depresi akan menimbulkan efek trombogenesis.
4. Perubahan suasana hati (mood) berhubungan dengan gangguan respons imunitas termasuk perubahan fungsi limfosit dan penurunan jumlah limfosit.
5. Pada depresi berat terdapat penurunan aktivitas sel natural killer.
6. Pasien depresi menunjukkan kepatuhan yang buruk pada program pengobatan maupun rehabilitasi.

2.1.5 Upaya Mengurangi Depresi

Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi gejala yang ditimbulkan akibat depresi, yaitu:

1. Hubungan Pasien dan Perawat

Pasien dengan depresi menolak keterlibatan atau penolakan diri dengan masyarakat. Pasien berfikir negatif dengan mengisolasi diri, sedikit berbicara, dan menyendiri. Perawat harus bersikap hangat dan menerima. Perawat akan menunjukkan sikap manis, empati, dan merasa terharu. Perawat mungkin merasa marah, benci terhadap pasien, atau menolak. Hubungan saling percaya sangat dibutuhkan. Jika berbicara dengan lembut baik verbal maupun nonverbal mungkin pasien memulai untuk berespon. Perawat yang tidak simpati dengan pasien menyebabkan pasien merasa kurang percaya dan merasa perawat tidak dapat membantunya (Stuart, 2013)

Perawat yang akan merawat pasien depresi berbicara dengan pelan dan membutuhkan waktu lebih lama untuk merespon. Pasien akan menyebutkan nama, alamat, berbicara dengan siapa, dan mendengarkan untuk belajar tentang hidup yang menyenangkan, perawat mungkin memilih topik yang dapat memberikan dasar arti dari diskusi yang dilakukan.

2. Terapi Farmakologi

Individu yang depresi yang membutuhkan anti depresan sebesar 70-80%, walaupun terkadang yang mempresipitasi terjadinya depresi dapat diidentifikasi (Amir, 2005). Efek terapi biasanya hanya setelah 2-6 minggu.

Juga terdapat efek samping dari pengobatan yang diberikan. Beberapa jenis anti depressan yang sering digunakan diantaranya:

a. MAOIs (*Monoamine Oxidase Inhibitor*);

Obat ini menghalangi aktifitas monoamine oxidase, enzim yang menghancurkan monoamine neurotransmitter norepinephrine, serotonin dan dopamine (Amir, 2005). Penderita yang mengkonsumsi obat golongan MAOIs harus menjalani pengaturan diet dan larangan tertentu. Sebaiknya tidak mengkonsumsi makanan atau minuman yang mengandung *tiramin*, misalnya bir, anggur merah, kopi manis, makanan yang terlalu matang, salami, keju tua, ekstrak jamur dan kecap. Obat-obatan yang harus dihindari seperti *fenilpropanolamin* dan *dekstrometorfan*, yang menyebabkan pelepasan adrenalin dan menyebabkan peningkatan tekanan darah yang hebat secara tiba-tiba (Junaidi, 2012).

Obat ini jarang digunakan karena menimbulkan kesulitan dalam pembatasan diet dan larangan tertentu. Efek samping yang paling lazim yaitu mengantuk, insomnia, pusing, hipotensi ortostatik, impotensi (jangka panjang), hesistensi urin, dan peningkatan berat badan (Stuart, 2013).

b. Obat antidepresan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRIs), *Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors* (SNRIs), dan *Tritacyclic Antidepressant* (TCAs), efektif pada fase akut atau pemeliharaan depresi, walaupun memiliki efek samping.

Penghambat Ambilan Kembali Serotonin (SSRI) adalah antidepresan yang efektif dan biasanya lebih aman digunakan pada

penderita depresi yang disertai kelainan jiwa (penyakit *obsesif-kompulsif*, panik, fobia sosial, bulimia). Memiliki efek samping mual, sakit kepala ringan dan impotensi. Obatnya antara lain fluktesin, sertralin, trazodon, venlafaksin. TCA diabsorpsi secara cepat dan lengkap dari traktus gastrointestinal dan mencapai kadar puncak plasma dalam 2 – 8 jam. Waktu paruh berkisar antara beberapa jam sampai lebih dari 2 hari. TCA tidak dianjurkan digunakan secara rutin pada berbagai sindrom depresi ringan (Tomb & david, 2004). Contoh obat golongan tritasiklik adalah Clormipramine HCL dan Imipramine HCL (Junaidi, 2012).

Indikasi TCA pada depresi berat, terutama dengan gejala vegetatif dan variasi diural, gangguan bipolar, depresi atau campuran, terapi rumatan jangka pendek pada pasien dengan depresi berat atau gangguan bipolar lainnya yang berat, profilaksis pada pasien dengan depresi rekuren, depresi psikosis (halusinasi, delusi, paranoid, dll) dan depresi setelah persalinan (Tomb, 2004). Efek samping yang ditimbulkan mulut kering, penglihatan kabur, konstipasi, hesistansi urin, berkeringat, impotensi, disfungsi ejakulasi, PVC, aritema ventrikel, blok AV dan BBB, gagal jantung kronis, dan henti jantung (Stuart, 2013).

3. Terapi Somatik

1) *Electroconvulsive Therapy* (ECT)

Electroconvulsive therapy atau terapi kejang listrik (TKL) efektif untuk depresi pada lansia. Ini digunakan untuk pasien dengan gangguan depresi berat, tidak berespon, tidak dapat mentolerin efek dari obat anti depresi, obat tidak berhasil, kondisi klien menuntut emisi segera, dan

pada beberapa depresi psikotik. Teknis terapi ini adalah dengan memasang elektroda dikulit kepala, lalu diberikan listrik kedalam otak. Efek kejang yang timbul dapat membuat depresinya berkurang. Kemungkinan, kejang buatan ini memutus atau mengacaukan aliran implus depresi di otak (Junaidi, 2012).

Setelah pasien mendapat terapi kejang listrik, mereka akan jauh lebih tenang dan biasanya tertidur selama beberapa jam. ECT diberikan 1-2 kali seminggu pada pasien rawat inap, untuk mengurangi *confusion/memory problem*. Terapi ECT diberikan sampai ada perbaikan *mood* (sekitar 5 – 10 kali), dilanjutkan dengan anti depresan untuk mencegah kekambuhan (Stuart, 2013).

2) *Psychotropik*

Lansia dengan pengobatan awal yang lambat, terutama dalam satu waktu menggunakan dosis ringan, dimulai dengan rendah dan perlahan, walaupun tretmen harus dengan level terapeutik untuk durasi yang efektif. Lansia harus diberi *Psychotropik* karena obat berefek pada sistem syaraf pusat. Pasien lansia khususnya mudah terkena efek samping, dengan sedasi, hipotensi ortostatik, agitasi, gejala extrapiramidal. Pengobatan antipsikotik diberikan kepada pasien dengan demensia yang berhubungan dengan tingginya kematian dan rusaknya fungsi kognitif (Amir, 2005).

3) *Psychological Therapy*

a. Psikoterapi

Psikoterapi merupakan terapi yang digunakan untuk menghilangkan keluhan dan mencegah gangguan psikologik atau pola

perilaku maladaptif. Dimana terapi ini dapat diberikan secara individu, kelompok atau pasangan sesuai dengan gangguan psikologik yang mendasarinya (Amir, 2005).

Psikoterapi individual maupun kelompok paling efektif jika dilakukan bersama-sama dengan pemberian antidepresan. Baik pendekatan psikodinamik maupun kognitif behavior sama keberhasilannya. Meskipun mekanisme psikoterapi tidak sepenuhnya dimengerti, namun kecocokan antara pasien dan terapis dalam proses terapeutik akan meredakan gejala dan membuat pasien lebih nyaman, lebih mampu mengatasi persoalannya serta lebih percaya diri.

b. Terapi Interpersonal (IPT)

Terapi interpersonal merupakan turunan dari terapi psikodinamika yaitu psikoanalisa yang dilakukan dengan menekankan pada pengalaman masa lalu dan ketidaksadaran (Lubis, 2009). Terapi ini mendorong seseorang untuk berasosiasi, mempelajari sejarah individu tersebut dan menafsirkan reaksi pemindahan menjadi pasien dan terlibat dalam pengobatan. Sebagian studi menyebutkan IPT dikombinasikan dengan psikoparmakologi (Stuart, 2013).

c. Terapi Kognitif Perilaku (*Cognitive Behavior Theraphy*)

CBT merupakan terapi yang dikembangkan oleh Back pada tahun 1976 dan merupakan terapi yang sesuai untuk klien dengan gangguan harga diri dan depresi. Terpai ini menggunakan pendekatan terapeutik dengan melakukan modifikasi pikiran, asumsi dan sikap yang ada pada suatu individu (Meichenbaum, 1979 dalam Lubis, 2009). Terdapat beberapa teknik utama yang dilakukan dalam terapi perilaku

kognitif, diantaranya: *Back's kognitif Therapy*, *Systematic Desensitization*, *Mental and Emotive Imagery*, Meditasi, Terapi Relaksasi (Irawan, 2013).

Pasien depresi melihat diri mereka sendiri bahaya untuk mood mereka dan lingkungan. Mereka tidak bisa melihat kebiasaan mereka dan mereka menginterpretasikan kejadian akibat dari depresi. Untuk itu perawat harus melakukan langkah secara berkesinambungan. Langkah pertama untuk membantu pasien mengeksplorasi perasaan mereka dan melihat masalah mereka. Perawat menerima persepsi pasien tetapi tidak menerima kesimpulan dari pasien. Bersama mereka kembali mendefinisikan masalah untuk memberi pasien kesan dan kontrol, harapan, dan realisasi bahwa perubahan dapat terwujud (Stuart, 2013).

Perawat memfokuskan dan memodifikasi pikiran klien. Pasien depresi dominan untuk berfikir negatif. Perubahan kognitif membawa dalam berbagai jalan. Perawat dapat membantu pasien mengidentifikasi perasaan negatif mereka. Selanjutnya pasien dapat dibantu untuk memeriksa akurasi dari persepsi, logika, dan kesimpulan. Pasien juga dapat dibantu untuk merubah ketidakrealistikan menjadi realistik (Amir, 2005).

d. *Problem Solving Therapy*

Terapi problem solving adalah terapi untuk lansia dengan depresi sedang. Terapi problem solving berpusat kepada manusia, membantu pasien mengidentifikasi permasalahan hidup mereka. Permasalahan tersebut didiskripsikan untuk diperhitungkan dan diobservasi, memberikan solusi terhadap penemuan permasalahan (Stuart, 2013).

2.1.6 Pengukuran Tingkat Depresi

Status depresi pada lansia dapat diukur dengan menggunakan berbagai cara salah satunya yaitu alat ukur tingkat depresi pada lanjut usia menurut *Beck* dan *Deck* (1972).

Alat ukur ini terdapat 13 kriteria yang akan ditanyakan dan setiap kriteria tersebut terdapat empat pernyataan. Lansia diminta untuk memilih salah satu pernyataan tersebut yang sesuai dengan keadaannya. Disetiap pernyataan sudah memiliki skornya masing-masing. 13 kriteria yang dimaksud yaitu kesedihan, pesimis, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri, keragu-raguan, perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, kelelahan, dan anoreksia. Hasil pengukurannya tersebut dikalsifikasikan sesuai tingkatannya yaitu:

Keterangan:

Nilai 0 – 4 : depresi tidak ada atau minimal

Nilai 5 -7 : depresi ringan

Nilai 8 – 15 : depresi sedang

Nilai > 16 : depresi berat

Alat pengukuran tingkat depresi pada lansia yang digunakan adalah *Beck* dan *Deck* karena *Beck* dan *Deck* memang memiliki spesifikasi lebih tinggi dan lebih ditujukan untuk mengukur tingkat depresi pada lansia. Selain lebih spesifik untuk lansia, alat ukur ini lebih sederhana sehingga mudah dalam mengaplikasikannya.

2.2 Konsep Aktivitas Sosial Lansia

2.2.1 Pengertian Aktivitas Sosial

Aktivitas sosial adalah kegiatan yang dapat memberikan efek yang positif pada lansia karena lansia tidak lagi diwajibkan untuk memiliki pekerjaan, yang membuat mereka tidak terlibat seperti sebelumnya sehingga lansia sering membuang waktu mereka pada kegiatan yang membosankan. Aktivitas sosial memberikan manfaat dalam hidup, sama seperti aktivitas fisik. Bukti dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan dalam aktivitas sosial memberikan adanya jaringan sosial untuk individu yang dapat menghasilkan dukungan, koneksi dengan masyarakat serta memberikan harga diri (Atwal dan McIntyre, 2013).

2.2.2 Bentuk-Bentuk Aktivitas Sosial Lansia

Jenis aktivitas sosial terdiri dari kegiatan mandiri (misalnya menulis surat, membaca, mengerjakan hobi, dan berbicara di telepon), kegiatan kelompok (misalnya menghadiri seni dan kerajinan, bermain kartu, bingo, menghadiri ibadah keagamaan, dan ke bioskop), dan acara (pergi keluar untuk makan dan minum, belanja di toko-toko, dan pergi untuk jalan-jalan). Semua kegiatan yang terlibat secara signifikan berhubungan dengan aktivitas warga (Hsu, 2009). Aktivitas sosial lansia terdiri dari sembilan komponen, yaitu:

1. Kontak Sosial dengan Anggota Keluarga atau Teman

Lansia dapat mengunjungi atau menelpon cucu, berbincang-bincang dengan anggota keluarga, mengunjungi teman yang sakit, dan menelpon teman (Hsu, 2009).

2. Berbicara dengan Kenalan atau Orang Baru

Lansia dapat berbincang-bincang dengan masyarakat yang baru dikenal misalnya bertindak sebagai relawan seperti mengikuti kerja bakti atau hanya sekedar berbincang-bincang saja. Penelitian empiris selama tiga dekade terakhir menunjukkan bahwa relawan memiliki efek positif pada kesehatan psikologis dan fisik lansia. Lansia dalam masa hidup biasanya ditandai dengan pengurangan peran, relawan merupakan kesempatan unik untuk aktivitas sosial dan integrasi. Selain integrasi sosial, memberikan bantuan kepada yang lain menjadi pengalaman diri untuk menambah kepercayaan, keyakinan, dan timbal balik (Pai, 2008).

Hubungan antara relawan dan kesejahteraan secara umum menggunakan konsep teori peningkatan peran. Peningkatan perspektif, keterlibatan dalam peran sosial yang produktif, seperti relawan, memberikan peningkatan kepuasan hidup, kesenangan, harga diri, kesehatan fisik, meningkatkan kesehatan fungsional, meningkatkan kesejahteraan psikologis dan mengurangi tingkat depresi lansia, yang semuanya mengarah pada kesehatan yang lebih baik. Lansia dapat menjalankan tugas untuk tetangga. Kegiatan volunteering informal seperti ini dapat diasumsikan memberikan manfaat kesehatan mental dan fisik yang positif untuk lansia (Pai, 2008).

3. Merayakan Hari Besar

Lansia merayakan Tahun Baru Islam, Tahun Baru Cina, Festival Musim Semi, Hari Ibu, Hari Ayah, *Dragon Boat Festival*, *Ghost Festival*, *Festival Bulan*, *Double Ninth Festival*, Natal, Malam Tahun Baru, dan Hari Ulang Tahun (Hsu, 2009).

4. Game Pengetahuan

Lansia dapat bermain mahjong, catur, dan permainan kartu. Game dapat meningkatkan kognitif lansia serta meningkatkan interaksi sosial (Hsu, 2009)

5. Melakukan Pertunjukan secara Kelompok atau Individu

Lansia mengikuti pertunjukan secara kelompok atau individu, seperti paduan suara, senam lansia, sirkus, dan melakukan pertunjukan kesenian (Hsu, 2009).

6. Hiburan

Lansia melakukan karaoke, menonton film atau program TV bersama teman-temannya, menonton sirkus, dan menonton pertunjukan kesenian (Hsu, 2009).

7. Melakukan Perjalanan yang Menyenangkan

Lansia melakukan perjalanan yang menyenangkan bersama dengan yang lain untuk mengunjungi tempat wisata. Selain itu hanya sekedar membeli makan atau minum ditoko, belanja di pasar atau di toko (Hsu, 2009).

8. Mengikuti Kelas Keahlian

Lansia mengikuti kelompok kesenian, seperti belajar cara merajut, membuat rangkaian bunga, dan keterampilan lain bersama dengan masyarakat lainnya. Masyarakat menghargai keberhasilan produktivitas material, pekerjaan memainkan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan sehari-hari masyarakat, menyediakan finansial, identitas pribadi untuk keterlibatan yang berarti dalam masyarakat. mengingat pentingnya peran pekerjaan, peneliti telah secara ekstensif meneliti hubungan antara

bekerja dan kesehatan. Hasil empiris menunjukkan bahwa pekerjaan mengarah ke mental maupun fisik kesejahteraan yang baik. Pekerjaan diprediksi dapat menurunkan tingkat depresi, serta kepuasan hidup yang lebih besar dan harga diri yang lebih tinggi (Pai, 2008).

9. Aktifitas Religi

Penelitian mengenai dampak dari keterlibatan keagamaan pada kesehatan menunjukkan hubungan positif dengan kesehatan mental dan fisik. Kegiatan keagamaan yang baik dapat mengurangi paparan dan bertindak sebagai pencegah stres kronis dan akut, misalnya keterlibatan dalam keagamaan cenderung mendorong perilaku sehat dan pilihan gaya hidup. Perspektif lain menunjukkan bahwa efek menyehatkan dari keterlibatan keagamaan berasal dari komunitas agama (Pai, 2008).

Lansia yang terlibat dalam keagamaan menyediakan sumber sosial yang konsisten sebagai prediktor baik mental maupun fisik. Kegiatan keagamaan memberikan pengaturan di mana seperti individu berpikiran untuk berbagi keyakinan dasar, nilai-nilai, minat, dan tradisi untuk bertemu secara teratur. Lembaga keagamaan dapat memberikan dukungan emosional serta bantuan materi (barang dan jasa) secara informal dan memberikan dukungan sosial serta instrumental yang telah ditemukan secara konsisten untuk memprediksi kesehatan mental dan fisik yang lebih baik. Lansia yang religius menikmati tingkat harga diri yang lebih tinggi dan penguasaan kepada rekan-rekan mereka yang tidak terlibat dalam kegiatan keagamaan. Kelompok agama juga dapat menumbuhkan penilaian positif sehingga meningkatkan harga diri (Pai, 2008).

2.2.3 Tujuan atau Fungsi Aktivitas Sosial

Peneliti telah menunjukkan korelasi yang erat antara tingkat aktivitas sosial lansia dengan kesejahteraan psikologis. Partisipasi dalam aktivitas sosial secara signifikan meningkatkan dukungan sosial dan mengurangi depresi. Mereka yang tampaknya lebih aktif secara sosial, tampaknya memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan hidup lebih sehat. Sejumlah penelitian juga telah menunjukkan keuntungan aktivitas sosial termasuk kenikmatan, kehidupan yang lebih memuaskan, pandangan yang lebih positif (misalnya energik, tertarik dan senang), telah menunjukkan hubungan antara rendahnya tingkat aktivitas sosial dan mortalitas yang lebih tinggi (Hsu dan Wright, 2009).

2.2.4 Pengukuran Aktivitas Sosial Lansia

Menurut SSAI (*Socially Supportive Activity Inventory*), aktivitas sosial lansia menggunakan sembilan tipe dari aktivitas sosial lansia yang terdiri dari komponen Kontak Sosial dengan Anggota Keluarga atau Teman, Berbicara dengan Kenalan, Merayakan Hari Besar, Game pengetahuan, Melakukan Pertunjukan, Hiburan, Perjalanan yang Menyenangkan, Mengikuti Kelas Keahlian, dan Aktifitas Religi (Hsu dan Wright, 2014). SSAI adalah instrumen yang sangat relevan dan handal yang dapat mengukur aktivitas sosial.

2.3 Hubungan Aktivitas Sosial dengan Tingkat Depresi Pada Lansia

Seseorang yang memasuki usia lansia akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain yang menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat sehingga lansia menjadi menarik diri dari

lingkungan sekitar, sementara fungsi psikomotorik (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang diakibatkan dari perubahan pada fisik maupun mental khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya pada saat usia lanjut ini. Perubahan penampilan fisik sebagai bagian dari proses penuaan yang normal seperti menurunnya ketajaman panca indra, berkurangnya daya tahan tubuh merupakan ancaman bagi integritas usia lanjut. Selain itu, lansia harus berhadapan dengan perubahan peran, kedudukan sosial, serta perpisahan dengan orang-orang yang dicintai. Hal ini akan berdampak pada keterlibatan lansia pada aktivitas sosial di masyarakat (Pai, 2008).

Aktivitas sosial pada lansia dapat berupa kontak sosial dengan anggota keluarga atau teman, berbicara dengan kenalan, liburan bersama teman, bergabung dalam organisasi lansia, menonton hiburan rakyat, melakukan perjalanan yang menyenangkan, mengikuti kelas keahlian, dan pengajian (Hsu, 2009). Lansia yang aktif secara sosial, tampaknya memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan hidup lebih sehat. Sejumlah penelitian juga telah menunjukkan keuntungan aktivitas sosial termasuk kenikmatan, kehidupan yang lebih memuaskan, pandangan yang lebih positif (misalnya energik, tertarik dan senang). Partisipasi dalam aktivitas sosial secara signifikan meningkatkan dukungan sosial dan mengurangi depresi. Lansia yang berusia lebih dari 65 tahun kira-kira 10% - 15% dari yang tinggal di komunitas memperlihatkan tanda-tanda depresi (Stanley, *et al*, 2002). Depresi dapat dideskripsikan atas empat dasar yaitu emosional, kognitif, motivasi, dan fisik vegetatif. Penyebab dari depresi itu sendiri terdiri dari kehilangan keterikatan seperti ditinggal oleh suaminya, peristiwa hidup yang besar, perubahan fisiologik yang biasanya

disebabkan penyakit fisik, dan ketegangan peran yang mempengaruhi perkembangan depresi terutama wanita karena proses sosialisasi yang terganggu. Sehingga aktivitas sosial yang buruk dapat meningkatkan depresi pada lansia (Hsu, 2009).

