

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Lansia

1.1 Definisi Lansia

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Terdapat 2 pembagian pada lanjut usia, yaitu lanjut usia potensial dan lanjut usia tidak potensial. Lanjut usia potensial adalah lanjut usia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/ atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa. Sedangkan lanjut usia tidak potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung dengan bantuan orang lain. Upaya pemerintah dan/atau masyarakat untuk memberikan kemudahan pelayanan bagi lanjut usia tidak potensial agar dapat mewujudkan dan menikmati taraf hidup yang wajar disebut dengan perlindungan sosial (Biro, 1998).

1.2 Klasifikasi Lansia

Saragih (2012) menyatakan bahwa WHO menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi 4 kelompok yaitu :

- a. Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45-59 tahun.

- b. Lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 dan 74 tahun.
- c. Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

1.3 Mekanisme “*Aging Process*”

Menua diartikan sebagai proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang ‘*frail*’ (lemah, rentan) dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian secara eksponensial. Menua juga dapat diartikan sebagai penurunan seiring waktu yang terjadi pada sebagian besar makhluk hidup, yang berupa kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis yang terkait dengan usia (Sudoyo, Setyohadi, Alwi, & K., 2009).

Aging process (proses menua) merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang telah diderita (Darmojo, 2009). Proses menua juga dapat diartikan sebagai akumulasi secara progresif dari berbagai perubahan fisiologis organ tubuh yang berlangsung seiring berlalunya waktu, selain itu proses penuaan akan meningkatkan kemungkinan terserang penyakit bahkan kematian. Pada akhirnya penuaan akan mengakibatkan penurunan

kondisi anatomis dan sel akibat terjadinya penumpukan metabolik yang terjadi di dalam sel. Metabolit yang menumpuk tersebut tentunya bersifat racun terhadap sel sehingga bentuk dan komposisi pembangun sel sendiri akan mengalami perubahan (Azizah, 2011).

Terdapat beberapa istilah yang digunakan oleh gerontologis ketika membicarakan proses menua, antara lain :

- a. *Aging* (bertambahnya umur): menunjukkan efek waktu; suatu proses perubahan, biasanya bertahap dan spontan.
- b. *Senescence* (menjadi tua): hilangnya kemampuan sel untuk membelah dan berkembang (dan seiring waktu akan menyebabkan kematian).
- c. *Homeostenosis*: penyempitan/berkurangnya cadangan homeostatis yang terjadi selama penuaan pada setiap sistem organ.

Terdapat beberapa teori mengenai proses menua, yaitu :

- a. Teori “radikal bebas”.

Radikal bebas adalah senyawa kimia yang berisi elektron tidak berpasangan yang terbentuk sebagai hasil sampingan berbagai proses selular atau metabolisme normal yang melibatkan oksigen. Proses menua normal merupakan akibat kerusakan jaringan akibat radikal bebas. Radikal bebas dapat bereaksi dengan berbagai komponen penting selular, termasuk protein, DNA, lipid, dan menjadi molekul-molekul yang tidak berfungsi namun bertahan lama dan mengganggu fungsi sel lainnya. Radikal bebas yang bereaksi dengan DNA, menyebabkan mutasi kromosom dan karenanya merusak mesin genetik

normal dari sel. Radikal bebas dapat merusak fungsi sel dengan merusak membran sel atau kromosom sel. Lebih jauh, teori radikal bebas menyatakan bahwa terdapat akumulasi radikal bebas secara bertahap di dalam sel sejalan dengan waktu, dan bila kadarnya melebihi konsentrasi ambang maka mereka mungkin berkontribusi pada perubahan-perubahan yang seringkali dikaitkan dengan penuaan.

b. Teori “glikosilasi”

Yang menyatakan bahwa proses glikolisasi nonenzimatik yang menghasilkan pertautan glukosa-protein yang disebut sebagai *advanced glycation end products (AGEs)* dapat menyebabkan penumpukan protein dan makromolekul lain yang termodifikasi sehingga menyebabkan disfungsi pada hewan atau manusia yang menua. Protein glikasi menunjukkan perubahan fungsional, meliputi menurunnya aktivitas enzim dan menurunnya degradasi protein abnormal. Pada saat manusia menua, AGEs berakumulasi di berbagai jaringan, termasuk kolagen, hemoglobin, dan lensa mata. Karena muatan kolagennya tinggi, jaringan ikat menjadi kurang elastis dan lebih kaku. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi elastisitas dinding pembuluh darah. AGEs diduga juga berinteraksi dengan DNA dan karenanya mungkin mengganggu kemampuan sel untuk memperbaiki perubahan pada DNA.

c. Teori "DNA repair"

Teori "DNA repair" atau tepatnya '*mitochondrial DNA repair*' ini terkait erat dengan teori radikal bebas yang sudah diuraikan di atas, karena sebagian besar radikal bebas dihasilkan melalui fosforilasi oksidatif yang terjadi di mitokondria. Mutasi mtDNA di manusia terutama terjadi setelah umur pertengahan tigapuluh, terakumulasi seiring pertambahan umur, dan jarang terjadi melebihi 1%. Rendahnya jumlah mutasi mtDNA yang terakumulasi ini diakibatkan proses repair yang terjadi di tingkat mitokondria. Bukti-bukti menunjukkan gangguan repair pada kerusakan oksidatif ini menyebabkan percepatan proses penuaan (*accelerated aging*). Selain itu, mutasi mtDNA akibat gangguan repair ini juga terkait dengan munculnya keganasan, diabetes melitus, penyakit-penyakit neurodegeneratif (Sudoyo, Setyohadi, Alwi, & K., 2009).

Menurut (Azizah, 2011) ada beberapa perubahan fisik yang terjadi pada lanjut usia, antara lain sebagai berikut :

a. Sistem Indra

Pada sistem penglihatan yaitu presbiopi, sedangkan pada sistem pendengaran yaitu presbiakus, dan pada sistem integumen yaitu kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis, kering, berkerut.

b. Sistem Muskuloskeletal

Pada jaringan penghubung (kolagen dan elastin) yang mengalami perubahan akan menyebabkan penurunan fleksibilitas

dan menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot.

Sedangkan pada kartilago akan mengalami granulasi, kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif. Perubahan pada kartilago tersebut akan mengakibatkan sendi mengalami peradangan, kekakuan, nyeri, keterbatasan gerak, dan terganggunya aktifitas sehari-hari.

Pada tulang akan terjadi berkurangnya kepadatan tulang yang mengakibatkan osteoporosis. Pada otot akan terjadi perubahan struktur otot yang akan mengakibatkan penurunan kekuatan, penurunan fleksibilitas, peningkatan waktu reaksi dan penurunan kemampuan fungsional otot.

Pada sendi akan kehilangan fleksibilitasnya sehingga terjadi penurunan luas dan gerak sendi. Kelainan tersebut dapat menimbulkan gangguan berupa bengkak, nyeri, kekakuan sendi, gangguan jalan dan aktivitas keseharian lainnya.

c. Sistem Kardiovaskular dan Respirasi

Pada sistem kardiovaskular akan terjadi beberapa perubahan yaitu massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA

- **nude** dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat. Pada arteri kan kehilangan elastisitasnya, hal ini menyebabkan peningkatan tekanan nadi dan tekanan sistolik darah.

Sedangkan pada sistem respirasi pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

d. **Pencernaan dan Metabolisme**

Perubahan yang akan terjadi adalah penurunan produksi pada sistem pencernaan yang penyebab utamanya adalah kehilangan gigi. Pada lambung, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun. Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi. Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu).

e. **Sistem Perkemihan**

Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, diantaranya laju filtrasi, ekskresi dan reabsorpsi oleh ginjal.

f. **Sistem Saraf**

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Penuaan

menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat dan penurunan reseptor proprioseptif. jarak

g. Sistem Reproduksi

Ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus, terjadi atrofi payudara, pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.

Selain dari perubahan-perubahan yang disebutkan di atas, terdapat perubahan kognitif yang terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Pada lansia terjadi beberapa penurunan dalam fungsi memori dan kemampuan kognitif umum, seperti yang diukur oleh tes inteligensi. Meskipun beberapa penurunan pada kemampuan kognitif pada lansia merupakan hal umum yang dapat terjadi, hal tersebut berlaku secara menyeluruh (Trisnapati, 2012).

Penelitian menunjukkan bahwa 20% sampai 30% orang yang berusia 80-an menunjukkan hasil tes intelegensi sebaik ketika pada usia 30 tahunan atau 40 tahunan (Goleman dalam Nevid dkk., 2005). Pada umumnya lansia mengalami beberapa penurunan dalam ingatan, terutama pada ingatan tentang nama-nama atau peristiwa-peristiwa yang baru. Lansia lebih cenderung mengalami kehilangan pada memori akibat depresi (Backman & Forsell, 1994).

2. Dukungan Sosial

2.1 Definisi Dukungan Sosial

Dukungan sosial didefinisikan sebagai keberadaan orang lain yang dapat diandalkan untuk memberi bantuan, semangat, penerimaan dan perhatian, sehingga bisa meningkatkan kesejahteraan hidup bagi individu yang bersangkutan (Saputri & Indrawati, 2011). Sedangkan menurut Gottlieb (1983) dukungan sosial (*social support*) sebagai informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang didapatkan dari orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh terhadap tingkah laku penerimanya. Pendapat lain yang serupa dikemukakan oleh Sarason (1983) yang mendefinisikan dukungan sosial sebagai keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita (Supriani, 2011).

2.2 Jenis Dukungan Sosial

Menurut Cohen *cit.* Friedman (2003) terdapat empat tipe dukungan sosial, antara lain yaitu :

a. Dukungan sosial instrumental

Dukungan instrumental merupakan dukungan fisik yang meliputi pemberian bantuan finansial dan materi. Dukungan instrumental

adalah sumber pertolongan praktis dan konkret dan merupakan dukungan sosial yang paling efektif.

b. Dukungan sosial penilaian (*appraisal*)

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik dalam memecahkan masalah, membimbing, menengahi pemecahan masalah, serta sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan, penghargaan dan perhatian.

c. Dukungan sosial emosional

Dukungan emosional merupakan sebuah dukungan untuk memberikan rasa nyaman, perasaan dicintai dalam bentuk empati maupun semangat. Dukungan emosional akan membantu penguasaan emosi pada individu.

d. Dukungan sosial informasi

Dukungan informasi merupakan dukungan dalam bentuk penyediaan informasi untuk memecahkan suatu permasalahan. Dukungan informasi ini meliputi memberikan nasehat, petunjuk, masukan atau penjelasan bagaimana untuk bersikap dan bertindak dalam menghadapi situasi yang dianggap membebani.

Fonda dan Norgard (dalam Santrock, 2002 : 563) mengungkapkan bahwa dukungan sosial yang baik telah terbukti menurunkan depresi parental dan bertindak sebagai suatu pelindung bagi lanjut usia yang bersangkutan dari akibat negatif depresi. Tujuan dari pemberian dukungan sosial adalah untuk meringankan beban bagi seorang atau sekelompok

orang yang sedang menghadapi masalah yang dirasakan berat. Dukungan sosial sangat besar manfaatnya bagi seseorang yang mengalami masalah, terutama dukungan sosial yang berasal dari seorang yang mempunyai ikatan emosi sangat mendalam, orang-orang dekat, sahabat, orang yang sangat dipercaya atau orang yang sangat dicintai. Dukungan yang diberikan merupakan sebuah dorongan untuk mengobarkan semangat hidupnya, menyadarkan bahwa masih ada orang lain yang peduli, membuat dirinya merasa berharga dan berarti bagi orang lain (Saputri & Indrawati, 2011).

Terdapat beberapa indikator dukungan sosial menurut Houe, antara lain :

1) Informasi

Selalu mendapatkan informasi dari orang lain bagaimana cara memecahkan masalah dan memberikan saran serta penjelasan tentang kondisinya.

2) Perhatian Emosional

Adanya perhatian dari pihak lain kepada lansia dalam menghadapi masalah dan pada kondisi apapun.

3) Bantuan Instrumental

Adanya dukungan baik saran maupun materi saat tidak maupun saat sedang menghadapi masalah.

4) Penilaian positif

Lansia memerlukan dukungan secara moril dalam menghadapi suatu masalah (Supriani, 2011).

3. Depresi

3.1 Definisi Depresi

Definisi depresi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah gangguan jiwa pada seseorang yang ditandai dengan perasaan yang merosot (seperti suram, sedih, perasaan tertekan). Sedangkan depresif adalah berhubungan dengan atau menyebabkan depresi; cenderung untuk depresi (Moeliono, Susanto, Rifai, Jr, Adiwimarta, & Suratman, 2008).

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asadan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan & Sadock, 1997). Sedangkan menurut Nugroho (2000) depresi adalah suatu perasaan sedih dan pesimis yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Selain itu, bisa merupakan serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Azizah, 2011).

3.2 Faktor Resiko Depresi

Lanjut usia akan menjadi sangat rentan terhadap gangguan kesehatan, termasuk depresi yang disebabkan oleh stres dalam menghadapi perubahan-perubahan kehidupan yang berhubungan dengan

apa yang disebut dengan tahun emas. Perubahan kehidupan yang dimaksud adalah diantaranya pensiun, penyakit atau ketidakmampuan fisik, penempatan dalam panti wreda, kematian pasangan, dan kebutuhan untuk merawat pasangan yang kesehatannya menurun (Saputri & Indrawati, 2011).

Terdapat beberapa etiologi terjadinya depresi pada lansia, diantaranya yaitu faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor sosial. Terjadinya depresi pada usia lanjut merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor tersebut. Yang merupakan faktor sosial adalah berkurangnya interaksi sosial, kesepian, berkabung, kesedihan dan kemiskinan. Sedangkan faktor psikologik yaitu rasa rendah diri, kurang rasa keakraban dan menderita penyakit. Faktor biologi dapat berupa hilangnya sejumlah neurotransmitter di otak, resiko genetik maupun adanya penyakit fisik (Raharja, 2013).

Sumiarta (2011) menyatakan bahwa faktor resiko depresi antara lain:

- (1) Jenis kelamin (wanita lebih cepat depresi dibandingkan dengan laki-laki).
- (2) Usia (rata-rata awitan antara 20-40 tahun).
- (3) Status perkawinan terutama individu yang bercerai atau berpisah).
- (4) Geografis (penduduk di kota lebih sering depresi daripada penduduk di desa).
- (5) Riwayat keluarga yang menderita gangguan depresi (kemungkinan lebih sering terjadi depresi).

- (6) Kepribadian (mudah cemas, hipersensitif dan lebih tergantung ke orang lain).
- (7) Dukungan sosial (orang yang tidak terintergrasi ke dalam masyarakat).
- (8) Stresor social (peristiwa-peristiwa baik akut maupun kronik).
- (9) Tidak bekerja (terutama individu yang tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur).

Ada beberapa keadaan yang beresiko menimbulkan depresi yaitu kehilangan/meninggal objek (objek) yang dicintai, sikap psimistik, kecenderungan berasumsi negatif terhadap suatu pengalaman yang mengecewakan, kehilangan integritas pribadi, berpenyakit degeneratif kronis. Dengan dukungan sosial yang kuat, resiko terjadinya depresi dapat diturunkan (DepKes, 2001). Berkabung, gangguan tidur, cacat, depresi sebelumnya, dan jenis kelamin perempuan merupakan faktor risiko yang signifikan pada depresi pada subyek masyarakat lansia (Cole & Dendukuri, 2003).

3.3 Gejala Depresi

Berdasarkan PPDGJ-III, episode depresif terbagi menjadi :

- a. Gejala utama (pada derajat ringan, sedang dan berat) :
 - 1) afek depresif,
 - 2) kehilangan minat dan kegembiraan, dan

- 3) berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

b. Gejala lainnya :

- 1) konsentrasi dan perhatian berkurang,
- 2) harga diri dan kepercayaan diri berkurang,
- 3) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna,
- 4) pandangan masa depan yang suram dan pesimistik,
- 5) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri,
- 6) tidur terganggu,
- 7) nafsu makan berkurang.

- c. Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnyadan berlangsung cepat.

1) Episode Depresif Ringan

Pedoman diagnostik :

- a) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas,
- b) Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya.
- c) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
- d) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.

- e) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

2) Episode Depresif Sedang

Pedoman diagnostik :

- a) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi depresi ringan,
- b) Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya.
- c) Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu.
- d) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

3) Episode Depresif Berat

Pedoman diagnostik :

- a) Semua 3 gejala utama depresi harus ada.
- b) Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat.
- c) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.

- d) Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.
- e) Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas (Maslim, 2003).

3.4 Terapi Depresi

Terdapat berbagai macam terapi pada depresi, antara lain :

1) Psikoterapi

Adalah terapi yang digunakan untuk menghilangkan keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya gangguan psikologik atau pola prilaku maladaptif. Terapi ini dilakukan dengan cara jalan pembentukan lingkungan yang profesional antara terapis dengan pasien.

a) Terapi kognitif

Terdapat dugaan bahwa penderita depresi adalah orang yang 'belajar menjadi tak berdaya', depresi diterapi dengan memberikan pasien latihan keterampilan dan memberikan pengalaman-pengalaman tentang kesuksesan. Terapi ini bertujuan untuk menghilangkan symptom depresi melalui usaha yang sistematis yaitu dengan merubah cara pikir maladaptif dan otomatis pada

pasien-pasien depresi. Dasar pendekatannya adalah suatu asumsi bahwa kepercayaan-kepercayaan yang mengalami distorsi tentang diri sendiri, di dunia dan masa depan akan dapat menyebabkan depresi. Penderita harus menyadari cara berpikiran yang salah. Kemudian dia harus belajar cara merespon cara berpikir yang salah tersebut dengan cara yang lebih adaptif. Dari perspektif kognitif, pasien akan dilatih untuk mengenal dan menghilangkan pikiran-pikiran negatif dan harapan-harapan negatif. Cara ini dipraktikan di luar sesi terapi dan ini menjadi modal utama dalam mengubah gejala.

b) Terapi perilaku

Intervensi perilaku terutama efektif untuk pasien yang menarik diri dari sosial dan anhedonia. Terapi ini sering dipergunakan bersama-sama dengan terapi kognitif. Tujuan terapi perilaku adalah meningkatkan aktivitas pasien, mengikutkan pasien dalam tugas-tugas yang dapat meningkatkan perasaan yang menyenangkan.

c) Psikoterapi Suportif

Psikoterapi suportif memberikan kehangatan, empati, pengertian dan optimistik. Membantu pasien mengidentifikasi dan mengekspresikan emosinya dan membantu pasien untuk ventilasi. Mengidentifikasi faktor-faktor presipitasi dan membantu

mengoreksi. Membantu untuk mengenal tanda-tanda prekompensasi yang akan datang.

d) Psikoterapi dinamik

Dasar terapi ini adalah teori psikodinamik, yaitu kerentanan psikologik terjadi akibat konflik perkembangan yang tak selesai. Terapi ini dilakukan dalam periode jangka panjang. Perhatian pada terapi ini adalah deficit psikologi yang menyeluruh yang diduga mendasari gangguan depresi. Misalnya berupa problem yang berkaitan dengan rasa bersalah, rasa rendah diri, berkaitan juga dengan pengalaman yang memalukan, pengaturan emosi yang buruk, defisit inter personal akibat tak adekuatnya hubungan dengan keluarga.

e) Psikoterapi dinamik singkat

Tujuannya adalah menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien. Pasien dapat mengenal materi konfliknya dan mengekspresikannya.

f) Terapi kelompok

Ada beberapa keuntungan terapi kelompok, yaitu : (1) Biaya lebih murah; (2) Ada destigmasi dalam memandang orang lain dengan problem yang sama; (3) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memainkan peran dan mempraktikkan keterampilan perilaku interpersonal yang baik; (4) Membantu pasien dalam mengaplikasikan keterampilan baru.

Terapi kelompok sangat efektif untuk terapi jangka pendek pasien rawat jalan. Juga lebih efektif untuk depresi ringan. Untuk depresi yang lebih berat, terapi individu lebih efektif.

g) Terapi perkawinan

Problem perkawinan dan keluarga sering menyertai depresi. Hal tersebut dapat mempengaruhi penyembuhan fisik. Oleh karena itu, perbaikan hubungan perkawinan merupakan hal penting dalam terapi ini.

h) Psikoterapi berorientasi pilihan

Berguna pada pasien depresi minor kronik tertentu dan beberapa pasien dengan depresi mayor dan mengalami remisi terapi mempunyai konflik (Sidharta, 2011).

Selain terapi-terapi yang sudah disebutkan di atas, ada satu psikoterapi tambahan yaitu *positive psychotherapy*. *Positive psychotherapy* merupakan suatu strategi terapi terstruktur dan sistematis yang menggabungkan pendekatan *transcultural*, *psyhcodinamica* dan *cognitive-behavioural* untuk mamahami dinamika konflik yang dialami subjek serta terfokus pada upaya membangun *potential human strengths* diri subjek (Nilasari, 2013). *Positive psychoteherapy* sebagai suatu intervensi untuk menangani berbagai gangguan klinis dengan tujuan membangun emosi positif, kekuatan karakter, dan kebermaknaan sehingga dapat meniadakan atau mencegah munculnya kembali masalah tersebut

di masa mendatang. Depresi pada prinsipnya dapat efektif dipulihkan tidak hanya dengan mengurangi gejala negatif dan menurunkan tingkatan depresi, tetapi juga dengan membangun emosi positif, kekuatan karakter, dan makna. *Positive psychotherapy* kemungkinan akan dapat menetralkan gejala negatif dan dapat memperkuat karakter individu.

2) Terapi Biologik

a) Farmakoterapi

Sekitar 70-80% pasien berespon terhadap antidepresan. Mulailah dengan SSRI yang merupakan salah satu antidepresan terbaru. Bila tak berhasil, pertimbangkan antidepresan trisiklik, atau MAOI terutama pada depresi atipikal, atau kombinasi beberapa obat yang efektif bila obat pertama tak berhasil. Setelah sembuh dari episode depresi pertama, obat dipertahankan untuk beberapa bulan, kemudian diturunkan.

Efek samping yang dapat diakibatkan oleh obat antidepresan, antara lain :

- (1) Sedasi (rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor menurun, kemampuan kognitif menurun, dll).
- (2) Efek antikolinergik (mulut kering, retensi urin, pengelihan kabur, konstipasi, sinus takikardi, dll).
- (3) Efek anti adrenergik α (perubahan EKG, hipotensi).
- (4) Efek neuro toksis (tremor halus, gelisah, agitasi, insomnia).

- (5) Efek samping yang tidak berat biasanya berkurang setelah 2-3 minggu, bila tetap diberikan dengan dosis yang sama.

Obat-Obat Antidepresan	
Trisiklik (TCAs)	<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)</i>
Amitriptilin 75-150 mg/hari	Elvatelin 20-40 mg/hari
Imipramin 75-150 mg/hari	Protetin 20-40 mg/hari
Clomipramin 75-150 mg/hari	Steralin 20-100 mg/hari
Amineptin 100-200 mg/hari	Fluvotamin 20-100 mg/hari
Opipramol 20-150 mg/hari	Fluoxsetin 10-20 mg/hari
Tetrasiklik	Penghambat Mono Amino Oksidase (MAOIs)
Maprotilin 75-150 mg/hari	Maclobemide 200-600 mg/hari
Amoxopin 200-300 mg/hari	
Mainserin 30-60 mg/hari	

b) ECT (terapi kejang listrik)

Merupakan terapi pilihan bila :

- (1) Obat tak berhasil.
- (2) Kondisi pasien menuntut remisi segera, misalnya bunuh diri yang akut.
- (3) Pada beberapa depresi psikotik.
- (4) Pada pasien yang tak dapat mentoleransi obat, misalnya pasien tua yang berpenyakit jantung. >90% pasien memberikan respon.

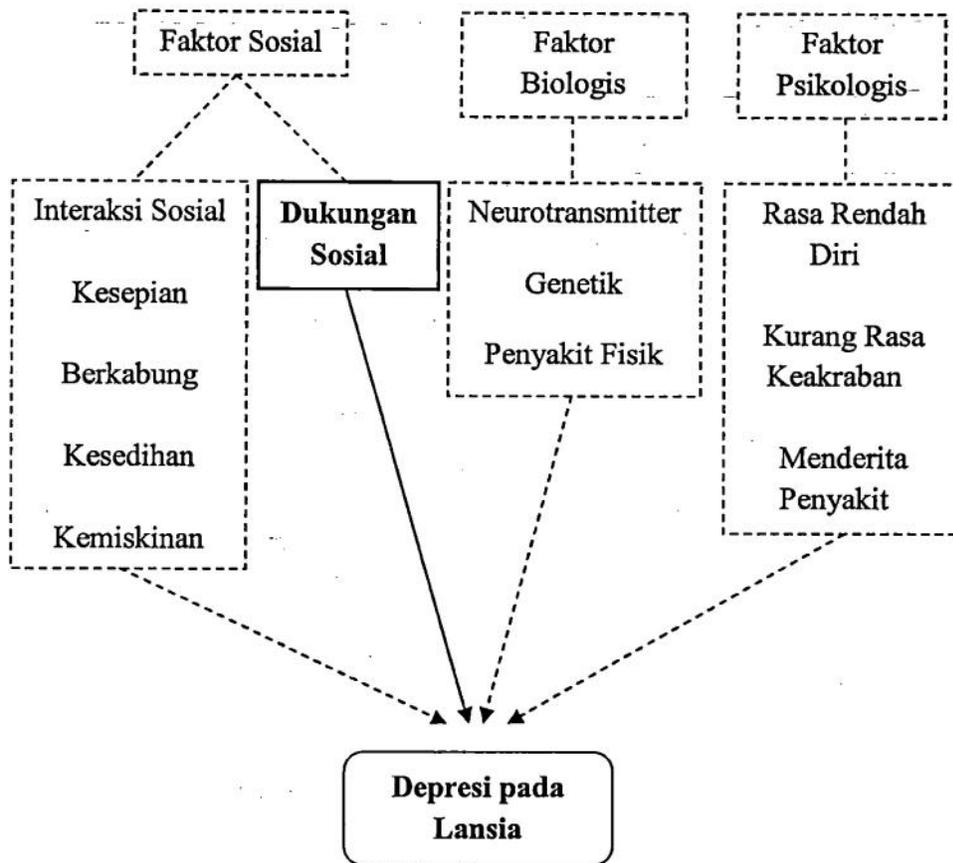
Obat antidepresan umumnya merupakan pengobatan pilihan pertama ketika terapi spesifik untuk depresi ditunjukkan, tetapi pasien yang tidak mendapat manfaat dari obat antidepresan dapat beralih ke psikoterapi. Psikoterapi, termasuk terapi perilaku kognitif (CBT), reminiscence dan psikoterapi umum (GPT),

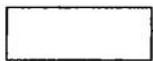
dipandang sebagai pengobatan yang efektif untuk depresi, tetapi kemanjurannya pada orang tua tidak diartikan dengan baik. Berbagai format umum psikoterapi terbukti efektif untuk mengobati depresi pada orang tua, meskipun psikoterapi tidak signifikan meningkatkan efektivitas pada pengobatan dengan anti-depresan (Peng, Huang, Chen, & Lu, 2009).

3.5 Prognosis Depresi

Indikator prognosis pada depresi ada 2 yaitu kemungkinan prognosis baik dan kemungkinan prognosis buruk. Kemungkinan prognosis baik meliputi episode ringan, tidak ada gejala psikotik, waktu rawat inap singkat, mempunyai teman akrab selama masa remaja, fungsi keluarga stabil dan 5 tahun sebelum sakit secara umum fungsi sosial baik). Sedangkan kemungkinan prognosis buruk meliputi depresi berat bersamaan dengan dismitik, penyalahgunaan alkohol dan zat lain, ditemukan gejala cemas dan riwayat lebih dari sekali episode depresif sebelumnya (Wibisono, 2013).

B. Kerangka Konsep



 → = yang diteliti

 → = yang tidak diteliti

C. Hipotesis

H0 : Tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia di komunitas.

H1 : Terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia di komunitas.