

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Lansia

a. Definisi Lansia

Menurut Budi Anna Keliat, usia lanjut bisa dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Sedangkan menurut Pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Maryam *et al.*, 2008).

Sama halnya definisi lansia menurut *World Health Organization (WHO)* dan Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Nugroho, 2006).

Lansia didefinisikan sebagai mereka yang telah menjalani siklus kehidupan di atas usia 65 tahun menurut Hawari (2007).

Menurut Maramis (2009), menganggap bahwa usia lanjut adalah seseorang yang berusia lebih dari 65 tahun, di mana orang-orang yang berusia 65 tahun ke atas tersebut mempunyai masalah

sendiri yang berhubungan dengan proses menua dengan segala akibat badaniah, psikologi dan sosial.

b. Epidemiologi Lansia

Soejono mengatakan bahwa menurut data Perserikatan Bangsa-Bangsa, diperkirakan di Indonesia akan mengalami peningkatan jumlah lanjut usia yang tertinggi di dunia, yaitu 414% hanya dalam waktu 35 tahun. Sedangkan di tahun 2020 diperkirakan jumlah warga usia lanjut dapat meningkat hingga mencapai 25,5 juta jiwa. Menurut Lembaga Demografi Universitas Indonesia, persentase jumlah penduduk lansia pada tahun 1985 adalah 3,4% dari total keseluruhan penduduk. Dan pada tahun 1990 akan meningkat menjadi 5,8% (Soejono, 2009)

c. Klasifikasi Lansia

Menurut Hawari (2007), di dalam Gerontologi lansia di bagi menjadi 2 golongan, antara lain *young old* (64 – 74 tahun) dan *old-old* (di atas 75 tahun). Dari segi kesehatan, lansia dapat dibagi menjadi dua kelompok juga, yakni kelompok *well old* (lansia yang sehat dan tidak sakit-sakitan); dan *sick old* (lansia yang menderita penyakit dan memerlukan pertolongan medik dan psikiatrik).

Menurut Maryam (2008), klasifikasi berikut ini adalah lima klasifikasi yang terdapat pada lansia:

1) Pralansia

Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.

2) Lansia

Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

3) Lansia risiko tinggi

Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

4) Lansia potensial

Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/ jasa.

5) Lansia tidak potensial

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

Menurut Dra. Ny. Jos Masdani, lanjut usia merupakan kelanjutan usia dewasa. Kedewasaan itu sendiri dapat dibagi menjadi empat bagian, yaitu: (1) fase juvenus, antara usia 25-40 tahun (2) fase verilitas, antara usia 40-50 tahun (3) fase praesenium, antara usia 55-65 tahun (4) fase senium, antara usia 65 tahun hingga tutup usia. Sedangkan pengelompokan usia lanjut lainnya, seperti menurut Prof. DR. Koesoemanto Setyonegoro, SpKJ, adalah sebagai berikut: (1) usia dewasa muda (*elderly adulthood*), usia 18/20-25 tahun. (2) usia dewasa

merupakan masalah kesehatan jiwa yang terjadi pada lansia. Masalah gangguan kesehatan jiwa mulai dialami oleh golongan lansia pada saat mereka mulai merasakan adanya tanda-tanda terjadinya proses penuaan pada dirinya. Masalah kesehatan jiwa yang sering timbul pada lansia meliputi:

1) Kecemasan

Gejala-gejala kecemasan yang dialami oleh lansia adalah sebagai berikut:

- perasaan khawatir atau takut yang tidak rasional terhadap kejadian yang akan terjadi
- sepanjang malam sulit untuk tidur
- rasa tegang dan cepat marah
- sering mengeluhkan gejala-gejala yang ringan atau khawatir terhadap penyakit yang berat yang sebenarnya tidak dideritanya
- sering sekali membayangkan hal-hal yang menakutkan atau menyeramkan
- rasa panik terhadap hal-hal yang ringan.

2) Depresi

Gejala-gejala depresi yang merupakan masalah kesehatan jiwa yang paling sering didapatkan pada lansia, adalah sebagai berikut:

- sering sekali mengalami gangguan tidur

- sering merasa lelah, lemas, dan kurang dapat menikmati kehidupan sehari-hari
- kebersihan dan kerapihan diri terabaikan
- mudah marah atau mudah tersinggung
- berkurangnya daya konsentrasi
- adanya pesimistis atau perasaan putus asa
- berkurang atau hilangnya nafsu makan
- terkadang dalam pembicaraannya tersirat kecenderungan untuk bunuh diri.

3) Insomnia

Penyebab insomnia pada lansia adalah sebagai berikut:

- kurangnya kegiatan fisik dan mental setiap hari
- gangguan cemas dan depresi
- tertidur sebentar-sebentar sepanjang hari
- merasa tempat tidur dan kamar kurang nyaman
- sering berkemih pada malam hari
- infeksi saluran kemih.

4) Paranoid

Gejala-gejala dari paranoid antara lain:

- adanya perasaan curiga
- lupa di mana meletakkan barang-barangnya kemudian menuduh orang di sekitarnya yang telah mencuri atau menyembunyikannya

- dapat merupakan manifestasi dari masalah lain, seperti depresi dan rasa marah yang terlalu lama ditahan.

5) Demensia

Gejala-gejalanya adalah sebagai berikut:

- kebersihan diri terabaikan
- meningkatnya kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari
- sering lupa kejadian-kejadian yang dialami
- pertanyaan dan kata-kata sering diulang
- sifat dan perilaku berubah menjadi keras kepala dan mudah marah
- menjadi depresi dan menangis tanpa sebab yang jelas.

f. Teori Proses Penuaan

Terdapat berbagai macam teori mengenai proses menjadi tua. Hal ini menggambarkan adanya upaya dari ilmuwan untuk memahami dan menerangkan bagaimana mekanisme proses menua itu sendiri (Lumbantobing, 2006).

Menurut S. Tamher dan Noorkasiani (2009), proses penuaan terdiri atas teori-teori tentang penuaan, aspek biologis pada proses menua, proses penuaan pada tingkat sel, proses penuaan menurut sistem tubuh, dan aspek psikologis pada proses penuaan. Teori-teori penuaan sudah banyak yang dikemukakan, namun tidak semuanya bisa diterima.

Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok, yaitu yang termasuk kelompok teori biologis dan teori psikososial.

1) Teori Biologis

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut.

a) Teori Jam Genetik

Menurut Hay ick, secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa spesies-spesies tertentu memiliki harapan hidup (*life span*) yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami deteriorasi.

b) Teori Interaksi Seluler

Bahwa sel-sel satu sama lain saling berinteraksi dan mempengaruhi.

Menurut Berger, keadaan tubuh akan baik-baik saja selama sel-sel masih berfungsi dalam suatu harmoni. Akan tetapi, bila tidak lagi demikian, maka akan terjadi kegagalan mekanisme *feed-back* di mana lambat laun sel-sel akan mengalami degenerasi.

c) Teori Mutagenesis Somatik

Bahwa begitu terjadi pembelahan sel (mitosis), akan terjadi “mitosis spontan” yang terus-menerus berlangsung dan akhirnya mengarah pada kematian sel.

d) Teori Error Katastrop

Kahne mengatakan bahwa eror akan terjadi pada struktur DNA, RNA, dan sintesis protein. Masing-masing eror akan saling menambah pada eror yang lainnya dan berkulminasi dalam eror yang bersifat katastrof.

e) Teori Pemakaian dan Keausan

Teori biologis yang paling tua adalah teori pemakaian dan keausan (*tear and wear*), di mana tahun demi tahun hal ini berlangsung dan lama-kelamaan akan timbul deteriorasi.

2) Teori Psikososial

Adapun mengenai kelompok teori psikososial, berturut-turut dikemukakan beberapa di antaranya adalah sebagai berikut.

a) *Disengagement Theory*

Kelompok teori ini dimulai dari University of Chicago, yaitu *Disengagement Theory*, yang menyatakan bahwa individu dan masyarakat mengalami *disengagement* dalam suatu mutual *withdrawl* (menarik diri). Memasuki usia tua, individu mulai menarik diri dari masyarakat, sehingga memungkinkan

individu untuk menyimpan lebih banyak aktivitas-aktivitas yang berfokus pada dirinya dalam memenuhi kestabilan pada stadium ini.

b) Teori Aktivitas

Menekankan pentingnya peran serta dalam kegiatan masyarakat bagi kehidupan seorang lansia. Dasar teori ini adalah bahwa konsep diri seseorang bergantung pada aktivitasnya dalam berbagai peran. Apabila hal ini hilang, maka akan berakibat negative terhadap kepuasan hidupnya. Ditekankan pula bahwa mutu dan jenis interaksi lebih menentukan daripada jumlah interaksi. Hasil studi serupa ternyata menggambarkan pula bahwa aktivitas informal lebih berpengaruh daripada aktivitas formal. Kerja yang menyibukkan tidaklah meningkatkan *self esteem* seseorang, tetapi interaksi yang bermakna dengan orang lainlah yang lebih meningkatkan *self esteem*.

c) Teori Kontinuitas

Berbeda dari kedua teori sebelumnya, di sini ditekankan pentingnya hubungan antara kepribadian dengan kesuksesan hidup lansia. Menurut teori ini, ciri-ciri kepribadian individu berikut strategi kopingnya telah terbentuk sejak lama sebelum seseorang memasuki usia lanjut. Namun, gambaran kepribadian itu juga bersifat dinamis dan berkembang secara kontinu.

Dengan menerapkan teori ini, cara terbaik untuk meramal bagaimana seseorang dapat berhasil menyesuaikan diri adalah dengan mengetahui bagaimana orang itu melakukan penyesuaian terhadap perubahan-perubahan selama hidupnya.

d) Teori Subkultur

Pada teori subkultur, Rose mengatakan bahwa lansia sebagai kelompok yang memiliki norma, harapan, rasa percaya, dan adat kebiasaan tersendiri, sehingga dapat digolongkan selaku suatu subkultur. Akan tetapi, mereka ini kurang terintegrasi pada masyarakat luas dan lebih banyak berinteraksi antarsesama mereka sendiri. Di kalangan lansia, status lebih ditekankan pada bagaimana tingkat kesehatan dan kemampuan mobilitasnya, bukan pada hasil pekerjaan/ pendidikan/ ekonomi yang pernah dicapainya. Kelompok-kelompok lansia seperti ini bila terkordinasi dengan baik dapat menyalurkan aspirasinya, di mana secara teoritis oleh para pakar dikemukakan bahwa hubungan antar *peer-group* dapat meningkatkan proses penyesuaian pada masa lansia.

e) Teori Stratikasi Usia

Teori ini yang dikemukakan oleh Riley yang menerangkan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur social yang dapat dijelaskan sebagai berikut: (a) orang-orang tumbuh dewasa bersama masyarakat dalam bentuk kohor dalam artian

social, biologis, dan psikologis (b) kohor baru terus muncul dan masing-masing kohor memiliki pengalaman dan selera tersendiri (c) suatu masyarakat dapat dibagi ke dalam beberapa strata sesuai dengan lapisan usia dan peran (d) masyarakat sendiri senantiasa berubah, begitu pula individu dan perannya dalam masing-masing strata, serta (e) erdapat saling keterkaitan antara penuaan individu dengan perubahan sosial.

f) Teori Penyesuaian Individu dengan Lingkungan

Teori ini dikemukakan oleh Lawton. Menurut teori ini, bahwa ada hubungan antara kompetensi individu dengan lingkungannya. Kompetensi di sini berupa segenap proses yang merupakan ciri fungsional individu, antara lain: kekuatan ego, keterampilan motorik, kesehatan biologis, kapasitas kognitif, dan fungsi sensorik. Adapun lingkungan yang dimaksud mengenai potensinya untuk menimbulkan respons perilaku dari seseorang. Bahwa untuk tingkat kompetensi seseorang terdapat suatu tingkatan suasana/ tekanan lingkungan tertentu yang menguntungkan baginya. Orang yang berfungsi pada level kompetensi yang rendah hanya mampu bertahan pada level tekanan lingkungan yang rendah pula, dan sebaliknya. Suatu korelasi yang sering berlaku adalah semakin terganggu (cacat) seseorang, maka tekanan lingkungan yang dirasakan akan semakin besar.

Teori-teori yang sudah disebutkan di atas, diperkuat oleh Nugroho (2006), tetapi teori yang dijabarkan pada bukunya, hanya digolongkan menjadi teori biologis dan teori sosiologis. Teori biologis sendiri, menjelaskan teori menua menjadi teori genetik dan teori non-genetik. Sedangkan teori sosiologis, teori ini menyebutkan empat teori, yakni: teori interaksi sosial, teori aktivitas atau kegiatan, teori kepribadian berlanjut (*continuity theory*), dan teori pembebasan atau penarikan diri (*disengagement theory*).

2. Keluarga

a. Definisi Keluarga

Definisi keluarga menurut Nasir dan Muhith (2011) adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan keturunan ataupun perkawinan. Sedangkan menurut PP No. 21 tahun 1994, keluarga didefinisikan sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami-istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Adapun pendapat lain mengenai definisi keluarga menurut WHO. Arti dari keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

1) Duvall dan Logan

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan

perkembangan fisik, mental, emosional, serta social dari tiap anggota keluarga.

2) Babilon dan Maglaya

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi antara satu dengan yang lain..

3) Departemen Kesehatan RI

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

b. Peran Keluarga dalam Perawatan Lansia

Menurut Nasir dan Muhith (2011), keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia.

3. Rumah Jompo

a. Definisi Rumah Jompo

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, panti jompo diartikan sebagai tempat merawat dan menampung jompo. Fasilitas untuk panti jompo diatur dalam Peraturan Perundang-Undangan dan Penyelenggaraan Penyandang Cacat Pasal 12, Pasal 13, Pasal 14, dan Pasal 15 yang mencangkup akses ke dan dari dalam bangunan, pintu, tangga, lift, tempat parker, toilet dan beberapa lainnya dalam aksesibilitas pada bangunan umum.

Pembinaan kesejahteraan sosial bagi lansia atau jompo melalui sistem panti adalah suatu wadah atau lembaga kegiatan untuk memberikan pelayanan kesejahteraan sosial bagi lansia atau jompo yang masih mempunyai kemampuan atau kemauan untuk melaksanakan kegiatan usaha produktif dengan memberikan bantuan yang bersifat stimulatif berupa paket bantuan usaha produktif.

b. Tinjauan Kenyamanan Bangunan Panti Jompo

Nyaman menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah segar; sehat. Sedangkan kenyamanan adalah keadaan nyaman; kesegaran; kesejukan. Kenyamanan suatu bangunan diatur dalam Undang-Undang RI No. 28 Tahun 2002, Bagian Keempat Pasal 26 ayat 1 sampai dengan ayat 7.

Undang-Undang RI No. 28 Tahun 2002 Tentang Persyaratan Kendala Bangunan Gedung, Paragraf 4 Pasal 26 yaitu ayat (1)

Persyaratan keamanan bangunan gedung sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (1) sampai dengan ayat (6) meliputi kenyamanan ruang gerak, dan hubungan antar ruang, kondisi udara dalam ruang, pandangan, serta tingkat getaran, dan tingkat kebisingan. Hal-hal tersebut menjadi syarat minimal kenyamanan sebuah gedung, terlebih bagi sebuah bangunan panti jompo.

c. Keuntungan Tinggal di Panti Jompo

- 1) Perawatan dan perbaikan wisma dan perlengkapannya dikerjakan oleh lembaga.
- 2) Semua makanan mudah didapat dengan biaya yang memadai.
- 3) Perabot dibuat untuk rekreasi dan hiburan.
- 4) Terdapat kemungkinan untuk berhubungan dengan teman seusia yang mempunyai minat dan kemampuan yang sama.
- 5) Kesempatan yang besar untuk dapat diterima secara temporer oleh teman seusia daripada orang yang lebih muda.
- 6) Menghilangkan kesepian karena orang-orang di panti dapat dijadikan teman.
- 7) Perayaan hari libur bagi mereka yang tidak mempunyai keluarga tersedia di panti jompo.
- 8) Ada kesempatan untuk berprestasi berdasarkan prestasi di masa lalu, kesempatan semacam ini tidak mungkin terjadi dalam kelompok orang-orang muda.

d. Kerugian Tinggal di Panti Jompo

- 1) Lebih mahal daripada tinggal di rumah sendiri.
- 2) Seperti halnya makanan di semua lembaga, biasanya kurang menarik daripada masakan rumah sendiri.
- 3) Pilihan makanan terbatas dan sering kali diulang-ulang.
- 4) Berhubungan dekat dan menetap dengan beberapa orang yang tidak menyenangkan.
- 5) Letaknya sering kali jauh dari pertokoan, hiburan dan organisasi masyarakat.
- 6) Tempat tinggalnya cenderung lebih kecil daripada rumah yang dulu.

4. Depresi

a. Definisi Depresi

Menurut Nugroho (2000), depresi adalah perasaan sedih, ketidakberdayaan, dan pesimis, yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan kepada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam.

Kaplan dan Sadock (2010), depresi didefinisikan sebagai gangguan jiwa dengan gejala utama sedih, merasa sendirian, putus asa, rendah diri, dan disertai dengan gangguan psikomotor atau kadang-kadang agitasi, menarik diri dari pergaulan sosial, dan terdapat gangguan vegetatif seperti nafsu makan berubah dan terdapat gangguan tidur.

Definisi depresi menurut Maramis (2009). Depresi merupakan gangguan perasaan. Disebutkan dalam bukunya, depresi memiliki ciri-ciri sebagai berikut: semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan makan. Pada depresi terdapat gejala psikologik dan gejala somatik. Gejala psikologiknya antara lain: menjadi pendiam, rasa sedih, pesimistik, putus asa, nafsu bekerja dan bergaul berkurang, tidak dapat mengambil keputusan, mudah lupa, dan timbul pikiran-pikiran bunuh diri. Sedangkan gejala somatiknya antara lain: penderita depresi kelihatan tidak senang, tidak bersemangat, apatis, bicara dan gerak-geriknya pelan, terdapat anoreksia, insomnia dan konstipasi.

Pendapat lain mengenai definisi depresi dikemukakan oleh Hawari (2007). Dikatakan dalam bukunya definisi depresi sendiri tersebut adalah gangguan alam perasaan (mood) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian tetap utuh dan perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal.

Sama halnya dengan Hawari, Nasir dan Muhith (2011) mendefinisikan depresi sebagai keadaan emosional yang ditandai kesedihan yang sangat, perasaan bersalah dan tidak berharga, menarik diri dari orang lain, kehilangan minat untuk tidur dan melakukan

hubungan seksual dengan pasangannya, serta kehilangan minat untuk melakukan hal-hal menyenangkan lainnya.

Sedangkan Amir (2005), mendefinisikan depresi sebagai suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik. Gejala klinik tersebut, manifestasinya bisa berbeda pada masing-masing individu.

b. Epidemiologi Depresi

Prevalensi depresi pada usia lanjut di pelayanan kesehatan primer adalah 5-17%, sementara prevalensi depresi pada lansia yang mendapatkan pelayanan asuhan rumah adalah 13,5% (Soejono *et al.*, 2009).

Amir (2005), mengungkapkan bahwa gangguan depresi sering ditemui. Prevalensi selama kehidupan pada wanita 10-25% dan sedangkan pada laki-laki 5-12%. Walaupun depresi lebih sering ditemukan pada wanita, tetapi kejadian bunuh diri lebih sering ditemukan pada laki-laki, terutama laki-laki usia muda dan usia tua.

c. Etiologi Depresi

Menurut Kaplan dan Sadock (2010), faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya depresi, antara lain:

1) Faktor biologi

Gangguan depresi melibatkan keadaan patologi di system limbic, ganglia basalis, dan hipotalamus. System limbic dan ganglia

basalis berhubungan sangat erat, hipotesa belakangan ini menyebutkan produksi alam perasaan berupa emosi, depresi, dan mania merupakan peranan utama system limbic. Disfungsi hipotalamus berakibat pada perubahan regulasi tidur, selera makan, dorongan seksual, dan memacu perubahan biologi dalam endokrin dan imunologik.

2) Faktor genetika

Gangguan alam perasaan (mood) baik tipe bipolar (episode manik dan depresif) dan tipe unipolar (episode depresi saja) memiliki kecenderungan menurun kepada generasi selanjutnya. Sebanyak 50% pasien bipolar memiliki satu orangtua dengan gangguan alam perasaan/ gangguan afektif, yang tersering adalah unipolar (depresi saja). Jika salah satu dari orangtua mengidap gangguan bipolar, maka 27% anaknya memiliki resiko mengidap gangguan alam perasaan.

3) Faktor psikososial

Peristiwa traumatik kehidupan dan lingkungan sosial dengan suasana yang menegangkan dapat menjadi penyebab gangguan depresi. Sejumlah data yang kuat menunjukkan kehilangan orang tua sebelum berusia 11 tahun dan kehilangan pasangan hidup dapat memacu serangan awal gangguan depresi.

d. Depresi pada Lansia

Menurut Hadi Martono, secara epidemiologik di negara Barat depresi pada populasi usia lanjut di masyarakat terdapat 15-20%. Insidensi bisa lebih tinggi pada lansia yang ada di institusi. Sedangkan di Asia angkanya jauh lebih rendah karena diduga terdapat faktor sosio-kultural-religi yang berpengaruh positif (Darmojo, 2009).

e. Gejala Depresi

Dikemukakan oleh Hawari (2007) pada gejala depresi, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikik, tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatic. Gejala-gejala depresi adalah sebagai berikut :

- 1) afek depresif
- 2) hilang minat
- 3) penurunan BB atau penambahan BB
- 4) insomnia atau hipersomnia
- 5) aktivitas psikomotor menurun atau meningkat
- 6) kelelahan atau lemas
- 7) merasa tak berguna lagi dan merasa bersalah
- 8) sulit berkonsentrasi
- 9) keinginan untuk mati.

f. Kriteria Depresi

Disebutkan di dalam PPDGJ III kriteria-kriteria depresi dengan gejala utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat) :

- afek depresif
- kehilangan minat dan kegembiraan, dan
- berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata setelah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

Gejala lainnya :

- (a) konsentrasi dan perhatian berkurang
- (b) harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- (c) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- (d) pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- (e) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- (f) tidur terganggu
- (g) nafsu makan berkurang.

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 beratnya dan berlangsung cepat.

Kategori diagnosis episode depresif ringan (F32.0), sedang (F32.1), dan berat (F32.2) hanya digunakan untuk episode depresi tunggal

(yang pertama). Episode depresif berikutnya harus diklasifikasi di bawah salah satu diagnosis gangguan depresif berulang (F33.-).

Episode Depresif Ringan (F32.0) :

- sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti disebut di atas
- ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya (a) sampai dengan (g)
- tidak boleh ada gejala yang berat di antaranya
- lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
- hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan social yang biasa dilakukannya.

Episode Depresif Sedang (F32.1) :

- sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresif ringan (F32.0)
- ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya
- lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu
- menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2) :

- semua 3 gejala utama depresi harus ada

- ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat
- bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotr) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan gejalanya secara rinci.

Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.

- 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
- sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan social, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3) :

- episode depresif berat yang memenuhi criteria menurut F32.2 tersebut di atas
- disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang

menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk.

Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.

Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (mood-congruent).

Episode Depresif Lainnya (F32.8)

Episode Depresif YTT (F32.9)

5. Stresor Psikososial

Berbagai macam kejadian yang dialami selama perjalanan hidup seseorang, dapat menjadi stresor psikososial yang dapat menimbulkan gangguan psikiatrik seperti depresi. Menurut sebagian ahli, stresor psikososial berperan penting pada depresi. Ada sebagian yang berpendapat bahwa stressor psikososial hanya berperan sedikit terhadap timbulnya serangan pertama depresi (Hawari, 1998).

Menurut Hawari (1998), stressor psikososial dapat digolongkan menjadi sebagai berikut:

a. Perkawinan

Masalah ini merupakan sumber stress yang dialami oleh seseorang. Berbagai macam masalah yang mungkin timbul dapat berupa pertengkaran, perpisahan, perceraian, kematian salah satu pasangan, ketidak setiaan, dan lain sebagainya.

b. Masalah orangtua

Permasalahan yang dihadapi oleh orangtua, misalnya: tidak punya anak, kebanyakan memiliki anak, kenakalan pada anaknya, anak sakit, hubungan yang tidak baik dengan mertua, besan, dan lain sebagainya dapat menjadi stressor tersendiri bagi seseorang.

c. Hubungan interpersonal

Gangguan ini dapat berupa hubungan dengan kawan dekat yang mengalami konflik, konflik dengan keaksih, antara atasan dan bawahan, dan lain sebagainya.

d. Pekerjaan

Masalah pekerjaan merupakan sumber stress yang menduduki peringkat kedua setelah masalah perkawinan. Banyak orang menderita depresi dan cemas oleh karena masalah pekerjaan ini. Contoh dari masalah pekerjaan misalnya: kehilangan pekerjaan yang dapat berdampak pada gangguan kesehatan bahkan bisa menyebabkan kematian.

e. Lingkungan

Kondisi lingkungan yang buruk dapat mempengaruhi kesehatan seseorang, misalnya: pindah rumah, pindah tempat tinggal, penggusuran, hidup dalam lingkungan yang rawan kriminalitas, dan lain sebagainya. Rasa tercekam dan tidak merasa aman ini

sangat mengganggu ketenangan dan ketentraman hidup sehingga tidak jarang orang dapat mengalami depresi dan cemas.

f. Keuangan

Masalah keuangan yang tidak sehat dapat sangat berpengaruh terhadap kesehatan jiwa seseorang. Misalnya: pendapatan lebih kecil daripada pengeluaran, terlilit hutang, mengalami kebangkrutan, soal warisan, dan lain sebagainya.

g. Hukum

Keterlibatan seseorang dalam masalah hukum dapat menjadi sumber stress, misalnya: tuntutan hukum, pengadilan penjara, dan lain sebagainya.

h. Perkembangan

Masalah perkembangan yang dimaksud di sini adalah masalah perkembangan fisik dan mental yang terdapat pada seseorang, misalnya: masa remaja, masa dewasa, menopause, usia lanjut, dan lain sebagainya. Kondisi setiap perubahan fase-fase tersebut di atas untuk sementara pada individu dapat menyebabkan depresi dan kecemasan, terutama pada mereka yang mengalami menopause dan lanjut usia.

i. Masalah fisik atau cedera

Sumber stres yang dapat mengakibatkan depresi dan kecemasan di sini antara lain: penyakit, kecelakaan, operasi/pembedahan, dan lain sebagainya. Dalam hal ini penyakit yang banyak menimbulkan depresi dan kecemasan adalah penyakit kronis, jantung, kanker, dan yang sejenisnya.

j. Keluarga

Orangtua dapat pula mengalami stres, cemas dan depresi yang disebabkan karena kondisi keluarga yang tidak atau kurang harmonis, misalnya permasalahan yang dialami oleh anak atau mantunya, seperti kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), perpisahan (*seperate*), atau bahkan sampai terjadi perceraian (*divorce*).

6. Gangguan Kognitif

a. Definisi Gangguan Kognitif

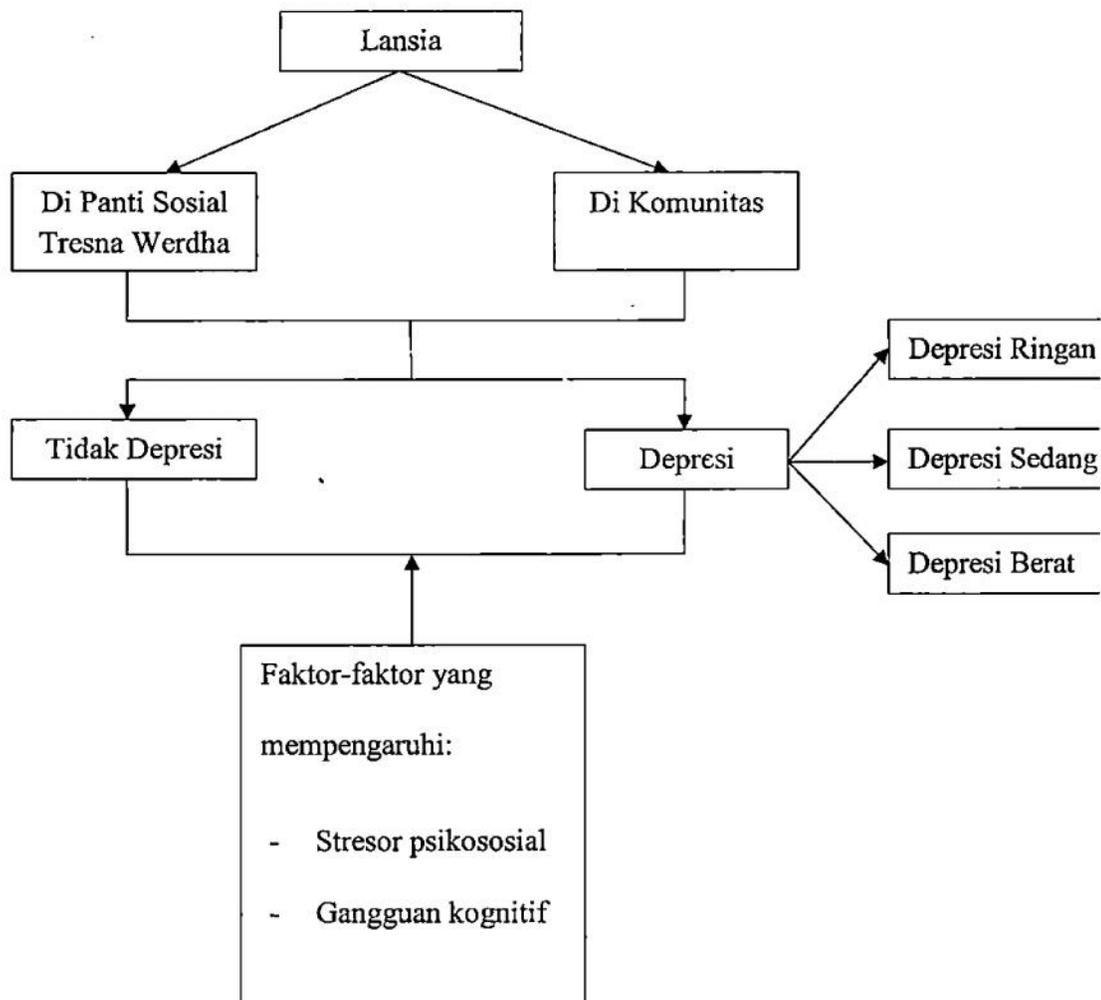
Gangguan kognitif merupakan masalah psikiatrik yang sering timbul pada lansia. Penyebabnya adalah penurunan fungsi kognisi secara klinis. DSM-IV mengklasifikasikan tiga kelompok gangguan kognitif, yaitu delirium, demensia, dan gangguan amnestik (Kaplan, *et al.*, 1997).

b. Hubungan antara Gangguan Kognitif dengan Depresi

Lansia yang memiliki pengalaman gangguan kognitif sering diikuti dengan gejala depresi. Suatu penelitian telah membuktikan bahwa

penurunan fungsi kognitif yang diikuti dengan gejala depresi menunjukkan hasil yang buruk dibandingkan dengan lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif tanpa gejala depresi (Walker, 2010).

B. Kerangka Konsep



C. Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah dan tinjauan pustaka di atas, maka hipotesis yang dapat diajukan dalam penelitian ini adalah:

1. Terdapat hubungan antara tempat tinggal dengan tingkat depresi pada lansia.
2. Tingkat depresi pada lansia yang tinggal di panti sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budhi Luhur lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat depresi pada lansia yang tinggal di rumah.