

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010).

Sedangkan menurut Ali (2010), keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

2.1.2 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1998) dalam Setiadi (2008) fungsi keluarga dibagi menjadi lima yaitu :

1. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

3. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Sedangkan dalam UU No.10 tahun 1992 PP No.21 tahun 1994 tertulis fungsi keluarga dalam delapan bentuk yaitu :

1) Fungsi Keagamaan

1. Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
2. Menerjemahkan agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga.
3. Memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama.
4. Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya disekolah atau masyarakat.
5. Membina rasa, sikap, dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

2) Fungsi Budaya

1. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
2. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
3. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negative globalisasi dunia.
4. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berpartisipasi berperilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi.
5. Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.

3) Fungsi Cinta Kasih

1. Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus-menerus.
2. Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar keluarga secara kuantitatif dan kualitatif.
3. Membina praktek kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.
4. Membina rasa, sikap dan praktek hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

4) Fungsi Perlindungan

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

5) Fungsi Reproduksi

1. Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
2. Memberikan contoh pengamalan kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.
3. Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
4. Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

6) Fungsi Sosialisasi

1. Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama.
2. Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.

3. Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang tidak kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.
4. Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua, dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

7) Fungsi Ekonomi

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

8) Fungsi Pelestarian Lingkungan

1. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan intern keluarga.
2. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan ekstern keluarga.

3. Membina kesedaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang dan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.
4. Membina kesedaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera (Setiadi, 2008).

2.1.3 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Setiadi (2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu :

- 1) Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan

teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga.

- 3) Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya sesuatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada). Hubungan yang sifatnya positif akan member pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah setiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

2.1.4 Pengertian Dukungan Keluarga

Menurut Sarwono (2005) dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan. Sedangkan menurut Friedman (1998) dalam Murniasih (2007) menyatakan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai

bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

2.1.5 Bentuk Dukungan Keluarga

Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan menurut Friedman (2010) yaitu :

1) Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (instrumental support material support), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

2) Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya

dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan feed back. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

3) Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

4) Dukungan Penghargaan

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat di gunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

2.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

1. Faktor internal

1) Tahap perkembangan

Artinya dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan berbeda-beda.

2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

3) Faktor emosional

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap

ancaman penyakit, mungkin ia menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

4) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, menyangkut nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2. Faktor eksternal

1) Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya : klien juga akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

2) Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya.

3) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.1.7 Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga. Dukungan biasanya bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga

memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga berupa dukungan eksternal dan dukungan internal, seperti dukungan dari saudara kandung atau keluarga dekat (Friedman, 2010).

2.1.8 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga. (Friedman, 2010).

2.1.9 Dukungan Keluarga Bagi Kesehatan Lansia

Menurut Kuntjoro (2002) dalam Permana (2013) dukungan yang diberikan keluarga pada lansia dalam merawat dan meningkatkan status kesehatan adalah memberikan pelayanan dengan sikap menerima kondisinya.

Bomar (2005) menjelaskan bahwa dukungan keluarga adalah suatu bentuk perilaku melayani yang dilakukan oleh keluarga baik dalam bentuk dukungan emosi, penghargaan, informasi dan instrumental. Dukungan sosial keluarga mengacu pada dukungan-dukungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai suatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga. Dukungan bisa atau tidak digunakan tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Keluarga merupakan sistem pendukung yang berarti sehingga dapat memberikan petunjuk tentang kesehatan mental, fisik dan emosi lanjut usia.

Dukungan keluarga itu dapat dibagi menjadi empat aspek yaitu dukungan penilaian, dukungan instrumental, dukungan informasional dan dukungan emosional (Kaplan, 2010).

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Definisi Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta keinginan bunuh diri (Kaplan, 2010).

Depresi adalah gangguan afek yang sering terjadi pada lansia dan merupakan salah satu gangguan emosi. Gejala depresi pada lansia dapat terlihat seperti lansia mejadi kurang bersemangat dalam menjalani hidupnya, mudah putus asa, aktivitas menurun, kurang nafsu makan, cepat lelah dan susah tidur di malam hari (Nugroho, 2009).

Depresi sebagai suatu gangguan *mood* yang dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu berkonsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang dan mencoba bunuh diri (Lubis, 2009).

2.2.2 Tanda dan Gejala Depresi

1. Ekspresi putus asa, tidak memiliki harapan, tidak mampu untuk berkonsentrasi, membuat proses membaca, menulis dan bercakap-cakap menjadi sulit.

2. Menurunnya aktivitas fisik, makan tidur (terbangun lebih awal)
3. Terus-menerus merasa dirinya tidak berharga
4. Perasaan gagal, menarik diri dari orang lain untuk menghindari penolakan yang mungkin muncul baik nyata maupun khayalan.

Mengancam atau melakukan upaya bunuh diri, curiga atau sensitif terhadap kata-kata dan tindakan orang lain yang berhubungan dengan kurangnya rasa percaya terhadap orang lain (Meridean, 2011).

2.2.3 Klasifikasi Depresi

Menurut klasifikasi organisasi kesehatan dunia (WHO) berdasarkan tingkat penyakitnya, depresi dibagi menjadi :

1) *Mild Depression / minor depression dan dysthymic disorder*

Pada depresi ringan, *mood* yang rendah datang dan pergi dan penyakit datang setelah kejadian *stressful* yang spesifik. Individu akan merasa cemas dan juga tidak bersemangat. Perubahan gaya hidup biasanya dibutuhkan untuk mengurangi depresi jenis ini.

Minor depression ditandai dengan adanya dua gejala pada *Depressive episode* (kriteria DSM IV-TR untuk *major depressive episode*). Namun tidak lebih dari lima gejala depresi muncul selama dua minggu berturut-turut, dan gejala itu bukan karena pengaruh obat-obatan ataupun penyakit.

Bentuk depresi yang kurang parah disebut distimia (*Dysthymic Disorder*). Depresi ini menimbulkan gangguan *mood* ringan dalam jangka waktu yang lama, sehingga seorang tidak dapat bekerja optimal. Gejala depresi ringan pada gangguan distimia dirasakan minimal dalam jangka waktu dua tahun.

2) *Moderate Depression*

Pada depresi sedang *mood* yang rendah berlangsung terus dan individu mengalami gejala fisik juga walaupun berbeda-beda tiap individu. Perubahan gaya hidup saja tidak cukup dan bantuan diperlukan untuk mengatasinya.

3) *Severe Depression / Major Depression*

Depresi berat adalah penyakit yang tingkat depresinya parah. Individu akan mengalami gangguan dalam kemampuan untuk bekerja, tidur, makan dan menikmati hal yang menyenangkan. Dan penting untuk mendapatkan bantuan medis secepat mungkin. Depresi ini dapat muncul sekali, dua kali atau beberapa kali selama hidupnya. *Major depression* ditandai dengan adanya lima atau lebih gejala yang ditunjukkan dalam major depressive episode dan berlangsung selama 2 minggu berturut-turut (Lubis, 2009 dalam Al-ayobi, 2015).

2.2.4 Penyebab Depresi

Penyebab depresi pada lanjut usia ada dua faktor menurut Lubis (2009) dalam Al-ayobi (2015), yaitu :

1. Faktor Fisik

1) Faktor Genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki resiko lebih besar menderita gangguan depresi dari pada masyarakat pada umumnya. Gen (Kode biologis yang diwariskan dari orang tua) berpengaruh dalam terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja.

2) Susunan kimia otak dan tubuh

Beberapa bahan kimia didalam otak dan tubuh memegang peranan besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktifitas tubuh. Tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi.

3) Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi dari pada pria. Bukan berarti wanita lebih sering terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi dari pada pria, dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita.

4) Gaya Hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit sehingga dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stres dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak berolahraga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi.

5) Penyakit Fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit, perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri (*self-esteem*), juga depresi.

6) Obat-obatan

Beberapa obat-obatan untuk pengobatan dapat menyebabkan depresi. Namun bukan berarti obat tersebut menyebabkan depresi, dan menghentikan pengobatan dapat lebih berbahaya dari pada depresi.

2. Faktor Psikologis

1) Kepribadian

Individu-individu yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir negatif, pesimis, juga tipe kepribadian *introvert*.

2) Pola Pikir

Seseorang dengan pikiran negatif dapat mengembangkan kebiasaan buruk dan perilaku merusak diri sendiri.

3) Harga Diri

Terpenuhinya keperluan penghargaan diri akan menghasilkan sikap dan rasa percaya diri, rasa takut menghadapi sakit, rasa damai, namun sebaliknya apabila keperluan diri ini tidak terpenuhi, maka akan membuat seorang individu mempunyai mental yang lemah dan berpikir negatif.

4) Stres

Kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, atau stres berat yang lain dianggap dapat menyebabkan depresi. Riset telah memperlihatkan bahwa kejadian-kejadian dalam hidup yang buruk cenderung menumpuk dalam 6 sampai 12 bulan sebelum depresi mulai terjadi.

5) Lingkungan Keluarga

Lingkungan keluarga yang dapat menyebabkan depresi antara lain: Kehilangan orang tua ketika masih anak-anak, jenis pengasuhan, dukungan yang kurang baik, penyiksaan fisik dan seksual ketika kecil.

2.2.5 Gambaran Klinis Depresi

Depresi pada lansia adalah proses patologis, bukan merupakan proses normal dalam kehidupan. Umumnya orang-orang akan menanggulangnya dengan mencari dan memenuhi rasa kebahagiaan. Bagaimanapun, lansia cenderung menyangkal bahwa dirinya mengalami depresi. Gejala umumnya banyak diantara mereka muncul dengan menunjukkan sikap rendah diri dan biasanya sulit untuk di diagnosis (Iskandar, 2012).

1. Perubahan Fisik

- 1) Nafsu makan menurun
- 2) Gangguan tidur
- 3) Kelelahan dan kurang energi
- 4) Agitasi
- 5) Nyeri, sakit kepala, otot kram dan nyeri tanpa penyebab fisik

2. Perubahan Pikiran

- 1) Merasa bingung, lambat dalam berpikir, konsentrasi menurun dan sulit mengingat informasi
- 2) Sulit membuat keputusan, selalu menghindar
- 3) Kurang percaya diri
- 4) Selalu merasa bersalah dan tidak mau dikritik
- 5) Pada kasus berat sering dijumpai halusinasi dan delusi

- 6) Adanya pikiran untuk bunuh diri
3. Perubahan Perasaan
 - 1) Penurunan ketertarikan dengan lawan jenis
 - 2) Merasa bersalah dan tak berdaya
 - 3) Tidak adanya perasaan
 - 4) Merasa sedih
 - 5) Sering menangis tanpa alasan yang jelas
 - 6) Iritabilitas, marah dan terkadang agresif
 4. Perubahan pada kebiasaan sehari-hari
 - 1) Menjauhkan diri dari lingkungan sosial dan pekerjaan
 - 2) Menghindari membuat keputusan
 - 3) Menunda pekerjaan rumah
 - 4) Penurunan aktivitas fisik dan latihan
 - 5) Penurunan perhatian terhadap diri sendiri

2.2.6 Jenis-Jenis Depresi pada Lansia

Depresi pada lansia dapat dibedakan menjadi dua kategori yaitu *depressive disorder* dan *bipolar disorder* (Luecknotte, 2006). *Depressive disorder* bisa bervariasi dari depresi mayor hingga *dysymia* yang merupakan suatu rentang kronik (2 tahun atau lebih) dari gejala depresi. Pada *bipolar disorder* gejala depresi bisa berupa gejala manik yang terlihat sebagai peningkatan mood abnormal peralihan antara periode depresi dan mania bisa terjadi secara cepat (Luecknotte, 2006 dalam Al-ayobi, 2015).

2.2.7 Skala Depresi

Skala depresi dapat bermanfaat untuk memeriksa depresi atau distress psikologis menyeluruh. Macam–macam instrumen yang sering dipakai dalam penelitian mengenai depresi salah satunya adalah *Geriatric Depression Scale* (GDS).

Geriatric Depression Scale (GDS) telah direkomendasikan agar dipergunakan dalam situasi klinis oleh *Institute of Medicine* dan masuk sebagai suatu bagian rutin dari pegkajian geriatric menyeluruh dalam kurikulum inti geriatric. Telah diperkenalkan lebih dari satu decade yang lalu, GDS ini telah meningkatkan manfaatnya dalam perawatan lanjut usia.

Skala Depresi Geriatrik adalah suatu kuesioner, terdiri dari 30 pertanyaan yang harus dijawab dengan menjawab “ ya ” atau “ tidak ” pada kuesioner tersebut.

Klasifikasi Tingkat Depresi Menurut Penilaian Instrumen Inventaris *Geriatric Depression Scale* (GDS), Menurut Azizah (2011) dalam Al-ayobi (2015) Inventaris *Geriatric Depression Scale* (GDS) penilaian instrument tersebut adalah sebagai berikut:

1) Depresi minimal atau tidak ada

Dikatakan seorang responden mengalami depresi minimal atau tidak ada depresi apabila angka hasil sebesar 0-10 angka konsisten.

2) Depresi ringan

Dikatakan seorang responden mengalami depresi ringan apabila angka hasil sebesar 11-20 angka konsisten.

3) Depresi sedang dan berat

Dikatakan seorang responden mengalami depresi sedang/ berat apabila angka hasil sebesar 21-30.

2.2.8 Penatalaksanaan Depresi pada Lanjut Usia

Menurut Efendi (2013) penatalaksanaan depresi pada lansia terdiri dari dua terapi, yaitu terapi fisik dan terapi psikologik.

1. Terapi Fisik

Terapi fisik untuk lansia yang mengalami depresi terdiri dari pemberian obat elektrokonvulsif (ECT) untuk pasien depresi yang tidak bisa makan dan minum, berniat bunuh diri atau retardasi hebat maka ECT merupakan pilihan terapi yang efektif aman. Terapi ECT diberikan sampai ada perbaikan mood (sekitar 5-10 kali). Dilanjutkan dengan antidepresi untuk mencegah kekambuhan.

2. Terapi Psikologik

Terapi psikologik terdiri dari :

1) Psikoterapi suportif

Berikan kehangatan, empati pengertian dan optimistik. Bantu pasien mengidentifikasi dan mengekspresikan hal-hal yang membuatnya prihatin dan melontarkannya. Bantulah memecahkan problem eksternal seperti pekerjaan, menyewa rumah dan hal lainnya.

2) Terapi Kognitif

Bertujuan untuk mengubah pola pikir pasien yang selalu negative (tentang masa depan, merasa tidak berguna, tidak mampu dan lain-lain) ke arah pola pikir yang netral atau positif dengan latihan-latihan, tugas dan aktivitas-aktivitas tertentu.

3) Relaksasi

Teknik yang umum digunakan adalah program relaksasi progresif baik secara langsung dengan instruktur atau melalui alat perekam. Teknik ini dapat dilakukan dalam praktek umum sehari-hari namun diperlukan kursus singkat teknik relaksasi terlebih dahulu.

4) Terapi Keluarga

Proses dinamika keluarga, ada perubahan posisi dari dominan menjadi dependen. Tujuan terapi keluarga adalah untuk meredakan perasaan frustrasi dan putus asa serta memperbaiki sikap atau struktur dalam keluarga yang menghambat proses penyembuhan pasien. Berdasarkan teori yang diungkapkan Miller (2005), bahwa peran keluarga mempengaruhi kemampuan lansia untuk mencegah terjadinya stress dalam kehidupannya juga meningkatkan kemampuan fungsional diantaranya kemampuan kognitif.

2.3 Konsep Lansia

2.3.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia menurut Undang-Undang No. 4 Tahun 1965 adalah seseorang yang mencapai 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah untuk keperluan hidupnya sehari-hari (Darmojo, 1999). Sedangkan menurut Undang-Undang No.13 Tahun 1998 adalah mereka yang telah mencapai usia 60 tahun keatas (Nugroho, 2009).

Lanjut usia atau usia tua adalah suatu periode dalam tentang hidup seseorang, yaitu suatu periode di mana seseorang "beranjak jauh" dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh bermanfaat (Hurlock, 2005).

2.3.2 Teori Penuaan

Terdapat dua jenis penuaan, antara lain penuaan primer, merupakan proses kemunduran tubuh gradual tak terhindarkan yang dimulai pada masa awal kehidupan dan terus berlangsung selama bertahun-tahun, terlepas dari apa yang orang-orang lakukan untuk menundanya. Sedangkan penuaan sekunder merupakan hasil penyakit, kesalahan dan penyalahgunaan faktor-faktor yang sebenarnya dapat dihindari dan berada dalam kontrol seseorang (Papalia, et al. 2005). Teori-teori yang menjelaskan bagaimana dan mengapa penuaan terjadi biasanya dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar, yaitu teori biologis dan teori psikososial.

1. Teori Biologis

Teori biologis mencoba untuk menjelaskan proses fisik penuaan, termasuk perubahan fungsi dan struktur pengembangan, panjang usia dan kematian. Teori biologis menurut Stanley & Beare (2007), terdiri dari:

1) Teori Genetika

Teori sebab akibat menjelaskan bahwa penuaan terutama dipengaruhi oleh pembentukan gen dan dampak lingkungan pada pembentukan kode genetik. Menurut teori genetika adalah suatu proses yang secara tidak sadar diwariskan yang berjalan dari waktu ke waktu mengubah sel atau struktur jaringan. Dengan kata lain, perubahan rentang hidup dan panjang usia ditentukan sebelumnya.

2) Teori Wear-and-Tear

Teori Wear-and-Tear (dipakai dan rusak) mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA, sehingga mendorong malfungsi organ tubuh. Pendukung teori ini percaya bahwa tubuh

akan mengalami kerusakan berdasarkan suatu jadwal. Sebagai contoh adalah radikal bebas, radikal bebas dengan cepat dihancurkan oleh sistem enzim pelindung pada kondisi normal.

3) Riwayat Lingkungan

Menurut teori ini, faktor-faktor di dalam lingkungan (misalnya karsinogen dari industri, cahaya matahari, trauma dan infeksi) dapat membawa perubahan dalam proses penuaan. Walaupun faktor-faktor diketahui dapat mempercepat penuaan, dampak dari lingkungan lebih merupakan dampak sekunder dan bukan merupakan faktor utama dalam penuaan.

4) Teori Imunitas

Teori ini menggambarkan suatu kemunduran dalam sistem imun yang berhubungan dengan penuaan. Ketika orang bertambah tua, pertahanan mereka terhadap organisme asing mengalami penurunan, sehingga mereka lebih rentan untuk menderita berbagai penyakit seperti kanker dan infeksi.

b. Teori Psikososial

Teori psikososial memusatkan perhatian pada perubahan sikap dan perilaku yang menyertai peningkatan usia, sebagai lawan dari implikasi biologi pada kerusakan anatomis. Beberapa teori tentang psikososial menurut Stanley & Beare (2007), yaitu :

1) Teori Kepribadian

Teori kepribadian menyebutkan aspek-aspek pertumbuhan psikologis tanpa menggambarkan harapan atau tugas spesifik lansia. Teori pengembangan kepribadian orang dewasa yang memandang kepribadian sebagai ekstrovert atau introvert. Penuaan yang sehat tidak bergantung pada jumlah aktifitas sosial

seseorang, tetapi pada bagaimana kepuasan orang tersebut dengan aktifitas sosial yang dilakukan.

2) Teori Tugas Perkembangan

Tugas perkembangan adalah aktifitas dan tantangan yang harus dipenuhi oleh seseorang pada kehidupan tahap-tahap spesifik dalam hidupnya untuk mencapai penuaan yang sukses. Tugas utama lansia adalah mampu memperlihatkan kehidupan seseorang sebagai kehidupan yang dijalani dengan integritas. Pada kondisi ini tidak hanya pencapaian perasaan bahwa ia telah menikmati kehidupan yang baik, maka lansia tersebut berisiko untuk disibukkan dengan rasa penyesalan atau putus asa.

3) Teori Disengagement

Teori disengagement (teori pemutusan hubungan), menggambarkan proses penarikan diri oleh lansia dari peran masyarakat dan tanggung jawabnya. Proses penarikan diri ini dapat diprediksi, sistematis, tidak dapat dihindari, dan penting untuk fungsi yang tepat dari masyarakat yang sedang tumbuh. Lansia dikatakan bahagia apabila kontak sosial berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi lebih muda.

4) Teori Aktivitas

Lawan langsung dari teori disengagement adalah teori aktifitas penuaan, yang berpendapat bahwa jalan menuju penuaan yang sukses adalah dengan cara tetap aktif. Gagasan pemenuhan kebutuhan seseorang harus seimbang dengan pentingnya perasaan dibutuhkan orang lain. Kesempatan untuk berperan dengan cara yang penuh arti bagi kehidupan seseorang yang penting bagi kehidupan dirinya adalah suatu komponen kesejahteraan yang penting bagi lansia.

5) Teori Kontinuitas

Teori kontinuitas, juga dikenal sebagai suatu teori perkembangan, merupakan suatu kelanjutan dari kedua teori sebelumnya dan mencoba untuk menjelaskan dampak kepribadian pada kebutuhan untuk tetap aktif atau memisahkan diri agar mencapai kebahagiaan dan terpenuhinya kebutuhan di usia tua.

2.3.3 Batasan - Batasan Lansia

Menurut World Health Organization (WHO), lanjut usia meliputi: usia pertengahan (45-59 tahun), lanjut usia (60-74 tahun), lanjut usia tua (75-90 tahun) dan usia sangat tua di atas 90 tahun (Hurlock, 2005). Dewasa akhir (late adulthood) atau lanjut usia, biasanya merujuk pada tahap siklus kehidupan yang dimulai pada usia 65 tahun. Ahli gerontologi membagi lanjut usia menjadi dua kelompok yaitu young-old, berusia 65-74 tahun dan old-old, berusia 75 tahun ke atas. Kadang-kadang digunakan istilah oldest old untuk merujuk pada orang-orang yang berusia 85 tahun ke atas (Sadock, 2007).

Umur yang dijadikan patokan sebagai lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Menurut WHO ada empat tahap batasan umur yaitu usia pertengahan (middle age) antara 45-59 tahun, lanjut usia (elderly) antara 60-74 tahun dan usia tua (old) antara 75-90 tahun, serta usia sangat tua (very old) di atas 90 tahun (Nugroho, 2008).

2.3.4 Perubahan-perubahan yang terjadi pada Lanjut Usia

Menurut Murwani (2011) dalam Al-ayobi (2015), perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia meliputi :

1. Perubahan Fungsi Fisik

1) Sel

Jumlah sel menurun, ukuran sel lebih besar, jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atrofi dan lekukan otot akan menjadi lebih dangkal dan melebar.

2) Perubahan Otot

Berkurangnya masa otot, perubahan degeneratif jaringan konektif, osteoporosis, kekuatan otot menurun, endurance dan koordinasi menurun, ROM terbatas, mudah jatuh/ fraktur.

3) Kulit

Proliferasi epidermal menurun, kelembaban kulit menurun, suplai darah ke kulit menurun, dermis/ kulit menipis, kelenjar keringat berkurang yang ditandai dengan: kulit kering, pigmentasi ireguler, kuku mudah patah, kulit berkerut, elastisitas berkurang, sensitivitas kulit menurun.

4) Pola Tidur

Butuh waktu lama untuk jatuh tidur, sering terbangun, mutu tidur berkurang, lebih lama berada di tempat tidur.

5) Fungsi Kognitif

Beberapa lansia menunjukkan penurunan keterampilan intelektual, tapi masih mampu mengembangkan kemampuan kognitif, penurunan kemampuan mengingat.

6) Penglihatan

Kornea kuning/ keruh, ukuran pupil mengecil, atrofi sel-sel fotoreseptor, penurunan suplai darah dan neuron ke retina, pengapuran lensa. Konsekuensinya

meningkatnya sensitivitas terhadap cahaya silau, respon lambat terhadap perubahan cahaya, lapang pandang menyempit, perubahan persepsi warna, lambat dalam memproses informasi visual.

7) Kardiovaskuler

Pengerasan pembuluh darah, hipertropi dinding ventrikel kiri, vena tebal, kurang elastis, perubahan mekanisme konduksi, peningkatan resistensi perifer, konsekuensinya tekanan darah meningkat, berkurangnya respon adaptif terhadap *exercise*, berkurangnya aliran darah ke otak, atherosclerosis dan varicosis.

8) Respirasi

Otot-otot respirator melemah, kapasitas vital berkurang, berkurangnya elastisitas paru, alveoli melebar, dinding dada mengeras, konsekuensinya: meningkatnya penggunaan otot tertentu, meningkatnya energi yang keluar untuk respirasi, menurunnya efisiensi pertukaran gas, menurunnya tekanan oksigen arterial.

9) Persarafan

Sukar bicara, gerakan otot (kagak), gangguan pengenalan seseorang, sukar tidur, daya ingat melemah, depresi, parkinson.

10) Endokrin

Produksi hampir semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktifitas tiroid menurun, aktivitas BMR (*Basal Metabolisme Rate*) menurun, produksi aldosteron menurun, produksi hormon kelamin (*estrogen, progesteron, testosteron*) menurun.

11) Pencernaan

Menghilangnya gigi, indra pengecap menurun, esofagos melebar, sensitivitas rasa lapar menurun, peristaltik melemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah.

2. Perubahan Mental

Perubahan mental pada lansia yaitu dipengaruhi Oleh :

1) Perubahan fisik

Perubahan fisik serta penurunan fungsinya pada lanjut usia dapat mengakibatkan perubahan mental pada lanjut usia tersebut, khususnya perubahan mental pada lanjut usia tersebut, khususnya perubahan pada organ perasa.

2) Kesehatan Umum

Sesuai dengan definisi menua bahwa pada lanjut usia terjadi penurunan - penurunan fungsi organ tubuh yang pada akhirnya mempengaruhi kesehatan umum lanjut usia sehingga tak jarang keadaan ini mempengaruhi mental lanjut usia.

3) Tingkat Pendidikan

Semakin tinggi latar pendidikan lanjut usia maka semakin mudah lanjut usia menghadapi stressor yang dialaminya.

4) Keturunan (Hereditas)

Seseorang yang keluarganya diketahui menderita depresi yang berat memiliki resiko lebih besar menderita gangguan depresi dari pada masyarakat pada umumnya.

5) Lingkungan

Lingkungan yang dimaksud adalah keluarga atau rekan sesama lanjut usia di panti werdha. Masalah-masalah sosial lanjut usia dengan keluarga maupun sesama rekan lanjut usia di panti werdha dapat mempengaruhi status mental pada lanjut usia.

3. Perubahan Psikososial

1) Pensiun

Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun, ia akan mengalami kehilangan - kehilangan antara lain:

1. Kehilangan *financial* (*income* berkurang)
 2. Kehilangan status
 3. Kehilangan teman/kenalan atau relasi
 4. Kehilangan pekerjaan/kegiatan
- 2) Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of moraliti*)
 - 3) Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
 - 4) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*).
 - 5) Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
 - 6) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
 - 7) Gangguan saraf panca indra, timbul kebutuhan dan ketulian.
 - 8) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
 - 9) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman

dan *family*.

- 10) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik: perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

2.4 Teori Pendekatan *Eclectic Holistic*

Dalam pendekatan pelayanan kesehatan pada kelompok lanjut usia sangat perlu ditekankan pendekatan yang mencakup fisik, psikologis, spiritual dan sosial. Hal tersebut karena pendekatan dari satu aspek saja tidak akan menunjang pelayanan kesehatan pada lanjut usia yang membutuhkan suatu pelayanan yang komprehensif. Pendekatan inilah yang dalam bidang kesehatan jiwa (*mental health*) disebut pendekatan *eclectic holistic*, yaitu suatu pendekatan yang tidak tertuju pada kondisi fisik saja, akan tetapi juga mencakup aspek *psychological*, *psikososial*, spiritual dan lingkungan yang menyertainya. Pendekatan Holistik adalah pendekatan yang menggunakan semua upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan lanjut usia, secara utuh dan menyeluruh (Hawari, 1996 dalam Samiun, 2006).

Ada beberapa upaya penanggulangan depresi dengan pendekatan *eclectic holistic*, diantaranya :

1. Pendekatan Psikodinamik

Fokus pendekatan psikodinamik adalah penanganan terhadap konflik-konflik yang berhubungan dengan kehilangan dan stress. Upaya penanganan depresi dengan mengidentifikasi kehilangan dan stress yang menyebabkan depresi, mengatasi, dan mengembangkan cara-cara menghadapi kehilangan dan stressor dengan psikoterapi yang bertujuan untuk memulihkan kepercayaan diri (*self confidence*) dan memperkuat ego. Menurut Kaplan and Sadock (2010),

pendekatan ini tidak hanya untuk menghilangkan gejala, tetapi juga untuk mendapatkan perubahan struktur dan karakter kepribadian yang bertujuan untuk perbaikan kepercayaan pribadi, keintiman, mekanisme mengatasi stressor, dan kemampuan untuk mengalami berbagai macam emosi.

Pendekatan keagamaan (spiritual) dan budaya sangat dianjurkan pada lansia. Pemikiran-pemikiran dari ajaran agama apapun mengandung tuntunan bagaimana dalam kehidupan di dunia ini manusia tidak terbebas dari rasa cemas, tegang, depresi, dan sebagainya. Demikian pula dapat ditemukan dalam doa-doa yang pada intinya memohon kepada Tuhan agar dalam kehidupan ini manusia diberi ketenangan, kesejahteraan dan keselamatan baik di dunia dan di akhirat (Hawari, 1996 dalam Samiun, 2006).

2. Pendekatan Perilaku Belajar

Penghargaan atas diri yang kurang akibat dari kurangnya hadiah dan berlebihannya hukuman atas diri dapat di atasi dengan pendekatan perilaku belajar. Caranya dengan identifikasi aspek-aspek lingkungan yang merupakan sumber hadiah dan hukuman. Kemudian diajarkan keterampilan dan strategi baru untuk mengatasi, menghindari, atau mengurangi pengalaman yang menghukum, seperti assertive training, latihan keterampilan social, latihan relaksasi, dan latihan manajemen waktu. Usaha berikutnya adalah peningkatan hadiah dalam hidup dengan *self-reinforcement*, yang diberikan segera setelah tugas dapat diselesaikan.

Menurut Samiun (2006), ada tiga hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian hadiah dan hukuman, yaitu tugas dan teknik yang diberikan terperinci dan spesifik untuk aspek hadiah dan hukuman dari kehidupan tertentu dari individu. Teknik ini dapat untuk mengubah tingkah laku supaya meningkatkan

hadiah dan mengurangi hukuman, serta individu harus diajarkan keterampilan yang diperlukan untuk meningkatkan hadiah dan mengurangi hukuman.

3. Pendekatan Kognitif

Pendekatan ini bertujuan untuk mengubah pandangan dan pola pikir tentang keberhasilan masa lalu dan sekarang dengan cara mengidentifikasi pemikiran negative yang mempengaruhi suasana hati dan tingkah laku, menguji individu untuk menentukan apakah pemikirannya benar dan menggantikan pikiran yang tidak tepat dengan yang lebih baik (Samiun, 2006). Dasar dari pendekatan ini adalah kepercayaan (*belief*) individu yang terbentuk dari rangkaian verbalisasi diri (*self-talk*) terhadap peristiwa atau pengalaman yang dialami yang menentukan emosi dan tingkah laku diri.

Menurut Kaplan and Sadock (2010), upaya pendekatan ini adalah menghilangkan episode depresi dan mencegah rekuren dengan membantu mengidentifikasi dan uji kognisi negative, mengembangkan cara berpikir alternative, fleksibel dan positif, serta melatih respon kognitif dan perilaku yang baru dan penguatan perilaku dan pemikiran yang positif.

4. Pendekatan Humanistik Eksistensial

Tugas utama pendekatan ini adalah membantu individu menyadari keberadaannya didunia ini dengan memperluas kesadaran diri, menemukan dirinya kembali dan bertanggung jawab terhadap arah hidupnya. Dalam pendekatan ini, individu yang harus berusaha membuka pintu menuju dirinya sendiri, melonggarkan belenggu deterministic yang menyebabkan terpenjara secara psikologis (Samiun, 2006). Dengan mengeksplorasi alternatif ini membuat

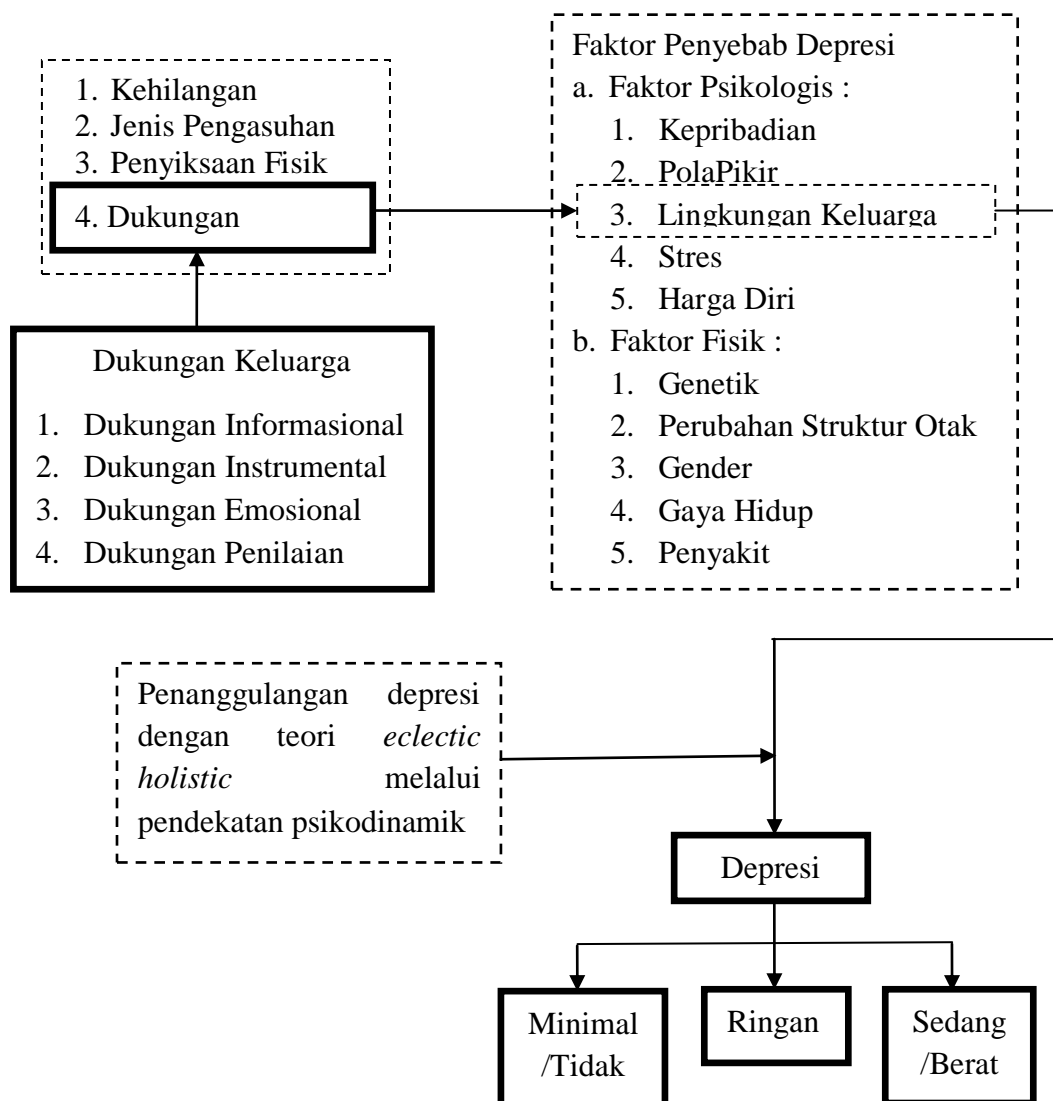
pandangan menjadi real, individu menjadi sadar siapa dia sebelumnya, sekarang dan lebih mampu menetapkan masa depan.

5. Pendekatan Farmakologis

Dari berbagai jenis upaya untuk gangguan depresi ini, maka terapi psikofarmaka (farmakoterapi) dengan obat anti depresan merupakan pilihan alternative. Hasil terapi dengan obat anti depresan adalah baik dengan dikombinasikan dengan upaya psikoterapi.

2.5 Kerangka Konsep

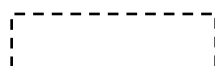
Kerangka konsep merupakan gambaran dan arahan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan diteliti, atau memiliki arti hasil sebuah sintesis dari proses berpikir deduktif maupun induktif, dengan kemampuan kreatif dan inovatif diakhiri konsep atau ide baru (Hidayat, 2010).



Keterangan :



: Yang diteliti



: Yang tidak diteliti

Gambar 2.5 : Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya

Keterangan :

Beberapa faktor penyebab terjadinya depresi diantaranya adalah lingkungan keluarga yang meliputi : kehilangan orang tua ketika masih anak-anak, jenis pengasuhan, dukungan yang kurang baik, penyiksaan fisik dan seksual ketika kecil. Dukungan yang kurang baik dari keluarga dapat menyebabkan seseorang mengalami depresi, baik itu depresi ringan maupun depresi berat. Maka dari itu sangat diperlukan upaya-upaya yang optimal untuk menanggulangi kejadian depresi tersebut.

Salah satu upaya penanggulangan depresi adalah dengan teori *eclectic holistic* melalui pendekatan yang salah satunya adalah pendekatan psikodinamik, yaitu pendekatan penanganan terhadap konflik-konflik yang berhubungan dengan kehilangan dan stres. Upaya penanganan depresi dengan mengidentifikasi kehilangan dan stress yang menyebabkan depresi, serta mengembangkan cara-cara menghadapi kehilangan dan stressor dengan psikoterapi yang bertujuan untuk memulihkan kepercayaan diri (self confidence).

2.6 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara penelitian atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Setiadi, 2008). Adapun hipotesa dalam penelitian ini yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.