

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Definisi

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti didalam Undang-Undang No 13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa (Kholifah, 2016). Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Kholifah, 2016).

Usia lanjut adalah keadaan yang ditandai dengan kegagalan dari seseorang mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologik. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual. Setiap orang yang berhubungan dengan lanjut usia adalah orang yang berusia 56 tahun ke atas, tidak mempunyai penghasilan dan tidak berdaya mencari nafkah untuk keperluan pokok bagi kehidupan sehari-hari (Muhith & Sandu Siyoto, 2016).

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut organisasi kesehatan dunia WHO Lanjut usia meliputi :

- 1) Usia Pertengahan (middle Age) = Usia 45-59 tahun
- 2) Usia Lanjut (elderly) = Usia 60-74 tahun
- 3) Usia Lanjut Tua (old) = Usia 75-90 tahun
- 4) Usia Sangat Tua (very old) = Usia Diatas 90 tahun

2.1.3 Proses Penuaan

Proses penuaan merupakan proses yang berhubungan dengan umur seseorang. Manusia mengalami perubahan sesuai dengan bertambahnya umur tersebut. Semakin bertambah umur semakin berkurang fungsi-fungsi organ tubuh. Hal ini dapat kita lihat dari perbandingan struktur dan fungsi organ antara manusia yang berumur 70 tahun dengan mereka yang berumur 30 tahun, yaitu berat otak pada lansia 56%, aliran darah ke otak 80%, cardiac output 70%, jumlah glomerulus 56%, glomerular filtration rate 69%, vital capacity 56%, asupan O₂

selama olahraga 40%, jumlah dari axon pada saraf spinal 63%, kecepatan pengantar impuls saraf 90% dan berat badan 88%. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi proses penuaan, sehingga muncullah teori-teori yang menjelaskan faktor penyebab proses penuaan. Diantara teori yang terkenal adalah Teori Telomere dan Teori Radikal Bebas, yang dikemukakan oleh J.M. McCord dan I. Fridovich dan Denham Harman (1956).

Faktor yang dapat mempengaruhi proses penuaan tersebut dapat dibagi atas dua bagian. Pertama, faktor genetik, yang melibatkan perbaikan DNA, respons terhadap stres, dan pertahanan terhadap antioksidan. Kedua faktor lingkungan, yang meliputi bahan-bahan kimia. Kedua faktor tersebut akan mempengaruhi aktivitas metabolisme sel yang akan menyebabkan terjadinya stres oksidasi sehingga terjadi kerusakan pada sel yang menyebabkan terjadinya proses penuaan (Sunaryo, 2016).

2.1.4 Teori Proses Menua

1. Teori Biologis

Teori ini berfokus pada proses fisiologi dalam kehidupan seseorang dari lahir sampai meninggal. Menurut Zairt (1980), teori biologis merupakan proses menua yang mengacu pada asumsi bahwa proses menua merupakan perubahan yang terjadi dalam struktur dan fungsi tubuh selama masa hidup. Menurut Hayflick (1977), fokus dari teori ini adalah mencari determinan-determinan yang menghambat proses penurunan fungsi organisme yang dalam konteks sistemik, dapat mempengaruhi/memberi dampak terhadap organ/sistem tubuh lainnya dan

berkembang sesuai dengan peningkatan usia kronologis. Teori Stokastik/*Stochastic Theories*.

Teori ini mengatakan bahwa penuaan merupakan suatu kejadian yang terjadi secara acak atau random dan akumulasi setiap waktu.

2. Teori Psikologi (Psychologic Theories Aging)

Teori ini dikembangkan oleh Birren and Jenner (1977), teori ini menjelaskan bagaimana seseorang merespon pada tugas perkembangannya. Teori ini terdiri dari :

- a. Teori Hierarki kebutuhan manusia menurut Maslow/Maslow's Hierarchy of Human Needs (1960). Menurut Maslow kebutuhan dasar manusia dibagi dalam lima tingkatan dari mulai yang terendah yaitu kebutuhan biologis, rasa aman, kasih sayang, harga diri, sampai pada yang paling tinggi yaitu aktualisasi diri.
- b. Teori Individualisme Jung (Jung's Theory of Individualism). Teori ini dikemukakan oleh Carl Gustaf Jung (2009). Menurut Carl Gustaf Jung, sifat dasar manusia terbagi menjadi dua, yaitu ekstrover dan introver. Individu yang memasuki masa lansia akan cenderung memiliki sifat introver.
- c. Teori Delapan Tingkat Perkembangan Erikson (Erikson's Eight Stages of Life). Menurut Erikson (1950), tugas perkembangan terakhir yang harus dicapai individu adalah *ego integrity vs disappear*. Terdapat teori lain yang dikemukakan oleh Hadi Martono(1991) yaitu Optimalisasi Selektif

dengan Kompensasi (*Selective Optimization with Compensation*). Menurut teori ini, kompensasi terhadap penurunan tubuh ada 3 elemen, yaitu : seleksi, optimalisasi, dan kompensasi. Yang dimaksud dengan seleksi adalah adanya penurunan fungsi tubuh karena proses penuaan, sedangkan yang dimaksud dengan optimalisasi adalah lansia tetap mengoptimalkan kemampuan yang masih dia punya guna meningkatkan kehidupannya. Kemudian yang dimaksud dengan kompensasi adalah aktivitas-aktivitas yang sudah tidak dapat dijalankan karena proses penuaan diganti dengan aktivitas-aktivitas yang mungkin bisa dilakukan dan bermanfaat bagi lansia.

3. Teori Kultural

Teori ini dikemukakan oleh Blakemore dan Boneham (1992). Ahli antropologi menjelaskan bahwa tempat kelahiran berpengaruh pada budaya yang dianut oleh seseorang. Menurut Blakemore dan Boneham (1992) yang melakukan penelitian pada kelompok tua di Asia dan Afro –Caribbean menjelaskan bahwa kaum tua merupakan komunitas yang minoritas yang dapat menjamin keutuhan etnik, ras, dan budaya.

Budaya adalah sikap, perasaan, nilai, dan kepercayaan yang terdapat pada suatu daerah atau yang dianut oleh sekelompok oleh kaum tua, yang merupakan kelompok minoritas yang memiliki kekuatan atau pengaruh pada nilai budaya.

4. Teori Sosial

Teori dikemukakan oleh Lemon (1972). Teori sosial meliputi Teori Aktivitas, Teori Pembebasan, dan Teori Kesenambungan. Teori Aktivitas menyatakan lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan mengikuti banyak kegiatan sosial. Sedangkan Teori Pembebasan menerangkan bahwa dengan berubahnya usia seseorang, secara berangsur-angsur orang tersebut mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Teori Kesenambungan yaitu teori yang mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia. Pokok-pokok Teori Kesenambungan adalah lansia tak disarankan pada pengalamannya di masa lalu, dipilih peran apa yang harus dipertahankan atau dihilangkan.

1. Teori Genetika

Teori Genetika dikemukakan oleh Hayflick (1965). Dalam teori ini, proses penuaan kelihatannya mempunyai komponen genetik. Hal ini dapat dilihat dari pengamatan bahwa anggota keluarga yang sama cenderung hidup pada umur yang sama dan mereka mempunyai umur yang rata-rata sama, tanpa mengikutsertakan meninggal akibat kecelakaan dan penyakit.

2. Teori Rusaknya Sistem Imun Tubuh

Teori ini dikembangkan oleh Hayflick (1965) yang menyatakan bahwa mutasi yang terjadi secara berulang mengakibatkan kemampuan sistem imun untuk mengenali dirinya berkurang (Self recognition), menurun mengakibatkan kelainan pada sel, dan dianggap sel asing sehingga dihancurkan. Perubahan inilah yang disebut terjadinya peristiwa autoimun.

3. Teori Menua Akibat Metabolisme

Teori ini dikemukakan oleh Hadi Martono (2006). Pada zaman dulu, pendapat tentang lanjut usia adalah botak, mudah bingung, pendengaran sangat menurun atau disebut “budeg”, menjadi bungkuk, dan sering dijumpai kesulitan dalam menahan buang air kecil (*beseer atau inkontinensia urin*).

4. Teori Kejiwaan Sosial

Teori ini dikembangkan oleh Boedhi-Darmojo (2010). Meliputi *Activity Theory*, *Continuity Theory*, dan *Disengagement Theory*. *Activity Theory* menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan mengikuti banyak kegiatan sosial. *Continuity Theory* menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimilikinya. Sedangkan *Disengagement Theory* menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia seseorang secara berangsur-angsur dia mulai melepaskan diri dari pergaulan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

2.1.5 PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANJUT USIA

Menurut (Kholifah, 2016) terdapat perubahan yang terjadi pada lansia, yaitu :

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2) Sistem Intergumen: Pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudorifera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

3) Sistem Muskuloskeletal Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fascia mengalami penuaan elastisitas.

4) Sistem kardiovaskuler Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat.

Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

5) Sistem respirasi Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

6) Pencernaan dan Metabolisme Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

7) Sistem perkemihan Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8) Sistem saraf Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

9) Sistem reproduksi Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

b. Perubahan Kognitif

- 1) Memory (Daya ingat, Ingatan)
- 2) IQ (Intellegent Quotient)
- 3) Kemampuan Belajar (Learning)
- 4) Kemampuan Pemahaman (Comprehension)
- 5) Pemecahan Masalah (Problem Solving)
- 6) Pengambilan Keputusan (Decision Making)
- 7) Kebijaksanaan (Wisdom)
- 8) Kinerja (Performance)
- 9) Motivasi

c. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

- 1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat pendidikan

4) Keturunan (hereditas)

5) Lingkungan

6) Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.

7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan.

8) Rangkaian dari kehilangan , yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.

9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

d. Perubahan spiritual Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

e. Perubahan Psikososial

1) Kesepian Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

2) Duka cita (Bereavement) Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

3) Depresi Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode

depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

4) Gangguan cemas Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan- gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

5) Parafrenia Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

6) Sindroma Diogenes Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

Menurut Nugroho (2000) dalam (Kholifah, 2016) Perubahan Fisik pada lansia adalah :

1. Sel Jumlahnya menjadi sedikit, ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra seluler, menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, dan hati, jumlah sel otak menurun, terganggunya mekanisme perbaikan sel.

2. Sistem Persyarafan Respon menjadi lambat dan hubungan antara persyarafan menurun, berat otak menurun 10-20%, mengecilnya syaraf panca indra sehingga mengakibatkan berkurangnya respon penglihatan dan pendengaran, mengecilnya syaraf penciuman dan perasa, lebih sensitive terhadap suhu, ketahanan tubuh terhadap dingin rendah, kurang sensitive terhadap sentuhan.

3. Sistem Penglihatan Menurun lapang pandang dan daya akomodasi mata, lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, pupil timbul sklerosis, daya membedakan warna menurun.

4. Sistem Pendengaran Hilangnya atau turunnya daya pendengaran, terutama pada bunyi suara atau nada yang tinggi, suara tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.

5. Sistem Kardiovaskuler Katup jantung menebal dan menjadi kaku karena kemampuan jantung menurun 1% setiap tahun sesudah kita berumur 20 tahun, sehingga pembuluh darah kehilangan sensitivitas dan elastisitas pembuluh darah. Berkurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, misalnya perubahan posisi dari tidur ke duduk atau duduk ke berdiri bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg dan tekanan darah meninggi, karena meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer.

6. Sistem pengaturan temperatur tubuh Pengaturan suhu hipotalamus yang dianggap bekerja sebagai suatu thermostat (menetapkan suatu suhu tertentu). Kemunduran terjadi karena beberapa faktor yang mempengaruhi yang sering

ditemukan adalah temperatur tubuh menurun, keterbatasan reflek menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi aktifitas otot rendah.

7. Sistem Respirasi Paru-paru kehilangan elastisitas, sehingga kapasitas residu meningkat, mengakibatkan menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan kedalaman nafas menurun pula. Selain itu, kemampuan batuk menurun (menurunnya aktifitas silia), O₂ arteri menurun menjadi 75 mmHg, dan CO₂ arteri tidak berganti.

8. Sistem Gastrointestinal Banyak gigi yang tanggal, sensitifitas indra pengecap menurun, pelebaran esophagus, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, waktu pengosongan menurun, peristaltik lemah, dan sering timbul konstipasi, fungsi absorpsi menurun.

9. Sistem urinaria Otot-otot pada vesika urinaria melemah dan kapasitasnya menurun sampai 200 mg, frekuensi BAK meningkat, pada wanita sering terjadi atrofi vulva, selaput lendir mengering, elastisitas jaringan menurun dan disertai penurunan frekuensi seksual intercourse berefek pada seks sekunder.

10. Sistem Endokrin Produksi hampir semua hormon menurun (ACTH, TSH, FSH, LH), penurunan sekresi hormon kelamin misalnya: estrogen, progesterone, dan testoteron.

11. Sistem Kulit Kulit menjadi keriput dan mengkerut karena kehilangan proses keratinisasi dan kehilangan jaringan lemak, berkurangnya elastisitas akibat penurunan cairan dan vaskularisasi, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kelenjar

keringat berkurang jumlah dan fungsinya, perubahan pada bentuk sel epidermis.

12. Sistem Muskuloskeletal Tulang kehilangan cairan dan rapuh, kifosis, penipisan dan pemendekan tulang, persendian membesar dan kaku, tendon mengkerut dan mengalami sclerosis, atrofi serabut otot sehingga gerakan menjadi lamban, otot mudah kram dan tremor.

2.1.6 Faktor Yang Mempengaruhi Proses Menua

Proses penuaan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor internal dan eksternal. Proses penuaan primer merupakan proses yang berlangsung secara wajar tanpa pengaruh dari luar, sedangkan jalannya proses penuaan yang berlangsung akibat stres psikis dan sosial serta kondisi lingkungan (proses penuaan sekunder).

Penuaan ini sesuai dengan kronologis usia yang dipengaruhi oleh faktor endogen. Perubahan ini dimulai dari sel jaringan organ sistem pada tubuh. Penuaan dapat terjadi secara fisiologis (physiological aging), diharapkan mereka dapat tua dalam keadaan sehat. Perubahan ini dimulai dari sel jaringan organ sistem pada tubuh.

Sedangkan faktor lain yang juga berpengaruh pada proses penuaan adalah faktor eksogen, seperti, pertama, faktor organik, genetik, dan imunitas. Faktor organik merupakan penurunan hormon pertumbuhan, penurunan hormon testosteron, peningkatan prolaktin, penurunan melatonin, perubahan follicle stimulating hormon dan luteinizing hormon. Kedua, faktor lingkungan dan gaya hidup. Yang termasuk faktor lingkungan adalah pencemaran lingkungan akibat kendaraan bermotor, pabrik, bahan kimia, bus, kondisi lingkungan yang tidak bersih, kebiasaan menggunakan obat dan jamu tanpa kontrol, radiasi sinar matahari, makanan berbahan kimia, infeksi virus, bakteri, dan stres. Ketiga, faktor status kesehatan. Menurut Wahyudi Nugroho (2008) dalam Asuhan Keperawatan

Gerontik, faktor yang mempengaruhi penuaan adalah hereditas (keturunan).
Nutrisi/makanan, status kesehatan, pengalaman hidup, lingkungan, stres.

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Pengertian Depresi

Depresi menurut World Health Organization merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan mood tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energi, dan konsentrasi yang rendah. Depresi pada lanjut usia dapat diamati dari gejala-gejala yang dimanifestasikan secara emosional, kognitif, motivasional, fisik dan vegetatif. (Listiani et al., 2017).

Menurut (Listiani et al., 2017) Depresi merupakan gangguan psikologis yang paling umum terjadi pada tahun-tahun terakhir kehidupan individu. Depresi merupakan kondisi yang mudah membuat lansia putus asa, kenyataan yang menyedihkan karena kehidupan kelihatan suram dan diliputi banyak tantangan. Selain itu menurut (Listiani et al., 2017) yang mengungkapkan bahwa permasalahan depresi yang dialami para lansia menyebabkan gangguan kemampuan lansia untuk beraktivitas sehari-hari.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Pada Lansia

1. Usia ditentukan dari lama hidup lansia yang dihitung dari tanggal lahir hingga tanggal pengambilan data. Tanggal lahir diperoleh dari wawancara langsung pada responden, atau jika responden tidak ingat dapat dilihat dari KTP. Variabel usia dikategorikan ke dalam kelompok usia 60-64 tahun, 65-69 tahun, dan ≥ 70 tahun.

2. Jenis kelamin adalah identitas seksual responden sejak lahir yang tertulis pada KTP atau didapatkan dari wawancara.
3. Tingkat pendidikan adalah jenjang pendidikan formal tertinggi yang dicapai oleh responden. Dikategorikan menjadi rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD), sedang (SMP-SMA), dan tinggi (PT).
4. Status pernikahan dikategorikan menjadi tidak menikah, duda/janda, dan menikah (masih memiliki pasangan).
5. Status pekerjaan merupakan ada atau tidaknya aktifitas rutin yang menghasilkan uang yang dilakukan oleh responden saat ini. Dikategorikan menjadi bekerja dan tidak bekerja.
6. Penghasilan keluarga perbulan adalah Tingkat penghasilan/pendapatan keluarga perbulan berdasarkan garis kemiskinan dengan pendekatan standar minimal pendapatan keluarga sesuai dengan UMK (Upah Minimum Kabupaten).
7. Riwayat keluarga depresi didefinisikan sebagai Riwayat keluarga yang memiliki hubungan darah dengan responden yang memiliki riwayat depresi. Riwayat penyakit kronis merupakan ada atau tidaknya penyakit kronis yang diderita oleh responden yang telah didiagnosis oleh dokter dan telah diderita minimal selama tiga bulan. Yang termasuk dalam riwayat penyakit ini antara lain: hipertensi, diabetes melitus, stroke, insomnia, dan penyakit kronis lainnya.. Dikategorikan menjadi 0-2 penyakit dan >2 penyakit. (Aryawangsa et al., 2017).

2.2.3 Tanda dan Gejala Depresi

Perilaku yang berhubungan dengan depresi menurut (Kelliat di kutip dalam Lilik ma'rifatul aziza, 2011) meliputi beberapa aspek seperti :

1. Afektif : kemarahan, ansietas, apatis, kekesalan, penyangkalan perasaan, kemurungan, rasa bersalah, kesepian, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan.
2. Fisiologik : nyeri abdomen, anoreksia, sakit punggung, konstipasi, pusing, kelelahan, gangguan pencernaan, insomnia, perubahan haid.
3. Kognitif : ambivalensi, kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan minat dan motivasi, menyalakan diri sendiri, mencela diri sendiri, pikiran dekstruktif tentang diri sendiri, pesimis, dan ketidakpastian.
4. Perilaku : agresif, agitasi, alkoholisme, perubahan tingkat aktivitas, kecanduan obat, intoleransi, kebersihan diri yang kurang, isolasi sosial, menangis.

2.2.4 Faktor Resiko

a. Jenis Kelamin

Depresi lebih sering terjadi pada wanita. Hal ini dikarenakan wanita lebih sering terpapar oleh stresor lingkungan dan ambangnya stresor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria.

b. Usia

Depresi lebih sering terjadi pada usia muda. Faktor sosial sering menempatkan seseorang yang berusia muda beresiko lebih tinggi.

faktor biologik seperti faktor genetik juga sering memberikan pengaruh pada seseorang yang berusia lebih muda.

c. Status perkawinan

Gangguan depresi mayor lebih sering terjadi pada individu yang berpisah bila dibandingkan dengan yang menikah atau lajang. Status perceraian menempatkan seseorang pada resiko yang lebih tinggi untuk menderita depresi. Depresi lebih sering terjadi pada orang yang tinggal sendirian.

d. Geografis

Penduduk kota lebih sering menderita depresi dibandingkan dengan penduduk desa. Depresi lebih tinggi dalam institusi perawatan bila dibandingkan dengan didalam masyarakat. Depresi dipusat kesehatan masyarakat lebih tinggi nila dibandingkan dengan populasi umum.

e. Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga yang menderita gangguan depresi lebih tinggi pada subjek penderita depresi bila dibandingkan dengan kontrol. Begitu pula pada riwayat keluarga yang pernah melakukan tindakan bunuh diri dan menggunakan alkohol sering terjadi pada penderita depresi dari pada kontrol. Dengan kata lain, risiko depresi semakin tinggi apabila terdapat riwayat keluarga yang mengalami depresi.

f. Kepribadian

Seseorang dengan kepribadian yang lebih tertutup, mudah cemas, hipersensitif, dan lebih bergantung pada orang lain rentan terhadap depresi.

g. Stresor Sosial

Stresor adalah suatu keadaan yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan. Peristiwa-peristiwa kehidupan baik yang akut maupun kronik dapat menimbulkan depresi. Persepsi seseorang terhadap suatu stresor juga ikut menentukan pengaruh stresor terhadap orang tersebut. Akumulasi peristiwa yang tidak menyenangkan juga berperan dalam terjadinya depresi, misalnya peristiwa pertngkaran dalam keluarga, memulai pekerjaan baru, perubahan lingkungan kerja, menderita penyakit serius, kematian anggota keluarga dan penyakit serius pada anggota keluarga dapat menjadi predisposisi untuk menjadi depresi.

h. Dukungan Sosial

i. Faktor-faktor dalam lingkungan sosial yang dapat memodifikasi pengaruh stresor psikososial terhadap depresi telah menjadi perhatian dalam penelitian, psikiatri. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen : jaringan sosial, interaksi, sosial, dukungan sosial yang didapat dan dukungan instrumental.

j. Tidak Bekerja

Tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor resiko terjadinya depresi. Suatu survai yang dilakukan terhadap wanita

dan pria dibawah 65 tahun yang tidak bekerja sekitar 6 bulan mengalami depresi tiga kali lebih dari pada yang bekerja (Nurmiati Amin, 2005)

2.2.5 Penyebab Depresi Pada Lanjut Usia

Depresi pada lansia merupakan permasalahan kesehatan jiwa yang serius dan kompleks, tidak dikarenakan aging process tetapi juga terdapat faktor-faktor lain yang saling berkaitan, sehingga dalam mencari penyebab depresi pada lansia harus dengan multiple approach. Menurut Samuin (2006) ada 5 pendekatan yang dapat menjelaskan tentang terjadinya depresi pada lansia yaitu :

1. Pendekatan Psikodinamik

Salah satu kebutuhan manusia adalah kebutuhan mencintai dan dicintai, rasa aman dan terlindungi, keinginan untuk dihargai, seseorang yang kehilangan akan kebutuhan afeksional dapat jatuh dalam kesedihan yang mendalam, kekecewaan yang diikuti rasa sesal, bersalah dan seterusnya, yang pada gilirannya orang akan jatuh dalam depresi.

2. Pendekatan Perilaku Belajar

Salah satu hipotesis untuk menjelaskan depresi pada lansia adalah individu yang kurang menerima hadiah ayau penghargaan atau hukuman yang lebih banyak dibandingkan dengan individu yang tidak depresi. Dampak kurangnya hadiah dan hukuman yang lebih banyak ini mengakibatkan lansia merasakan kehidupan yang kurang menyenangkan, kecenderungan memiliki self-esteem yang kurang mengembangkan self-concept yang rendah.

3. Pendekatan Kognitif

Menurut Samiun (2006), seseorang yang mengalami depresi karena memiliki kemapanan kognitif negatif untuk menginterpretasikan diri sendiri, dunia dan masa depan mereka.

4. Pendekatan Humanistik-eksistensi

Teori Humanistik dan eksistensi berpendapat bahwa depresi terjadi karena adanya ketidakcocokan antara realty self dan ideal self serta tidak dapat dijangkau sehingga menyerah dalam kesedihan dan tidak berusaha mencapai aktualisasi diri.

Menyerah merupakan faktor yang penting terjadinya depresi. Individu merasa tidak ada lagi pilihan dan berhenti hidup sebagai seseorang yang real. Pada lansia yang gagal untuk bereksistensi diri menyadari bahwa mereka tidak mau berada pada kondisinya sekarang yang mengalami perubahan dan kurang mampu menyesuaikan diri, sehingga merasa kehidupan fisik mereka segera berakhir, kegagalan berekstensi ini merupakan suatu kematian simbolis sebagai seseorang yang real.

5. Pendekatan Fisiologis

Teori fisiologis, menerangkan bahwa depresi terjadi karena aktivitas neorologis yang rendah (neurotransmeter norepinefrin dan serotonin) pada sinaps otak yang berfungsi mengatur kesenangan. Neutransmeter ini memainkan peranan yang penting dalam fungsi hpotalamus, seperti mengontrol tidur, selera makan, seks dan tingkah laku

laku motor (Sachar, 1982:simun, 2006), sehingga seringkali seseorang yang mengalami depresi disertai dengan keluhan-keluhan tersebut.

2.2.6 Mekanisme Terjadinya Depresi

Saat ini telah diketahui beberapa faktor penyebab depresi, seperti faktor genetik, biokimia, lingkungan, dan psikologis. Pada beberapa kasus, depresi murni berasal dari faktor genetik, orang yang memiliki keluarga dengan depresi lebih rentan menderita depresi. Riwayat keluarga dengan gangguan bipolar, pengguna alkohol, skizofrenia, atau gangguan mental lainnya juga meningkatkan risiko terjadinya depresi. Adanya trauma dengan kasus kematian orang yang dicintai, keadaan yang sulit, atau kondisi stres memicu terjadinya depresi, tetapi ada pula kondisi tidak jelas yang dapat memicu terjadinya depresi.

Saat ini penyebab depresi yang banyak diteliti dan dijadikan dasar pengobatan adalah abnormalitas monoamin yang merupakan neurotransmiter otak. Sekitar tiga puluh neurotransmiter telah diketahui dan tiga di antaranya mempengaruhi terjadinya depresi, yaitu serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Ketiga monoamin tersebut cepat dimetabolisme sehingga pengukuran yang dapat dilakukan pada penderita depresi dengan mengukur metabolit utama di cairan serebrospinal, yaitu *5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA)* dari serotonin, *3-methoxy-4hydroxyphenyl glycol (MHPG)* dari norepinefrin, dan *homovanillic acid (HVA)* dari dopamin.⁷ Pada penderita depresi kadar metabolit tersebut lebih rendah bermakna dibandingkan yang tidak depresi. Secara umum ketiga neurotransmiter berperan dalam mengatur emosi, reaksi terhadap stres, tidur, dan nafsu makan. Jumlah serotonin yang tinggi menyebabkan agresivitas dan

gangguan tidur, sedangkan jumlah yang rendah dapat menyebabkan iritabilitas, ansietas, letargi, dan tindakan atau pemikiran bunuh diri. Pada keadaan depresi, norepinefrin yang berperan dalam regulasi respons “fight or flight” terganggu. Fungsi dopamin untuk mengatur emosi, pergerakan motor, pembelajaran, berpikir, memori, dan perhatian. Jumlah dopamin rendah akan mempengaruhi fungsi tersebut yang dapat menyebabkan depresi.

Hipotesis terbanyak pada etiologi depresi disebabkan oleh gangguan regulasi serotonin. Pada percobaan hewan dan pemeriksaan jaringan otak setelah kematian menunjukkan bahwa pada keadaan depresi terjadi gangguan serotonergik termasuk jumlah metabolit, jumlah reseptor, dan respons neuroendokrin. Selain itu, pada lansia depresi terjadi perubahan struktur otak seperti abnormalitas jalur frontostriatal yang menyebabkan gangguan fungsi eksekutif, psikomotor, perasaan apatis; volume struktur frontostriatal yang rendah; hiperintensitas struktur subkortikal; abnormalitas makromolekular di korpus kalosum genu dan splenium, nukleus kaudatus, dan putamen; penurunan jumlah glia di korteks singulata anterior subgenual; abnormalitas neuron di korteks dorsolateral; atrofi kortikal; gangguan substansia alba; abnormalitas struktur subkortikal; peningkatan aktivitas dan perubahan volume amigdala yang berperan dalam emosi negatif dan gangguan mekanisme koping; dan penurunan volume hipokampus dan striatum ventral. Perubahan tersebut berdampak pada perubahan neurotransmitter yang menyebabkan lansia depresi (Irawan, 2013).

2.2.7 Tingkatan Depresi

Gangguan depresi pada lanjut usia ditegaskan berpedoman pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada

ICD 10 (International Classification Diagnostik 10). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang dan ringan sesuai dengan banyak dan berat, sedang dan ringan sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Maslim, 2013)

Gejala utama

- a. Perasaan depresif
- b. Hilangnya minat dan semangat
- c. Mudah lelah dan tenaga hilang

Gejala lain

- a. Konsentrasi dan perhatian menurun
- b. Harga diri dan kepercayaan diri menurun
- c. Perasaan bersalah dan tidak berguna
- d. Pesimis terhadap masa depan
- e. Gagasan membahayakan diri atau bunuh diri
- f. Gangguan diri
- g. Gangguan nafsu makan
- h. Menurunnya libido

2.2.8 Penatalaksanaan Depresi Pada Lansia

Penatalaksanaan depresi pada lansia meliputi beberapa aspek, antara lain :

1. Farmakologi

Respon terhadap obat pada usia lanjut sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain farmakokinetik dan farmakodinamik. Faktor-faktor farmakokinetik antara lain : absorpsi, distribusi, biotransformasi,

dan ereksi obat akan mempengaruhi jumlah obat yang dapat mencapai jaringan tempat kerja obat untuk bereaksi dengan reseptornya. Faktor-faktor farmakodinamik antara lain : sensitivitas reseptor, mekanisme homeostatik akan mempengaruhi antisitas efek farmakologik dari obat tersebut.

Obat-obatan yang digunakan pada penyembuhan depresi usia lanjut antara lain: Anti Depresan Trisiklik, *Irreversible Monoamin Oxidase A-B Inhibitor* (MAOIs), *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRIs), *Selective Serotonin Reuptake Enhancer* (SSRIs), Penstabil Mood (Mood Stabilizer), *Electroconvulsive Teraphy* (ECT).

2. Psikoterapi

Menurut Marasmis (2005), cara-cara psikoterapi dapat dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu psikoterapi suportif dan psikoterapi genetik dinamik.

a. Psikoterapi suportif

Tujuan psikoterapi jenis ini adalah menguatkan daya tahan mental yang ada, mengembangkan mekanisme yang baru ada dan lebih baik untuk mempertahankan control diri, dan dapat mengembalikan keseimbangan adaptif (dapat menyesuaikan diri). Cara-cara psikoterapi suportif antara lain: ventilasi atau psikokatarsis, persuasi atau bujukan, sugesti penjaminan kembali, bimbingan dan penyuluhan, terapi kerja, hipnoterapi dan narkoterapi kelompok, terapi perilaku.

b. Psikoterapi genetik-dinamik (psikoterapi wawasan)

Psikoterapi genetik-dinamik dibagi menjadi psikoterapi reedukatif dan psikoterapi rekonstruktif. Psikoterapi reedukatif adalah usaha-usaha yang dilakukan untuk mencapai pengertian tentang konflik-konflik yang letaknya lebih banyak dalam sadar, dengan usaha berencana untuk penyesuaian diri kembali, memodifikasi tujuan, dan membangkitkan serta mengungkapkan potensi reaktif yang ada. Cara psikoterapi reedukatif antara lain : terapi hubungan antara manusia, terapi sikap, terapi wawancara, analisa dan sintesa yang distributuve, konseling terapeutik, terapi kerja, reconditioning, terapi kelompok yang reedukatif, dan terapi somatic. Cara-cara psikoterapi rekonstruktif antara lain : Psikoanalisa Freud, Psikoanalisa non-Freud, Psikoanalisa non-Freudian, dan psikoterapi yang berorientasi pada psikoanalisisnya (misalnya: asosiasi bebas, analisa mimpi, hipnoanalisa, narkoterapi, terapi main, terapi seni, dan terapi kelompok analitik.

3. Manipulasi lingkungan

Lingkungan pergaulan pasien akan sangat membantu penatalaksanaan pada lansia. Dimana keluarga penderita harus bersifat sabar dan penuh perhatian. Pengobatan sosiokultural dilakukan dengan mengurangi stresor yang ada yaitu menciptakan lingkungan yang sehat serta memperbaiki sistem komunikasi lingkungan. Selain itu keadaan fisik dan keberhasilan perlu mendapat perhatian yang optimal dan seringkali diperlukan memanipulasi lingkungan untuk meringankan penderita pasien.

4. Relaksasi

Relaksasi merupakan keadaan jiwa serta pikiran yang seimbang dimana tercapainya ketenangan jiwa serta pikiran. penyembuhan dengan relaksasi termasuk salah satu upaya yang efektif bila ada gangguan fungsional pada jiwa sadar. Manfaat relaksasi menurut (Pratiwi et al., 2016) adalah dapat menghilangkan kelelahan, mengatasi kecemasan, meredakan stress, menurunkan tingkat depresi, membantu tidur nyenyak, dapat digunakan disegala tempat, tidak menimbulkan efek samping.

5. Psikoreligius

Perkembangan terapi didunia kedokteran sudah berkembang kearah pendekatan keagamaan, dari berbagai penelitian yang telah dilakukan ternyata tingkat keimanan seseorang erat hubungannya dengan kekebalan dan dayan tahan tubuh dalam mengahapi problem kehidupan yang merupakan stresor psikososial, lindentahal (1970) melakukan studi epidemiologik yang hasilnya menunjukkan bahwa penduduk yang religius dalam kehidupan sehari-harinya. Sebagaimana diketahui salah satu akibat stress adalah seseorang dapat jatuh dalam keadaan depresi dan sering kali melakukan tindakan bunuh diri (Dadang, 2013).

2.2.9 Skala Pengukuran Depresi Pada Lanjut Usia

Depresi dapat mempengaruhi dan aktivitas seseorang terhadap lingkungannya. Gejala depresi pada lansia diukur menurut tingkatan sesuai dengan gejala yang termanifestasi, jika dicurigai terjadi depresi, harus dilakukan pengkajian dengan alat pengkajian yang terstandarisasi dan dapat dipercaya serta valid dan memang dirancang untuk diujikan kepada lansia.

Salah satu yang paling mudah digunakan dan diinterpretasikan di berbagai tempat, baik oleh peneliti maupun praktik klinis adalah *Geriatric Depression Scale (GDS)*. Alat ini diperkenalkan oleh Yesavage pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada lanjut usia, dan memiliki keunggulan dan mudah digunakan dan tidak memerlukan ketrampilan khusus dari pengguna. Instrumen GDS ini memiliki tingkat sensitivitas 84% dan *specificity* 95%. Alat ini terdiri dari 30 poin pertanyaan yang dibuat sebagai alat penapisan pada lansia. GDS menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan menjawab “ya atau tidak” setiap pertanyaan, yang memerlukan waktu sekitar 5-10 menit untuk menyelesaikannya. GDS merupakan alat psikomotorik dan tidak mencakup hal-hal somatik yang tidak berhubungan dengan pengukuran mood lainnya. Skor 0-10 menunjukkan tidak ada depresi, nilai 11-20 menunjukkan depresi ringan dan skor 21-30 termasuk depresi sedang/berat yang membutuhkan rujukan guna mendapatkan evaluasi psikiatrik terhadap depresi secara lebih rinci, karena GDS hanya merupakan alat penapisan.

2.3 Konsep Teori Cognitive Behavioral Therapy

2.3.1 Definisi

CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) adalah teknik terapi yang dikembangkan dari Teori Psikologi Kognitif yang dirintis oleh Aaron T. Beck (1925-sekarang), seorang Psikiatri dari Universitas Pennsylvania, yang kemudian banyak dikembangkan oleh psikolog dan psikiater lain sedunia. Inti dari CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) pada hakikatnya adalah menghadapkan emosi-emosi negatif (kecemasan, amarah, fobia, dan lain-lain) kepada rasio (logika, akal) pasien sendiri. Pasien diminta untuk menganalisa tentang dampak negatif dan

positif perasaan tersebut, jika perasaan itu mengandung unsur negatif maka perasaan tersebut harus ditinggalkan (Swara & Dr. Neil Aldrin, 2014).

CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan bentuk terapi kolaboratif yang membutuhkan partisipasi aktif dan perolehan ketrampilan klien khususnya praktik dan penguasaan ketrampilan klien di luar sesi terapi untuk meningkatkan kemampuan klien dalam memanfaatkan cara berfikir dan berperilaku yang lebih adaptif (Johnco et al., 2014). CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) adalah terapi lini pertama yang manjur untuk pasien dengan gangguan depresi mayor (MDD). CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan pendekatan konseling yang didasarkan atas konseptualisasi atau pemahaman pada setiap konseli, yaitu pada keyakinan khusus konseli dan pola perilaku konseli. Proses konseling dengan cara memahami konseli didasarkan pada rekruturisasi kognitif yang menyimpang, keyakinan konseli untuk membawa perubahan emosi dan strategi perilaku ke arah yang lebih baik. Oleh sebab itu CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan salah satu pendekatan yang lebih integratif dalam konseling (Muqodas, 2011). CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan sebuah pendekatan yang memiliki pengaruh dari pendekatan *cognitive therapy* dan *behavior therapy*. Oleh sebab itu, Matson & Ollendick (1988: 44) mengungkapkan bahwasanya CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan perpaduan pendekatan dalam psikoterapi yaitu *cognitive therapy* dan *behavior therapy*. Sehingga langkah-langkah yang dilakukan oleh *cognitive therapy* dan *behavior therapy* ada dalam konseling yang dilakukan oleh CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*). Karakteristik CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) yang tidak hanya menekankan pada perubahan pemahaman konseli dari sisi kognitif namun

memberikan konseling pada perilaku ke arah yang lebih baik dianggap sebagai pendekatan konseling yang tepat untuk diterapkan di Indonesia (Muqodas, 2011). Terdapat banyak penelitian yang menunjukkan bahwa CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan terapi yang efektif untuk mengatasi gejala-gejala depresi. Beberapa literatur juga mengemukakan bahwa dalam mengobati gejala depresi, CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) sebanding dengan dampak terapi obat-obatan medis. Terapi ini juga telah terbukti dan dapat digunakan dalam jangka panjang (Fitriani, 2017).

2.3.2 Konsep dasar Cognitive Behavioral Therapy

Konsep dasar dari CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) yaitu meyakini pola pemikiran manusia yang terbentuk melalui suatu proses yang disebut Stimulus Kognisi Respon (SKR), yang saling berkaitan sehingga membentuk satu ikatan di dalam otak manusia, dimana proses kognitif menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak.

Selain itu dengan adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk mengolah suatu pemikiran yang rasional dan irasional, di mana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan perilaku yang menyimpang, oleh karena itu CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) diarahkan untuk memodifikasi fungsi berfikir, merasa dan bertindak dengan menekankan otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, bertindak, dengan menekankan peran otak dalam memutuskan kembali. Dengan mengubah status pikiran dan perasaannya, konseli diharapkan dapat mengubah tingkah lakunya, dari perilaku negatif menjadi positif.

Berdasarkan paparan definisi mengenai CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*), maka CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) adalah pendekatan konseling yang menitik beratkan pada restrukturisasi atau pembenahan kognitif yang menyimpang akibat kejadian yang merugikan dirinya baik secara fisik maupun psikis. CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan konseling yang dilakukan untuk meningkatkan dan merawat kesehatan mental. Konseling ini akan diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan otak sebagai penganalisa, pengambil keputusan, bertanya, bertindak, dan memutuskan kembali. Sedangkan, pendekatan pada aspek behavior diarahkan untuk membangun hubungan yang baik antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan. Tujuan dari CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) yaitu mengajak individu untuk belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat. Hingga pada akhirnya dengan CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) diharapkan dapat membantu konseli dalam menyalurkan berpikir, merasa dan bertindak (Muqodas, 2011).

2.3.3 Tujuan Terapi CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*)

Tujuan dari konseling CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) yaitu mengajak konseli untuk menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi. Konselor diharapkan mampu menolong konseli untuk mencari keyakinan yang sifatnya dogmatis dalam diri konseli dan secara kuat mencoba menguranginya. Dalam proses konseling, beberapa ahli CBT (*Cognitive*

Behavioral Therapy) berasumsi bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam konseling. Oleh sebab itu CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) dalam pelaksanaan konseling lebih menekankan kepada masa kini dari pada masa lalu, akan tetapi bukan berarti mengabaikan masa lalu. CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) tetap menghargai masa lalu sebagai bagian dari hidup konseli dan mencoba membuat konseli menerima masa lalunya, untuk tetap melakukan perubahan pada pola pikir masa kini untuk mencapai perubahan di waktu yang akan datang. Oleh sebab itu, CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) lebih banyak bekerja pada status kognitif saat ini untuk dirubah dari status kognitif negatif menjadi status kognitif positif (Muqodas, 2011).

2.3.4 Karakteristik CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*)

CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan bentuk psikoterapi yang sangat memperhatikan aspek peran dalam berpikir, merasa, dan bertindak. Ada beberapa pendekatan yang dilakukan dalam pelaksanaan psikoterapi CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) termasuk pendekatan *Rational Emotive Behavioral Therapy*, *Rational Behavior Therapy*, *Rational Living Therapy*, *Cognitive Therapy*, dan *Dialectic Behavior Therapy*. Akan tetapi CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) memiliki ciri khas tersendiri yang membuat psikoterapi CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) ini berbeda dengan psikoterapi yang lain. Berikut akan disajikan mengenai karakteristik CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) (NACBT, 2007):

- a) CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) didasarkan pada model kognitif dari respon emosional. CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) didasarkan pada fakta ilmiah yang menyebabkan munculnya perasaan dan perilaku, situasi

dan peristiwa. Keuntungan dari fakta ini adalah seseorang dapat mengubah cara berpikir, cara merasa, dan cara berperilaku dengan lebih baik walaupun situasi tidak berubah.

- b) CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) lebih cepat dan dibatasi waktu. CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan konseling yang memberikan bantuan dalam waktu yang relative lebih singkat dibandingkan dengan pendekatan lainnya. Rata-rata sesi terbanyak yang diberikan kepada konseli hanya 16 sesi. Berbeda dengan bentuk konseling lainnya, seperti 13 psikoanalisa yang membutuhkan waktu satu tahun. Sehingga CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) memungkinkan konseling yang lebih singkat dalam penanganannya.
- c) Hubungan antara konseli dengan terapis atau konselor terjalin dengan baik. Hubungan ini bertujuan agar konseling dapat berjalan dengan baik. Konselor meyakini bahwa sangat penting untuk mendapatkan kepercayaan dari konseli. Namun, hal ini tidak cukup bila tidak diiringi dengan keyakinan bahwa konseli dapat belajar mengubah cara pandang atau berpikir sehingga akhirnya konseli dapat memberikan konseling bagi dirinya sendiri.
- d) CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan konseling kolaboratif yang dilakukan terapis atau konselor dan konseli. Konselor harus mampu memahami maksud dan tujuan yang diharapkan konseli serta membantu konseli dalam mewujudkannya. Peranan konselor yaitu menjadi pendengar, pengajar, dan pemberi semangat.

- e) CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) didasarkan pada filosofi stoic (orang yang pandai menahan hawa nafsu). CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) tidak menginformasikan bagaimana seharusnya konseli merasakan sesuatu, tapi menawarkan keuntungan perasaan yang tenang walaupun dalam keadaan sulit.
- f) CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) menggunakan metode sokratik. Terapis atau konselor ingin memperoleh pemahaman yang baik terhadap hal-hal yang dipikirkan oleh konseli. Hal ini menyebabkan konselor sering mengajukan pertanyaan dan memotivasi konseli untuk bertanya dalam hati, seperti “Bagaimana saya tahu bahwa mereka sedang menertawakan saya?” “Apakah mungkin mereka menertawakan hal lain”.
- g) CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) memiliki program terstruktur dan terarah. Konselor CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) memiliki agenda khusus untuk setiap sesi atau pertemuan. CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) memfokuskan pada pemberian bantuan kepada konseli untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan 14 sebelumnya. Konselor CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) tidak hanya mengajarkan apa yang harus dilakukan oleh konseli, tetapi bagaimana cara konseli melakukannya.
- h) CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) didasarkan pada model pendidikan. CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) didasarkan atas dukungan secara ilmiah terhadap asumsi tingkah laku dan emosional yang dipelajari. Oleh sebab itu, tujuan konseling yaitu untuk membantu konseli belajar meninggalkan reaksi yang tidak dikehendaki dan untuk belajar sebuah reaksi yang baru. Penekanan bidang pendidikan dalam CBT (*Cognitive*

Behavioral Therapy) mempunyai nilai tambah yang bermanfaat untuk hasil tujuan jangka panjang.

- i) CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan teori dan teknik didasarkan atas metode induktif. Metode induktif mendorong konseli untuk memperhatikan pemikirannya sebagai sebuah jawaban sementara yang dapat dipertanyakan dan diuji kebenarannya. Jika jawaban semmentaranya salah (disebabkan oleh informasi baru), maka konseli dapat mengubah pikirannya sesuai dengan situasi yang sesungguhnya.
- j) Tugas rumah merupakan bagian terpenting dari teknik CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*), karena dengan pemberian tugas, konselor memiliki informasi yang memadai tentang perkembangan konseling yang akan dijalani konseli. Selain itu, dengan tugas rumah konseli terus melakukan proses konselingnya walaupun tanpa dibantu konselor. Penugasan rumah inilah yang membuat CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) lebih cepat dalam proses konselingnya (Muqodas, 2011).

2.3.5 Prinsip-Prinsip CBT (Cognitive Behavioral Therapy)

Meskipun dilakukan konseling harus disesuaikan dengan karakteristik permasalahan dari konseli, tentunya konselor harus memahami prinsip-prinsip yang mendasari CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*). Pemahaman terhadap prinsip-prinsip ini diharapkan dapat mempermudah konselor dalam memahami konsep, strategi dalam merencanakan proses konseling dari setiap sesi, serta penerapan teknik-teknik CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*). Berikut adalah

prinsip-prinsip dasar dari CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) berdasarkan kajian yang diungkapkan oleh Aron T Beck.

Prinsip nomor 1: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) didasarkan pada formulasi yang terus berkembang dari permasalahan konseli dan konseptualisasi kognitif konseli. Formulasi konseling terus diperbaiki seiring dengan perkembangan evaluasi dari setiap sesi konseling. Pada momen yang strategis, konselor mengkoordinasikan penemuan-penemuan konseptualisasi kognitif konseli yang menyimpang dan meluruskannya sehingga dapat membantu konseli dalam penyesuaian antara berfikir, merasa dan bertindak.

Prinsip nomor 2: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) didasarkan pada pemahaman yang sama antara konselor dan konseli terhadap permasalahan yang dihadapi konseli. Melalui situasi konseling yang penuh dengan kehangatan, empati, peduli, dan orisinalitas respon terhadap permasalahan konseli akan membuat pemahaman yang sama terhadap permasalahan yang dihadapi konseli. Kondisi tersebut akan menunjukkan sebuah keberhasilan dari konseling.

Prinsip nomor 3: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) memerlukan kolaborasi dan partisipasi aktif. Menempatkan konseli sebagai tim dalam konseling maka keputusan konseling merupakan keputusan yang disepakati dengan konseli. Konseli akan lebih aktif dalam mengikuti setiap sesi konseling, karena konseli mengetahui apa yang harus dilakukan dari setiap sesi konseling.

Prinsip nomor 4: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) berorientasi pada tujuan dan berfokus pada permasalahan. Setiap sesi konseling selalu dilakukan evaluasi untuk mengetahui tingkat pencapaian tujuan. Melalui evaluasi ini diharapkan

adanya respon konseli terhadap pikiran-pikiran yang mengganggu tujuannya, dengan kata lain tetap berfokus pada permasalahan konseli.

Prinsip nomor 5: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) berfokus pada kejadian saat ini. Konseling dimulai dari menganalisis permasalahan konseli pada saat ini dan di sini (*here and now*). Perhatian konseling beralih pada dua keadaan. Pertama, ketika konseli mengungkapkan sumber kekuatan dalam melakukan kesalahannya. Kedua, ketika konseli terjebak pada proses berfikir yang menyimpang dan keyakinan konseli dimasa lalunya yang berpotensi merubah kepercayaan dan tingkahlaku ke arah yang lebih baik.

Prinsip nomor 6: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan edukasi, bertujuan mengajarkan konseli untuk menjadi terapis bagi dirinya sendiri, dan menekankan pada pencegahan. Sesi pertama CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) mengarahkan konseli untuk mempelajari sifat dan permasalahan yang dihadapinya termasuk proses konseling cognitive-behavior serta model kognitifnya karena CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) meyakini bahwa pikiran mempengaruhi emosi dan perilaku. Konselor membantu menetapkan tujuan konseli, mengidentifikasi dan mengevaluasi proses berfikir serta keyakinan konseli. Kemudian merencanakan rancangan pelatihan untuk perubahan tingkah lakunya.

Prinsip nomor 7: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) berlangsung pada waktu yang terbatas. Pada kasus-kasus tertentu, konseling membutuhkan pertemuan antara 6 sampai 14 sesi. Agar proses konseling tidak membutuhkan waktu yang panjang, diharapkan secara kontinyu konselor dapat membantu dan melatih konseli untuk melakukan self-help.

Prinsip nomor 8: Sesi CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) yang terstruktur. Struktur ini terdiri dari tiga bagian konseling. Bagian awal, menganalisis perasaan dan emosi konseli, menganalisis kejadian yang terjadi dalam satu minggu kebelakang, kemudian menetapkan agenda untuk setiap sesi konseling. Bagian tengah, meninjau pelaksanaan tugas rumah (homework assignment), membahas permasalahan yang muncul dari setiap sesi yang telah berlangsung, serta merancang pekerjaan rumah baru yang akan dilakukan. Bagian akhir, melakukan umpan balik terhadap perkembangan dari setiap sesi konseling. Sesi konseling yang terstruktur ini membuat proses konseling lebih dipahami oleh konseli dan meningkatkan kemungkinan mereka mampu melakukan self-help di akhir sesi konseling.

Prinsip nomor 9: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) mengajarkan konseli untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menanggapi pemikiran disfungsional dan keyakinan mereka. Setiap hari konseli memiliki kesempatan dalam pikiran-pikiran otomatisnya yang akan mempengaruhi suasana hati, emosi dan 10 tingkah laku mereka. Konselor membantu konseli dalam mengidentifikasi pikirannya serta menyesuaikan dengan kondisi realita serta perspektif adaptif yang mengarahkan konseli untuk merasa lebih baik secara emosional, tingkahlaku dan mengurangi kondisi psikologis negatif. Konselor juga menciptakan pengalaman baru yang disebut dengan eksperimen perilaku. Konseli dilatih untuk menciptakan pengalaman barunya dengan cara menguji pemikiran mereka (misalnya: jika saya melihat gambar laba- laba, maka akan saya merasa sangat cemas, namun saya pasti bisa menghilangkan perasaan cemas tersebut dan dapat melaluinya dengan baik). Dengan cara ini, konselor terlibat dalam eksperimen kolaboratif. Konselor

dan konseli bersama-sama menguji pemikiran konseli untuk mengembangkan respon yang lebih bermanfaat dan akurat.

Prinsip nomor 10: CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) menggunakan berbagai teknik untuk merubah pemikiran, perasaan, dan tingkah laku. Pertanyaan-pertanyaan yang berbentuk sokratik memudahkan konselor dalam melakukan konseling cognitive-behavior. Pertanyaan dalam bentuk sokratik merupakan inti atau kunci dari proses evaluasi konseling. Dalam proses konseling, CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) tidak memperlakukan konselor menggunakan teknik-teknik dalam konseling lain seperti teknik Gestalt, Psikodinamik, Psikoanalisis, selama teknik tersebut membantu proses konseling yang lebih singkat dan memudahkan konselor dalam membantu konseli. Jenis teknik yang dipilih akan dipengaruhi oleh konseptualisasi konselor terhadap konseli, masalah yang sedang ditangani, dan tujuan konselor dalam sesi konseling tersebut (Muqodas, 2011).

2.3.6 Teknik CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*)

CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) adalah pendekatan psikoterapi yang digunakan untuk membantu individu ke arah yang positif. Berbagai variasi teknik perubahan kognisi, emosi dan tingkah laku menjadi bagian yang terpenting dalam CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*). Metode ini berkembang sesuai dengan kebutuhan pasien, yang bersifat aktif, direktif, terbatas waktu, terstruktur, dan berpusat pada pasien.

Terapis biasanya menggunakan berbagai teknik intervensi untuk mendapatkan kesepakatan perilaku sasaran dengan pasien. Teknik yang biasa digunakan yaitu :
(NACBT:2007)

- 1 Menata keyakinan irrasional
- 2 Bibliotherapy, menerima kondisi emosional internal sebagai sesuatu yang menarik daripada sesuatu yang menakutkan.
- 3 Mengulang kembali penggunaan beragam pernyataan diri dalam role play dengan terapis.
- 4 Mencoba penggunaan berbagai pernyataan diri yang berbeda dalam situasi nyata.
- 5 Mengukur perasaan, misalnya dengan mengukur perasaan cemas yang dialami pada saat ini dengan skala 0-100.

Terintegrasi dalam asuhan keperawatan, pemilihan jenis terapi dalam CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) dapat dipilih salah satu atau gabungan, dibawah ini merupakan contoh penetapan rencana intervensi CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*). Pada tahapan CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) ini menganut dari teori *stages of change model* (Stuart, 2009).

- 1 Fase Precontemplation

Hal yang perlu dipersiapkan pada tahap orientasi adalah :

- a) Tanyakan kesiapan pasien untuk berubah

Pada tahap ini biasanya pasien tidak berpikir bahwa mereka mempunyai masalah, mereka tidak seperti orang yang mencari pengobatan, menangani pasien dalam tahap ini tujuan utama intervensi

adalah mendengarkan pasien, kemudian menciptakan suasana di mana pasien mulai mempertimbangkan keuntungan berubah.

- b) Jelaskan pentingnya mengevaluasi perilaku pasien
- c) Jelaskan pentingnya eksplorasi diri, pada tahap ini jangan membicarakan aksi/perubahan yang harus dilakukan pasien.
- d) Jelaskan dan personalisasikan risiko dari kebiasaan lama pasien.
- e) Klarifikasi kembali pernyataan kesiapan pasien untuk berubah.
- f) Yang perlu diperhatikan adalah keputusan untuk berubah adalah keputusan pasien bukan keputusan perawat.

2 Fase Contemplation

- a. Validasi kesiapan pasien untuk berubah.
- b. Klarifikasi keputusan pasien
- c. Dukung evaluasi diri tentang pro dan kontra dari perubahan perilaku
- d. Identifikasi dan promosikan hasil positif dari perubahan perilaku

3 Fase Preparation

- a. Bantu pasien menemukan penyelesaian dari permasalahan
- b. Bantu pasien menemukan support social
- c. Pastikan pasien mempunyai ketrampilan dasar (skill) untuk perubahan perilaku .
- d. Dukung pasien untuk melakukan langkah kecil pertama

4 Fase Action

- a. Fokus pada restrukturisasi perilaku dan social support
- b. Yakinkan bahwa pasien bisa berubah, untuk menghadapi rintangan

- c. Lawan perasaan kehilangan akibat meninggalkan perilaku lama, dan jelaskan keuntungan jangka panjang

5 Fase Maintenance

- a. Rencanakan follow up
- b. Kuatkan kembali reward internal dan eksternal
- c. Identifikasi strategi pencegahan untuk menghindari pasien relaps
- d. Dukung perubahan perilaku dan koping pasien

6 Fase Terminasi

- a. Lepaskan pasien dari perawat secara bertahap
- b. Bantu pasien mengatasi kebutuhan ketergantungan psikologis mereka terhadap perawat
- c. Diskusikan terminasi sebelum pertemuan terakhir
- d. Simpulkan hasil yang didapat pasien (Manuntung Alfeus, 2009).

