

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan beberapa konsep yaitu konsep lanjut usia, konsep depresi serta konsep *Activity Daily Living* (ADL).

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Definisi Lanjut Usia

Usia lanjut adalah perubahan yang progresif pada organisme yang telah dicapai, kemasakan dalam ukuran, bentuk atau yang bersifat umum, intrinsik, progresif dan irreversibel (tidak dapat kembali) serta menunjukkan kemunduran sejalan dengan waktu. Teori lain juga menjelaskan bahwa menjadi tua adalah suatu interaksi yang progresif antara individu dan lingkungan (Darmantojatman, 2000).

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun keatas (UU Kesehatan No. 13 Tahun 1998). Proses penuaan ini menimbulkan beberapa masalah sehingga terjadi ketidak seimbangan kondisi fisik, mental dan sosial. Usia lanjut bermakna bahawa usianya sedang dalam melanjutkan proses menua. Kata usia lanjut memiliki kata dinamis dan tidak dibatasi oleh tolak ukur usia. Usia lanjut adalah fenomena alamiah sebagai akibat menua, oleh sebab itu fenomena ini bukanlah suatu penyakit, melainkan keadaan wajar dan bersifat universal.

2.1.2 Batasan Lansia

Batasan umur lansia masih sangat beragam. Di negara-negara maju seperti Eropa dan Amerika orang dianggap tua ketika berumur 65 tahun, selain itu ada

yang menyebutkan bahwa lansia adalah kelanjutan usia dewasa, yaitu merupakan fase ketiga dari kedewasaan yang disebut fase senium pada saat seseorang berumur 55 tahun (Nugroho, 2000).

Manusia dalam perkembangan tidak dapat menghindari dari proses menua, karena telah menjadi bagian dari perjalanan hidupnya. Dalam siklus kehidupan manusia untuk mengetahui penggolongan atau batasan lanjut usia sering dibuat klasifikasi. Beberapa contoh klasifikasi yang ditemukan oleh organisasi dunia (WHO) dan usia lanjut merupakan kelanjutan dari usia dewasa, dimana usia dewasa terbagi atas:

- 1) Fase invetus yaitu antara 25 – 40 tahun.
- 2) Fase fertilitas yaitu antara 40 – 50 tahun.
- 3) Fase prasenium yaitu antara 55 – 60 tahun.
- 4) Fase senium yaitu 65 tahun keatas.

Menurut *WHO*, lanjut usia meliputi:

- 1) Usia pertengahan (*Midle Age*) ialah kelompok usia 45 – 59 tahun.
- 2) Usia lanjut (*Elderly*) ialah kelompok usia antara 60 – 74 tahun.
- 3) Usia lanjut tua (*Old*) ialah usia antara 75 – 90 tahun.
- 4) Usia sangat tua (*Very Old*) ialah usia diatas 90 tahun.

2.1.3 Proses Menua

Secara umum proses menua didefinisikan sebagai perubahan yang terkait waktu, bersifat universal, intrinsik, progresif dan detrimental. Keadaan tersebut menyebabkan berkurangnya kemampuan beradaptasi dengan lingkungan dan untuk bertahan hidup (Soejono dkk, 2000).

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/ mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Nugroho, 2008).

Proses menjadi tua itu pasti dan akan di alami oleh setiap orang, jadi penuaan bukanlah suatu progresi yang sederhana. Penuaan dapat dilihat dari 3 prespektif, yaitu:

a. Usia biologis

Berhubungan dengan kapasitas fungsi sistem organ.

b. Usia psikologis

Berhubungan dengan perilaku adaptasi.

c. Usia sosial

Berhubungan dengan perubahan peran dan perilaku sesuai usia manusia.

Peran teori dalam memahami penuaan adalah sebagai landasan dan sudut pandang untuk melihat fakta, menjawab pertanyaan filosofi, dan dasar memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Penuaan pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti biologi, psikologi, sosial, fungsional dan spiritual.

Secara garis besar penyebab penuaan dapat dijelaskan dari beberapa teori, yaitu:

a. Teori Biologi

Teori ini berfokus pada proses fisiologi dalam kehidupan seseorang dari lahir sampai meninggal. Perubahan dalam tubuh dapat secara independen atau dapat dipengaruhi oleh faktor luar yang bersifat patologis.

b. Teori Psikologis

Teori ini akan menjelaskan bagaimana seseorang berespon pada tugas perkembangannya. Pada dasarnya perkembangan seseorang akan terus berjalan meskipun orang tersebut telah menua.

c. Teori Kultural

Ahli antropologi menjelaskan bahwa tempat kelahiran seseorang berpengaruh pada budaya yang dianut oleh seseorang. Hal ini juga dipercaya bahwa kaum tua tidak dapat mengabaikan sosial budaya mereka. Jika hal ini benar maka status tua dalam perbedaan sosial dapat dijelaskan oleh sejarah kepercayaan dan tradisi.

Penelitian yang dilakukan pada kelompok lansia di Asia dan Afro-Caribbean menjelaskan bahwa lansia merupakan komunitas yang minoritas yang dapat menjamin keutuhan etnik, ras dan budaya (Hardywinoto, 2002).

Budaya adalah *attitude*, perasaan, nilai dan kepercayaan yang terdapat pada suatu daerah atau yang dianut oleh suatu kelompok orang kaum tua, yang merupakan kelompok minoritas yang memiliki kekuatan dan pengaruh pada nilai budaya. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa budaya yang dimiliki orang sejak lahir akan tetap dipertahankan sampai tua. Bahkan mempengaruhi orang-orang disekitarnya untuk mengikuti budaya tersebut sehingga tercipta kelestarian budaya (Hardywinoto, 2002)

d. Teori Spiritual

Pada dasarnya jika seseorang menjadi tua akan menjadi:

- 1) Menjauhkan diri dari hawa nafsu duniawi.

- 2) Melaksanakan amanah agama yang dianut, dengan berdoa demi ketentraman hidup pribadi dan orang lain.
- 3) Menuju penyempurnaan diri dan mengarah pada pencerahan atau pemenuhan diri untuk dapat mengarah pada kemanunggalan dengan Ilahi.

Melalui pengalaman hidup, setiap orang akan berupaya menjadi lebih arif dan akan mengembangkan dirinya ke lebih berarti melalui prestasi yang diraihinya dikala muda, seseorang akan berupaya meraih nilai-nilai luhur di hari tua khususnya keserasian hidup dengan lingkungannya.

Kegiatan-kegiatan yang bisa dilakukan oleh lanjut usia sebagai upaya dalam meniti dan meningkatkan taraf kehidupan spiritual yang baik antara lain:

- 1) Mendalami kitab suci sesuai dengan agama masing-masing supaya kekurangan dan kesalahan sudah dapat diperbaiki.
- 2) Melakukan latihan meditasi.
- 3) Berdoa untuk menjalin hubungan yang lebih dalam dengan Tuhan YME, dengan berani dan terbuka mengakui kesalahan dan melakukan pertaubatan.
- 4) Kontemplasi, pelibatan diri dalam kondisi dan situasi yang sesuai dengan kitab suci dan diaplikasikan dalam kehidupan masa kini.

Kegiatan-kegiatan tersebut diatas menyiapkan usia lanjut untuk kembali secara sempurna dan utuh kepangkuan Ilahi.

e. Teori Sosial

Teori ini terdiri dari:

1) Interaksi sosial

Kemampuan lansia untuk menjalin interaksi sosial merupakan kunci-kunci untuk mempertahankan status sosial. Pada lansia, kekuasaan yang dimilikinya berkurang sehingga menyebabkan interaksi sosial mereka juga berkurang dan yang tersisa hanyalah harga diri dan kemampuan untuk mengikuti perintah.

2) Penarikan Diri

Kemiskinan menurunkan derajat kesehatan sehingga membuat lansia menarik diri dari pergaulan yang menyebabkan interaksi sosial menurun dan masyarakat menyiapkan kondisi agar para lansia menarik diri. Misal pada batas usia pensiun sehingga lansia mengalami kehilangan ganda seperti peran, hambatan kontak sosial berkurang. Lansia dikatakan berhasil bila dapat menarik diri dari kegiatan terdahulu dan memusatkan diri pada persoalan pribadi dan mempersiapkan menghadapi kematian.

f. Teori Aktivitas

Lansia dikatakan sukses bila dapat merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitas dan mempertahankannya selama mungkin, karena penurunan fungsi, aktivitas manusia dapat menurun sehingga dikembangkan aktivitas dan peran baru bagi lansia.

g. Teori Kesenambungan

Yaitu kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia, sehingga pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya

kelak pada saat ia menjadi lansia. Peran apa yang harus dipertahankan atau dihilangkan didasarkan pada pengalaman masa lalu.

h. Teori Stratifikasi Usia

Model stratifikasi disusun berdasarkan usia kronologis yang menggambarkan adanya perbedaan kapasitas, peran, kewajiban, serta hak lansia berdasarkan usia. Terdapat 2 elemen struktur yaitu peran dan harapan, penilaian serta proses menyesuaikan kedudukan dengan peran yang berisi arti usia dan posisi kelompok usia bagi masyarakat.

2.1.4 Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia

2.1.4.1 Perubahan Fisik

a. Sel

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

b. Sistem Persarafan

Penurunan hubungan persarafan, berat otak menurun, mengecilnya saraf panca indera, penglihatan berkurang, pendengaran menghilang, saraf penciuman dan perasa mengecil, lebih sensitif terhadap perubahan suhu, kurang sensitif terhadap sentuhan dan defisit memori.

c. Sistem Pendengaran

Presbiakusis (gangguan pada pendengaran), *membran tympani* menjadi *atrofi* menyebabkan *otosklerosis*, penggumpalan dan pengerasan serumen karena meningkatnya *keratin*.

d. Sistem Penglihatan

Sfingter pupil timbul *sklerosis* dan respon terhadap sinar menghilang, kornea lebih berbentuk *sferis* (bola), hilangnya daya akomodasi, lensa menjadi suram (kekeruhan lensa) dan menjadi *katarak*, lapang pandang menurun, daya membedakan warna menurun, daya membedakan warna menurun.

e. Sistem *Kardiovaskuler*

Katup jantung menebal dan menjadi kaku, elastisitas dinding *aorta* menurun, kemampuan jantung untuk memompa darah menurun, curah jantung menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meninggi akibat retensi pembuluh darah perifer meningkat.

f. Sistem Pengaturan Suhu Tubuh

Suhu tubuh menurun (hipotensi) akibat metabolisme yang menurun, keterbatasan reflek menggigil dan tidak dapat memproduksi panas.

g. Sistem Pernafasan

Otot pernafasan mengalami kelemahan akibat *atrofi*, aktivitas *silia* menurun, paru kehilangan elastisitas, alveoli melebar, berkurangnya elastisitas *bronkus*, refleks dan kemampuan untuk batuk berkurang, oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg.

h. Sistem Pencernaan

Menghilangnya gigi, indera pengecap menurun, esofagus melebar, sensitivitas rasa lapar menurun, asam lambung menurun, waktu pengosongan lambung menurun, peristaltik melemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah.

i. Sistem Reproduksi

Sistem reproduksi pada wanita, vagina mengalami kontraktur dan mengecil, *ovarium* menciut dan uterus mengalami *atrofi*, *atrofi* payudara, *atrofi vulva*, selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus dan sekresi berkurang.

Sistem reproduksi pada pria, testis masih dapat memproduksi *spermatozoa* meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur, dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun.

j. Sistem *Genitourinaria*

Ginjal menjadi *atrofi*, aliran darah ke ginjal menurun 50%, pada *vesika urinaria* kapasitasnya menurun, meningkatnya retensi urine, pembesaran prostat, *atrofi vulva*, vagina : *sexual intercourse* cenderung menurun.

k. Sistem *Endokrin*

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

l. Sistem *Integumen*

Kulit mengkerut atau keriput, permukaan kulit cenderung kusam, kasar dan bersisik, menurunnya cairan dan vaskularisasi, jumlah dan fungsi kelenjar keringat berkurang.

m. Sistem Muskuloskeletal

Tulang kehilangan densitas (cairan) dan tulang makin rapuh, kekuatan dan stabilitas tulang menurun, pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas,

gangguan gaya berjalan, kifosis, tendon berkerut dan mengalami sklerosis, persendian menjadi kaku (Nugroho, 2008).

2.1.4.2 Perubahan Mental

Dipengaruhi oleh :

a. Perubahan fisik

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

b. 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.

c. Tingkat pendidikan

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

d. Keturunan (hereditas)

Menurut McKenzie (1999) yang dikutip oleh Lubis (2009). Seseorang yang keluarganya diketahui menderita depresi yang berat memiliki resiko lebih besar menderita gangguan depresi daripada masyarakat pada umumnya.

e. 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.

2.1.4.3 Perubahan Psikososial

a. 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 finansial
- 2) Kehilangan status
- 3) Kehilangan teman atau relasi
- 4) Kehilangan pekerjaan atau kegiatan

b. Merasakan atau sadar akan kematian

c. Perubahan dalam cara hidup

d. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan

e. Penyakit kronis dan ketidakmampuan

f. Gangguan saraf dan panca indera, timbul ketulian dan kebutaan

g. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan

h. Rangkaian dan kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili

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

2.1.5 Pendekatan Perawatan Lanjut Usia

Menurut Wahyudi Nugroho, pendekatan perawatan pada lanjut usia meliputi 4 (empat) aspek, yaitu:

2.1.5.1 Pendekatan fisik

Perawatan fisik secara umum bagi klien lanjut usia dapat dibagi atas dua bagian:

- a. Klien lanjut usia yang masih aktif, yang keadaan fisiknya masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga untuk kebutuhannya sehari-hari masih mampu melakukan sendiri.
- b. Klien lanjut usia yang pasif atau tidak dapat bangun, yang keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit.

2.1.5.2 Pendekatan psikis

Perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lanjut usia, perawat berperan sebagai supporter, interpreter terhadap segala sesuatu yang asing, sebagai penampung rahasia yang pribadi dan sebagai sahabat yang akrab.

2.1.5.3 Pendekatan spiritual

Perawat harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin kepada klien lanjut usia dalam hubungannya dengan Tuhan atau agama yang dianutnya. Pada umumnya saat kematian akan datang, agama/ kepercayaan seseorang merupakan faktor yang penting sekali. Pada waktu inilah kehadiran seorang imam sangat diperlukan untuk melapangkan dada klien lanjut usia (Nugroho, 2008).

2.1.6 Masalah-masalah Depresi yang Sering Muncul pada Lanjut Usia

Masalah-masalah depresi yang muncul pada lansia dapat meliputi: gangguan alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan pada diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan/kecenderungan untuk

menangis, mudah tersinggung, menarik diri dari kehidupan sosial, ketidakmampuan membuat keputusan, gambaran tubuh, fungsi dalam pekerjaan, gangguan tidur, kelelahan, gangguan selera makan, kehilangan berat badan, pelepasan jabatan sehubungan dengan pekerjaan dan hilangnya libido (Gallo, 1998).

2.1.7 Tindakan Keperawatan

2.1.7.1 Tumbuhkan dan bina rasa saling percaya dengan lanjut usia.

2.1.7.2 Ajarkan pada lanjut usia ketrampilan untuk bersikap positif melalui bermain peran, contoh peran, diskusi dan lain sebagainya.

2.1.7.3 Ciptakan batasan terhadap pengungkapan negatif (misalnya, menyangkut frekuensi, isi pembicaraan dan pendengaran).

2.1.7.4 Berikan penghargaan atau pujian terhadap perkembangan keadaan lanjut usia dalam pencapaian tujuan.

2.1.7.5 Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang dapat meningkatkan harga diri.

2.1.7.6 Bantu lanjut usia untuk membedakan antara persepsi dan kenyataan.

2.1.7.7 Dukung lanjut usia untuk mengubah lingkungan, seperti pergi jalan-jalan, menonton film dan lain-lain (Carpenito, 2001).

2.2 Konsep Depresi

Dalam konsep depresi ini akan dipaparkan tentang konsep depresi meliputi definisi depresi, gejala depresi, penyebab depresi serta aspek lain yang berhubungan dengan depresi.

2.2.1 Definisi Depresi

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 konsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri (Lubis, 2009).

Orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan meliputi keadaan emosi, motivasi, fungsional dan gerak tingkah laku serta kognisi (Lubis, 2009).

2.2.2 Gejala Depresi

Menurut Beck (1967) yang dikutip oleh Lubis (2009) membuat kategori gejala depresi menjadi: gejala emosional, kognitif, motivasional dan fisik. Secara rinci kategori gejala depresi menurut Beck akan dipaparkan dibawah ini:

2.2.2.1 Gejala Emosional

Adalah perubahan perasaan atau tingkah laku yang merupakan akibat langsung dari keadaan emosi. Dalam penelitiannya, Beck menyebutkan sebagai manifestasi emosional yang meliputi penurunan *mood*, pandangan negatif terhadap diri sendiri, tidak lagi merasakan kepuasan, menangis, hilangnya respon yang menggembirakan.

2.2.2.2 Gejala Kognitif

Menurut Beck (1976) yang dikutip oleh Lubis (2009) menyebut manifestasi kognitifnya antara lain, yakni penilaian diri sendiri yang rendah, harapan-harapan yang negatif, menyalahkan serta mengkritik diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan, distorsi *body image*. Penilaian diri sendiri yang rendah terhadap kemampuan intelegensi, penampilan, kesehatan, daya tarik, popularitas, atau penghasilannya. Harapan-harapan negatif termasuk di dalamnya mengharapkan hal-hal yang terburuk dan menolak kemungkinan adanya perbaikan dan perubahan menuju hal yang lebih baik.

2.2.2.3 Gejala Motivasional

Dorongan-dorongan dan impuls-impuls yang menonjol dalam depresi mengalami regresi, terutama aktivitas-aktivitas yang menuntut tanggung jawab atau inisiatif serta energi yang cukup besar. Gejala motivasional pertama adalah hilangnya motivasi (*paralysis of will*) dijumpai 65 sampai 86% dari penderita depresi. Gejala motivasional kedua yakni keinginan untuk menyimpang dari pola hidup sehari-hari, keinginan menghindar dari tugas sehari-hari. Gejala motivasional ketiga adalah keinginan bunuh diri. Meskipun keinginan tersebut juga dijumpai pada individu nondepresi, namun frekuensinya lebih sering dijumpai pada penderita depresi. Beck mencatat angka 74% keinginan bunuh diri pada penderita depresi dan 12% bagi nondepresi (Lubis, 2009). Gejala motivasional keempat ialah peningkatan depresi. Menurut Beck (1976) yang dikutip oleh Lubis (2009) mendefinisikan dependensi sebagai keinginan untuk memperoleh pertolongan, petunjuk, pengarahan daripada melakukan proses aktual tersebut pada orang lain.

2.2.2.4 Gejala Fisik

Menurut Beck (1976) yang dikutip oleh Lubis (2009) di antara gejala fisik tersebut adalah kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, mudah lelah dan kehilangan libido. Mengenai gangguan tidur, para ahli telah memperoleh bukti-bukti kuat berdasarkan observasi langsung dan rekaman-rekaman *Electroencephalography* (EEG) sepanjang malam, bahwa penderita depresi kurang tidur dan ditemukan gerakan-gerakan yang berlebihan. Hilangnya libido berkorelasi tinggi dengan hilangnya nafsu makan, serta kehilangan minat dengan orang lain. Berkaitan dengan hilangnya nafsu makan, kondisi ini bagi banyak

klien merupakan tanda awal depresi. Mudah lelah ditemui pada 79% penderita depresi dan 33% pada nondepresi. Beberapa klien mengalami gejala mudah lelah ini sebagai gejala fisik sepenuhnya: anggota badan (kaki dan tangan) terasa berat. Klien lain mengeluh merasa terlalu lemah untuk bergerak, tidak bergairah (Lubis, 2009).

2.2.3 Klasifikasi Depresi

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

2.2.3.1 *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 seseorang tidak dapat bekerja optimal. Gejala depresi ringan pada gangguan distimia dirasakan minimal dalam jangka waktu dua tahun.

2.2.3.2 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.

2.2.3.3 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 atau dua kali atau beberapa kali selama hidup.

Major depression ditandai dengan adanya lima atau lebih gejala yang ditunjukkan dalam *major depressive episode* dan berlangsung selama 2 minggu berturut-turut (Lubis, 2009).

2.2.4 Penyebab Depresi

Penyebab depresi pada usia lanjut ada dua faktor, yaitu:

2.2.4.1 Faktor Fisik

a. Faktor Genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki resiko lebih besar menderita gangguan depresi daripada 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 seorang peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja. Dan tidak ada bukti langsung bahwa ada penyakit depresi yang

disebabkan oleh faktor keturunan, menurut McKenzie (1999) yang dikutip oleh Lubis (2009).

b. Susunan Kimia Otak dan Tubuh

Beberapa bahan kimia di dalam otak dan tubuh memegang peranan besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan zat kimia tersebut. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi (Lubis, 2009).

c. Faktor Usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa anak-anak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga pernikahan (Lubis, 2009).

d. Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi daripada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita (Lubis, 2009).

e. 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 olah raga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi (Lubis, 2009).

f. Penyakit Fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit. Perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri (*self-esteem*), juga depresi (Lubis, 2009).

g. Obat-obatan

Beberapa obat-obatan untuk pengobatan dapat menyebabkan depresi. Namun bukan berarti obat tersebut menyebabkan depresi dan menghentikan pengobatan dapat lebih berbahaya daripada depresi (Lubis, 2009).

h. Obat-obatan Terlarang

Obat-obatan terlarang telah terbukti dapat menyebabkan depresi karena mempengaruhi kimia otak dan menimbulkan ketergantungan (Lubis, 2009).

i. Kurangnya Cahaya Matahari

Kebanyakan dari kita merasa lebih baik di bawah sinar matahari daripada hari mendung, tetapi hal ini sangat berpengaruh pada beberapa individu. Mereka baik-baik saja ketika musim panas tetapi menjadi depresi ketika musim dingin. Mereka disebut menderita Seasonal Affective Disorder (SAD) (Lubis, 2009).

2.2.4.2 Faktor Psikologis

a. Kepribadian

Individu-individu yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, juga tipe kepribadian *introvert* (Lubis, 2009).

b. Pola Pikir

Menurut Mc William dan Bloomfield (2008) yang dikutip oleh Lubis (2009) mengatakan bahwa seseorang dengan pikiran negatif dapat mengembangkan kebiasaan buruk dan perilaku merusak diri sendiri.

c. Harga Diri

Terpenuhinya keperluan penghargaan diri akan menghasilkan sikap dan rasa percaya diri, rasa kuat menghadapi sakit, rasa damai, namun sebaliknya apabila ada keperluan penghargaan diri ini tidak terpenuhi, maka akan membuat seorang individu mempunyai mental yang lemah dan berpikir negatif (Lubis, 2009).

d. Stress

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 (Lubis, 2009).

e. Lingkungan Keluarga

Lingkungan keluarga yang dapat menyebabkan depresi antara lain: kehilangan orang tua ketika masih anak-anak, jenis pengasuhan, penyiksaan fisik dan seksual ketika kecil (Lubis, 2009).

f. Penyakit Jangka Panjang

Tingkat depresi tinggi ditemukan pada orang yang terbaring di ranjang atau harus menggunakan kursi roda, yang bergantung pada suster dalam semua hal. Penelitian Starkstein (1990), menemukan bahwa ada hubungan yang erat antara tingkat ketidakmampuan pada penderita parkinson dengan

tingkat depresi. Hal ini didukung dengan penelitian Von Korff (1992) yang dikutip oleh Lubis (2009), menunjukkan bahwa pasien medis yang mengalami ketidakmampuan fisik memerlukan perawatan berisiko terkena depresi berat.

Tabel 2.1 : Tabel untuk gejala depresi

Gambaran emosi :

- Mood* depresi, sedih atau murung
- Iritabilitas, ansietas
- Kehilangan minat
- Ikatan emosi berkurang
- Menarik diri dari hubungan interpersonal
- Preokupasi dengan kematian

Gambaran kognitif :

- Mengkritik diri sendiri, perasaan tidak berharga dan merasa bersalah
- Pesimis, tidak ada harapan, putus asa
- Perhatian mudah teralih, konsentrasi buruk
- Tidak pasti dan ragu-ragu
- Berbagai obsesi
- Keluhan somatik (terutama pada orang tua)
- Gangguan memori
- Waham dan halusinasi

Gambaran vegetatif

- Lesu, tidak ada tenaga
- Insomnia atau hipersomnia
- Anoreksia atau hipereksia
- Penurunan berat badan atau peningkatan berat badan
- Retardasi psikomotor
- Agitasi psikomotor
- Libido terganggu

Tanda-tanda depresi :

- Berhenti dan lambat bergerak
- Wajah sedih dan selalu berlinang air mata
- Kulit dan mulut kering
- konstipasi

(David A. Tomb, 2003)

2.2.5 Skala Depresi

Skala depresi dapat bermanfaat untuk memeriksa depresi atau distress psikologi menyeluruh. Macam-macam instrumen yang sering dipakai dalam penelitian mengenai depresi adalah sebagai berikut:

2.2.5.1 Skala Depresi Geriatrik

Skala Depresi Geriatrik (SDG) telah direkomendasikan agar dipergunakan dalam situasi klinik oleh *Institute of Medicine* dan masuk sebagai suatu bagian rutin dari pengkajian geriatrik menyeluruh dalam kurikulum inti geriatrik. SDG ini telah meningkatkan manfaatnya dalam perawatan lanjut usia.

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

2.2.5.5 Skala Depresi Rentang-Mandiri Zung

Skala Depresi Rentang-Mandiri dari Zung terdiri dari 10 pertanyaan “positif” dan 10 pertanyaan “negatif”. Pertanyaan-pertanyaan tersebut ditanggapi dengan jawaban “sedikit waktu,” “beberapa waktu,” “cukup banyak waktu,” atau “sebagian besar waktu.” Respon yang dihasilkan diberi angka 1 – 4 dan dalam susunan tertentu sehingga jumlah angka lebih banyak lagi akan mengidentifikasi adanya depresi. Angka tersebut mungkin akan diekspresikan sebagai persentase dari 80, yang merupakan angka tertinggi pencapaian.

2.2.5.3 Kuesioner Kesehatan Umum

Kuesioner Kesehatan Umum (KKU) adalah instrumen penggunaan mandiri, yang terdiri dari 60 bahan untuk mendeteksi ada-tidaknya distress psikiatri. Suatu versi skala telah dipisahkan; terdiri dari 28 bahan pegujian untuk kategori-kategori umum (masing-masing sebanyak 7 pernyataan): gejala-gejala somatik, ansietas, insomnia, disfungsi sosial dan depresi. KKU merupakan suatu yang tidak biasa, karena benar-benar dibentuk untuk spesifitas penggunaan dalam latar belakang perawatan primer.

2.2.5.4 Inventaris Depresi Beck

Inventaris Depresi Beck (IDB) memberikan pertanyaan yang berkenaan dengan 21 karakteristik depresi, meliputi: gangguan alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan pada diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan/kecenderungan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri dari kehidupan sosial, ketidakmampuan membuat keputusan, gambaran tubuh, fungsi dalam pekerjaan, gangguan tidur, kelelahan, gangguan selera makan, kehilangan berat badan, pelepasan jabatan sehubungan dengan pekerjaan dan hilangnya libido. Instrumen ini diberikan oleh seorang pewawancara, meskipun bentuk instrumen ini telah diadaptasikan menjadi instrumen mandiri. Bahan-bahan yang terkandung diseleksi atas dasar kerja klinis ekstensif terhadap orang-orang depresi. Bahan-bahan individual tersebut diberi angka dari 0, 1, 2 sampai 3.

Beck menjelaskan depresi memiliki beberapa aspek emosional, kognitif, motivasional, dan fisik.

Aspek yang dimanifestasikan secara emosional, yaitu :

- 1). Perasaan kesal atau patah hati (*dejected mood*), perasaan ini menggambarkan keadaan sedih, bosan dan kesepian yang dialami individu. Keadaan ini bervariasi dari kesedihan sesaat hingga kesedihan yang terus - menerus.
- 2). Perasaan negatif terhadap diri sendiri, perasaan ini mungkin berhubungan dengan perasaan sedih yang dijelaskan di atas, hanya bedanya perasaan ini khusus ditujukan kepada diri sendiri.
- 3). Hilangnya rasa puas ialah kehilangan kepuasan atas apa yang dilakukan. Perasaan ini dapat terjadi pada setiap kegiatan yang dilakukan termasuk hubungan psikososial, seperti aktivitas yang menuntut adanya suatu tanggung jawab.
- 4). Hilangnya keterlibatan emosional dalam melakukan pekerjaan atau hubungan dengan orang lain, keadaan ini biasanya disertai dengan hilangnya kepuasan diatas. Hal ini dimanifestasikan dalam aktivitas tertentu, kurangnya perhatian atau rasa keterlibatan emosi terhadap orang lain.
- 5). Kecenderungan untuk menangis diluar kemauan, gejala ini banyak dialami oleh penderita depresi, khususnya wanita. Bahkan mereka yang tidak pernah menangis selama bertahun-tahun dapat bercucuran air mata atau merasa ingin menangis tetapi tidak dapat menangis.
- 6). Hilangnya respon terhadap humor, dalam hal ini penderita tidak kehilangan kemampuan untuk mempersepsi lelucon, namun kesulitannya terletak pada kemampuan penderita untuk merespon humor tersebut dengan cara yang wajar. Penderita tidak terhibur, tertawa atau puas apabila mendengar humor.

Aspek depresi yang dimanifestasikan secara kognitif, yaitu :

- 1). Rendahnya evaluasi diri, hal ini tampak dari bagaimana penderita memandang dirinya. Biasanya mereka menganggap rendah ciri - ciri yang sebenarnya penting, seperti kemampuan prestasi, intelegensi, kesehatan, kekuatan, daya tarik, popularitas, dan sumber keuangannya.
- 2). Citra tubuh yang terdistorsi, hal ini lebih sering terjadi pada wanita. Mereka merasa dirinya jelek dan tidak menarik.
- 3). Harapan yang negatif, penderita mengharapkan hal - hal yang terburuk dan menolak usaha terapi yang dilakukan.
- 4). Menyalahkan dan mengkritik diri sendiri, hal ini muncul dalam bentuk anggapan penderita bahwa dirinya sebagai penyebab segala kesalahan dan cenderung mengkritik dirinya untuk segala kekurangannya.
- 5). Keragu-raguan dalam mengambil keputusan, ini merupakan karakteristik depresi yang biasanya menjengkelkan orang lain ataupun diri penderita. Penderita sulit untuk mengambil keputusan, memilih alternatif yang ada, dan mengubah keputusan.

Aspek yang dimanifestasikan secara motivasional, meliputi pengalaman yang disadari penderita, yaitu tentang usaha, dorongan, dan keinginan. Ciri utamanya adalah sifat regresif motivasi penderita, penderita tampaknya menarik diri dari aktifitas yang menuntut adanya suatu tanggung jawab, inisiatif bertindak atau adanya energi yang kuat.

Aspek depresi yang muncul sebagai gangguan fisik meliputi kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, kehilangan libido, dan kelelahan yang sangat.

2.2.5.5 Pusat untuk Studi Epidemiologis Skala Depresi

Pusat untuk Studi Epidemiologis Skala Depresi (PSE-D) dibuat oleh *Center for Epidemiologic Studies at the National Institute of Mental Health* untuk digunakan dalam penyelidikan depresi pada sampel-sampel komunitas yang terkait. Instrumen ini terdiri dari 20 pokok. Responden diminta untuk melaporkan lamanya waktu saat mereka mengalami gejala-gejala selama minggu terakhir (Gallo, 1998).

Dalam penelitian ini, penelitian menggunakan skala depresi Inventaris Depresi Beck (IDB) untuk mengklasifikasikan tingkat depresi pada lanjut usia.

2.2.6 Klasifikasi Tingkat Depresi Menurut Penilaian Inventaris Depresi Beck

Menurut Inventaris Depresi Beck yang dikutip oleh Gallo (1998) penilaian instrumen tersebut adalah sebagai berikut:

2.2.6.1 Depresi minimal atau tidak ada

Dikatakan seorang responden mengalami depresi minimal atau tidak ada depresi apabila angka hasil sebesar 0 sampai 4 angka konsisten.

2.2.6.2 Depresi ringan

Dikatakan seorang responden mengalami depresi ringan apabila angka hasil sebesar 5 sampai 7 angka konsisten.

2.2.6.3 Depresi sedang

Dikatakan seorang responden mengalami depresi sedang apabila angka hasil sebesar 8 sampai 15 angka konsisten.

2.2.6.4 Depresi berat

Dikatakan seorang responden mengalami depresi minimal atau tidak ada depresi apabila angka hasil sebesar 16 atau lebih.

2.2.7 Cara Penanggulangan Depresi pada Lanjut Usia

Depresi dapat menjadi penyakit yang sangat mengganggu kehidupan sehari-hari. Pada kasus depresi berat diperlukan terapi dan pengobatan yang efektif untuk mengurangi depresi, namun pada kasus depresi ringan dan depresi sedang dapat melakukan terapi terhadap diri sendiri untuk mengurangi gejala-gejala depresi.

2.2.7.1 Obat Antidepresan

Ada beberapa obat antidepresan yaitu:

- a. *Lithium*. Lithium adalah obat yang digunakan untuk mengobati gangguan bipolar.
- b. MAOIs (*Monoamine Oxidase Inhibitors*). Obat ini menghalangi aktivitas *monoamine oxidase*, enzim yang menghancurkan *monoamine neurotransmitter norepinephrine, serotonin* dan *dopamine*.
- c. Tricyclics. Obat ini meningkatkan aktivitas *monoamine neurotransmitter norepinephrine* dan *serotonin* dengan menghambat *reuptake* ke dalam neuron.
- d. SSRIs. Obat ini hanya menghambat *reuptake* serotonin namun tidak menghalangi *neurotransmitter* lain, menurut Bress (2008) yang dikutip oleh Lubis (2009).

2.2.7.2 CBT (*Cognitive Behavior Therapy*)

Pendekatan CBT memusatkan perhatian pada proses berpikir klien yang berhubungan dengan kesulitan emosional dan psikologi klien. Pendekatan ini akan

berupaya membantu klien mengubah pikiran-pikiran atau pernyataan diri negatif dan keyakinan-keyakinan pasien yang tidak rasional. CBT adalah terapi yang dikembangkan oleh Beck tahun 1976 dan paling sesuai untuk gangguan harga diri dan depresi (Lubis, 2009)

2.2.7.3 Terapi Interpersonal

Terapi interpersonal adalah bantuan psikoterapi jangka pendek yang berfokus kepada hubungan antara orang-orang dengan perkembangan *symptom* penyakit kejiwaan. Terapi interpersonal dikembangkan untuk mengobati depresi. Terapi interpersonal dikembangkan oleh psikiater Gerald Klerman M.D. dari Harvard dan psikolog Mayma Weissman, Ph.D (Lubis, 2009).

2.2.7.4 Konseling Kelompok dan Dukungan Sosial

Konseling secara kelompok adalah pelaksanaan wawancara konseling yang dilakukan antara seorang konselor profesional dengan beberapa pasien sekaligus dalam kelompok kecil, menurut Winkel (1999) yang dikutip oleh Lubis (2009).

2.2.7.5 Berolahraga

Keadaan *mood* yang negatif seperti depresi, kecemasan dan kebingungan disebabkan oleh pikiran dan perasaan yang negatif pula. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menghasilkan pikiran dan perasaan positif yang dapat menghalangi munculnya *mood* negatif adalah dengan berolahraga (Lubis, 2009).

2.2.7.6 Diet (Mengatur Pola Makan)

Gejala depresi dapat diperparah oleh ketidakseimbangan nutrisi dalam tubuh. Ketidakseimbangan nutrisi yang dapat menyebabkan depresi semakin parah yaitu:

- a. Konsumsi kafein secara berkala.
- b. Konsumsi sukrosa (glukosa).
- c. Kekurangan biotin, asam folat dan vitamin B, vitamin C, kalsium, tembaga, magnesium, atau potasium.
- d. Kelebihan magnesium atau vanadium.
- e. Ketidakseimbangan asam amino.
- f. Alergi makanan (Lubis, 2009).

2.2.7.7 Terapi Humor

Profesional medis sejak lama mengakui bahwa pasien yang mempertahankan sikap mental yang positif dan berbagi tawa merespon lebih baik terhadap pengobatan. Respons fisiologis dari tertawa termasuk meningkatnya pernafasan, sirkulasi, sekresi hormon, enzim pencernaan dan peningkatan tekanan darah (Lubis, 2009).

2.2.7.8 Berdoa

Berdoa merupakan salah satu cara untuk mengatasi depresi. Mengambil waktu untuk berdoa memberi kesempatan kepada kita menghentikan kegiatan kita di jalan arus kehidupan kita. Kita mendapat waktu untuk beristirahat, mengalihkan perhatian dan mengambil kesibukan mental yang lain. Apapun pengertian kita tentang berdoa, tujuan dan caranya, doa dapat mendatangkan ketenangan lahir dan batin, serta melepaskan kita dari ketergantungan fisik dan mental kita (Lubis, 2009).

2.3 Konsep *Activity of Daily Living* (ADL)

2.3.1 Pengertian *Activity of Daily Living* (ADL)

Yang dimaksud dengan ADL adalah kegiatan melakukan pekerjaan ruti sehari-hari (Hardywinito dkk, 2005).

Untuk mengukur ADL digunakan Barthel Index dengan kriteria:

Tabel 2.2 : Tabel untuk mengukur ADL pada lansia

| | | | |
|---|--|---|---|
| 1 | Makan | 0 | Tidak dapat makan sendiri |
| | | 1 | Perlu bantuan untuk memotong makanan |
| | | 2 | Mandiri |
| 2 | Mandi | 0 | Tergantung orang lain |
| | | 1 | Mandiri / mandi dengan shower |
| 3 | Merawat diri (mencuci muka, menyisir, gosok gigi) | 0 | Perlu bantuan |
| | | 1 | Mandiri |
| 4 | Penggunaan toilet (keluar masuk toilet, menyiram, menyeka, melepas / memakai celana) | 0 | Tergantung orang lain |
| | | 1 | Perlu bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri |
| | | 2 | Mandiri |
| 5 | Status buang air besar | 0 | Inkontinensia (perlu enema) |
| | | 1 | Kadang-kadang (sekali seminggu) |
| | | 2 | Terkontrol penuh |
| 6 | Status buang air kecil | 0 | Tidak bisa mengontrol (perlu di kateter dan tidak dapat mengatur BAK) |
| | | 1 | Kadang-kadang (sekali / 24 jam) |
| | | 2 | Terkontrol penuh |
| 7 | Berpakaian | 0 | Tergantung orang lain |
| | | 1 | Sebagian dibantu |
| | | 2 | Mandiri |

| | | | |
|----|-------------------------|---|-----------------------------------|
| 8 | Mobilisasi | 0 | Tidak mampu bergerak |
| | | 1 | Mandiri dengan kursi roa |
| | | 2 | Berjalan dengan bantuan |
| | | 3 | Mandiri |
| 9 | Berpindah (tidur-duduk) | 0 | Tidak mampu berpindah |
| | | 1 | Perlu bantuan /di bantu dua orang |
| | | 2 | Dapat duduk dengan seikit bantuan |
| | | 3 | Mandiri |
| 10 | Naik turun tangga | 0 | Tidak mampu |
| | | 1 | Perlu bantuan |
| | | 2 | Mandiri |
| | Barthel Score | | |

(Saryono, 2009)

Tingkat kemandirian:

- Mandiri : 20
- Ketergantungan sebagian : 5 – 19
- Ketergantunga total : 0 – 4

2.3.2 Instrumen *Activity of Daily Living* (ADL)

Yang dimaksud ADL adalah kemampuan lansia dalam menggunakan peralatan unuk melaksanakan kegiatan sehari-hari. Dalam mengukur ADL digunakan pengkajian kemampuan penggunaan alat untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari:

- 1) Kemampuan untuk menggunakan telepon.
- 2) Kemampuan untuk berbelanja.
- 3) Kemampuan untuk menyiapkan makanan.
- 4) Kemampuan untuk merawat rumah.

- 5) Kemampuan untuk mencuci pakaian.
- 6) Jenis transportasi yang digunakan.
- 7) Kemampuan dan tanggung jawab pengobatan diri sendiri.
- 8) Kemampuan untuk mengatur keuangan (Gallo, 1998).

2.3.3 Kesehatan Mental

Komponen-komponen pada aspek kesehatan mental adalah :

- 1) Penampakan secara umum, misal ekspresi wajah.
- 2) Perilaku, mood atau sikap.
- 3) Proses bicara, berfikir, perhatian serta konsentrasi dan ingatan (Gallo, 1998).

2.3.4 Kesehatan Sosial

Pada kesehatan sosial terdiri atas komponen-komponen :

- 1) Status perkawinan, rasa kebersamaan, relationship.
- 2) Status sosio ekonomi, rekreasi dan penghargaan diri.

2.3.5 Faktor Mempengaruhi Penurunan ADL

Menurut Hadiwynoto faktor yang mempengaruhi penurunan ADL adalah:

- a. Kondisi fisik misalnya penyakit menahun, gangguan mata dan telinga
- b. Kapasitas mental
- c. Status mental seperti kesedihan dan depresi
- d. Penerimaan terhadap fungsinya anggota tubuh
- e. Dukungan anggota keluarga

2.3.6 Aktivitas Kehidupan Sehari-hari

Berdasarkan indeks Katz tentang aktifitas kehidupan sehari-hari (Gallo, 2005) meliputi :

1) Makan / minum

Dalam pemenuhan lanjut usia akan makan dan minum ada beberapa hal yang harus diperhatikan :

(1) Tujuan pemberian makan :

- a. Menyediakan makanan dengan gizi yang cukup
- b. Memperbaiki defisiensi yang ada
- c. Menyediakan makanan yang konsistensinya sesuai dengan keadaan gigi
- d. Menyajikan makanan yang tidak menggunakan bahan-bahan keras, mudah lengket dan sulit dikunyah
- e. Memberi makanan berserat dan cukup cairan
- f. Membrikan suasana yang nyaman

(2) Syarat makanan

- a. Makanan mudah dikunyah, mudah dicerna tetapi tidak merangsang pencernaan
- b. Bahan makanan yang menimbulkan gas dihindari seperti: kol, sawi, nangka dan durian
- c. Disajikan dalam porsi kecil, menarik dan sering diberikan
- d. Pemakaian gula sederhana dikurangi karena toleransi glukosa yang menurun dan adanya resistensi insulin

(3) Bentuk makanan

a. Makanan biasa

Makanan biasa diberikan kepada lansia yang tidak memerlukan makanan khusus berhubungan dengan penyakitnya. Susunan makanan sama dengan orang sehat, hanya tidak diperbolehkan makanan yang merangsang atau dapat menimbulkan gangguan pencernaan.

b. Makanan lunak

Makanan lunak diberikan kepada lansia yang berpenyakit infeksi dengan kenaikan suhu badan tidak terlalu tinggi atau sesuai dengan keadaan penyakit.

c. Makanan cincang

Bentuk makanan cincang konsistensinya hampir sama dengan makanan lunak, akan tetapi lauk pauk lebih halus dari bentuk makanan lunak.

d. Makanan saring

Makanan saring diberikan kepada lansia yang infeksi akut termasuk saluran pencernaan dan yang mengalami kesukaran menelan.

e. Makanan cair

Makanan cair diberikan kepada lansia sebelum dan sesudah operasi tertentu dalam keadaan mual dan muntah, dengan kesadaran menurun, serta suhu badan sangat tinggi.

(4) Unsur Gizi

Unsur gizi yang dianjurkan terdiri dari sumber tenaga (karbohidrat), sumber pembangun (protein), lemak, vitamin, mineral, serat dan air.

2) Mandi/ Berpakaian

Mandi dan berpakaian adalah bagian dari perawatan diri, kebutuhannya harus terpenuhi, untuk itu harus di perhatikan hal-hal sebagai berikut:

(1) Manfaat mandi

- a. Membersihkan kotoran pada kulit
- b. Mencegah masuknya kuman
- c. Melindungi jaringan dibawah kulit
- d. Mempertahankan kesegaran kulit
- e. Mengatur suhu tubuh

(2) Tujuan mandi

- a. Memberikan rasa nyaman
- b. Memperlancar aliran darah
- c. Meningkatkan kepercayaan/penampilan diri
- d. Meningkatkan kebersihan dan kesehatan

(3) Cara memandikan

- a. Perlengkapan mandi
 - (a) Sabun mandi
 - (b) Handuk
 - (c) Waslap
 - (d) Baskom
 - (e) Sisir
 - (f) Air bersih
 - (g) Pakaian bersih

- b. Pelaksanaan mandi dua kali sehari secara teratur meliputi:
 - (a) Siram air ke bawah secara merata
 - (b) Gosokkan sabun ke badan
 - (c) Siram kembali sambil dipijat
 - (d) Keringkan badan dengan handuk
 - (e) Jika lansia dimandikan ditempat tidur urutannya sebagai berikut:
membersihkan muka, membersihkan tangan, kemudian dada dan perut, kaki dan daerah genital (Gallo, 1998).

3) Toileting/Continentia

Orang lanjut usia yang tidak mampu bergerak atau menjalani tirah baring umumnya akan membutuhkan alat bantu seperti:

(1) Urinal

Alat ini terutama digunakan oleh laki-laki, tetapi ada pula jenis urinal tertentu yang digunakan oleh wanita. Pada lansia yang tidak mampu/tirah baring perlu dibantu untuk duduk dulu ditepi tempat tidur kemudian menggunakan urinal.

Pada lansia umumnya pemenuhan kebutuhan akan buang air kecil dan buang air besar akan mengalami gangguan dan permasalahan, adapun permasalahan yang sering di jumpai pada lansia tersebut terdiri dari:

a. Diare

Diare berarti keluarnya tinja lebih dari 500 ml/hari, kejadian ini disebabkan oleh kemampuan penyerapan usus besar yang tidak mencukupi dibandingkan dengan cairan yang datang dari usus halus. Apabila ada anggapan defisiensi laktase sebaiknya tidak

mengonsumsi laktase yang banyak, laktase terdapat dalam susu *full cream*, tetapi dapat juga di ganti dengan susu skim dan putih telur serta lauk pauk hewani lainnya sebagai sumber protein.

b. Konstipasi

Konstipasi pada lansia disebabkan oleh beberapa faktor antara lain: kurangnya kegiatan fisik, penggunaan pencahar berlebihan, diet yang yang tidak dapat membentuk masa feses (diet rendah serat) dan faktor psikologis. Konstipasi dapat dicegah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat serta minum cukup.

c. Inkontinensia uri

Pada lansia yang inkontinensia uri umumnya ditangani dengan pendekatan tanpa obat, dengan cara:

- (a) Latihan otot dasar panggul secara rutin dan teratur setiap hari
- (b) Mengatur jadwal berkemih
- (c) Cukup minum (1,5 – 2 liter/hari)
- (d) Hindari minuman yang merangsang rasa miksi, seperti: kopi
- (e) Makanan harus berserat tinggi
- (f) Konsultasikan kepada dokter tentang pemberian obat (Gallo, 1998).

4) Berpindah

Berbagai kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan pada saat berpindah adalah:

- (1) Gangguan sendi dan tulang seperti adanya reumatik, pengapuran tulang dan patah tulang

- (2) Penyakit syaraf, seperti adanya stroke, penyakit parkinson dan gangguan syaraf tepi
- (3) Penyakit jantung atau pernafasan, akan menimbulkan kelelahan atau sesak nafas ketika lansia beraktivitas
- (4) Gangguan penglihatan, rasa percaya diri untuk bergerak akan terganggu oleh adanya gangguan penglihatan sehingga lansia cenderung khawatir terpeleset dan terbentur
- (5) Masa penyembuhan, lansia yang masih lemah atau sehabis sakit sangat memerlukan bantuan untuk melakukan aktivitas geraknya.

Akibat adanya keterbatasan dalam berpindah atau imobilisasi yang berkepanjangan akan menimbulkan berbagai masalah sebagai berikut:

a. Infeksi saluran kemih

Berbaring atau duduk terlalu lama dapat menghambat pengosongan kandung kemih. Sisa air seni dapat tertahan didalam kandung kemih sehingga menimbulkan infeksi.

b. Konstipasi

Mengonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran dan buah serta minum cukup yang membantu mencegah atau mengurangi kemungkinan timbulnya konstipasi akibat imobilisasi.

c. Infeksi paru

Berbaring lama dapat menyebabkan hambatan pengeluaran dahak pada bagian bawah paru. Merubah posisi dan tepuk-tepuk daerah dada dan punggung secara teratur sehingga mudah mengeluarkan dahak.

d. Dekubitus

Dekubitus adalah kerusakan jaringan kulit akibat tekanan yang berkepanjangan pada daerah kulit. Pencegahan dekubitus dengan cara mobilisasi pasif dengan sim kanan dan sim kiri bergantian 1-2 jam secara teratur (Gallo, 1998).

2.3.7 **Komponen *Activity of Daily Living* (ADL)**

Menurut Virginia Handerson komponen-komponen *Activity of Daily Living* (ADL) terdiri dari 13 komponen keperawatan dasar, adalah:

- 1) Bernafas secara normal
- 2) Minum dan makanan sesuai dengan kebutuhan
- 3) Eliminasi normal
- 4) Bergerak dan memelihara postur tubuh dengan baik
- 5) Tidur dan istirahat
- 6) Membuka dan mengenakan pakaian
- 7) Mempertahankan suhu tubuh normal dengan berpakaian dan modifikasi lingkungan
- 8) Memelihara kebersihan tubuh dan berdandan
- 9) Komunikasi
- 10) Beribadah/sembahyang
- 11) Bekerja
- 12) Bermain atau rekreasi
- 13) Belajar/memuaskan keinginan (Potter dkk, 2005).

2.3.8 Tujuan *Activity of Daily Living* (ADL)

Menurut Virginia Handerson:

- 1) Individu mampu memelihara, mempertahankan dan memulihkan kembali kesehatannya secara optimal tanpa bantuan atau menerima bantuan dari orang lain apabila diperlukan.
- 2) Memberikan kesempatan kepada individu untuk berperan serta dalam kegiatan pencegahan terhadap gangguan kesehatan dirinya secara mandiri.
- 3) Memberikan kenyamanan dalam hal meningkatkan penyembuhan dengan mandiri.
- 4) Memberikan pengobatan untuk mengatasi penyakit atau gejala-gejala yang penting untuk penyembuhan dan peningkatan kemandirian klien (Potter dkk, 2005).