

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Lansia**

##### **2.1.1 Definisi Lansia**

Lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi 4 bagian pertama fase iufentus, antara 25-40 tahun, kedua tahun dan keempat fase senium, antara 65 hingga tutup usia (Lilik Ma'rifatul A, 2011). Depresi adalah prasaan sedih, ketidak berdayaan, dan pesimis, yang berhubungan dengan penderitaan. Dapat berupa serangan yang di tunjukan kepada diri sendiri atau prasaan marah yang mendalam (Nugroho, 2014)

Menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang hanya di mulai dari satu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis, maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan- gerakan lambat, dan postur tubuh yang tidak proforsional (Nugroho, 2014).

### 2.1.2 Batasan Lanjut usia

Batasan umur pada usia lanjut dari waktu ke waktu berbeda. Menurut World Health Organisation (WHO) lansia meliputi :

- a. Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun
- b. Lanjut usia (*elderly*) antara usia 60 sampai 74 tahun
- c. Lanjut usia tua (*old*) antara usia 75 sampai 90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) diatas usia 90 tahun

Berbeda dengan WHO, menurut Departemen Kesehatan RI (2006) pengelompokan lansia menjadi :

- a. Virilitas (*praseonium*) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun)
- b. Usia lanjut dini (*senescen*) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun)
- c. Lansia berisiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif (usia >65 tahun)

### 2.1.3 Karakteristik Lansia

Menurut Keliat dalam Maryam (2008), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No.13 tentang kesehatan)
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

#### 2.1.4 Permasalahan Pada Lanjut Usia

Berbagai permasalahan yang berkaitan dengan pencapaian kesejahteraan lanjut usia antara lain (Setiabudi,2000):

1. Permasalahan Umum :

- 1) Makin besarnya jumlah lansia yang berada di bawah garis kemiskinan.
- 2) Makin melemahnya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan, dihargai dan dihormati.
- 3) Lahirnya kelompok masyarakat industri.
- 4) Masih rendahnya kuantitas dan kualitas tenaga profesional pelayanan lanjut usia.
- 5) Belum membudaya dan melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan lansia.

2. Permasalahan khusus :

- 1) Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental maupun sosial.
- 2) Berkurangnya integrasi sosial lanjut usia.
- 3) Rendahnya produktivitas kerja lansia.
- 4) Banyaknya lansia yang miskin, telantar dan cacat.
- 5) Berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistik.
- 6) Adanya dampak negatif dari proses pembangunan yang dapat mengganggu kesehatan fisik lansia.

### 2.1.5 Teori Proses Menua

Teori-teori tentang penuaan sudah banyak yang dikemukakan, namun tidak semuanya bisa diterima. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok, yaitu yang termasuk kelompok teori biologis dan teori psikososial (Padilla,2013).

#### 1. Teori biologis

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut :

##### 1) Teori jam genetic

Adalah proses menua yang dipengaruhi oleh faktor-faktor keturunan dari dalam. Umur seseorang seolah olah distel seperti jam.

##### 2) Teori cross linkage ( rantai silang )

Teori ini menjelaskan bahwa sel sel yang tua atau usang, reaksi kimianya dapat menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen, ikatan ini menyebabkan elastisitas berkurang dan menurunnya fungsi.

##### 3) Teori radikal bebas

Radikal bebas merusak membrane sel yang menyebabkan kerusakan dan kemunduran secara fisik.

##### 4) Teori genetic

Menurut teori ini, menua telah terprogram secara genetik untuk spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang deprogram oleh molekul molekul/ DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

### 5) Teori immunologi

Teori ini menjelaskan bahwa sistem imun menjadi kurang efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

### 6) Teori stress-adaptasi

Menua terjadi akibat hilangnya sel sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel sel tubuh lelah terpakai.

### 7) Teori wear and tear (pemakaian dan rusak)

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel sel tubuh lelah (terpakai).

## 2. Teori psikososial

Teori yang merupakan teori psikososial adalah sebagai berikut :

### 1) Teori integritas ego

Teori perkembangan ini mengidentifikasi tugas tugas yang harus dicapai dalam tiap tahap perkembangan. Tugas perkembangan terakhir merefleksikan kehidupan seseorang dan pencapaiannya. Hasil akhir dari penyelesaian konflik antara integritas ego dan keputusannya adalah kebebasan.

### 2) Teori stabilitas personal

Kepribadian seseorang itu terbentuk pada masa kanak kanak dan tetap bertahan secara stabil. Perubahan yang radikal pada usia tua bisa jadi mengindikasikan penyakit otak.

### 2.1.6 Perubahan Fisik Dan Fungsi Akibat Proses Menua

#### 1. Sel

- 1) Jumlah sel menurun, lebih sedikit
- 2) Ukuran sel lebih besar
- 3) Jumlah cairan tubuh dan cairan intraselular berkurang
- 4) Proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati menurun
- 5) Jumlah sel otak menurun
- 6) Mekanisme perbaikan otak terganggu
- 7) Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%
- 8) Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar

#### 2. Sistem persarafan

- 1) Menurun hubungan persarafan
- 2) Berat otak menurun 10-20% ( sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya)
- 3) Respon dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress
- 4) Saraf panca-indra mengecil
- 5) Penglihatan berkurang, pendengaran menghilang, saraf penciuman dan perasa mengecil, lebih sensitive terhadap perubahan suhu dan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
- 6) Kurang sensitif terhadap sentuhan
- 7) Defisit memori

### 3. Sistem pendengaran

- 1) Gangguan pendengaran. Hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 65 tahun.
- 2) Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.
- 3) Terjadi pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkat keratin.
- 4) Fungsi pendengaran semakin menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan / stress.
- 5) Tinitus (bising yang bersifat mendung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus-menerus atau intermiten).
- 6) Vertigo (perasaan tidak stabil yang terasa seperti bergoyang atau berputar).

### 4. Sistem penglihatan

- 1) Fingter pupil timbul sklerosis dan respon terhadap sinar menghilang.
- 2) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
- 3) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
- 4) Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam gelap.
- 5) Penurunan/ hilangnya daya akomodasi, dengan manifestasi presbiopia, seseorang sulit melihat dekat yang dipengaruhi berkurangnya elastisitas lensa.

- 6) Lapang pandang menurun: luas pandangan berkurang.
- 7) Daya membedakan warna menurun, terutama pada warna biru dan hijau pada skala.

## 5. Sistem kardiovaskuler

- 1) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- 2) Elastisitas dinding aorta menurun.
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun. Hal ini menyebabkan kontraksi dan volume menurun (frekuensi denyut jantung maksimal =  $200 - \text{umur}$ ).
- 4) Curah jantung menurun (isi semenit jantung menurun).
- 5) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi berkurang, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmhg (mengakibatkan pusing mendadak).
- 6) Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan.
- 7) Tekanan darah meninggi akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat. Sistole normal  $\pm 170$  mmhg,  $\pm 95$  mmhg.

## 6. Sistem pengaturan temperatur tubuh

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu termostat, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu. Kemunduran terjadi berbagai faktor yang mempengaruhinya. Yang sering ditemui antara lain:

- 1) Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis  $\pm 35^\circ\text{C}$  ini akibat metabolisme yang menurun.

- 2) Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedinginan dan dapat pula menggigil, pucat dan gelisah.
- 3) Keterbatasan reflex menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

## 7. Sistem respirasi

- 1) Otot pernafasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku.
- 2) Aktivitas silia menurun.
- 3) Paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dengan kedalaman bernafas menurun.
- 4) Ukuran alveoli melebar (membesar secara progresif) dan jumlah berkurang.
- 5) Berkurangnya elastisitas bronkus.
- 6) Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmhg.
- 7) Karbon dioksida pada arteri tidak berganti. Pertukaran gas terganggu.
- 8) Refleks dan kemampuan untuk batuk berkurang.
- 9) Sensitivitas terhadap hipoksia dan hiperkarbia menurun.
- 10) Sering terjadi emfisema senilis.
- 11) Kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan menurun seiring bertambahnya usia

## 8. Sistem gastrointestinal

- 1) Kehilangan gigi, penyebab utama periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk.
- 2) Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis, atrofi indra pengecap ( $\pm 80\%$ ), hilangnya sensitivitas saraf pengecap lidah, terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas saraf pengecap terhadap rasa asin, asam dan pahit.
- 3) Esophagus melebar.
- 4) Rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung menurun, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun.
- 5) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- 6) Fungsi absorpsi melemah (daya absorbs menurun, terutama karbohidrat).
- 7) Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

## 9. Sistem reproduksi

### Wanita:

- 1) Vagina mengalami kontraktur dan mengecil.
- 2) Ovari menciut, uterus mengalami atrofi.
- 3) Atrofi payudara.
- 4) Atrovi vulva.
- 5) Selaput lender vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.

**Pria:**

- 6) Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.
- 7) Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun, asal kondisi kesehatannya baik, yaitu: Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia. Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual. Tidak perlu cemas karena proses alamiah. Sebanyak  $\pm 75\%$  pria usia diatas 65 tahun mengalami pembesaran prostat.

**10. Sistem urogenitalia**

## 1) Ginjal

Merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus). Mengecilnya nefron akibat atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% sehingga fungsi tubulus berkurang. Akibatnya, kemampuan mengosentrai urine menurun, berat jenis urine menurun, proteinuria (biasanya +1), BUN (blood urea nitrogen) meningkatnya sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.

Keseimbangan elektrolit dan asam lebih mudah terganggu bila dibandingkan dengan usia muda. Renal plasma flow (RPF) dan glomerular filtration rate (GFR) atau klirens kreatinin menurun secara linier sejak usia 30 tahun (Cox Jr. dkk, 1985). Jumlah darah yang difiltrasi oleh ginjal berkurang.

## 2) Vesika urinaria

Otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun, sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat. Pada pria lanjut usia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan retensi urine meningkat.

## 3) Pembesaran prostat

Kurang lebih 75% dialami oleh pria usia di atas 65 tahun.

## 4) Atrofi vulva

Vagina seseorang yang semakin menua, kebutuhan hubungan seksualnya masih ada. Tidak ada batasan umur tertentu kapan fungsi seksualnya seseorang berhenti. Frekuensi hubungan seksual cenderung menurun secara bertahap setiap tahun, tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmatinya berjalan terus sampai tua.

## 11. Sistem endokrin

Kelenjar endokrin adalah kelenjar buntu dalam tubuh manusia yang memproduksi hormon. Hormon pertumbuhan berperan sangat penting dalam pertumbuhan, pematangan, pemeliharaan, dan metabolisme organ tubuh. Yang termasuk hormon kelamin adalah:

- 1) Estrogen, progesterone, dan testosterone yang memelihara reproduksi dan gairah seks. Hormone ini mengalami penurunan.
- 2) Kelenjar pankreas (yang memproduksi insulin dan sangat penting dalam pengaturan gula darah).
- 3) Kelenjar adrenal/ anak ginjal yang memproduksi adrenalin. Kelenjar yang berkaitan dengan hormone pria/ wanita. Salah satu kelenjar endokrin dalam tubuh yang mengatur agar arus darah ke organ tertentu

berjalan dengan baik, dengan jalan mengatur vasokonstriksi pembuluh darah. Kegiatan kelenjar anak ginjal ini berkurang pada lanjut usia.

- 4) Produksi hampir semua hormon menurun.
- 5) Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah
- 6) Hipofisis: pertumbuhan hormon ada, tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah: berkurangnya produksi ACTH, TSH, FSH dan LH.
- 7) Aktivitas tiroid, BMR (basal metabolic rate), dan daya pertukaran zat menurun.
- 8) Produksi aldosteron menurun.
- 9) Sekresi hormon kelamin, misalnya: progesterone, estrogen, dan testoteron menurun.

## **12. Sistem integument**

- 1) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- 2) Permukaan kulit cenderung kusam, kasar, dan bersisik (Karena kehilangan proses keratinisasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis).
- 3) Timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik-bintik atau noda coklat.
- 4) Terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, tumbuhnya kerut-kerut halus di ujung mata akibat lapisan kulit menipis.
- 5) Respon terhadap trauma menurun.

- 6) Mekanisme proteksi kulit menurun: Produksi serum menurun, Produksi vitamin D menurun, Pigmentasi kulit terganggu.
- 7) Kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu.
- 8) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- 9) Berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- 10) Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- 11) Kuku jari menjadi keras dan rapuh.
- 12) Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.
- 13) Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk.
- 14) Jumlah dan fungsi kelenjar keringat beringat.

### **13. Sistem muskuloskeletal**

- 1) Tulang kehilangan densitas (cairan) dan semakin rapuh.
- 2) Gangguan tulang, yakni mudah mengalami demineralisasi.
- 3) Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra, pergelangan, dan paha. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat pada area tulang tersebut.
- 4) Kartilago yang meliputi permukaan sendi tulang penyangga rusak dan aus.
- 5) Kifosis.
- 6) Gerakan pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas
- 7) Gangguan gaya berjalan.
- 8) Kekakuan jaringan penghubung.
- 9) Diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang).

- 10) Persendian membesar dan menjadi kaku.
- 11) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
- 12) Atrofi serabut otot, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban, otot kram, dan menjadi tremor (perubahan pada otot cukup rumit dan sulit dipahami).
- 13) Komposisi otot berubah sepanjang waktu (myofibril digantikan oleh lemak, kolagen, dan jaringan parut).
- 14) Aliran darah ke otot berkurang sejalan dengan proses menua.
- 15) Otot polos tidak begitu berpengaruh (prioto,2015).

#### **2.1.7 Perubahan mental**

Di bidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu. Yang perlu dimengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat. Mengharapkan tetap diberi peran dalam masyarakat. Ingin mempertahankan hak dan hartanya, serta ingin tetap berwibawa. Jika meninggal pun mereka ingin meninggal secara terhormat dan masuk surga (Nugroho,2014).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

1. Perubahan fisik, khususnya organ perasa.
2. Kesehatan umum.
3. Tingkat pendidikan.
4. Keturunan (hereditas).
5. Lingkungan.

Perubahan kepribadian yang drastis, keadaan ini jarang terjadi. Lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin karena faktor lain, misalnya penyakit.

a. Kenangan (memori)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0-10 menit), kenangan buruk (bisa kea rah dimensia).

b. Intelegentia quotion (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu

### 2.1.8 Perubahan Psikososial

Nilai seseorang sering diukur melalui produktivitasnya dan identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pension (purnatugas), seseorang akan mengalami kehilangan, antara lain (Nugroho, 2014):

- 1) Kehilangan finansial (pendapatan berkurang).
- 2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/ posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas).
- 3) Kehilangan teman/ kenalan atau relasi.
- 4) Kehilangan pekerjaan/ kegiatan.
- 5) Merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit).
- 6) Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat pada penghasialan yang sulit, biaya pengobatan bertambah.

- 7) Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- 8) Timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan social.
- 9) Adanya gangguan saraf panca- indra, timbul kebutaan dan ketulian.
- 10) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- 11) Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.
- 12) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri).

### 2.1.9 Perubahan Spiritual

- 1) Agama / kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan (Maslow,1970) (Dalam buku Nugroho,2014).
- 2) Lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak sehari-hari (Murray dan Zentner,1970) (Dalam buku Nugroho,2014).
- 3) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut (Folwer,1978) universalizing, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberi contoh cara mencintai dan keadilan (Dalam buku Nugroho,2014).

### 2.1.10 Penyakit yang sering dijumpai pada lansia

Menurut "*The national Old People's Welfare Council*"

Di Inggris mengemukakan bahwa penyakit atau gangguan umum pada lanjut usia ada 12 macam, yakni (Nugroho, 2006):

- 1) Depresi mental
- 2) Gangguan pendengaran

- 3) Bronkitis kronis
- 4) Gangguan pada tungkai / sikap berjalan
- 5) Gangguan pada koksa / sendi panggul
- 6) Demensia

## 2.2 Konsep Depresi Pada Lansia

Depresi merupakan masalah psikologi yang paling banyak ditemukan pada lansia. Pandangan tentang depresi secara umum dapat dipahami melalui pengenalan terhadap pengertian, teori, gejala, penyebab, penilaian dan faktor yang mempengaruhi.

### 2.2.1 Pengertian

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta keinginan bunuh diri (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010). Menurut Hawari (2006) dalam (Juwita, 2013) depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability*, masih baik), kepribadian tetap utuh atau tidak mengalami keretakan kepribadian (*Splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal. Depresi diartikan sebagai gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan tertekan, menderita, berkabung, mudah marah dan kecemasan (WHO, 2001). Menurut Isaacs (2001) dalam (Prasetya, 2010) depresi juga dapat diartikan sebagai keadaan emosional yang diartikan dengan kesedihan, berkecil hati,

perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusasaan. Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa depresi pada lanjut usia adalah suatu bentuk gangguan alam perasaan yang bersifat patologis yang ditandai dengan perasaan sedih, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, perasaan kosong, perasaan tertekan, menderita, mudah marah, gangguan makan, sulit tidur dan kecemasan.

### 2.2.2 Teori-teori yang berhubungan dengan depresi pada lansia

Menurut (Setiati et al., 2009) terdapat beberapa teori yang berhubungan dengan terjadinya depresi pada lansia:

1. Teori neurobiologi yang menyebutkan bahwa faktor genetik berperan. Kemungkinan depresi yang terjadi pada saudara kembar monozigot adalah 60-80% sedangkan pada saudara kembar heterozigot 25-35%.
2. Freud dan Karl Abraham berpendapat bahwa pada proses berkabung akibat hilangnya obyek cinta seperti orang maupun obyek abstrak dapat terintrojeksikan kedalam individu sehingga menyatu atau merupakan bagian dari individu itu. Obyek cinta yang hilang bisa berupa kebugaran yang tidak muda lagi, kemunduran kondisi fisik akibat berbagai kondisi multipatologi, kehilangan fungsi seksual, dan lain-lain. Seligman berpendapat bahwa terdapat hubungan antara kehilangan yang tidak terhindarkan akibat proses menua dan kondisi multipatologi tadi dengan sensasi *passive helpesness* yang sering terjadi pada usia lanjut (Setiati et al., 2009).
3. Dalam teori Erik Erikson, kepribadian berkembang dan terus tumbuh dengan perjalanan kehidupan. Perkembangan ini melalui beberapa tahap psikososial seperti melalui konflik-konflik yang terselesaikan oleh individu tersebut yang

dipengaruhi oleh maturitas kepribadian pada fase perkembangan sebelumnya, dukungan lingkungan terdekatnya dan tekanan hidup yang dihadapinya. Erikson menyebutkan adanya krisis integrity versus despair yaitu individu yang sukses melampaui tahapan tadi akan dapat beradaptasi dengan baik, menerima segala perubahan yang terjadi dengan tulus dan memandang kehidupan dengan rasa damai dan bijaksana. Penelitian akhir-akhir ini juga mengatakan bahwa konflik integrity versus despair berhasil baik pada usia lanjut yang lebih muda dibanding usia lanjut yang tua (Setiati et al., 2009). Teori Heinz Kohut menekankan pada aspek hilangnya rasa keintaan pada diri sendiri akibat proses penuaan ditambah dengan rasa harga diri dan kepuasan diri yang kurang dukungan sosial yang tidak terpenuhi akan menyebabkan usia lanjut tidak mampu memelihara dan mempertahankan rasa harga diri mereka sering merasa tegang dan takut, cemas, murung, kecewa dan tidak merasa sejahtera diusia senja (Setiati et al., 2009).

### **2.2.3 Etiologi Depresi**

Etiologi diajukan para ahli mengenai depresi pada lanjut usia (Damping, 2003) adalah:

#### **1. Polifarmasi**

Terdapat beberapa golongan obat yang dapat menimbulkan depresi, antara lain: analgetika, obat antiinflamasi nonsteroid, antihipertensi, antipsikotik, antikanker dan ansiolitika (Damping, 2003).

## 2. Kondisi medis umum

Beberapa kondisi medis umum yang berhubungan dengan depresi adalah gangguan endokrin, neoplasma, gangguan neurologis dan lain- lain (Damping, 2003).

## 3. Teori neurobiology

Para ahli sepakat bahwa faktor genetik berperan pada depresi lansia. Pada beberapa penelitian juga ditemukan adanya perubahan neurotransmitter pada depresi lansia, seperti menurunnya konsentrasi serotonin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, serta meningkatnya konsentrasi monoamin oksidase otak akibat proses penuaan. Atrofi otak juga diperkirakan berperan pada depresi lansia (Damping, 2003).

## 4. Teori psikodinamik

Elaborasi Freud pada teori Karl Abraham tentang proses berkabung menghasilkan pendapat bahwa hilangnya objek cinta diintrojeksikan ke dalam individu tersebut sehingga menyatu atau merupakan bagian dari individu itu. Kemarahan terhadap objek yang hilang tersebut ditujukan kepada diri sendiri. Akibatnya terjadi perasaan bersalah atau menyalahkan diri sendiri, merasa diri tidak berguna dan sebagainya

(Damping, 2003)

## 5. Teori kognitif dan perilaku

Konsep Seligman tentang *learned helplessness* menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kehilangan yang tidak dapat dihindari akibat proses penuaan

seperti keadaan tubuh, fungsi seksual dan sebagainya dengan sensasi *passive helplessness* pada pasien lanjut usia (Damping, 2003).

#### 6. Teori psikoedukatif

Hal-hal yang dipelajari atau diamati individu pada orang tua lanjut usia misalnya ketidakberdayaan mereka, pengisolasian oleh keluarga, tiadanya sanak saudara ataupun perubahan-perubahan fisik yang diakibatkan oleh proses penuaan dapat memicu terjadinya depresi pada lanjut usia (Damping, 2003).

#### 2.2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Pada Lanjut Usia

1. Menurut (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010), ada faktor-faktor yang menjadi penyebab depresi, didapat secara buatan yang dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikososial.

##### a. Faktor biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010). Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti respirin dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti parkinson biasanya disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin seperti tyrosin, amphetamine dan bupropion dapat menurunkan gejala depresi (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010).

## b. Faktor Genetik

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot (Davies, 1999 dalam Kaplan HI, Sadock BJ, 2010).

## c. Faktor Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010). Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010). Sedangkan menurut Kane (1999) dalam (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010), faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik.

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial

2. Menurut Amir (2005) dalam (Marta, 2012) faktor risiko terjadinya depresi pada lansia terbagi atas faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari faktor biologis (usia, jenis kelamin, riwayat keluarga), faktor fisik (riwayat penyakit yang pernah diderita) dan faktor psikologis (kepribadian

lansia dan kognitif). Faktor eksternal yaitu sosial, meliputi status perkawinan, pekerjaan, stresor sosial dan dukungan sosial. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dukungan keluarga (dukungan instrumental).

a. Usia

Gejala depresi pada lansia prevalensinya tinggi dan semakin meningkat seiring bertambahnya umur lansia. Lansia yang berumur 75 tahun keatas cenderung mengalami depresi daripada lansia yang berumur kurang dari 75 tahun keatas. penelitian yang dilakukan oleh Suryo (2011) dengan judul “Gambaran depresi pada lansia di panti werdha dharma bakti Surakarta” didapatkan hasil gambaran tingkat depresi lansia perspektif umur pada lansia di Panti Werda Dharma Bhakti Surakarta menunjukkan bahwa semakin tua lansia maka tingkat depresi lansia cenderung meningkat (Marta, 2012).

b. Status perkawinan

Gangguan depresi mayor lebih sering dialami individu yang bercerai atau berpisah bila dibandingkan dengan yang menikah atau lajang. Status perceraian menempatkan seseorang pada risiko yang lebih tinggi untuk menderita depresi. Hal yang sebaliknya dapat pula terjadi, yaitu depresi menempatkan seseorang pada risiko diceraian. Wanita lajang lebih jarang menderita depresi dibandingkan dengan wanita menikah. Sebaliknya, pria yang menikah lebih jarang menderita depresi bila dibandingkan dengan pria lajang. Depresi lebih sering pada orang yang tinggal sendiri bila dibandingkan dengan yang tinggal bersama kerabat (Marta, 2012)

c. Riwayat keluarga

Risiko depresi semakin tinggi bila ada riwayat genetik dalam keluarga (Marta, 2012).

d. Riwayat penyakit

Penyakit kronik yang diderita lansia selama bertahun-tahu biasanya menjadikan lansia lebih mudah terkena depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rongdan Qing-Xiu (2009) menyebutkan bahwa beberapa penyakit kronik yang menjadi faktor risiko meningkatnya depresi yaitu, stroke, hilangnya fungsi pendengaran, hilangnya fungsi penglihatan, penyakit jantung, dan penyakit kronik paru.

e. Kepribadian

Seseorang dengan kepribadian yang lebih tertutup, mudah cemas, hipersensitif, dan lebih bergantung pada orang lain rentan terhadap depresi (Marta, 2012).

f. Stresor social

Stresor adalah suatu keadaan yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan. Stresor sosial merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Peristiwa-peristiwa kehidupan baik yang akut maupun kronik dapat menimbulkan depresi, misalnya percecokan yang hampir berlangsung setiap hari baik di tempat kerja atau di rumah tangga, kesulitan

keuangan, dan ancaman yang menetap terhadap keamanan (tinggal di daerah yang berbahaya atau konflik) dapat mencetus depresi (Marta, 2012).

g. Dukungan social

Seseorang yang tidak terintegrasi ke dalam masyarakat cenderung menderita depresi. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dukungan instrumental. Jaringan sosial dapat dinilai dengan mengidentifikasi individu-individu yang dekat dengan lansia. Interaksi sosial dapat ditentukan dengan frekuensi interaksi antara subyek dengan anggota-anggota haringan kerja yang lain. Isolasi sosial menempatkan seorang pada resiko depresi. Selain frekuensi, kualitas interaksi jauh lebih penting dalam menentukan terjadinya depresi (Marta, 2012).

h. Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan *support system* (sistem pendukung) yang berarti sehingga dapat memberi petunjuk tentang kesehatan mental klien, peristiwa dalam hidupnya dan sistem dukungan yang diterima. Sistem dukungan penting bagi kesehatan lansia terutama fisik dan emosi. Lansia yang sering dikunjungi, ditemani dan mendapatkan dukungan akan mempunyai kesehatan mental yang baik (Marta, 2012).

i. Tidak bekerja

Tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Suatu survey yang dilakukan terhadap wanita dan pria dibawah

65 tahun yang tidak bekerja sekitar enam bulan melaporkan bahwa depresi tiga kali lebih sering terjadi pada pengangguran daripada yang bekerja (Marta, 2012).

### 2.2.5 Gambaran Klinis Depresi

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

#### 1. Perubahan Fisik

- a. Nafsu makan menurun
- b. Gangguan tidur
- c. Kelelahan dan kurang energi
- d. Agitasi
- e. Nyeri, sakit kepala, otot kram dan nyeri tanpa penyebab fisik

#### 2. Perubahan Pikiran

- a. Merasa bingung, lambat dalam berpikir, konsentrasi menurun dan sulit mengingat informasi
- b. Sulit membuat keputusan, selalu menghindar
- c. Kurang percaya diri
- d. Selalu merasa bersalah dan tidak mau dikritik

- e. Pada kasus berat sering dijumpai halusinasi dan delusi Adanya pikiran untuk bunuh diri

### **3. Perubahan Perasaan**

- a. Penurunan ketertarikan dengan lawan jenis
- b. Merasa bersalah dan tak berdaya
- c. Tidak adanya perasaan
- d. Merasa sedih
- e. Sering menangis tanpa alasan yang jelas Iritabilitas, marah dan terkadang agresif

### **4. Perubahan Kebiasaan Sehari-hari**

- a. Menjauhkan diri dari lingkungan sosial dan pekerjaan
- b. Menghindari membuat keputusan
- c. Menunda pekerjaan rumah
- d. Penurunan aktivitas fisik dan latihan Penurunan perhatian terhadap diri sendiri

#### **2.2.6 Derajat/Penilaian depresi**

Inventaris Depresi Beck Inventaris Depresi Beck (IDB) berisikan pertanyaan berkenan dengan 13 karakteristik depresi meliputi : alam perasaan (kesedihan), pesimisme, rasa kegagalan, ketidak puasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri dari social, keragu-raguan,perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, keletihan, anoreksia. Skala Depresi Beck berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap

yang berhubungan dengan depresi. Setiap hal direntang dengan menggunakan skala 4 poin untuk membedakan intensitas gejala. Alat dengan mudah dinilai dan dapat dilakukan sendiri atau diberikan oleh perawat dalam waktu kira-kira 5 menit. Penilaian nilai-nilai dengan cepat membantu dalam memperkirakan beratnya depresi. Penilaian Inventaris Depresi Beck ini berdasarkan : 0-4 (depresi tidak ada atau minimal), 5-7 (depresi ringan), 8-15 (depresi sedang), lebih atau sama dengan 16+ (termasuk depresi berat).

### 2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan depresi pada lansia meliputi beberapa aspek, antara lain:

#### 1. Terapi Fisik

Terapi fisik untuk lansia yang mengalami depresi salah satunya adalah elektrokonvulsif (ECT) untuk pasien depresi yang tidak bisa makan dan minum, berniat bunuh diri atau retardasi hebat maka ECT merupakan pilihan terapi yang efektif aman. Terapi ECT diberikan sampai ada perbaikan *mood* (sekitar 5-10 kali). Dilanjutkan dengan antidepresi untuk mencegah kekambuhan (Soejono et al., 2009).

#### 2. Terapi Psikologi

Menurut (Maramis & Maramis, 2009), terapi psikologik terdiri dari:

##### a. Psikoterapi suportif

Berikan kehangatan, empati pengertian dan optimistik. Bantu pasien mengidentifikasi dan mengekspresikan hal-hal yang membuatnya prihatin dan

melontarkannya. Bantulah memecahkan problem eksternal seperti pekerjaan, menyewa rumah dan hal lainnya

b. Terapi kognitif

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

c. Relaksasi

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

d. Terapi Keluarga

Masalah keluarga dapat berperan dalam perkembangan depresi, sehingga dukungan terhadap pasien sangat penting. Proses dinamika keluarga, ada perubahan posisi dari dominan menjadi dependen. Tujuan terapi keluarga adalah untuk meredakan perasaan frustrasi dan putus asa serta memperbaiki sikap atau struktur dalam keluarga yang menghambat proses penyembuhan pasien.

3. Farmakoterapi

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 ekskresi 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-obat yang digunakan pada penyembuhan depresi usia lanjut antara lain:

- a. Anti Depresan Trisiklik
- b. *Irreversible Monoamin Oksidase A-B Inhibitor* (MAOIs)
- c. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRIs)
- d. Penstabil Mood (Mood Stabilizer)

### **2.3 Tinjauan Teori/Konsep Asuhan Keperawatan**

Dalam melakukan asuhan keperawatan penulisan megacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap, yaitu :

#### **2.3.1 Pengkajian**

pengkajian merupakan tahap awal dan dasar proses asuhan keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga kebutuhan seluruh perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur,2012).

#### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Pernyataan yang megabarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga setatus kesehatan (Nikmatur,2012).

### 2.3.3 Perencanaan

Pegembangan strategi desain untuk mencegah, megurangi dan megatasi masalah – masalah yang diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan megambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara penyelesaian masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

### 2.3.4 Pelaksanaan

Relatif rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan inib dalam pelaksanaan juga meliputi pegumpulan data berkelanjutan, megobservasi respon klien selama dan sesudah melaksanakan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

### 2.3.5 Evaluasi

Penilaian dalam cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) degan tujuan dan kreteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012)

## 2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas

### 2.4.1 Pengkajian

#### 1. Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan.

#### 2. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan yang dirasakan saat ini : Biasanya klien mengatakan tidak mau menjalankan ibadah sholat.

b) Keluhan yang paling sering dirasakan dalam tiga bulan terakhir :

Biasanya klien mearasakan Cemas, bingung, dan biasanya merasakan takut akan kematian.

### **3. Tanda-tanda vital dan status gizi**

Meliputi suhu, nadi, tekanan darah, respirasi, berat badan dan tinggi badan.

### **4. Pengkajian Head to Toe :**

#### a) Kepala

Pada pengkajian kepala didapatkan kebersihan kepala, kerontokan, simetris atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak.

#### b) Mata

Pada pengkajian mata biasanya para lansia mengalami penurunan penglihatan.

#### c) Hidung

Pada pengkajian hidung didapatkan bentuk simetris atau tidak ,ada peradangan didalam hidung atau tidak, penciuman.

#### d) Mulut dan Tenggorokan

Pada pengkajian mulut dan tenggorokan didapatkan bentuk simetris atau tidak, mukosa bibir, apa ada kesulitan menelan dan mengunyah.

#### e) Telinga

Pada pengkajian telinga biasanya para lansia mengalami penurunan pendengaran

#### f) Leher

Pada pengkajian leher didapatkan ada atau tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid, kaku kuduk.

## g) Dada

Pada pengkajian dada bentuk dada,apa ada bunyi napas tambahan, nyeri tekan.

## h) Abdomen

Pada pengkajian abdomen didapatkan Bentuk, ada atau tidak adanya benjolan/pembesaran hepar.

## i) Genetalia

Pada pengkajian genetalia didapatkan adanya hemoroid dan hernia, kebersihan

## j) Ekstremitas

Pada pengkajian ekstremitas didapatkan para lansia apa menggunakan alat bantu, rentang gerak pada lansia .

## k) Integumen

Pada pengkajian integumen didapatkan kebersihan, warna, kelembaban, ada atau tidak ada gangguan integumen.

### 5. Pengkajian psikososial

- a) Bagaimana hubungan dengan orang lain dalam wisma ?
- b) Bagaimana hubungan orang lain diluar wisma didalam panti ?
- c) Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti ?
- d) Bagaimana stabilitas emosi pada lansia ?

### 6. Pengkajian spiritual

**Lakukan observasi langsung terhadap :**

- a) Aplikasi agama merupakan partisipasi dalam kegiatan agama
- b) Keyakinan agama atau spiritual.

- c) Nilai agama atau keyakinan merupakan mempengaruhi tujuan dan arti hidup.

**Pengkajian data *subyektif* empat area yaitu :**

- a) Konsep tentang tuhan dan ketuhanan
- b) Sumber harapan dan kekuatan
- c) Praktik agama dan ritual
- d) Hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi sehat

**Data obyektif perawat perlu mengobservasi:**

- a) Pengkajian afek dan sikap adalah rasa kesepian, marah, depresi, cemas.
- b) Pengkajian perilaku adalah berdoa, membaca kitab suci, mengeluh tidak dapat tidur, bermimpi buruk dan lain-lain.
- c) Pengkajian verbalisasi adalah menyebut tuhan, minta di kunjungi tokoh agama, ekspresi takut mati, konflik batin, arti keberadaan di dunia.
- d) Pengkajian interpersonal adalah siapa yang mengunjungi, hubungan klien dengan yang lain dan tenaga kesehatan.
- e) Pengkajian Lingkungan adalah perlengkapan spiritual dan lain.

**7. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan**

- a) Pola pemenuhan nutrisi
- b) Pola pemenuhan cairan
- c) Pola kebiasaan tidur dan istirahat
- d) Pola eliminasi BAB
- e) Pola eliminasi BAK
- f) Pola aktivitas
- g) Pola pemenuhan kebersihan diri
- h) Pola sensori dan kognitif

## 8. Pengkajian Indeks katz

Indeks katz adalah suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat.

Tabel 2.1 Indeks Katz

Skore	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi.
B	Kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada ke enam fungsi tersebut.
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E, atau F.

## 9. Pengkajian kemampuan intelektual

Digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Pengujian terdiri atas 10 pertanyaan yang berkenaan dengan orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh, dan kemampuan matematis atau perhitungan (Pfeiffer, 1975). Metode penentuan skor sederhana meliputi tingkat fungsi intelektual di mana berfungsi membantu membuat keputusan yang khusus mengenai kapasitas perawatan diri.

## 10. Penilaian SPMSQ

Data menunjukkan bahwa pendidikan dan suku mempengaruhi kinerja pada kuesioner statusmental serta disesuaikan dalam mengevaluasi nilai yang di capai individu. Untuk tujuan penilaian, tiga tingkat pendidikan yang telah ditegakkan :

1. Seseorang yang telah mengalami hanya satu tingkat pendidikan sekolah dasar.
2. Seseorang yang telah mengalami beberapa pendidikan sekolah menengah pertama.
3. Seseorang yang telah menyelesaikan sekolah menengah ata, termasuk akademi, sekolah tinggi, atau sekolah bisnis.

Kriteria penilaian:

1. Kesalahan 0-2: fungsi intelektual utuh.
2. Kesalahan 3-4: kerusakan intelektual ringan.
3. Kesalahan 5-7: kerusakan intelektual sedang.
4. Kesalahan 8-10: kerusakan intelektual berat.

## 11. Pengkajian kemampuan aspek kongnitif.

Menguji aspek kongnitif dari fungsi mental: orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa (Folstein et al, 1975). Nilai paling tinggi adalah 30, dimana nilai 21 atau kurang biasanya indikasi adanya kerusakan kongnitif yang memerlukan penyelidikan lebihlanjut. Dalam pengerjaan asli MMSE, lanjut usian normal biasanya mendapat angka tengah 27,6. Klien dengan dimensia, depresi, dangangguan kongnitif membentuk 9, 7,19, dan 25 (Gallo, 1998). Pemeriksaan bertujuan untuk melengkapi dan menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik. Karena pemeriksaan MMSE mengukur beratnya kerusakan kongnitif dan mendemonstrasikan perubahan kongnitif pada

waktu dan dengan tindakan sehingga dapat berguna untuk mengkaji kemajuan klien berhubungan dengan intervensi.

Penentuan kriteria gangguan memori sehubungan dengan gangguan usia tua diperlihatkan dengan adanya gangguan fungsi memori dan penurunan akibat demensia (mengarah pada gangguan intelektual) yang di tandai oleh MMSE.

## **12. Inventaris Depresi Beck (IDB).**

Menurut Gallagher (1986); Beck & Beck (1972), Inventaris Depresi Beck (IDB) berisikan pertanyaan berkenaan dengan 21 karakteristik depresi meliputi : alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, kepuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan terhadap diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri dari kehidupan social, ketidak mampuan mengambil 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) ( dikutip dari buku Padilla,2013).

Adapun pilihan pernyataan semua pada setiap kelompok mempunyai penilaian yaitu:

1. 0-4: depresi tidak ada atau minimal.
2. 5-7: depresi ringan.
3. 8-15: depresi sedang.
4. >16: depresi berat.

### 2.4.2 Diagnosa keperawatan

Distres spiritual berhubungan dengan Kejadian yang tidak di harapkan

Distres spiritual berhubungan dengan Perubahan pola hidup

#### Definisi

Gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau tuhan.

#### Penyebab :

1. Menjelang ajal
2. Kondisi penyakit kronis
3. Kematian orang terdekat
4. Perubahan pola hidup
5. Kesepian
6. Pengasingan diri
7. Pengasingan sosial
8. Gangguan sosio-kultural
9. Peningkatan ketergantungan pada orang lain
10. Kejadian hidup yang tidak di harapkan

#### Gejala dan tanda mayor :

##### 1. Subjektif

- a. mempertanyakan makna/tujuan hidupnya
- b. menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang bermakna
- c. merasa menderita/tidak berdaya

## 2. Objektif

- a. tidak mampu beribadah
- b. marah pada tuhan

### Gejala dan tanda minor :

#### 1. Subjektif

- a. menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang tenang
- b. mengeluh tidak dapat menerima (kurang pasrah)
- c. merasa bersalah
- d. merasa terasing
- e. menyatakan telah diabaikan

#### 2. Objektif

- a. menolak berinteraksi dengan orang terdekat/pemimpin spiritual
- b. tidak mampu berkreativitas (mis. Menyanyi, mendengarkan musik, menulis)
- c. koping tidak efektif
- d. tidak berminat pada alam/literatur spiritual

#### Kondisi Klinis Terkait:

1. Penyakit kronis (mis. Arthritis rheumatoid, sclerosis multiple)
2. Penyakit terminal (mis. Kanker)
3. Retardasi mental
4. Kehilangan bagian tubuh
5. Sudden infant death syndrome (SIDS)
6. Kelahiran mati, kematian janin, keguguran
7. Kemandulan
8. Gangguan psikiatrik

### 2.4.3 Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI,2018)

**Diagnosa** : Distres spiritual b/d kejadian yang tidak di harapkan

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan lansia dapat melaksanakan spiritual dengan baik.

**Kriteria hasil :**

**Status Spiritual:**

1. Kemampuan beribadah membaik
2. Interaksi dengan orang terdekat atau pemimpin spiritual membaik
3. Verbalisasi perasaan keberdayaan meningkat.
4. Verbalisasi penerimaan meningkat
5. Verbalisasi makna dan tujuan hidupnya meningkat
6. Verbalisasi perasaan menurun
7. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat

**Tingkat Depresi:**

1. Harga diri
2. Perasaan tidak berharga
3. Putus asa
4. Nafsu makan
5. Pola tidur

**Intervensi :****Dukungan spiritual, Edukasi Proses Penyakit***Observasi*

1. Identifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidak berdayaan
2. Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan
3. Identifikasi ketaatan dalam beragama
4. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

*Terapeutik*

1. Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian
2. Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidak berdayaan
3. Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual
4. Diskusi keyakinan tentang makna dan tujuan hidup
5. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan
6. Berikan kesempatan untuk bertanya

*Edukasi*

1. Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan orang lain
2. Anjurkan berinteraksi dalam kelompok pendukung
3. Ajarkan metode relaksasi, meditasi, dan imajinasi terbimbing
4. Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit
5. Jelaskan landa dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit
6. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi
7. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang di rasakan
8. Informasikan kondisi pasien saat ini

9. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa

#### *Kolaborasi*

1. Atur kunjungan dengan kerohaniawan (mis. Ustadz, pendeta, romo, biksu)

#### **2.4.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nugroho, 2014).

#### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengantujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

1. S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. O : Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

#### 4. P : Planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

