

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Lanjut Usia

a. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas, baik pria maupun wanita (Kushariyadi, 2011). Lanjut usia merupakan proses dari tumbuh kembang yang akan dijalani setiap individu, yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh dalam beradaptasi dengan lingkungan (Azizah, 2011).

b. Batasan Lanjut Usia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia WHO, dalam Phsycologymania (2013) mengelompokkan lanjut usia atas empat kelompok yaitu:

- 1) Kelompok usia pertengahan (*middle age*) adalah usia antara 45-59 tahun.
- 2) Kelompok lanjut usia (*elderly age*) usia antara 60-74 tahun.
- 3) Kelompok usia tua (*old age*) usia antara 75-79 tahun.
- 4) Kelompok sangat tua (*very old*) usia 80 tahun keatas.

Menurut Depkes RI (dalam Mubarak, *et.al.* 2009) membagi usia lanjut sebagai berikut:

- 1) Kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun) sebagai masa vibrilitas
- 2) Kelompok usia lanjut (55-64 tahun) sebagai presenium
- 3) Kelompok usia lanjut (65 tahun ke atas) sebagai senium

c. Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Menurut Artinawati (2014), perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial dan psikologis.

1) Perubahan fisik

a) Sel

Jumlah sel menurun lebih sedikit, ukuran sel lebih besar, jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang, proporsi protein di otak, otot ginjal, darah dan hati menurun, jumlah sel otak menurun, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%, lekukan otak akan menjadi lebih dangkal.

b) Perubahan persarafan

Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stres. Defisit memori, kurang sensitif terhadap sentuhan, berkurangnya atau hilangnya lapisan myelin

akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respon motorik dan reflex.

c) Sistem pendengaran

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 diatas umur 65 tahun. Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis. Terjadi pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkatnya keratin. Fungsi pendengaran semakin menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan/*stress*. Tinnitus (bising yang bersifat mendengung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus menerus atau intermitten). Vertigo (perasaan tidak stabil yang terasa seperti bergoyang atau berputar).

d) Sistem penglihatan

Respon terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, katarak.

e) Sistem kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

f) Sistem pengaturan suhu tubuh

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu. Kemudian terjadi pada berbagai faktor yang mempengaruhinya yang sering ditemukan, yaitu temperatur tubuh menurun (hipotermi) secara fisiologis $\pm 35^{\circ}\text{C}$ ini akibat metabolisme yang menurun. Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasakedinginan dan dapat pula menggigil, pucat dan gelisah. Keterbatasanrefleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyaksehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

g) Sistem respirasi

Otot-otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menari nafas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, penyempitan pada bronkus.

h) Sistem pencernaan

Kehilangan gigi, indera pengecap menurun, adanya iritasi selaput lender yang kronis, artrofi indra pengecap ($\pm 80\%$), hilangnya sensitivitas saraf pengecap dilidah, terutama rasa manis dan asin. Esophagus melebar, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun. Peristaltik melemah dan biasa timbul konstipasi. Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu, terutama karbohidrat). Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

2) Perubahan sosial

Peran, meliputi *post power syndrome*, *single woman*, dan *single parent*. Keluarga, meliputi kesendirian, kehampaan. Teman, seperti ketika lansia lainnya meninggal, maka muncul perasaan kapan akan meninggal, berada dirumah terusmenerus akan cepat pikun (tidak berkembang). Abuse, seperti kekerasan berbentuk verbal (dibentak) dan non verbal (dicubit, tidak diberi makan). Masalah hukum: berkaitan dengan perlindungan aset dan kekayaan pribadi yang dikumpulkan sejak masih muda. Pensiun, contohnya kalau menjadi PNS akan ada tabungan (dana pensiun), kalau tidak, anak dan cucu yang akan memberi uang. Ekonomi, kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang cocok bagi lansia dan *income security*. Rekreasi, untuk ketenangan batin. Keamanan, seperti jatuh, terpeleset. Transportasi, seperti kebutuhan akan sistem transportasi yang cocok bagi lansia. Politik, yaitu kesempatan yang sama untuk terlibat dan memberikan masukan dalam sistem politik yang berlaku. Pendidikan, berkaitan dengan pengentasan buta aksara dan kesempatan untuk tetap belajar sesuai dengan hak asasi manusia. Agama, seperti melaksanakan ibadah. Panti jompo, seperti merasa dibuang/diasingkan.

3) Perubahan psikologis

Perubahan psikologis pada lansia meliputi *short term memory*, frustasikesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan.

d. Masalah Kesehatan pada Usia Lanjut

Adapun beberapa masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia berbeda dari orang dewasa, yang menurut Kane & Ouslander (2009) sering disebut dengan istilah 14 I, yaitu :

- 1) *Immobility* (imobilisasi) adalah keadaan tidak bergerak atau tirah baring selama 3 hari atau lebih.
- 2) *Instability* (instabilitas) adalah keadaan berdiri dan berjalan tidak stabil atau mudah jatuh.
- 3) *Incontinence* (inkontinensia) adalah ketidakmampuan mengeluarkan urin atau feses secara terkendali.
- 4) *Intellectual impairment* (gangguan intelektual/dementia)
- 5) *Infection* (infeksi)
- 6) *Impairment of vision and hearing, taste, smell, communication, convalescence, skin integrity* (gangguan pancaindera, komunikasi, penyembuhan, dan kulit)
- 7) *Impaction* (sulit buang air besar)
- 8) *Isolation* (depresi)
- 9) *Inanition* (kurang gizi)
- 10) *Impecunity* (tidak punya uang)
- 11) *Iatrogenesis* (menderita penyakit akibat obat-obatan)
- 12) *Insomnia* (gangguan tidur)
- 13) *Immune-deficiency* (penurunan sistem kekebalan tubuh)
- 14) *Impotence* (impotensi), adalah ketidakmampuan mencapai atau mempertahankan ereksi.

2. Inkontinensia Urin

a. Definisi

Inkontinensia urin adalah masalah umum pada pria maupun wanita lanjut usia merupakan pengeluaran urin yang tidak terkendali keadaan ini dapat menyebabkan masalah fisik, emosional, sosial, dan hyginis pada penderita (Cameron, 2013). Inkontinensia urin adalah kehilangan kontrol berkemih yang bersifat sementara atau menetap (Potter dan Perry, 2005).

Menurut Darmojo dan Martono (2006) menyebutkan bahwa inkontinensia urin merupakan pengeluaran urin tanpa disadari, dalam jumlah dan frekuensi yang cukup sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan atau sosial.

b. Etiologi

Secara umum dengan penyebab inkontinensia urin merupakan kelainan urologis, neurologis dan fungsional. Kelainan urologis pada inkontinensia urin dapat disebabkan karena adanya tumor, batu, atau radang. Kelainan neurologis sebagai kerusakan pada pusat miksi di pons, antara pons atau sacral medulla spinalis, serta radiks S2-S4 akan terjadi menimbulkan gangguan dari fungsi kandung kemih dan hilang sensibilitas kandung kemih (Setiati dan Pramantara, 2007).

Seiring dengan bertambahnya usia, ada beberapa perubahan pada anatomi atau fungsi organ kemih, antara lain disebabkan oleh melemahnya otot dasar panggul, kebiasaan mengejan yang salah atau

karena penurunan estrogen. Kelemahan otot dasar panggul yang dapat terjadi karena kehamilan, setelah melahirkan, kegemukan, menopause, usia lanjut, kurang aktivitas dan operasi vagina. Dengan penambahan berat badan dan tekanan selama kehamilan dapat menyebabkan melemahnya otot dasar panggul karena ditekan dengan lamanya sembilan bulan (Setiati dan Pramantara, 2007).

Proses persalinan juga dapat membuat otot-otot dasar panggul menjadikan rusak akibat regangan otot atau jaringan penunjang serta robekan pada jalan lahir, sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya inkontinensia urin. Pada menurunnya kadar hormon estrogen dalam wanita di usia menopause (50 tahun ke atas), akan terjadi penurunan tonus otot vagina atau otot pintu saluran kemih (uretra), sehingga menyebabkan terjadinya inkontinensia urin (Setiati dan Pramantara, 2007).

Faktor risiko yang lain sebagai obesitas atau kegemukan, riwayat operasi kandungan dan lainnya juga dapat berisiko mengakibatkan inkontinensia urin. Semakin lanjut usia seseorang semakin besar kemungkinan dapat mengalami inkontinensia urin, karena terjadi pada perubahan struktur kandung kemih dan otot dasar panggul ini mengakibatkan seseorang yang tidak dapat menahan air seni. Selain itu adalah kontraksi (gerakan) abnormal dari dinding kandung kemih, sehingga walaupun kandung kemih yang baru terisi sedikit sudah menimbulkan rasa ingin berkemih. Resiko inkontinensia urin sangat

meningkat pada wanita dengan nilai indeks massa tubuh yang lebih besar (Setiati dan Pramantara, 2007).

c. Klasifikasi Inkontinensia Urin

Adapun klasifikasi/tipe-tipe inkontinensia urin menurut Hidayat (2006):

1) Inkontinensia dorongan

Keadaan dimana seseorang mengalami pengeluaran urin tanpa sadar, terjadi segera setelah merasa dorongan yang kuat setelah berkemih. Inkontinensia dorongan ditandai dengan seringnya terjadi miksi lebih dari 2 jam sekali dan spasme kandung kemih (Hidayat, 2006). Pasien inkontinensia dorongan mengeluh tidak dapat menahan kencing segera setelah timbul sensasi ingin kencing. Keadaan ini disebabkan otot detrusor sudah mulai mengadakan kontraksi pada saat kapasitas kandung kemih belum terpenuhi.

2) Inkontinensia total

Keadaan dimana seseorang mengalami pengeluaran urin yang terus menerus dan tidak dapat diperkirakan. Kemungkinan penyebab inkontinensia total antara lain: disfungsi neorologis, kontraksi independen dan refleks detrusor karena pembedahan, trauma atau penyakit yang mempengaruhi saraf medulla spinalis, fistula, neuropati.

3) Inkontinensia stres

Tipe ini ditandai dengan adanya urin menetes dengan peningkatan tekanan abdomen, adanya dorongan berkemih, dan sering miksi. Inkontinensia stress terjadi disebabkan otot spingter uretra tidak dapat menahan keluarnya urin yang disebabkan meningkatnya tekanan di abdomen secara tiba-tiba. Peningkatan tekanan abdomen dapat terjadi sewaktu batuk, bersin, mengangkat benda yang berat, tertawa.

4) Inkontinensia reflex

Keadaan di mana seseorang mengalami pengeluaran urin yang tidak dirasakan. Inkontinensia tipe ini kemungkinan disebabkan oleh adanya kerusakan neurologis (lesi medulla spinalis). Inkontinensia refleks ditandai dengan tidak adanya dorongan untuk berkemih, merasa bahwa kandung kemih penuh, dan kontraksi atau spasme kandung kemih tidak dihambat pada interval teratur.

5) Inkontinensia fungsional

Keadaan seseorang yang mengalami pengeluaran urin secara tanpa disadari dan tidak dapat diperkirakan. Keadaan inkontinensia ini ditandai dengan tidak adanya dorongan untuk berkemih, merasa bahwa kandung kemih penuh, kontraksi kandung kemih cukup kuat untuk mengeluarkan urin. .

d. Patofisiologi

Dalam proses berkemih yang normal dikendalikan oleh mekanisme volunter dan involunter. Sfingter uretra eksternal dan otot dasar panggul yang berada dibawah kontrol mekanisme volunter. Sedangkan pada otot detrusor kandung kemih dan sfingter uretra internal berada pada bawah kontrol sistem saraf otonom. Ketika otot detrusor berelaksasi maka terjadinya proses pengisian kandung kemih dan sebaliknya jika otot ini berkontraksi maka proses berkemih (pengosongan kandung kemih) akan berlangsung. Dengan kontraksi otot detrusor kandung kemih disebabkan dengan aktivitas saraf parasimpatis, dimana aktivitas itu dapat terjadi karena dipicu oleh asetil-koline. Pada usia lanjut baik wanita atau pria terjadinya perubahan anatomis dan fisiologis dari sistem urogenital bagian bawah. Perubahan tersebut akan berkaitan dengan menurunnya kadar hormon estrogen pada wanita dan hormon androgen pada pria. Perubahan yang terjadi ini berupa peningkatan fibrosis dan kandungan kolagen pada dinding kandung kemih yang dapat mengakibatkan fungsi kontraktile dari kandung kemih tidak efektif lagi (Setiati dan Pramantara, 2007).

Inkontinensia urin bisa disebabkan oleh karena komplikasi dari penyakit infeksi saluran kemih, kehilangan kontrol spinkter atau terjadinya perubahan tekanan abdomen secara tiba-tiba. Inkontinensia bisa bersifat permanen misalnya pada *spinal cord* trauma atau bersifat

temporer pada wanita hamil dengan struktur dasar panggul yang lemah dapat berakibat terjadinya inkontinensia urin. Meskipun inkontinensia urin dapat terjadi pada pasien dari berbagai usia, kehilangan kontrol urinari merupakan masalah bagi lanjut usia (Josoprawiro, 2013).

e. Manifestasi Klinis

Menurut Alimul (2006) Tanda-tanda inkontinensia urin sebagai berikut:

- 1) Inkontinensia Dorongan
 - a) Sering miksi
 - b) Spasme kandung kemih
- 2) Inkontinensia total
 - a) Aliran konstan terjadi pada saat tidak diperkirakan.
 - b) Tidak ada distensi kandung kemih.
 - c) Nokturia dan pengobatan inkontinensia tidak berhasil.
- 3) Inkontinensia stres
 - a) Adanya urin menetes dan peningkatan tekanan abdomen.
 - b) Adanya dorongan berkemih.
 - c) Sering miksi.
 - d) Otot pelvis dan struktur penunjang lemah.
- 4) Inkontinensia reflex
 - a) Tidak dorongan untuk berkemih.
 - b) Merasa bahwa kandung kemih penuh.

- c) Kontraksi atau spasme kandung kemih tidak dihambat pada interval.

5) Inkontinensia fungsional

- a) Adanya dorongan berkemih.
- b) Kontraksi kandung kemih cukup kuat untuk mengeluarkan urin.

f. Dampak Inkontinensia Urin

Inkontinensia pada lansia berdampak pada timbulnya penurunan kualitas hidup lansia salah satunya adalah penampilan diri (*body image*) lansia. Teunissen (2005) mengungkapkan bahwa salah satu dampak dari inkontinensia urin adalah timbulnya masalah fisik pada pasien misalnya kerusakan kulit, dan menyebabkan masalah psikososial seperti rasa malu, isolasi, dan menarik diri dari pergaulan.

Inkontinensia urin yang berkepanjangan dengan dampak yang dibawanya menyebabkan kualitas hidup dan harga diri lansia menurun. Kondisi kualitas hidup dan harga diri yang rendah menyebabkan timbulnya kekhawatiran lansia terhadap kondisi kehidupannya dan pada akhirnya dapat membawa lansia pada kondisi depresi (Setiati, 2007 ; Reborn, 2008; Jakson, 2005).

g. Penatalaksanaan

1) Terapi farmakologi

Obat-obat yang dapat diberikan pada inkontinensia urgen adalah antikolinergik seperti *Oxybutinin*, *Propanatpine*, *Dicylomine*, *flavoxate*, *Imipramine*. Pada inkontinensia *stress* diberikan *alfa adrenergic agonis*, yaitu *pseudoephedrine* untuk meningkatkan retensi urethra. Pada sfingter relax diberikan kolinergik agonis seperti *Bethanechol* atau *alfakolinergik* antagonis seperti prazosin untuk stimulasi kontraksi, dan terapi diberikan secara singkat (Brunner dan Suddarth, 2014).

2) Terapi non farmakologi

Dilakukan dengan mengoreksi penyebab yang mendasari timbulnya inkontinensia urin, seperti hiperplasia prostat, infeksi saluran kemih, diuretik, gula darah tinggi, dan lain-lain. Adapun terapi yang dapat dilakukan adalah melakukan latihan menahan kemih (memperpanjang interval waktu berkemih) dengan teknik relaksasi dan distraksi sehingga frekuensi berkemih 6-7 x/hari. Lansia diharapkan dapat menahan keinginan untuk berkemih bila belum waktunya. Lansia dianjurkan untuk berkemih pada interval waktu tertentu, mula-mula setiap jam, selanjutnya diperpanjang secara bertahap sampai lansia ingin berkemih setiap 2-3 jam. Membiasakan berkemih pada waktu-waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebiasaan lansia. *Prompted voiding* dilakukan dengan cara mengajari lansia mengenal kondisi

berkemih mereka serta dapat memberitahukan petugas atau pengasuhnya bila ingin berkemih. Teknik ini dilakukan pada lansia dengan gangguan fungsi kognitif (berpikir). Melakukan latihan otot dasar panggul dengan mengkontraksikan otot dasar panggul secara berulang-ulang. Adapun cara-cara mengkontraksikan otot dasar panggul tersebut adalah dengan cara : berdiri di lantai dengan kedua kaki diletakkan dalam keadaan terbuka, kemudian pinggul digoyangkan ke kanan dan ke kiri \pm 10 kali, ke depan ke belakang \pm 10 kali. Gerakan seolah-olah memotong feses pada saat kita buang air besar dilakukan \pm 10 kali. Hal ini dilakukan agar otot dasar panggul menjadi lebih kuat dan urethra dapat tertutup dengan baik (Brunner dan Suddarth, 2014).

3. Depresi Pada Lansia

a. Pengertian

Depresi merupakan suatu gangguan mood, yang ditandai dengan kemurungan, kelesuhan, tidak bergairah, perasaan tidak berguna, putus asa dan sebagainya (Nasir, 2011). Depresi merupakan masalah kesehatan jiwa yang sering terjadi pada lansia (Keliat, 2011). Soejono (2012) mengungkapkan bahwa depresi merupakan gangguan psikiatri yang paling sering terjadi pada lansia, hal ini terjadi akibat dari interaksi faktor biologi, fisik, psikologis, dan sosial.

Menurut WHO, depresi adalah gangguan mental umum yang menyajikan dengan mood depresi, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, tidur terganggu atau nafsu makan terganggu, energi rendah, dan hilang konsentrasi (WHO, 2011). Maryam (2012) menyatakan depresi adalah keadaan emosional yang ditandai dengan sering mengalami gangguan tidur, lelah, lemas, kurang dapat menikmati kehidupan sehari-hari, konsentrasi dan daya ingat menurun.

b. Penyebab Depresi

Depresi pada usia lanjut bukan merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh patologi tunggal, tetapi biasanya bersifat multifaktorial. Menurut Kusnadi (2010) Adapun faktor-faktor yang menyebabkan depresi antara lain:

1) Susunan kimia otak dan tubuh

Beberapa bahan kimia didalam otak dan tubuh tampaknya memegang peranan yang besar dalam mengendalikan emosi. Pada orang depresi ditemukan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktifitas tubuh tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi. Pada wanita perubahan hormon dapat meningkatkan resiko terjadinya depresi.

2) Kepribadian depresif

Orang yang mempunyai kepribadian depresif (terus-menerus bersikap sedih dan putus asa) membuat mereka terasing dalam masyarakat dan akibatnya mengakibatkan terjadinya depresi.

3) *Stress*

Kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pindah rumah atau stress yang berat dianggap dapat menyebabkan depresi. Reaksi terhadap stress seringkali ditanggihkan dan depresi dapat terjadi beberapa bulan sesudah peristiwa itu terjadi.

4) Penyakit fisik

Lansia yang menderita fisik atau kondisi kelumpuhan yang lama seperti arthritis rematoid dapat berakhir dengan depresi. Penyakit fisik pada lansia salah satunya adalah inkontinensia urin mungkin hanya merupakan gangguan pada waktu-waktu tertentu atau yang lebih signifikan adalah yang menyebabkan terjadinya depresi dan isolasi sosial (Stanley dan Beare, 2006).

c. Klasifikasi Depresi

Menurut Kusnadi (2010) penggolongan depresi menurut penyebabnya antara lain:

1) Depresi reaktif

Pada depresi reaktif, gejalanya diperkirakan akibat stress luar seperti kehilangan seseorang atau kehilangan pekerjaan.

2) Depresi endogenus

Pada depresi endogenus gejalanya terjadi tanpa dipengaruhi faktor luar. Seorang psikiater mendiagnosa seorang pasien menderita depresi endogenus jika mereka menunjukkan tanda-tanda sedih menarik diri dan mempunyai beberapa gejala berikut ini:

- a) Hilangnya hasrat seks
- b) Anoreksia atau kehilangan berat badan
- c) Kelambatan fisik dan mental atau kegelisahan serta agitasi
- d) Bangun pagi-pagi
- e) Perasaan bersalah
- f) Tidak menikmati apa-apa
- g) Suasana sedih yang menetap yang tidak berubah walaupun hal menyenangkan terjadi
- h) Suasana hati sedih yang berbeda dari kesedihan biasa.

d. Gejala Depresi

Gejala utama menurut Ballo (2012) yaitu:

- 1) Afek yang menurun
- 2) Kehilangan minat dan kegembiraan
- 3) Berkurangnya energi dan menurunnya aktivitas
- 4) Perhatian berkurang
- 5) Kepercayaan diri berkurang
- 6) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna

- 7) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- 8) Membahayakan diri atau bunuh diri
- 9) Kesulitan tidur atau tidur berlebihan
- 10) Nafsu makan berkurang

e. Tingkatan Depresi

Ada beberapa tingkatan depresi menurut Kusumanto (2010) diantaranya :

1) Depresi Ringan

Sementara, alamiah, adanya rasa pedih perubahan proses pikir komunikasi sosial dan rasa tidak nyaman.

2) Depresi Sedang

a) Afek : Murung, cemas, kesal, marah, menangis.

b) Proses pikir : Perasaan sempit, berpikir lambat, kurang komunikasi verbal komunikasi non verbal meningkat.

c) Pola komunikasi : bicara lambat, kurang komunikasi verbal, komunikasi non verbal meningkat.

d) Partisipasi sosial : menarik diri tak mau melakukan kegiatan, mudah tersinggung.

3) Depresi Berat

a) Gangguan afek : pandangan kosong, perasaan hampa, murung, inisiatif berkurang.

b) Gangguan proses pikir.

c) Sensasi somatik dan aktivitas motorik : diam dalam waktu lama, tiba-tiba hiperaktif, kurang merawat diri, tak mau makan dan minum, menarik diri, tidak peduli dengan lingkungan.

f. Faktor penyebab depresi pada lansia

Kaplan (2010) menyatakan bahwa faktor penyebab depresi pada lansia antara lain adalah faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

1) Faktor biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan amin biogenik, seperti: 5 HIAA (*5-Hidroksi indol asetic acid*), HVA (*Homovanilic acid*), MPGH (*5-methoxy-0-hidroksiphenilglisol*), di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan mood. 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 desipran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan, 2010).

Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Resperin, dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti parkinson, adalah disertai

gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010)

2) 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). Menurut Lesler (2001), Pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga dipikirkan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik.

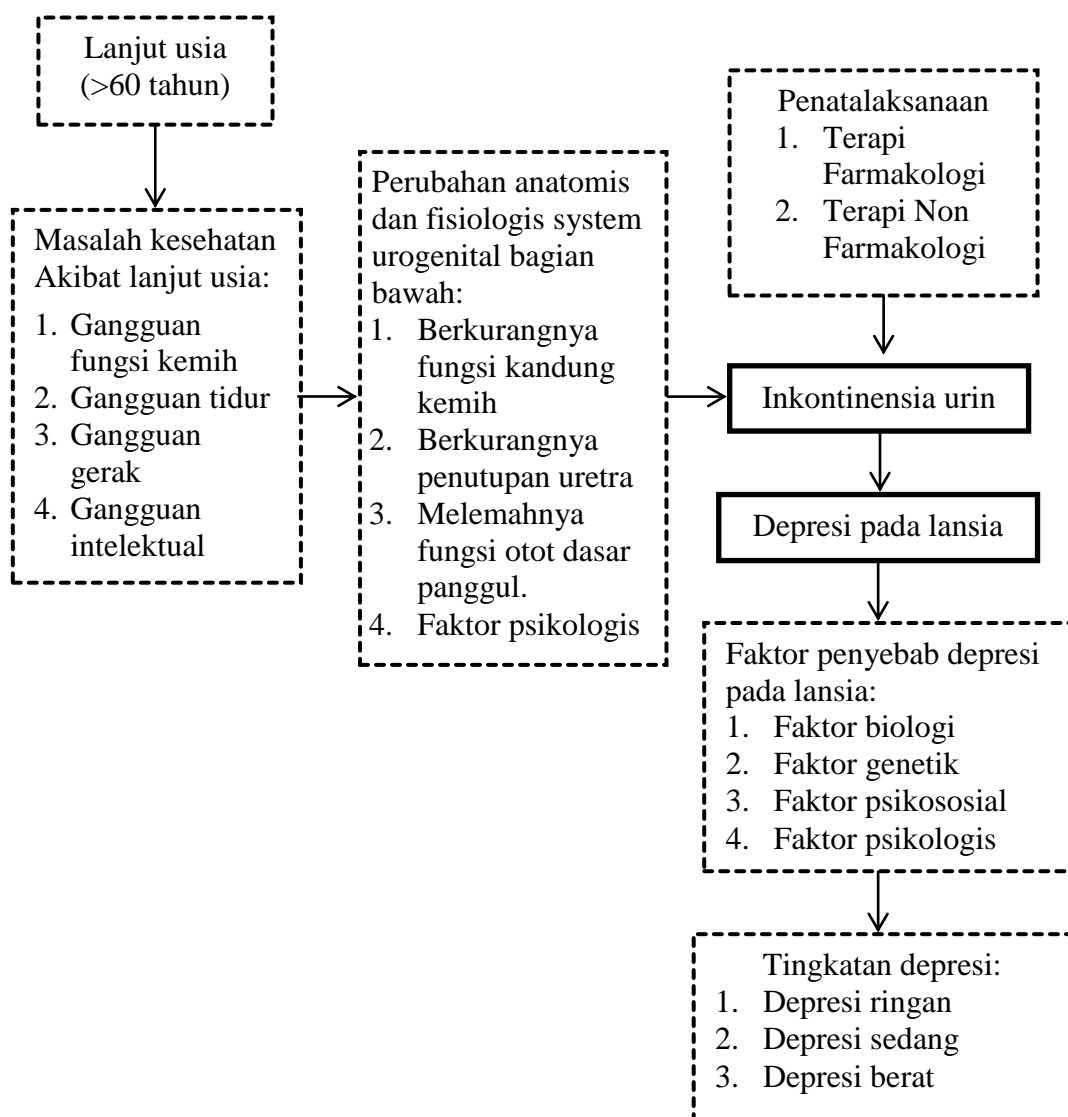
3) Faktor Psikososial

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan, 2010).

Peristiwa kehidupan dan *stressor* lingkungan. Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood dari episode selanjutnya. Para klinisi

mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, klinisi lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peran terbatas dalam onset depresi. *Stressor* lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2010)

B. Kerangka Teori



Keterangan :

 : Tidak diteliti



