

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Teori Lansia

a. Pengertian

Usia juga dapat dijelaskan sebagai penurunan kemampuan jaringan untuk memperbaiki dirinya sendiri dan mempertahankan struktur dan fungsinya yang normal, sehingga tidak dapat bertahan dari trauma (Darmojo, 2015).

Menurut “UU Perawatan Lansia No. 13 Tahun 1998”, lanjut usia adalah laki-laki dan perempuan berusia 60 tahun ke atas yang dapat melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan atau tidak menghasilkan barang atau jasa. Anda dapat menghasilkan uang. Hidup membuat hidup seseorang bergantung pada orang lain.

Lansia adalah perempuan dan laki-laki yang telah mencapai usia 55 tahun, tubuh dan fisiologinya telah menurun, sehingga rentan terhadap penyakit. Peningkatan usia harapan hidup akan mempengaruhi peningkatan usia seseorang, dan peningkatan usia pada akhirnya akan menjadi proses penuaan (aging).

Penuaan merupakan tahapan yang terus menerus yang akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimiawi pada tubuh, sehingga mengganggu fungsi dan kemampuan seluruh tubuh (Depkes RI, 2013).

b. Klasifikasi Lansia

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), menggolongkan lansia sebanyak 4 kelompok yaitu:

1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu seseorang yang berusia 45-59 tahun,
2. Lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60-74 tahun,
3. Lanjut usia tua (*old*) berusia 74-90 tahun, dan
4. Usia sangat tua (*very old*) yaitu seseorang dengan usia lebih dari 90 tahun.

Sedangkan Depkes RI 1999, menetapkan bahwa lanjut usia digolongkan menjadi lima kelompok yaitu:

- 1) Pralansia (prasenilisis) seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- 2) Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- 3) Lansia resiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 4) Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- 5) Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

c. Karakteristik Lansia

Berdasarkan hasil dari data dan informasi, kementerian kesehatan RI (2016), karakteristik lansia dapat dilihat berdasarkan kelompok berikut ini :

1. Jenis kelamin

Lansia lebih didominasi perempuan. Artinya, ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan.

2. Status perkawinan

Penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus kawin 60% dan cerai mati 37%.

3. *Living arrangement*

Jumlah penduduk yang menjadi tanggungan adalah angka yang menunjukkan perbandingan penduduk tidak produktif (65 tahun) dengan penduduk usia produktif (1564 jiwa). Angka ini mencerminkan tingkat beban ekonomi yang harus ditanggung oleh penduduk usia kerja untuk mendanai penduduk yang tidak produktif.

4. Kondisi kesehatan

Kondisi kesehatan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk.

d. Tipe Lansia

Tipe lanjut usia menurut Azizah (2011), sebagai berikut:

1. Jenis arif bijaksana

Kaya dengan hikmah pengalaman membiasakan diridengan pergantian jaman, memiliki banyak aktivitas, berlagak ramah, rendah hati, simpel, dermawan, penuhi, undangan, serta jadi panutan.

2. Jenis mandiri

Mengubah kegiatan- kegiatan yang lenyap dengan kegiatan- aktivitas baru, selektif dalam mencari pekerjaan, sahabat pergaulan, dan penuhi undangan.

3. Jenis tidak puas

Konflik eksternal serta internal membatasi proses penuaan, menimbulkan hilangnya kecantikan, kehabisan energi tarik raga, kehabisan kekuatan, status, cinta buat sahabat, kemarahan, lekas marah, lekas marah, tuntutan, atensi, serta kritik.

4. Jenis pasrah

Terima serta harapkan keberuntungan, miliki ilham fajar sehabis hitam, berpartisipasi dalam ibadah, serta merasa aman apa juga pekerjaan yang Kamu jalani.

5. Jenis bingung

Kaget, kehabisan karakter, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, mental, sosial serta ekonominya. Jenis ini antara lain:

a) Tipe optimis

b) Tipe konstruktif

- c) Tipe ketergantungan
- d) Tipe defensive
- e) Tipe militant serta serius
- f) Tipe marah ataupun frustrasi(the angry man)
- g) Tipe putus asa(benci pada diri sendiri) ataupun self heating man.

e. Tugas Perkembangan Lansia

Secara garis besar bagi Havighurst tugas- tugas pertumbuhan umur lanjut merupakan selaku berikut:

1. Membiasakan diri dengan menyusutnya kekuatan raga serta kesehatan.
2. Membiasakan diri dengan masa pensiun serta berkurangnya income (pemasukan) keluarga.
3. Menyesuaikan diri dengan kematian pendamping hidup.
4. Membentuk ikatan dengan orang- orang yang seusia.
5. Membentuk pengaturan raga yang memuaskan
6. Membiasakan diri dengan kedudukan sosisl yang luas.

f. Proses Penuaan

Semua orang di planet ini pasti menghadapi proses penuaan. Penuaan didefinisikan sebagai proses mengubah orang tua yang sehat menjadi rapuh (lemah dan rapuh), dan sebagian besar cadangan sistem fisiologis menurun dan meningkat secara eksponensial. Rawan berbagai penyakit dan kematian (Setiati, 2014). Penuaan juga didefinisikan sebagai proses multi-dimensi, yaitu proses

koreksi dan penghancuran tubuh, yang terjadi secara bergantian pada kecepatan dan waktu yang berbeda. Aspek genetik, budaya, etnis, nutrisi dan lingkungan. Banyak teori tentang proses penuaan telah diajukan, tetapi sampai 20 tahun kemudian, teori-teori ini masih terlihat sama seperti 200 tahun yang lalu. Teori yang ditolak antara lain:

- 1) Model “error catastrophe” yang diperkenalkan oleh Orgel;
- 2) Teori rate of living yang diajukan oleh Pearl; dan
- 3) Hipotesis glukokortikoid.

Sesuatu teori penuaan bisa dikatakan valid apabila dia bisa memenuhi 3 kriteria berikut:

- 1) Teori yang dikemukakan wajib terjalin secara universal di segala anggota spesies yang diartikan,
- 2) Proses yang diartikan pada teori wajib terjalin secara progressif bersamaan dengan berjalannya waktu,
- 3) Proses yang terjalin wajib menciptakan pergantian yang menimbulkan disfungsi sesuatu organ ataupun sistem badan tertentu.

Beberapa teori tentang proses penuaan yang diterima saat ini adalah teori radikal bebas, teori glikosilasi, dan teori “perbaikan DNA” (Setiati, 2014). Namun, teori proses penuaan yang dijelaskan di sini hanyalah teori dasar dan

memiliki banyak pendukung. Masing-masing teori menjelaskan penuaan sebagai berikut:

1. Teori radikal bebas

Setaiti (2014) mengemukakan bahwa teori tersebut percaya bahwa produk metabolisme oksidatif yang sangat reaktif adalah radikal bebas, yang dapat bereaksi dengan berbagai komponen sel (termasuk protein, DNA, dan lipid) untuk mengubah komponen seluler ini menjadi molekul non-fungsional. , Tapi itu bisa bertahan. Radikal bebas adalah senyawa yang mengandung elektron tidak berpasangan dan merupakan produk sampingan dari berbagai proses seluler. Misalnya, ROS (spesies oksigen reaktif) dan RNS (nitrogen reaktif) diproduksi selama metabolisme normal. Elektron tidak berpasangan Radikal bebas secara kimiawi menemukan pasangan elektronik dengan bereaksi dengan zat lain (terutama protein dan lemak tak jenuh). Pada proses oksidasi, radikal bebas yang terbentuk pada proses fosforilasi oksidatif dapat menghasilkan berbagai modifikasi makromolekul. Misalnya, jika ada lemak di membran, dapat bereaksi dengan radikal bebas untuk mengubah penampilan membran sel. Perubahan ini membuat membran sel lebih permeabel terhadap zat dan memungkinkan zat ini melewati membran sel tanpa hambatan. Struktur intraseluler, seperti mitokondria dan

lisosom, juga ditutupi oleh lemak, sehingga mudah dihancurkan oleh radikal bebas. DNA juga dapat bereaksi dengan radikal bebas, menyebabkan mutasi kromosom dan mengubah pewarisan sel normal. Dari sini kita dapat menyimpulkan bahwa teori radikal bebas adalah radikal bebas yang secara bertahap terakumulasi dalam sel dari waktu ke waktu. Ketika konsentrasi mereka melebihi ambang batas konsentrasi mereka, mereka akan menyebabkan perubahan terkait. penuaan.

2. Teori“ Genetic Clock”

Teori ini menunjukkan bahwa penuaan spesies tertentu ditentukan oleh gen. Setiap spesies memiliki nukleus dengan jam genetik yang dapat direplikasi. Jam ini mengontrol mitosis dan mencegah replikasi sel saat sel tidak berputar. Menurut konsep ini, ketika waktu habis, bahkan jika tidak ada bencana alam atau penyakit di halte, spesies akan mati. Secara teori, jam ini dapat diulang setidaknya untuk sementara, selama ada faktor eksternal yang membantu meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan bantuan obat-obatan atau obat-obatan. Teori telomer adalah hasil dari teori jam genetik, yang mengasumsikan bahwa setiap mitosis sel mempersingkat bagian DNA telomer, karena telomer lebih pendek, sehingga membatasi kemampuan untuk membelah. Akhirnya berakhir (Darmojo, 2015). Kontrol

genetik umur dapat diabaikan, sekitar 15-35%. Lingkungan yang aman dan gaya hidup yang nyaman memiliki dampak terbesar pada harapan hidup.

3. Teori Imunitas

Teori ini menggambarkan penurunan imunitas tubuh yang berhubungan dengan proses penuaan. Seiring bertambahnya usia, semakin banyak sel yang mengalami mutasi ke-100, yang mengurangi kemampuan sistem kekebalan tubuh untuk mengenali dirinya sendiri. Mutasi ini menyebabkan pembentukan abnormal antigen permukaan sel. Hal ini menyebabkan sistem kekebalan tubuh memperlakukan sel yang mengalami mutasi tersebut sebagai sel asing dan kemudian menghancurkannya. Ada banyak bukti bahwa prevalensi autoantibodi terhadap sel kanker pada lansia meningkat, dan lansia juga menyusut, memungkinkan sel kanker membelah dengan bebas (Darmojo, 2015).

g. Perubahan yang Terjadi Pada Lansia

Pergantian raga yang bisa dilihat oleh manusia antara lain uban, kerutan, penipisan kulit, kekeringan serta kendur, penyusutan penglihatan sebab kelainan refraksi ataupun katarak, penyusutan indra penciuman, indera perasa yang kurang peka terhadap rasa manis serta asin, rungu keropos, serta persendian agresif Serta buang air kecil/ buang air besar(inkontinensia kemih).

Pergantian psikologis yang diakibatkan oleh perasaan kehabisan, paling utama untuk pendamping, saudara dekat ataupun sahabat(pilu), kerap terisolasi, ataupun terletak di ambang dibiarkan(demensia). Dengan bertambahnya umur, pergantian sosial yang sangat signifikan merupakan ketidakmampuan buat mengurus diri sendiri dalam kehidupan tiap hari(ADL/ AIVD), semacam mandi, buang air besar, berpakaian, menyisir, makan, sehingga orang tersebut wajib secara bertahap memperoleh dorongan. Penjaga, informal serta resmi.

2. Konsep Teori Depresi

a. Definisi Depresi

Depresi adalah gangguan mental yang umum ditandai dengan suasana hati yang rendah, kehilangan keinginan atau minat, rasa bersalah atau rendah diri, gangguan makan atau tidur, kekurangan energi, dan kurangnya perhatian (Yuliatri, 2014). Gangguan mood negatif dapat mempengaruhi kinerja dan kepribadian seseorang.

Depresi adalah suatu tahap gangguan fungsi manusia, disertai kesedihan dan gejala yang menyertainya, antara lain perubahan tidur dan nafsu makan, keterampilan psikomotorik, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, putus asa dan ketidakberdayaan, serta bunuh diri (Kaplan, 2010 tahun).

Bertambahnya usia seseorang dapat menyebabkan perubahan gaya hidup fisik, kognitif, dan sosio-psikologisnya. Di kalangan lansia banyak yang merasa kesepian, kondisi sosial ekonominya miskin, kebahagiaannya berkurang, dan lansia menderita berbagai penyakit sehingga mengakibatkan penurunan produktivitas dan mempengaruhi kehidupan dan kualitas hidup masyarakat. Lansia itu sendiri (Anis, 2012).

b. Etiologi

Etiologi dari depresi dapat dibagi menjadi beberapa faktor yang mempengaruhi sehingga seseorang dapat dikategorikan sebagai depresi, faktor – faktor tersebut adalah sebagai berikut:

1) Aspek biologi

Sebagian riset sudah menampilkan kelainan di aminbiogenik, semacam selaku 5 HIAA(5- hidroksi indol asetic asam), HVA(Homovanilic asam), serta MPGH(5 metoksi- 0- hidroksi phenil glikol), di dalam urine, Darah, serta serebrospinal Cairan di yang Kendala mood. Penyusutan serotonin bisa mengakibatkan tekanan mental (KaplaSerotonin serta epineprin merupakan neurotransmitter yang terpaut dengan kendala tekanan mental. Kekurangan serotonin bisa menimbulkan depresi (Kaplan, 2010). Terlepas dari itu, terpaut aktivitas dopamine pada tekanan mental menyusut. Ini

merupakan benar buat keadaan yang menimbulkan dopamin reuptake, semacam selaku respirin, serta keadaan yang menimbulkan dopamin reuptake, semacam Parkinson. Kedua dari yang disebutkan di atas penyakit yang berhubungan dengan tekanan mental. Obat yang tingkatan dopamin sensitivitas, tercantum selaku tyrosin, amfetamin, serta bupropion, bisa menimbulkan depresi (Kaplan, 2010). Terdapatnya disregulasi neuroendokrin. Hipotalamus ialah pusat pengaturan aksis neuroendokrin, menerima input neuron yang memiliki neurotransmitter amin biogenik. Pada penderita tekanan mental ditemul.

Ada gangguan neuroendokrin. Gangguan ini terjadi karena gangguan dalam penggunaan neuron yang mengandung amina biogenik. Sebaliknya, stres kronis yang mengaktifkan sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) dapat menyebabkan perubahan pada sumbu pusat amina biogenik dan perkembangan hormon. Sumbu HPA adalah sumbu yang paling banyak dipelajari. Sekresi hormon pelepas kortisol (CRH) yang berlebihan merupakan hambatan yang sangat penting terhadap aksis HPA pada orang dengan stres psikologis. Hipersekresi yang dihasilkan diduga sebagai akibat dari defek pada sistem umpan balik kortisol pada sistem limbik atau kelainan pada sistem monoamina dan

neuromodulasi yang mengontrol CRH (Kaplan, 2010). Pelepasan CRH dipengaruhi oleh emosi. Emosi seperti takut dan marah berhubungan dengan nukleus paraventricular (PVN), organ utama sistem endokrin, dan fungsinya diatur oleh sistem limbik. Misalnya, emosi dapat mempengaruhi CRH di PVN, yang menyebabkan peningkatan sekresi CRH (Kaplan, 2010).

2) Aspek genetik

Riset genetik serta keluarga menampilkan kalau angka resiko diantara anggota keluarga tingkatan awal dari orang yang mengidap tekanan mental berat(unipolar) diperkirakan 2 hingga 3 kali dibanding dengan populasi universal. Angka keselarasan dekat 11% pada kembar dizigot serta 40% pada kembar monozigot(Kaplan, 2010).

3) Aspek psikososial

Bagi Freud dalam teori psikodinamikanya, pemicu tekanan mental merupakan kehabisan objek yang dicintai(Kaplan, 2010). Aspek psikososial yang pengaruhi tekanan mental meliputi kejadian kehidupan serta stresor area, karakter, psikodinamika, kegagalan yang kesekian, teori kognitif, serta sokongan sosial (Kaplan, 2010). Kejadian kehidupan yang menimbulkan tekanan pikiran, lebih kerap mendahului episode awal kendala mood dari episode berikutnya. Para klinisi

mempercayai kalau kejadian kehidupan memegang peranan utama dalam tekanan mental. Klinisi lain melaporkan kalau kejadian kehidupan cuma mempunyai peranan terbatas dalam onset tekanan mental. Stresor area yang sangat berhubungan dengan onset sesuatu episode tekanan mental merupakan kehabisan pendamping (Kaplan, 2010). Stresor psikososial yang bertabiat kronis, semacam kehabisan orang yang dicintai, ataupun stresor kronis misalnya kekurangan finansial yang berlangsung lama, kesusahan ikatan interpersonal, ancaman keamanan bisa memunculkan tekanan mental. Dari aspek karakter, sebagian karakteristik karakter tertentu yang ada pada orang, semacam karakter dependen, anankastik, histrionik, diprediksi memiliki efek besar buat terbentuknya tekanan mental, sebaliknya karakter antisosial serta paranoid memiliki efek yang rendah (Kaplan, 2010)

c. Jenis depresi menurut penyebab, dan gejala

Selain itu menurut Greg Wilkinson 1995, Depresi dapat dibedakan berdasarkan menurut penyebab, dan gejala.

Sebagai berikut :

a) Penggolongan depresi menurut penyebabnya dapat digolongkan sebagai depresi “reaktif” dan “*endogenous*”:

1) Depresi reaktif Dipercaya bahwa gejala disebabkan oleh tekanan eksternal, seperti kehilangan seseorang

atau kehilangan pekerjaan, sedangkan pada depresi endogen, gejala muncul tanpa pengaruh eksternal. Kedua kelompok memiliki gejala yang berbeda.

2) Depresi endogenus, psikiater mendiagnosis seorang pasien penderita depresi endogenus jika mereka menunjukkan tanda- tanda seperti sedih, menarik diri, hilangnya hasrat seks, anoreksia , kelambatan fisik dan mental atau kegelisahan serta agitas, perasaan bersalah, suasana ahti paling rendah dipagi hari dan meningkat dengan berjalannya hari, suasana hati sedih yang berbeda dari kesedihan biasanya.

b) Penggolongan depresi menurut penyebabnya dapat digolongkan sebagai depresi “neurotik” dan “psikotik”

1) Depresi neurotik Ini terjadi setelah mengalami peristiwa yang lebih menyedihkan tetapi lebih serius dari biasanya. Pasien sering mengalami trauma emosional sebelum jatuh sakit, seperti kehilangan orang yang dicintai, pekerjaan, atau harta benda yang berharga. Kelainan, seperti agorafobia, tetapi bukan delusi atau halusinasi.

2) Depresi psikotik, pada depresi ini harus dipakai untuk penyakit depresi yang berkaitan dengan delusi dan halusinasi atau keduanya.

d. Pengukuran Tingkat Depresi pada Lansia

Depresi dapat mempengaruhi perilaku yang berpengaruh pada aktivitas seseorang terhadap lingkungannya. Gejala depresi pada lansia dapat diukur berdasarkan tingkatan yang sesuai dengan gejala yang ditimbulkan. Beberapa alat ukur yang cukup mudah digunakan dalam mengukur tingkat depresi yang dilakukan oleh peneliti ataupun praktisi klinis adalah salah satunya *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

Alat ukur *Geriatric Depression Scale (GDS)* diperkenalkan oleh Yasavage dkk pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada lanjut usia. Alat ukur GDS ini memiliki keunggulan mudah digunakan dan tidak memerlukan keterampilan khusus dari pengguna. Instrumen GDS ini memiliki sensitivitas 84% dan spesififikasi 95% serta tes reliabilitas dari alat ini correlates significanty of 0,84 (Burns, 1999) Alat ini terdiri dari 30 pertanyaan yang dibuat sebagai alat penapisan depresi pada lansia. GDS menggunakan format sederhana yang diisi sendiri dengan menjawab “ya” dan “tidak” pada setiap pertanyaan yang memerlukan waktu sekitar 5-10 menit untuk menyelesaikannya. GDS mempunyai dua tipe yang terdiri dari GDS long form (30 pertanyaan) dan GDS short form (15 pertanyaan). GDS long form (30 pertanyaan) dapat dinilai melalui hasil skor 0-10 menunjukkan tidak

adanya depresi, skor 11-20 menunjukkan depresi ringan dan skor 21-30 menunjukkan depresi sedang/berat. GDS short form (15 pertanyaan) dapat dinilai melalui hasil skor 0-5 menunjukkan tidak adanya depresi, skor 5-10 menunjukkan depresi ringan dan skor 10-15 menunjukkan depresi sedang/berat. Penderita yang telah dilakukan tindakan skrining dan teridentifikasi mengalami suatu penyakit membutuhkan rujukan untuk mendapatkan evaluasi psikiatrik terhadap depresi secara lebih rinci dikarenakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) hanya merupakan suatu alat penapisan.

Tabel 2.1 GDS short form (15 pertanyaan)

No	PERTANYAAN	TIDAK	YA
1	APAKAH ANDA SEBENARNYA PUAS DENGAN KEHIDUPAN ANDA?		
2	APAKAH ANDA TELAH MENINGGALKAN BANYAK KEGIATAN DAN MINAT/KESENANGAN ANDA		
3	APAKAH ANDA MERASA KEHIDUPAN ANDA KOSONG?		
4	APAKAH ANDA SERING MERASA BOSAN?		
5	APAKAH ANDA MEMPUNYAI SEMANGAT YANG BAIK SETIAP SAAT?		

6	APAKAH ANDA MERASA TAKUT SESUATU YANG BURUK AKAN TERJADI PADA ANDA?		
7	APAKAH ANDA MERASA BAHAGIA UNTUK SEBAGIAN BESAR HIDUP ANDA?		
8	APAKAH ANDA MERASA SERING TIDAK BERDAYA?		
9	APAKAH ANDA LEBIH SERING DIRUMAH DARIPADA PERGI KELUAR DAN MENGERJAKAN SESUATU HAL YANG BARU?		
10	APAKAH ANDA MERASA MEMPUNYAI BANYAK MASALAH DENGAN DAYA INGAT ANDA DIBANDINGKAN KEBANYAKAN ORANG ?		
11	APAKAH ANDA PIKIR BAHWA KEHIDUPAN ANDA SEKARANG MENYENANGKAN?		
12	APAKAH ANDA MERASA TIDAK BERHARGA SEPERTI PERASAAN ANDA SAAT INI?		
13	APAKAH ANDA MERASA PENUH SEMANGAT?		
14	APAKAH ANDA MERASA BAHWA KEADAAN ANDA TIDAK ADA HARAPAN?		
15	APAKAH ANDA PIKIR BAHWA ORANG LAIN, LEBIH BAIK		

	KEADAANNYA DARIPADA ANDA		
--	--------------------------	--	--

*) SETIAP JAWABAN YANG **SESUAI** MEMPUNYAI
 SKOR 1-5 (SATU) : TIDAK DEPRESI
 SKOR 5-9 : KEMUNGKINAN DEPRESI
 SKOR 10 ATAU LEBIH : DEPRESI

Tabel 2.2 Kuesioner GDS (30 Pertanyaan)

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda?		
2	Apakah anda mengurangi banyak aktivitas dan hbi anda?		
3	Apakah anda merasa kehidupan anda terasa hampa?		
4	Apakah anda senatiansa bosan?		
5	Apakah anda memiliki harapan pada masa depan?		
6	Apakah anda terganggu dengan pikiran yang tidak dapat diungkapkan/ keluarkan?		
7	Apakah anda bersemangat setiap waktu?		
8	Apakah anda takut tentang sesuatu yang buruk yang akan menimpa anda?		
9	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda?		
10	Apakah anda merasa tidak berdaya?		

11	Apakah anda merasa rasah dan gelisah?		
12	Apakah anda lebih memilih didalam rumah daripada berjalan-jalan ke luar dan melakukan sesuatu yang baru?		
13	Apakah anda seringkali khawatir akan masa depan anda?		
14	Apakah anda merasakan mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?		
15	Apakah anda berfikir bahwa luar biasa anda diberikan kehidupan sampai sekarang?		
16	Apakah anda merasa murung dan sedih?		
17	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?		
18	Apakah anda mengkhawatirkan masa lalu (kejadian-kejadian masa lalu anda)		
19	Apakah anda merasakan bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan/ menarik?		
20	Apakah anda memiliki konsultan atau merasa berat untuk memulai hal yang baru?		
21	Apakah anda memiliki energi maksimal (penuh semangat)?		
22	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?		

23	Apakah anda berfikir bahwa orang lain baik keadaannya daripada anda?		
24	Apakah anda seringkali kesal pada hal-hal sepele?		
25	Apakah anda seringkali merasa ingin menangis?		
26	Apakah anda memiliki kesulitan dalam berkonsentrasi?		
27	Apakah anda senang bangun pagi hari?		
28	Apakah anda lebih memilih untuk menghindari pertemuan sosial?		
29	Apakah anda mudah untuk membuat keputusan?		
30	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya?		

Keterangan:

0-9: Normal

10-19: Depresi Ringan

20-30: Depresi Berat

3. Konsep Teori *Activity of Daily Living* (ADL)

a. Pengertian

Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL) adalah keterampilan dasar yang harus dikembangkan sendiri oleh seseorang. ADL adalah aktivitas perawatan diri sehari-hari yang paling penting, seperti pergi ke toilet, makan, berpakaian, berpakaian, mandi dan berolahraga. (Devi, 2014).

Menurut Setiati (2015), ada dua jenis kegiatan sehari-hari (ADL), yaitu ADL standar dan ADL instrumental. Standar ADL mencakup keterampilan perawatan diri seperti makan, berpakaian, buang air besar, dan mandi. Kegiatan instrumental sehari-hari melibatkan kegiatan yang kompleks seperti memasak, mencuci pakaian, menelepon, dan menghabiskan uang. ADL (*Activities of Daily Living*) adalah keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk mengurus diri sendiri, termasuk berpakaian, makan, minum, toileting, mandi dan dekorasi (Ekasari, Riasmini dan Hartini, 2018).

b. Jenis *Activity of Daily Living* (ADL)

Abraham Maslow mengemukakan terdapat lima tingkatan kebutuhan manusia yakni: kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan keamanan, kebutuhan akan cinta dan keberadaan, penghargaan, dan aktualisasi diri. Dari kelima kebutuhan ini kebutuhan yang paling mendasar dari setiap manusia adalah kebutuhan fisiologis, seperti makan, air, oksigen, mempertahankan suhu tubuh (Jess, 2010).

Pemenuhan kebutuhan dasar ini dapat diperoleh melalui aktivitas sehari – hari. ADL ada dua yaitu ADL standar dan ADL instrumental sebagai berikut (Primadayanti, 2011):

1. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar / kecil, dan mandi.

2. ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan mempergunakan uang.

c. Pengukuran kemandirian pada ADL (Activity Daily Living)

Skor ADL (Activity of Daily Living) penting untuk menentukan tingkat kecanduan yang dibutuhkan lansia dalam kehidupan sehari-hari. Indeks Barthel dapat digunakan untuk mengukur kemandirian ADL (Daily Activity) pada lansia. Indeks Barthel dirancang untuk mengukur kemandirian fungsional dalam layanan mandiri dan mobilitas.

Tabel 2.3 Indeks barthel menurut Kemenkes RI (2017)

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	HASIL
1.	Mengendalikan rangsang BAB	0	Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1x / minggu)	
		2	Terkendali teratur	
2.	Mengendalikan rangsang BAK	0	Tak terkendali / pakai kateter	
		1	Kadang-kadang tak terkendali	

		2	(hanya 1 x 24 jam) Mandiri	
3.	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat gigi, keramas, mencukur kumis)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	
4.	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas / memakai celana, cebok, menyiram)	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan yang lain Mandiri	
5.	Makan minum (jika makanan harus berupa potongan dianggap dibantu)	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	
6.	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0 1 2	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) Bantuan minimal 1 orang	

			Mandiri	
7.	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa pindah dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	
8.	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	
10.	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri	
Total				

Skor Indeks Barthel (nilai AKS)

20 : Mandiri (A)

12 – 19 : Ketergantungan ringan (B)

9 – 11 : Ketergantungan sedang (B)

5 – 8 : Ketergantungan Berat (C)

0 – 4 : Ketergantungan total (D)

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi *Activity Daily Living* (ADL)

Menurut (Hardywinoto, 2007), kemampuan dalam melakukan *activity daily living* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1. Usia serta Status Perkembangan

Usia serta status pertumbuhan seseorang klien menampilkan ciri keinginan serta keahlian, maupun gimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melakukan *activity daily living*. Dikala pertumbuhan dari balita hingga berusia, seorang secara perlahan-lahan berganti dari bergantung jadi mandiri dalam melaksanakan *activity daily living*.

2. Kesehatan Fisiologis

Kesehatan fisiologis seorang bisa pengaruhi keahlian partisipasi dalam *activity daily living*, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan serta mencerna data dari area. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga

bisa merespon sensori yang masuk dengan metode melaksanakan gerakan. Kendala pada sistem ini misalnya sebab penyakit, ataupun trauma injuri bisa mengusik pemenuhan *activity daily living* secara mandiri.

3. Guna Kognitif

Tingkatan kognitif bisa pengaruhi keahlian seorang dalam melaksanakan *activity daily living*. Guna kognitif menampilkan proses menerima, mengorganisasikan serta menginterpretasikan sensor stimulus buat berpikir serta menuntaskan permasalahan. Proses mental membagikan donasi pada guna kognitif bisa mengusik dalam berpikir logis serta membatasi kemandirian dalam melakukan *activity daily living*.

4. Guna Psikososial

Guna psikologi menampilkan keahlian seorang buat mengingat suatu perihal yang kemudian serta menunjukkan data pada sesuatu metode yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang lingkungan antara sikap intrapersonal serta interpersonal. Kendala pada intrapersonal contohnya akibat kendala konsep diri ataupun ketidakstabilan emosi bisa mengusik dalam tanggung jawab keluarga serta pekerjaan. Kendala interpersonal semacam permasalahan komunikasi, kendala interaksi sosial ataupun disfungsi dalam

penampilan kedudukan pula bisa pengaruhi dalam pemenuhan *activity daily living*.

5. Tingkatan Stress

Stress ialah reaksi raga nonspesifik terhadap bermacam berbagai kebutuhan. Aspek yang bisa menimbulkan stress (*stressor*), bisa mencuat dari badan ataupun area ataupun bisa mengusik penyeimbang badan. *Stressor* tersebut bisa berbentuk fisiologis semacam injuri ataupun psikologi semacam kehabisan.

6. Ritme Biologi

Ritme ataupun irama hayati menolong makhluk hidup mengendalikan area raga disekitarnya serta menolong homeostasis internal (penyeimbang dalam badan serta area). Salah satu irama hayati ialah irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaaan irama sirkadian menolong pengaturan kegiatan meliputi tidur, temperatur badan, serta hormon. Sebagian aspek yang turut berfungsi pada irama sirkadian antara lain aspek area semacam hari cerah serta hitam, semacam cuaca yang pengaruhi *activity daily living*.

7. Status Mental

Status mental menampilkan kondisi intelektual seorang. Kondisi status mental hendak berikan implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar orang. Semacam halnya lanjut usia yang memorinya mulai menyusut ataupun

hadapi kendala, lanjut usia yang hadapi apraksia pastinya hendak hadapi kendala dalam pemenuhan kebutuhan- kebutuhan dasarnya.

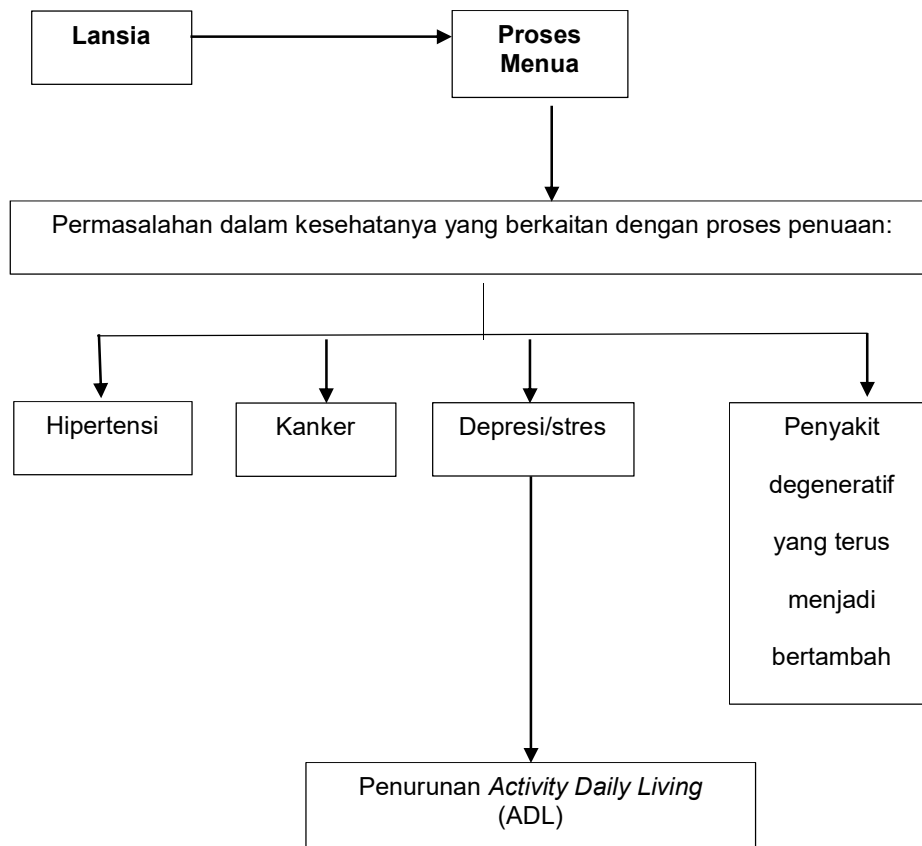
8. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang berbasis warga salah satunya merupakan posyandu lanjut usia. Tipe pelayanan kesehatan dalam posyandu lanjut usia salah satunya terdapat pemeliharaan *activity daily living*.

B. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan gambaran atau batasan teori tentang teori- teori yang digunakan sebagai landasan atau dasar masalah penelitian. Dengan demikian, bahwa dapat meberikan kerangka pemikiran bagi peneliti dan memberikan dasar yang kuat dalam menjelaskan hubungan antarvariabel (A.Aziz Alimul Hidayat, 2017).

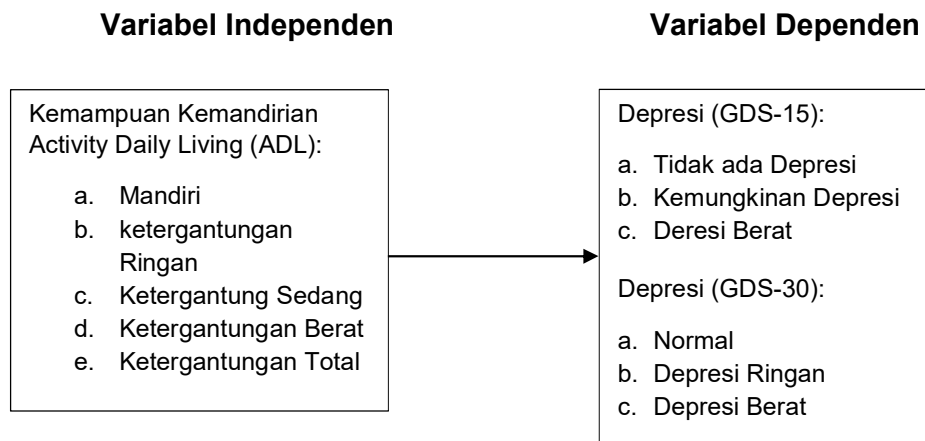
Gambar 2.1 Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan gambaran dan arahan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan diteliti, atau memiliki arti hasil sebuah sintesis dari proses berpikir dari proses berpikir deduktif maupun induktif, kemudian dengan kemampuan kreatif dan inovatif diakhiri konsep atau ide baru (A.Aziz Alimul Hidayat, 2017).

Gambar 2.2 Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban yang bersifat sementara terhadap suatu rumusan masalah dalam penelitian, sebagaimana rumusan masalah dikatakan dalam sebuah kalimat pernyataan. Disebut bersifat sementara, karena jawaban yang diberikan hanya berdasarkan sebuah teori yang relevan, dan belum didasarkan pada fakta empiris yang didapat melalui pengumpulan data atau kuesioner. (Sugiyono, 2017).

1. Hipotesis (Ho)

Ho: Tidak ada hubungan antara kemampuan *activity of daily living* (adl) dengan tingkat depresi pada lansia.

2. Hipotesis (Ha)

Ha: ada hubungan kemampuan *activity of daily living* (adl) dengan tingkat depresi pada lansia.