

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Lansia.**

###### a. Pengertian.

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004 menyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.

Menurut WHO lansia digolongkan menjadi 4 yaitu usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75–90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

###### b. Teori penuaan.

Proses menua merupakan perubahan yang terjadi karena perubahan waktu, bersifat universal, intrinsik dan progresif. Keadaan tersebut dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan beradaptasi terhadap

lingkungan untuk dapat bertahan hidup (Nugroho, 2010).

Secara umum terdapat dua teori penuaan, yaitu penuaan biologis dan psikososial (Azizah, 2011).

1) Teori penuaan biologi.

a) Teori seluler.

Kemampuan sel untuk membelah pada lansia akan mengalami penurunan yang menyebabkan berbagai sistem tubuh akan berisiko mengalami proses penuaan dan tidak mampu lagi untuk tumbuh dan memperbaiki diri (Azizah, 2011).

b) Sintesis protein.

Pada lansia akan mengalami kehilangan elastisitas pada jaringan seperti kulit dan kartilago. Hal ini disebabkan karena protein di dalam jaringan tertentu mengalami perubahan. Selain itu pada lansia akan mengalami penurunan mobilitas dan kecepatan pada sistem

muskuloskeletal dan kehilangan elastisitas pada permukaan kulit, sehingga kulit tampak berkerut (Azizah, 2011).

c) Sistem imunologi.

Lansia akan mengalami penurunan kemampuan sistem imun. Hal ini dapat terjadi karena adanya kemunduran kemampuan sistem limfatik terutama sel darah putih (Azizah, 2011).

2) Teori penuaan psikologikal.

a) Teori *disengagement* (pembebasan).

Pada lansia akan mengalami proses melepaskan diri dari kehidupan sosial, sehingga peran dan tanggung jawab di masyarakat mulai berkurang (Azizah, 2011).

b) Teori aktivitas.

Individu yang aktif pada saat muda akan menjaga keaktifan tersebut pada saat tua.

Lansia yang berhasil adalah lansia yang aktif dan ikut berperan serta dalam kegiatan sosial (Azizah, 2011).

c) Kepribadian berlanjut.

Tingkah laku atau kepribadian pada seseorang tidak berubah pada saat lansia. *Identity* yang sudah mantap pada lansia akan memudahkan lansia dalam berhubungan secara interpersonal, keluarga atau masyarakat (Azizah, 2011).

c. Perubahan yang terjadi pada lansia.

1) Perubahan fisiologis.

Perubahan fisiologis yang terjadi pada lansia menurut Smeltzer, Bare, Hinkle dan Cheever (2010) adalah:

a) Sistem kardiovaskuler.

Terjadi penurunan curah jantung, menurunnya kemampuan merespon stres, dan terjadi peningkatan tekanan darah.

b) Sistem pernafasan.

Terjadi peningkatan volume residu paru, ketahanan dan kapasitas vital paru serta menurunnya pertukaran gas.

c) Sistem integumen.

Terjadi pengurangan lemak pada bagian subkutan, cairan intersisial, otot, aktivitas kelenjar, reseptor sensori yang mengakibatkan penurunan perlindungan terhadap trauma, paparan sinar matahari, suhu ekstrim, berkurangnya sekresi alami minyak dan keringat, serta kerapuhan pada pembuluh darah kapiler.

d) Sistem reproduksi.

Terjadi penyempitan dan berkurangnya elastisitas vagina diikuti dengan penurunan sekresi cairan vagina pada wanita. Pada laki-laki terjadi penurunan produksi cairan sperma.

Perempuan dan laki-laki akan mengalami perlambatan respon terhadap seksual.

e) Sistem musculoskeletal.

Hilangnya kepadatan tulang, hilangnya kekuatan dan ukuran otot, kemerosotan sendi pada tulang rawan.

f) Sistem genitourinari.

Pada perempuan akan terjadi kelemahan pada otot perineum, ketidakstabilan otot detrusor (mendorong terjadinya inkontinensia) dan disfungsi saluran kemih (inkontinensia).

g) Sistem pencernaan.

Penurunan kemampuan untuk membaui, merasa, menurunnya produksi air liur, kesulitan menelan makanan, pengosongan esofagus dan lambung yang tertunda dan gangguan motilitas usus.

h) Sistem saraf.

Berkurangnya kecepatan konduksi saraf, meningkatnya rasa bingung terhadap penyakit fisik yang diderita dan berkurangnya sirkulasi serebral (pingsan, kehilangan keseimbangan).

i) Panca indera.

Pada indera penglihatan akan mengalami berkurangnya kemampuan untuk fokus terhadap suatu objek, kesulitan beradaptasi dengan perubahan intensitas cahaya serta penurunan kemampuan dalam membedakan warna. Pada indera pendengaran akan terjadi penurunan kemampuan dalam mendengarkan suara dengan frekuensi tinggi dan membran timpani menipis.

Pada indera pengecap dan penghidu akan mengalami penurunan kemampuan untuk

merasakan makanan atau minuman dan mencium aroma.

2) Perubahan psikologis.

a) Fungsi memori.

Lansia akan mengalami kesulitan dalam mengingat hari, waktu dan tempat, yang disebabkan karena faktor sosial atau kesehatan seperti stres, kelelahan dan penyakit (Townsend, 2009).

b) Fungsi intelektual.

Kemampuan dalam memecahkan suatu masalah mengalami penurunan secara bertahap yang dimulai dari usia muda hingga dewasa tua (Townsend, 2009).

c) Kemampuan belajar.

Kemampuan untuk belajar tidak berkurang seiring bertambahnya usia. Namun, studi telah menunjukkan bahwa beberapa aspek belajar dapat berubah karena usia misalnya



penurunan kinerja seseorang saat menegerjakan tugas atau pekerjaan (Townsend, 2009).

### 3) Perubahan psikosial.

Menurut teori perkembangan dalam Stuart (2014), bahwa tahapan perkembangan psikologis sesuai dengan usia seseorang dan tugas perkembangan pada usia lansia yaitu dapat melakukan penyesuaian terhadap perubahan dan kehilangan, mempertahankan harga diri, dan mempersiapkan kematian.

## 2. Depresi.

### a. Pengertian.

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, kepribadian tetap utuh atau tidak mengalami keretakan kepribadian (*splitting of*

*personality*), adanya gangguan perilaku tetapi dalam batas normal (Hawari, 2011). Depresi biasanya terjadi apabila seseorang mengalami stres yang tidak tertangani atau mengalami kejadian dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang (Lubis, 2016).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada lanjut usia.

1) Faktor penyebab depresi ada tiga yaitu faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikososial (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010):

a) Faktor biologi.

Neurotransmitter berupa serotonin dan epineprin yang mengalami penurunan akan memicu terjadinya depresi.

b) Faktor genetik.

Angka risiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2

sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum (Davies, 1999 dalam (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010)).

c) Faktor psikososial.

Kehilangan peranan sosial, kehilangan otonomi, kehilangan orang yang berharga, penurunan fungsi kesehatan, isolasi diri, kekurangan material dan penurunan fungsi kognitif merupakan faktor psikososial yang dapat menyebabkan depresi (Kaplan HI, Sadock BJ, 2010).

- 2) Faktor risiko terjadinya depresi pada lansia dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang dapat menyebabkan depresi adalah faktor biologis (umur, jenis kelamin, riwayat keluarga), faktor fisik (riwayat penyakit yang pernah diderita) dan faktor psikologis (kepribadian lansia dan kognitif). Faktor eksternal yang dapat

menyebabkan depresi yaitu faktor social yang meliputi status perkawinan, pekerjaan, stresor sosial dan dukungan sosial (Amir, 2005 dalam (Marta, 2012)).

a) Jenis kelamin.

Perempuan lebih sering terpapar dengan stresor lingkungan dan ambangnya terhadap stresor lebih rendah apabila dibandingkan dengan laki-laki. Adanya depresi yang berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pada wanita menambah tingginya prevalensi depresi pada wanita (Marta, 2012).

b) Usia.

Lansia berusia 75 tahun ke atas cenderung mengalami depresi daripada lansia yang berusia kurang dari 75 tahun ke atas (Marta, 2012).

c) Status perkawinan.

Status perceraian pada seseorang akan berisiko lebih tinggi mengalami depresi. Depresi lebih sering terjadi pada lansia yang tinggal sendiri dibandingkan dengan lansia yang tinggal bersama kerabat/keluarganya (Marta, 2012).

d) Riwayat keluarga.

Risiko depresi semakin tinggi apabila terdapat riwayat genetik dalam keluarga (Marta, 2012).

e) Riwayat penyakit.

Beberapa penyakit kronik dapat menjadi faktor risiko terjadinya depresi misalnya penyakit stroke, jantung, paru-paru dan gangguan fungsi pendengaran atau penglihatan.

f) Kepribadian.

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

g) Stresor sosial.

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 perselisihan 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 mencetuskan depresi (Marta, 2012).

h) Dukungan sosial.

Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dan dukungan instrumental. Jaringan sosial dapat dinilai dengan mengidentifikasi individu yang dekat dengan lansia. Interaksi sosial dapat ditentukan dengan frekuensi interaksi antara subyek dengan anggota jaringan kerja yang lain (Marta, 2012).

i) Dukungan Keluarga.

Salah satu *support system* (sistem pendukung) yang berarti pada lansia adalah keluarga. Dukungan keluarga sangat diperlukan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan emosi pada lansia (Marta, 2012).

j) Tidak bekerja.

Lansia yang tidak bekerja akan berisiko mengalami depresi (Marta, 2012).

3) Terdapat 5 pendekatan yang dapat menyebabkan terjadinya depresi pada lansia (Azizah, 2016), yaitu:

a) Pendekatan psikodinamik.

Salah satu kebutuhan manusia adalah mencintai dan dicintai, rasa aman dan terlindungi, keinginan untuk dihargai dan dihormati. Seseorang yang kehilangan kebutuhan afeksional tersebut dapat jatuh dalam kesedihan yang dalam. Sebagai contoh seseorang kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan atau jabatan yang akan menyebabkan kesedihan yang mendalam dan kekecewaan yang akan menyebabkan seseorang itu akan mengalami depresi

b) Pendekatan perilaku belajar.

Individu yang kurang menerima hadiah (*reward*) dan hukuman (*punishment*) yang lebih banyak dapat mengalami depresi.



Dampak dari kurangnya hadiah dan hukuman yang berlebihan mengakibatkan lansia merasakan hidup tidak berharga, kecenderungan memiliki harga diri yang kurang dan memiliki konsep diri yang rendah.

c) Pendekatan kognitif.

Lansia yang memiliki kemampuan kognitif negatif dapat menyebabkan depresi karena lansia akan menginterpretasikan negatif mengenai diri sendiri, dunia dan masa depan.

d) Pendekatan humanistik-eksistensial.

Teori humanistic dan eksistensial menyatakan bahwa depresi terjadi akibat adanya ketidakcocokkan antara *reality self* dan *ideal self* sehingga menyerah dalam kesedihan dan tidak berusaha mencapai aktualisasi diri.

e) Pendekatan fisiologis.

Aktivitas neurologi yang rendah pada sinaps-sinaps otak yang berfungsi sebagai pengatur

kesenangan dapat menyebabkan terjadinya depresi.

c. Gambaran klinis depresi.

Gejala depresi berbeda-beda dari setiap individu tergantung dari beratnya gejala (Depkes RI, 2007). Adapun perubahan yang terjadi pada lansia yang mengalami depresi adalah :

- 1) Perubahan fisik: penurunan nafsu makan, gangguan pola tidur, sering merasa kelelahan dan kurang energi, agitasi, sakit kepala, dan nyeri tanpa adanya penyebab fisik .
- 2) Perubahan kognitif: merasa bingung, berfikir lambat, penurunan konsentrasi dan susah mengingat suatu informasi. Kesulitan dalam membuat keputusan, kurang percaya diri, selalu merasa bersalah dan pada kasus depresi berat dapat terjadi halusinasi dan adanya pikiran untuk mengakhiri hidup.

- 3) Perubahan perasaan: merasa bersalah dan tak berdaya, merasa sedih, sering menangis tanpa alasan yang jelas, iritabilitas, mudah marah dan terkadang agresif.
- 4) Perubahan kebiasaan sehari-hari.  
Menghindari lingkungan sosial dan pekerjaan, menunda pekerjaan rumah, penurunan aktivitas fisik dan latihan dan penurunan perhatian terhadap diri sendiri.

Adapun gejala psikis yang muncul pada seseorang yang mengalami depresi (Lubis, 2016) yaitu :

- 1) Kehilangan rasa percaya diri.  
Seseorang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif termasuk menilai diri sendiri. Seseorang tersebut akan menilai orang lain misalnya lebih sukses, beruntung, lebih berpendidikan dan perasaan negatif lainnya.

2) Sensitif.

Seseorang yang mengalami depresi akan memiliki perasaan yang sangat sensitif misalnya mudah tersinggung, mudah marah, adanya perasaan curiga, murung, sedih berkepanjangan dan lebih suka menyendiri.

3) Merasa tidak berguna.

Perasaan ini muncul dikarenakan seseorang yang mengalami depresi merasa gagal terutama pada bidang yang mereka kuasai, misalnya seseorang bekerja dan dinilai atasannya dengan tidak memberikan kontribusi sesuai apa yang diharapkan.

4) Perasaan bersalah.

Seseorang yang mengalami depresi akan memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu akibat dari kegagalan tanggung jawab mereka yang seharusnya

dikerjakan dan merasa diri mereka menjadi beban bagi orang lain.

5) Perasaan terbebani.

Seseorang yang mengalami depresi akan menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya dan mereka merasa terbebani atas beratnya tanggung jawab yang diberikan kepada mereka.

d. Tingkatan depresi.

Gangguan depresi pada usia lanjut berpedoman pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada ICD 10 (*International Classification Diagnostic 10*). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang dan ringan sesuai dengan gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Maslim, 2013).

Adapun Gejala utama depresi derajat ringan, sedang dan berat menurut Keputusan Menteri Kesehatan

Republik Indonesia Nomor Hk.02.02/Menkes/73/2015  
Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran  
Jiwa adalah:

- Afek depresi
- Kehilangan minat dan kegembiraan
- Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan yang mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

Gejala penyerta lainnya:

- Konsentrasi dan perhatian berkurang
  - Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
  - Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
  - Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
  - Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
  - Tidur terganggu
  - Nafsu makan berkurang
- 1) Pedoman diagnostik episode depresi ringan.

- a) Terdapat dua atau tiga gejala utama.
  - b) Ditambah minimal dua gejala lainnya.
  - c) Tidak terdapat gejala yang berat, seluruh episode berlangsung sekitar 2 minggu.
  - d) Mengalami sedikit hambatan dalam pekerjaan atau kegiatan sosial yang biasa dilakukan.
- 2) Pedoman diagnostik episode depresi sedang.
- a) Terdapat dua atau tiga gejala utama.
  - b) Ditambah minimal tiga atau empat gejala lainnya.
  - c) Lamanya seluruh episode berlangsung minimal 2 minggu.
  - d) Menghadapi kesulitan yang nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.
- 3) Pedoman diagnostik episode depresi berat tanpa gejala psikotik.
- a) Harus terdapat tiga gejala utama.

- b) Ditambah minimal empat gejala lainnya dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat.
- c) Apabila terdapat gejala lain seperti retardasi psikomotor, maka pasien kemungkinan tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci.
- d) Tidak mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.
- e. Penilaian depresi.

Terdapat beberapa alat ukur untuk mengukur depresi yaitu *Geriatric Depression Scale (GDS)*, *the Zung Scale*, *Hamilton Rating Scale (HRS)*, *Comprehensive Psychopathological Rating Scale-Depression* (Montorio dan Izal, 1996). Dari uji perbandingan yang dilakukan terhadap keempat alat ukur tersebut *GDS* dan *Zung Scale* memiliki tingkat prediksi positif terbaik. *GDS* sangat tepat digunakan untuk melakukan skrining depresi pada lansia di komunitas (Montorio



dan Izal, 1996). GDS ada dua bentuk, yakni bentuk panjang yang terdiri dari 30 pernyataan dan bentuk pendek yang terdiri dari 15 pernyataan. *Geriatric Depression Scale* memiliki format yang sederhana, dengan pertanyaan-pertanyaan dan respon yang mudah dibaca. *Geriatric Depression Scale* telah divalidasi pada berbagai populasi lanjut usia di Indonesia (Relawati, 2010). GDS pertama kali disusun oleh Yesavage, et al., telah diuji dan digunakan secara luas pada populasi lansia. GDS terdiri dari dua bentuk kuesioner yaitu *Long Form GDS* dan *Short Form GDS*. *Long Form GDS* adalah kuesioner singkat yang terdiri dari 30 item di mana peserta diminta untuk menjawab dengan jawaban ya atau tidak dengan mengacu pada perasaan peserta selama seminggu terakhir. *Short Form GDS* terdiri dari 15 pertanyaan yang dikembangkan pada tahun 1986. Dari 15 item, 10 menunjukkan adanya depresi ketika dijawab secara positif, sedangkan sisanya (nomor pertanyaan 1, 5, 7,

11, 13) mengindikasikan depresi ketika dijawab secara negatif. Skor 0-4 dianggap normal (tergantung pada usia, pendidikan, dan keluhan), skor 5-8 menunjukkan depresi ringan, skor 9-11 menunjukkan depresi sedang, dan skor 12-15 menunjukkan depresi berat.

GDS memiliki sensitivitas 92% dan spesifisitas 89% ketika dievaluasi terhadap kriteria diagnostik. Validitas dan reliabilitas alat telah didukung melalui praktik klinis dan penelitian. Dalam studi validasi membandingkan *Long Form* dan *Short Form* GDS untuk menilai sendiri gejala depresi, keduanya berhasil membedakan orang dewasa yang depresi dan yang tidak depresi dengan korelasi tinggi ( $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ) (Sheikh & Yesavage, 1986). *Short Form* lebih mudah digunakan pada pasien yang sakit fisik dan ringan hingga sedang yang memiliki rentang perhatian pendek atau merasa mudah lelah. Kuesioner ini akan selesai dijawab sekitar 5 hingga 7 menit (Greenberg, 2019).

f. Penatalaksanaan.

Penatalaksanaan depresi pada lansia meliputi beberapa aspek, antara lain:

a) Farmakoterapi.

Obat-obat yang digunakan pada penyembuhan depresi pada lansia antara lain anti depresan trisiklik, *Irreversible Monoamin Oksidase A-B Inhibitor* (MAOIs), *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRIs) dan penstabil *mood* (*mood stabilizer*). Penatalaksanaan medis ini lebih mengatasi pada masalah biologis yang berkaitan dengan sistem persarafan dan neuroanatomi.

b) Terapi psikologi.

Psikoterapi merupakan intervensi yang sehat bagi lansia (Landreville, 2001 dalam Wheeler 2008). Psikoterapi yang dapat diberikan adalah *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), *Reminiscence Therapy* (RT), *Psychodynamyc Therapy* dan kombinasi

*Interpersonal Therapy (IPT)* (Mackin & Arean, 2005 dalam Wheeler 2008).

Menurut Maramis (2009), terapi psikologik terdiri dari:

a) Psikoterapi supportif.

Psikoterapi supportif dapat berupa memberikan kehangatan, empati dan pengertian. Perawat dapat membantu pasien untuk mengidentifikasi dan mendeskripsikan perasaannya.

b) Terapi kognitif.

Terapi kognitif ini bertujuan untuk mengarahkan atau mengubah pola pikir negatif ke arah pola pikir yang positif dengan cara latihan-latihan atau dengan aktivitas tertentu.

c) Relaksasi.

Teknik ini biasanya dijadikan sebagai program relaksasi progresif baik secara

langsung dengan instruktur atau mandiri dan dapat dilakukan sehari-hari.

d) Terapi keluarga.

Tujuan dari terapi keluarga ini adalah untuk memperbaiki sikap atau struktur dalam keluarga yang menghambat proses penyembuhan pasien dan membantu menurunkan perasaan frustrasi atau putus asa.

e) Logoterapi.

Logoterapi adalah suatu jenis psikoterapi yang dirintis oleh Victor Emille Frankl (1905-1997). Logoterapi merupakan bagian dari psikoterapi yang mengembangkan dimensi kepribadian, *somatic*, dan spiritual untuk menuju individu yang memiliki kualitas hidup. Pada logoterapi dikenal istilah *existensial analysis* yang bertujuan untuk menganalisa dan menemukan makna hidup berdasarkan masalah yang ditemukan.

Logoterapi berusaha membuat klien untuk menyadari secara penuh tanggung jawabnya, pilihan pada dirinya untuk apa dan siapa dia memahami dirinya untuk menjadi bertanggungjawab ((Frankl, 2003) dalam Nauli (2011)).

f) Terapi *reminiscence*.

Terapi *reminiscence* dikembangkan oleh Butler sebagai terapi untuk demensia dengan menggunakan sebuah proses *life review* atau ulasan kehidupan (Butler, 1963) di mana seorang individu mengingat kembali kejadian masa lampau, acara, kegiatan, dan pengalaman mereka di masa lalu untuk membantu memberi makna bagi kehidupan mereka.

### 3. Terapi *Reminiscence*.

#### a. Pengertian.

*Reminiscence* adalah suatu proses untuk mengingat memori pada masa lalu (Manurung, 2016). Memori tersebut dapat berupa suatu kejadian yang mungkin tidak bisa dilupakan atau kejadian yang sudah terlupakan yang dialami langsung oleh individu. Kemudian memori tersebut dapat sebagai kumpulan pengalaman pribadi atau “*disharingkan*” dengan orang lain.

#### b. Tujuan terapi *reminiscence*.

Tujuan terapi *reminiscence* adalah untuk meningkatkan harga diri dan kesadaran diri, meningkatkan ketrampilan beradaptasi terhadap stress dengan mengadopsi ketrampilan penyelesaian masalah di masa lalu serta meningkatkan hubungan sosial dan menciptakan kebersamaan kelompok serta meningkatkan keintiman sosial (Wu, 2011). Selain itu terapi *reminiscence* bertujuan untuk bisa berbagi

pengalaman yang menyenangkan dan meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan sosialisasi dan hubungan dengan orang lain, memberikan stimulasi kognitif, meningkatkan komunikasi dan dapat menjadi suatu terapi yang efektif untuk menurunkan gejala depresi (Chiang, 2009).

c. Tipe terapi *reminiscence*.

Tipe terapi *reminiscence* menurut Manurung (2016) adalah:

1) *Simple* atau *positive reminiscence*.

Tipe ini bertujuan untuk merefleksikan informasi dan pengalaman serta perasaan yang menyenangkan pada masa lalu dengan menggunakan pertanyaan langsung yang tampak seperti interaksi sosial antara klien dan terapi. *Simple reminiscence* ini bertujuan untuk membantu beradaptasi terhadap kehilangan dan memelihara harga diri.



2) *Evaluative reminiscence.*

Tipe ini untuk mengevaluasi masa lalu dan digunakan sebagai pendekatan pemecahan konflik.

3) *Offensive defensive reminiscence.*

Tipe ini merupakan kegiatan pengulangan informasi yang tidak menyenangkan dan meningkatkan stress. Keluarga dan teman terdekat dapat memberikan informasi dan subjek penting yang menyedihkan bagi lanjut usia sehingga membutuhkan dukungan yang penuh dari perawat.

d. Media.

Media yang digunakan dalam terapi *reminiscence* adalah barang atau benda yang berkaitan dengan masa lalu peserta terapi. Menurut Manurung (2016) media yang dapat digunakan dalam kegiatan terapi *reminiscence* adalah *reminiscence kit*, yaitu berupa kotak yang diisi dengan berbagai barang-barang pada

masa lalu seperti majalah, alat untuk memasak, pakaian, alat bermain, foto pribadi, alat untuk memutar musik, video, dan kaset. Stimulus bau yang berbeda seperti coklat, jeruk dan lain-lain. Bahan- bahan untuk menstimulasi sensori sentuhan seperti bulu binatang, wol dan flanel, pasir, lumpur, dan lain-lain.

Benda-benda masa lalu ini digunakan sebagai media untuk membantu lansia mengingat kembali masa lalunya berkaitan dengan benda tersebut. Media ini diharapkan akan mempercepat daya ingat lansia untuk mengingat kembali pengalaman masa lalunya yang berkaitan dengan benda tersebut dan akan diceritakan pada orang lain sehingga proses dan tujuan terapi dapat tercapai.

e. Waktu pelaksanaan terapi *reminiscence*.

Kegiatan terapi *reminiscence* ini akan dilaksanakan selama lima sesi sebanyak 5 kali pertemuan dan dilaksanakan seminggu dua kali setiap hari Kamis dan Sabtu. Waktu pelaksanaan terapi *reminiscence* ini

merupakan modifikasi dari penelitian Syarniah (2010) yang melaksanakan terapi *reminiscence* sebanyak 5 sesi dengan 9 kali pertemuan.

f. Prosedur terapi.

Prosedur pelaksanaan terapi *reminiscence* ini merupakan modifikasi dari terapi *reminiscence* yang dilaksanakan oleh Syarniah (2010). Terapi *reminiscence* yang dilaksanakan dalam penelitian ini terdapat 5 sesi dan dilakukan dalam 5 pertemuan setiap pertemuan 60 menit dan dilaksanakan seminggu dua kali setiap hari Kamis dan Sabtu.

Adapun kegiatan pada setiap sesi terapi *reminiscence* adalah sebagai berikut :

1) Sesi 1 (*sharing* pengalaman masa anak).

Kegiatan pada sesi ini adalah berbagi pengalaman menyenangkan pada masa anak-anak (usia 5-12 tahun).

2) Sesi 2 (*sharing* pengalaman masa remaja).

Kegiatan pada sesi ini adalah berbagi pengalaman menyenangkan pada masa remaja (usia 12-18 tahun).

3) Sesi 3 (*sharing* pengalaman masa dewasa).

Kegiatan pada sesi ini adalah berbagi pengalaman menyenangkan pada masa dewasa.

4) Sesi 4 (*sharing* pengalaman masa berkeluarga).

Kegiatan pada sesi ini adalah berbagi pengalaman menyenangkan pada masa menikah dan berkeluarga.

5) Sesi 5 (evaluasi integritas diri).

Sesi ini adalah kegiatan terakhir dari terapi reminiscence. Pada sesi ini, kegiatan yang dilakukan adalah mengevaluasi pencapaian integritas diri pada lansia.

g. Prosedur terapi *reminiscence* untuk menurunkan depresi pada lansia (Manurung, 2016).

1) Tujuan.

- a) Lansia dapat membina hubungan saling percaya dengan terapis.
- b) Lansia mampu menceritakan pengalaman masa lalu yang menyenangkan.
- c) Lansia mampu menyampaikan kegiatan yang telah dilakukan setelah diberikan terapi *reminiscence*.
- d) Lansia mampu menyampaikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan terapi *reminiscence*.
- e) Lansia mampu menyebutkan manfaat yang diperoleh atau yang dirasakan setelah mengikuti kegiatan terapi *reminiscence*.
- f) Lansia mampu menyampaikan harapannya setelah mengikuti kegiatan terapi *reminiscence*.

2) *Setting* tempat/ruangan, peserta dan terapis.

Waktu pelaksanaan setiap pertemuan berlangsung antara 60-90 menit. Penetapan waktu berdasarkan atas pernyataan Stuart dan Laraia (2005) dalam Syarniah (2010) bahwa waktu optimal untuk pertemuan adalah 20 sampai 40 menit untuk fungsi terapi rendah dan 60 sampai 120 menit untuk fungsi kelompok yang tinggi. Jumlah anggota setiap kelompok terdiri dari 7 sampai dengan 10 anggota. Ukuran anggota kelompok ini sesuai dengan pernyataan Stuart dan Laraia (2005) dalam Syarniah (2010) bahwa idealnya jumlah anggota dalam suatu kelompok berkisar 7-10 orang dengan harapan semua anggota kelompok mendapatkan kesempatan yang sama untuk berbicara dan mengekspresikan pendapatnya.

3) *Media/alat*.

Benda-benda yang dimiliki klien yang berkaitan dengan masa lalu klien yang berkaitan dengan

masa lalu klien pada waktu anak, remaja, dewasa dan pada saat bersama dengan keluarga dan di rumah yang masih dimiliki klien yang berhubungan dengan perayaan hari keagamaan bersama keluarga seperti foto, pakaian, dan lainnya.

- 4) Langkah-langkah pemberian terapi *reminiscence*.
  - a) Menyetujui pelaksanaan kegiatan terapis dengan peserta terapi sebelum pelaksanaan terapi.
  - b) Mengingatkan kepada peserta terapi 30 menit sebelum pelaksanaan terapi.
  - c) Mempersiapkan tempat pertemuan.
  - d) Mempersiapkan media/alat.
  - e) Terapis meminta peserta untuk membawa barang-barang yang masih dimiliki pada masa anak-anak, masa remaja, masa dewasa dan pada saat bersama dengan keluarga dan

di rumah. Alat-alat ini disediakan satu hari sebelum pelaksanaan terapi.

- f) Terapis mengevaluasi barang-barang yang masih dimiliki peserta sesuai dengan topik diskusi.
- g) Terapis menyebutkan identitas diri seperti nama, usia, pendidikan, pekerjaan dan tempat tinggal.
- h) Terapis meminta peserta memperkenalkan diri yang meliputi nama, umur dan tempat tinggal.
- i) Terapis memimpin peserta untuk melakukan teknik nafas dalam sebanyak 3 kali sambil menutup mata, kemudian terapis mengajak peserta untuk mengingat pengalaman masa anak, masa remaja, dan masa dewasa dan kegiatan bersama keluarga yang dilaksanakan di rumah, kemudian apa yang peserta lakukan bersama keluarga



dalam merayakan hari raya keagamaan, hal yang terluca dilakukan bersama sama dengan keluarga, hal yang paling berkesan yang pernah dialami bersama dengan keluarga. Kemudian peserta diminta untuk membuka mata kembali sambil menarik nafas dalam sebanyak 3 kali.

- j) Terapis memberikan kesempatan kepada peserta untuk memperlihatkan benda-benda yang berkaitan dengan topik diskusi.
- k) Terapis memberikan kesempatan kepada peserta untuk menceritakan pengalamannya yang paling menyenangkan yang berhubungan dengan pengalaman masa anak, masa remaja, dan masa dewasa dan kegiatan bersama keluarga yang dilaksanakan di rumah.
- l) Terapis mendiskusikan perasaan peserta setelah berbagi pengalaman yang

menyenangkan apa yang dirasakan setelah menyampaikan pengalamannya, apakah ada manfaat yang dirasakan klien sehubungan dengan masa lalu dengan keadaan saat ini.

- m) Terapis menganjurkan peserta untuk menerima masa lalunya yang menyenangkan sebagai bagian yang berharga bagi dirinya.
- n) Terapis menjelaskan hubungan mengingat kembali dan berbagi pengalaman yang menyenangkan dengan orang lain dan penerimaan diri pada saat ini.
- o) Terapis memotivasi peserta untuk melakukan kegiatan yang sama dengan orang lain tanpa terstruktur.
- p) Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat pada peserta.
- q) Terapis melakukan evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

h. Mekanisme terapi *reminiscence*.

Erikson (1963 dalam Johnson 2005) mendefinisikan bahwa kenangan masa lalu akan meningkatkan integritas penerimaan diri dan siklus hidup sebagai sesuatu yang telah terjadi dan apa adanya oleh karena kebutuhan, dikehendaki tanpa ada penggantian. Terapi *reminiscence* ini memberikan manfaat untuk memelihara identitas individu, karena lansia akan menggunakan pengalaman masa lalunya untuk mempertahankan pendapatnya dari kritik (Lewis, 1971 dalam Johnson 2005).

i. Terapis.

Menurut Bornat (1994) terapi *reminiscence* merupakan salah satu teknik terapi yang dilaksanakan oleh tenaga profesional dalam berbagai tempat (*setting*). Perawat spesialis jiwa baik tingkat magister maupun doktor merupakan salah satu tenaga profesional yang bekerja di semua tempat, dari praktik pribadi, rumah perawatan (*home health care*) sekolah,

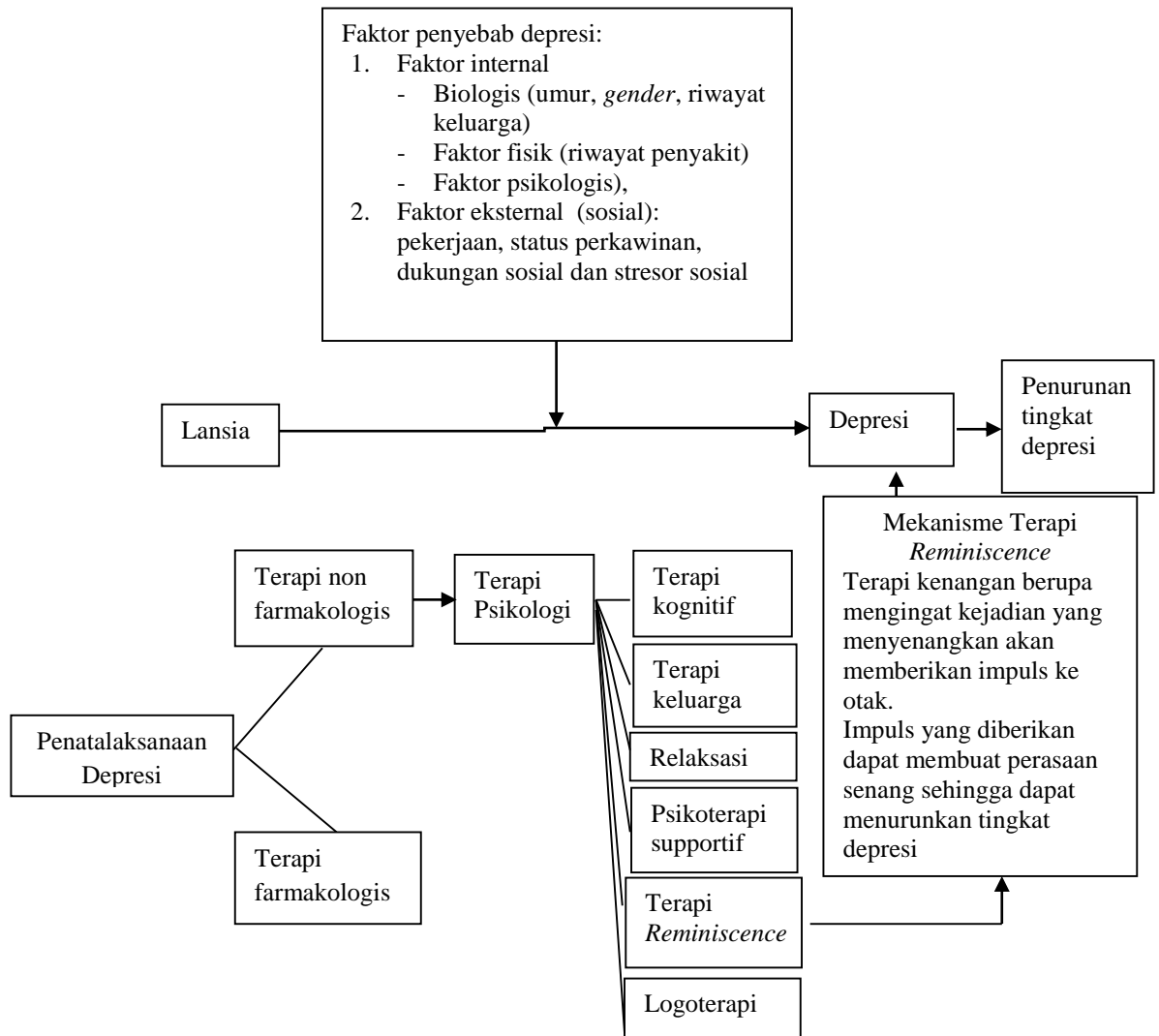
komunitas dan unit perawatan akut di rumah tahanan (Fontaine & Fletcher, 2003). Hal ini memberikan penguatan bahwa terapis yang dapat memberikan terapi *reminiscence* ini adalah bisa seorang perawat spesialis jiwa atau magister keperawatan jiwa (Syarniah, 2010).

j. Peran perawat dalam terapi *reminiscence*.

Meinner dan Lueckenotte (2006) menjelaskan bahwa terapi *reminiscence* dapat dilaksanakan secara kelompok dengan melibatkan seorang fasilitator yang memiliki latar belakang sebagai perawat profesional.

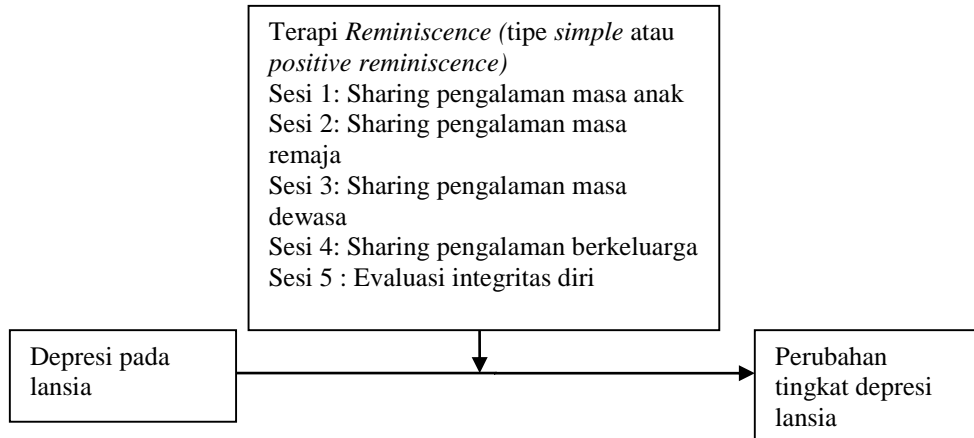
Kegiatan perawat dalam pelaksanaan terapi *reminiscence* adalah memilihkan tempat yang nyaman, menentukan waktu yang tepat, menyediakan media seperti foto atau benda lain yang patut dikenang, memotivasi dan mendengarkan lansia untuk bercerita serta berbagi pengalaman masa lalunya dengan anggota kelompok (Meinner dan Lueckenotte (2006).

## B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

: Diteliti

#### **D. Hipotesis.**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H0 = Tidak terdapat perbedaan tingkat depresi pada kelompok lansia yang diberikan terapi *reminiscence* sebelum dan sesudah diberikan terapi *reminiscence* dibandingkan dengan tingkat depresi pada kelompok lansia yang tidak diberikan terapi *reminiscence*.

H1 = Terdapat perbedaan tingkat depresi pada kelompok lansia yang diberikan terapi *reminiscence* sebelum dan sesudah diberikan terapi *reminiscence* dibandingkan dengan tingkat depresi pada kelompok lansia yang tidak diberikan terapi *reminiscence*.