

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Lanjut Usia

a. Pengertian Lanjut Usia

Menurut *World Health Organisation* (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan. Usia lanjut atau lanjut usia merupakan kelompok usia yang mengalami peningkatan paling cepat dibanding kelompok usia lainnya. Hal ini dapat dilihat dari peningkatan usia harapan hidup (UHH) penduduknya (Padila, 2013).

Lanjut usia merupakan proses dari tumbuh kembang yang akan dijalani setiap individu, yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh dalam beradaptasi dengan lingkungan (Azizah, 2011). Lanjut usia merupakan seorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih, baik secara fisik masih berkemampuan (potensial) maupun karena suatu hal tidak mampu lagi berperan secara aktif dalam pembangunan (tidak potensial). Di negara-negara maju seperti

Amerika Serikat usia lanjut sering didefinisikan mereka yang telah menjalani siklus kehidupan di atas usia 60 tahun (Hawari, 2012).

b. Batasan Lanjut Usia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2014) 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 ke atas.

Departemen Kesehatan RI memberikan batasan lansia sebagai berikut (Fatmah, 2010):

- 1) Virilitas (*prasenium*): masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun)
- 2) Usia lanjut dini (*senescen*): kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun).
- 3) Lansia beresiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif: usai diatas 65 tahun.

c. Perubahan Proses Menua

Bertambahnya usia dan faktor-faktor lingkungan yang lain, mengakibatkan terjadinya perubahan anatomi dan fisiologis dari tubuh. Perubahan tersebut dari normal menjadi homeostatis abnormal atau reaksi adaptasi yang paling akhir yaitu kematian sel (Darmojo, 2013).

Dengan makin lanjutnya usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan anatomik dan fungsional atas organ-organnya makin besar. Penurunan anatomic dan fungsi organ tersebut tidak dikaitkan dengan umur kronologik akan tetapi dengan umur biologiknya (Darmojo, 2013). Perubahan ini terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis (Maryam, 2012).

1) Perubahan fisik

Perubahan fisik yang dapat ditemukan pada lansia ada berbagai macam antara lain:

- a) Kardiovaskuler: kemampuan memompa darah menurun, elastis pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.
- b) Respirasi: elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, dan terjadi penyempitan bronkus.
- c) Persyarafan: saraf panca indra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stres.
- d) Musculoskeletal: cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), persendian membesar dan menjadi kaku.
- e) Gastrointestinal: esophagus membesar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltic menurun.

- f) Vesika urinaria: otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan retensi urine.
- g) Kulit: keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, rambut memutih (uban), dan kelenjar keringat menurun (Nugroho, 2014).

2) Perubahan sosial

Perubahan fisik yang dialami lansia seperti berkurangnya fungsi indera pendengaran, penglihatan, gerak fisik, dan sebagainya menyebabkan gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia, misalnya badannya membungkuk, pendengaran sangat berkurang, penglihatan kabur sehingga sering menimbulkan keterasingan. Keterasingan ini akan menyebabkan lansia semakin depresi, lansia akan menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain (Darmojo, 2013).

3) Perubahan psikologis

Pada lansia pada umumnya juga akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian, dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia semakin lambat. Sementara fungsi psikomotorik meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi menurun, yang berakibat lansia menjadi kurang cekatan (Nugroho, 2014).

d. Perawatan pada lansia

Usia lanjut merupakan bagian dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu. Pada usia lanjut terdapat banyak perubahan yang terjadi baik perubahan fisik, psikologis dan sosial. Dengan banyaknya perubahan yang terjadi pada lansia tersebut bukan berarti pada usia lanjut hidupnya tidak akan sukses, bahagia dan berkualitas. Pada usia lanjut juga berhak mendapat hidup yang sukses, bahagia, dan berkualitas.

2. Senam Otak

a. Pengertian Senam Otak

Dennison (2009) menyatakan otak terbagi menjadi dua, otak belahan kanan dan otak belahan kiri. Otak kanan berfungsi untuk intuitif, merasakan, bermusik, menari, kreatif, melihat keseluruhan, dan ekspresi badan. Sedangkan otak belahan kiri bertugas untuk berpikir logis dan rasional, menganalisa, bicara, berorientasi pada waktu, dan hal-hal rinci. Senam otak dengan metode latihan Edu-K atau pelatihan dan kinesis (gerakan) akan menggunakan senam otak melalui pembaharuan pola gerakan tertentu untuk membuka bagian-bagian otak yang sebelumnya tertutup atau terhambat. Dengan tertutupnya bagian-bagian otak maka dapat mengakibatkan seseorang sulit untuk belajar.

Otak manusia terdiri dari tiga dimensi dengan bagian-bagian yang saling berhubungan sebagai satu kesatuan. Otak manusia

memiliki tugas yang spesifik, di mana dalam aplikasi senam otak (*brain gym*) dipakai istilah dimensilateralitas, dimensi pemfokusan, dan dimensi pemusatan (Dennison, 2009).

b. Gerakan Senam Otak

Dennison (2009) menyatakan beberapa gerakan dasar senam otak yang dapat dilatih diantaranya adalah:

1) Gerakan Silang

Kaki dan tangan digerakkan secara berlawanan, seperti pada gerakan jalan di tempat, dapat pula dilakukan sambil menyentuhkan tiap tangan ke lutut yang berlawanan secara bergantian. Agar lebih ceria, bisa menyelaraskan gerakan dengan irama musik.

Merangsang bagian otak yang menerima informasi (*receptive*) dan bagian yang menggunakan informasi (*expressive*) sehingga memudahkan proses mempelajari hal-hal baru dan meningkatkan daya ingat.



Gambar 2.1 Gerakan Silang

2) Olengan Pinggul

Duduk di lantai, posisi tangan ke belakang, menumpu ke lantai dengan siku di tekuk. Angkat kaki sedikit lalu oleng-olengan pinggul ke kiri dan ke kanan dengan rileks. Bila tidak dapat melakukan di lantai, dapat dilakukan dengan menggunakan kursi, dengan cara berpegangan pada sisi-sisi kursi atau lengan-lengannya untuk menyangga badan sewaktu mengangkat kaki dan bergoyang.

Mengaktifkan otak untuk kemampuan belajar, melihat ke kiri dan ke kanan, kemampuan memperhatikan dan memahami. Manfaat yang lain yaitu fokus lebih baik; sikap tubuh yang lebih mengarah ke depan, mampu duduk tegak di kursi, koordinasi seluruh tubuh meningkat, peningkatan energi (mengurangi kelelahan mental).



Gambar 2.2 Olengan Pinggul

3) Pengisi Energi

Duduk nyaman di kursi, kedua lengan bawah dan dahi diletakkan di atas meja. Tangan ditempatkan di depan bahu dengan jari-jari menghadap sedikit ke dalam. Ketika menarik napas, rasakan nafas mengalir ke garis tengah seperti pancuran energi, mengangkat dahi, kemudian tengkuk, dan terakhir punggung atas. Diafragma dan dada tetap terbuka dan bahu tetap rileks.

Mengembalikan vitalitas otak setelah serangkaian aktifitas yang melelahkan, mengusir stres, meningkatkan konsentrasi dan perhatian serta meningkatkan kemampuan memahami dan berpikir rasional.



Gambar 2.3 Pengisi Energi

4) Menguap Berenergi

Menguap merupakan refleks pernafasan alami yang meningkatkan peredaran udara ke otak dan merangsang seluruh tubuh. Sebaiknya menutup mulut pada saat menguap, tetapi jangan menahannya karena akan menimbulkan ketegangan rahang. Menguap baik dalam senam otak. Menguap sambil menyentuh

tempat-tempat yang tegang di rahang menolong menyeimbangkan tulang tengkorak dan menghilangkan ketegangan di kepala dan rahang (Dennison, 2009).

Ketika seolah-olah menguap, tutup mata rapat-rapat dan pijat pipi setingkat geraham atas dan bawah. Otot yang terasa dekat geraham atas berperan membuka mulut, sedangkan pada geraham bawah berperan menutupnya. Ulangi gerakan ini tiga hingga enam kali.

Mengaktifkan otak untuk peningkatan oksigen agar otak berfungsi secara efisien dan rileks, meningkatkan perhatian dan daya penglihatan, memperbaiki komunikasi lisan dan ekspresif serta meningkatkan kemampuan untuk memilah informasi.



Gambar 2.4 Menguap Berenergi

5) Luncuran Gravitasi

Duduk di kursi dan silangkan kaki. Tundukkan badan dengan lengan ke depan bawah. Buang napas ketika turun dan ambil napas ketika naik. Ulangi tiga kali. Lakukan dengan posisi kaki berganti-ganti.

Mengaktifkan rasa keseimbangan dan koordinasi, meningkatkan kemampuan mengorganisasi dan meningkatkan energi.



Gambar 2.5 Luncuran Gravitasi

6) Tombol Imbang

Tombol imbang dengan segera menyeimbangkan ketiga dimensi: kiri-kanan, atas-bawah, dan belakang depan. Tombol imbang terletak di belakang telinga, pada sebuah lekukan di batas rambut antara tengkorak dan tengkuk (4-5 cm ke kiri dan ke kanan dari garis tengah tulang belakang) dan persis di belakang tulang mastoid (*Processus mastioideus*).

Sentuhkan dua jari ke belakang telinga, pada lekukan di belakang telinga sementara tangan satunya lagi menyentuh pusar selama ± 30 detik, lalu ganti dengan tangan yang satu untuk menyentuh Tombol Imbang yang lain, memusatkan perhatian, berkonsentrasi, kepekaan indrawi untuk keseimbangan dan kesetimbangan (*equilibrium*).



Gambar 2.6 Tombol Imbang

7) Tombol Bumi

Ujung jari salah satu tangan menyentuh bawah bibir, ujung jari lainnya di pinggir atas tulang kemaluan (± 15 cm di bawah pusar). Disentuh selama 30 detik atau 4-6 kali tarikan napas penuh. Lakukan dengan benapas dengan perlahan dan dalam serta merasakan relaksasinya.

Meningkatkan koordinasi dan konsentrasi (melihat secara vertikal dan horizontal sekaligus tanpa keliru, seperti saat membaca kolom dalam tabel), mengurangi kelelahan mental (*stres*), mengoptimalkan jenis pekerjaan seperti organisasi, perancangan seni, pembukuan.



Gambar 2.7 Tombol Bumi

8) Kait Relaks

Kait relaks menghubungkan lingkungan elektrik di tubuh, dalam kaitannya dengan pemusatan perhatian dan kekacauan energi. Pikiran dan tubuh relaks bila energy mengalir lagi dengan baik di daerah yang semula mengalami ketegangan. Pola angka 8 untuk tangan dan kaki (bagian 1) mengikuti garis aliran energi tubuh. Sentuhan ujung jari berpasangan (bagian 2) menyeimbangkan dan menghubungkan kedua bagian otak.

Pada posisi duduk, silangkan kaki kiri di atas kaki kanan, kemudian julurkan tangan ke depan, lalu silangkan pergelangan tangan kiri ke atas tangan kanan, kemudian kedua tangan saling menggenggam dan meletakkannya di dada. Pejamkan mata dan bernapas dalam dan rileks selama 1 menit, dan saat menarik napas, lidah ditempelkan ke langit-langit mulut dan lepaskan saat mengembuskan napas. Berikutnya, buka silangan kaki, dan ujung jari kedua tangan saling bersentuhan secara halus di dada atau di pangkuan, sambil mengambil napas dalam 1 menit lagi.

Meningkatkan koordinasi motorik halus dan pemikiran logis, dan pemusatan emosional. Mendengar aktif, berbicara lugas, menghadapi tes dan bekerja dengan papan ketik, pengendalian diri dan keseimbangan.



Gambar 2.8 Kait relaks

3. Depresi Pada Lanjut Usia

a. Pengertian Depresi

Depresi adalah 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 bunuh diri (Kaplan, 2010). Menurut Kaplan, depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. *Mood* adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang (Kaplan, 2010).

Menurut WHO (2014) 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.

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. Penggolongan 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.

c. 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, indisiatif 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 sekitarnya.

d. Etiologi Depresi

Kaplan (2010) menyatakan bahwa terdapat tiga faktor penyebab depresi, yaitu:

1) Faktor Biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti 5 HIAA (*5-Hidroksi indol asetic acid*), HVA (*Homovanilic acid*), MPGH (*5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol*), 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 (Kaplan, 2010).

Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti resperin dan penyakit dengan konsentrasi dopamin menurun seperti Parkinson. Kedua penyakit tersebut disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010).

Adanya disregulasi neuroendokrin. Hipotalamus merupakan pusat pengaturan aksis neuroendokrin, menerima input neuron yang mengandung neurotransmitter amin biogenik. Pada pasien depresi ditemukan adanya disregulasi neuroendokrin. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung amin biogenik.

Sebaliknya, stres kronik yang mengaktivasi aksis *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal* (HPA) dapat menimbulkan perubahan pada amin biogenik sentral. Aksis neuroendokrin yang paling sering terganggu yaitu adrenal, tiroid, dan aksis hormon pertumbuhan. Aksis HPA merupakan aksis yang paling banyak diteliti (Landefeld, 2009).

Hipersekresi *Cortisol Releasing Hormone* (CRH) merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi. Hipersekresi yang terjadi diduga akibat adanya efek pada sistem umpan balik kortisol di sistem limbik atau adanya kelainan pada sistem monoaminogenik dan neuromodulator yang mengatur CRH (Kaplan, 2010). Sekresi CRH dipengaruhi oleh emosi. Emosi seperti perasaan takut dan marah berhubungan dengan *Paraventricular nucleus* (PVN), yang merupakan organ utama pada sistem endokrin dan fungsinya diatur oleh sistem limbik. Emosi mempengaruhi CRH di PVN, yang menyebabkan peningkatan sekresi CRH (Landefeld, 2009).

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 (Kaplan, 2010).

3) Faktor psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 2010). Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif, dan dukungan sosial (Kaplan, 2010).

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 peranan terbatas dalam onset depresi. Stresor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2010). Stresor psikososial yang bersifat akut, seperti kehilangan orang yang dicintai, atau stresor kronis misalnya kekurangan finansial yang berlangsung lama, kesulitan hubungan interpersonal, ancaman keamanan dapat menimbulkan depresi (Hardywinoto, 2009).

Dari faktor kepribadian, beberapa ciri kepribadian tertentu yang terdapat pada individu, seperti kepribadian dependen, anankastik, histrionik, diduga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya depresi, sedangkan kepribadian antisosial dan paranoid mempunyai resiko yang rendah (Kaplan, 2010).

e. Gambaran Klinis Depresi

PPDGJ III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa), menyatakan bahwa seseorang menderita gangguan depresi ditandai dengan adanya kehilangan minat dan kegembiraan, serta berkurangnya energi yang menyebabkan seseorang tersebut mudah merasa lelah meskipun hanya bekerja ringan. Gejala lain yang sering muncul antara lain:

- 1) Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- 2) Harga diri dan kepercayaan berkurang.
- 3) Gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna.
- 4) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis.
- 5) Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri.
- 6) Tidur terganggu
- 7) Nafsu makan berkurang.

Menurut Lumbantobing (2009), gejala-gejala depresi meliputi hal berikut:

- 1) Gangguan tidur atau insomnia.
- 2) Keluhan somatik berupa nyeri kepala, *dizzi* (pusing), rasa nyeri, pandangan kabur, gangguan saluran cerna, gangguan nafsu makan (meningkat atau menurun), konstipasi, dan perubahan berat badan (menurun atau bertambah).
- 3) Gangguan psikomotor berupa aktivitas tubuh meningkat (agitasi atau hiperaktivitas) atau menurun, aktivitas mental meningkat atau

menurun, tidak mengacuhkan kejadian di sekitarnya, fungsi seksual berubah (mencakup libido menurun), variasi diurnal dari suasana hati.

- 4) Gangguan psikologis berupa suasana hati (*disforik*, rasa tidak bahagia, letupan menangis), kognisi yang negatif, gampang tersinggung, marah, frustrasi, toleransi rendah, emosi meledak, menarik diri dari kegiatan sosial, kehilangan kenikmatan dan perhatian terhadap kegiatan yang biasa dilakukan, banyak memikirkan kematian dan bunuh diri, perasaan negatif terhadap diri sendiri, persahabatan, serta hubungan sosial.

f. Penatalaksanaan Depresi pada Lansia

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.*, 2014).

Menurut Fatmah (2014) termasuk terapi fisik adalah senam lansia yang merupakan olahraga ringan yang mudah dilakukan dan

tidak memberatkan, yang dapat diterapkan pada lansia. Senam lansia bentuk gerakannya tidak *aerobic high impact* tetapi bersifat *aerobic low impact*. Jika menggunakan musik tidak menghentak namun lambat dan meneduh dan hanya mempunyai gerakan yang ringan tanpa melompat dengan satu kaki di lantai, sehingga aman dan tidak menimbulkan cedera.

2) Terapi Psikologi

Menurut Maramis (2014), terapi psikologik yang dapat diterapkan pada lansia yang menderita depresi terdiri dari:

a) Psikoterapi Suportif

Memberikan 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 (Soejono, *et al.*, 2014).

Menurut Soejono, *et al.*, (2014) 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)*

g. *Alat Ukur Depresi dan Tingkat Depresi*

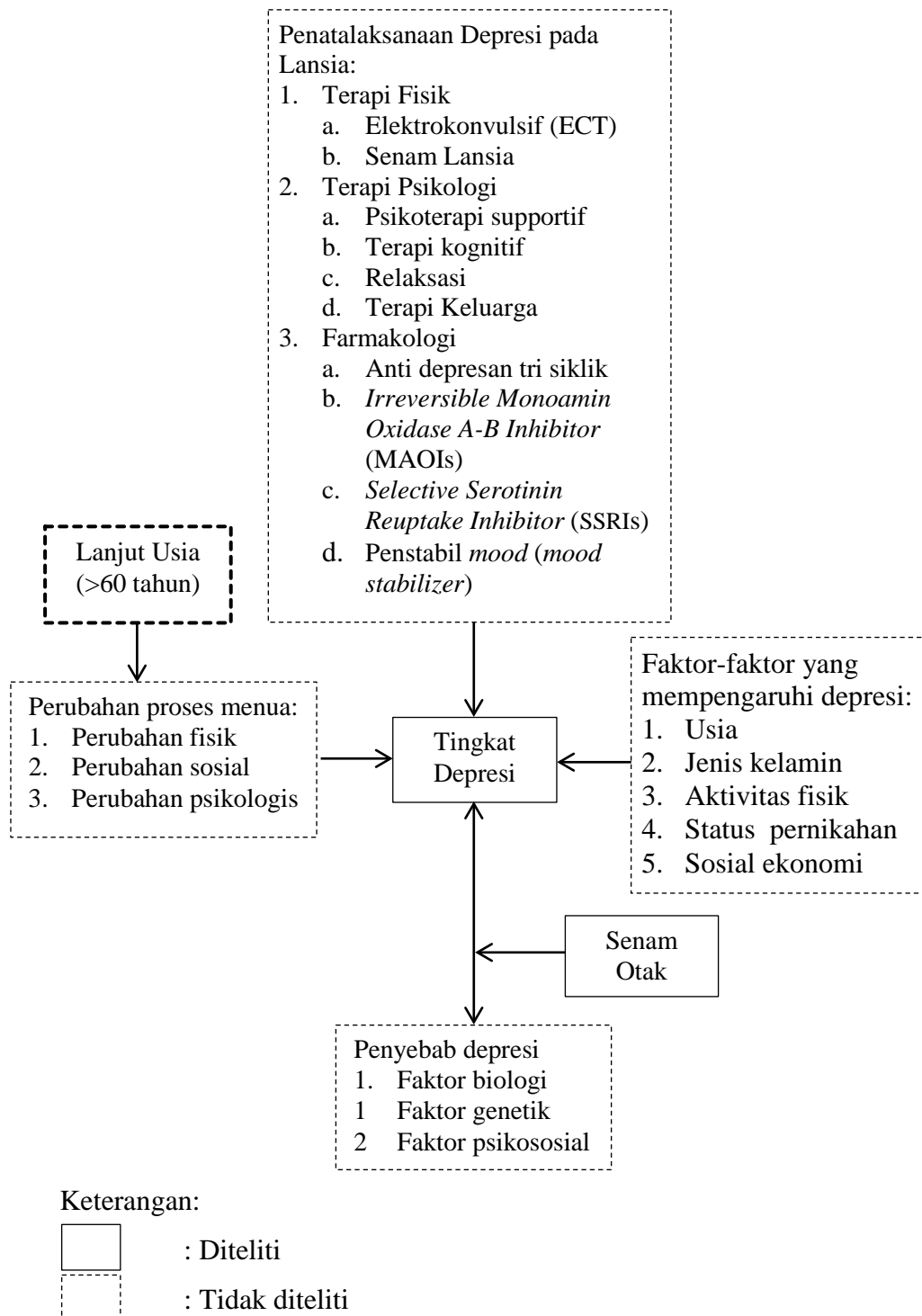
Menurut Maryam (2010), penilaian depresi dilakukan dengan menggunakan kuesioner Skala *Depression Geriatric Yesavage*. Alat ini diperkenalkan oleh Yesavage pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada lanjut usia, dan memiliki keunggulan mudah digunakan dan tidak memerlukan keterampilan khusus dari pengguna. Instrumen GDS (*Geriatric Depression Scale*) ini memiliki *sensitivitas* 84% dan *specificity* 95 %. Test reliabilitas alat ini *correlates significantly* of 0,85 (Burns, 1999 dalam Maryam, 2012).

Kuesioner GDS dari Yesavage ini terdiri dari 30 poin pertanyaan dibuat sebagai alat penapisan depresi pada lansia. Format GDS menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan menjawab “ya” atau “tidak” setiap pertanyaan, yang memerlukan waktu sekitar 5-10 menit untuk menyelesaikannya. Kuesioner GDS merupakan alat psikomotorik dan tidak mencakup hal-hal somatik yang tidak berhubungan dengan pengukuran *mood* lainnya.

Berdasarkan spesifikasi kuesioner GDS Yesavage maka kategori penilaian depresi pada lansia dapat dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Normal = Skor 0-5
- 2) Depresi Ringan = Skor 6-10
- 3) Depresi Sedang = 11-15
- 4) Depresi Berat = Skor 16-30 (Sumber: Maryam, 2012)

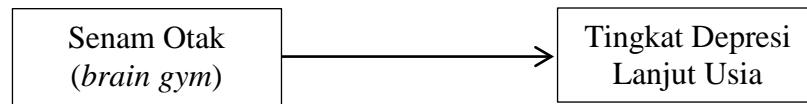
B. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber: Dennison (2009), Kaplan (2010), Kaplan dan Saddock (2012), Maryam (2012), Darmojo (2013) Nugroho (2014)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2
Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Penulis mengajukan hipotesis penelitian yaitu:

- Ho : Tidak ada pengaruh senam otak terhadap tingkat depresi lanjut usia di
Kampung Kraton Ulo Jajar Laweyan Surakarta
- Ha : Ada pengaruh senam otak terhadap tingkat depresi lanjut usia di
Kampung Kraton Ulo Jajar Laweyan Surakarta