

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Senam Lansia

a. Pengertian Senam Lansia

Senam lansia adalah olahraga ringan dan mudah dilakukan, tidak memberatkan yang diterapkan pada lansia. Aktifitas olahraga ini akan membantu tubuh agar tetap bugar dan tetap segar karena melatih tulang tetap kuat, mendorong jantung bekerja optimal dan membantu menghilangkan radikal bebas yang berkeliaran di dalam tubuh. Jadi senam lansia adalah serangkaian gerak nada yang teratur dan terarah serta terencana yang diikuti oleh orang lanjut usia yang dilakukan dengan maksud meningkatkan kemampuan fungsional raga untuk mencapai tujuan tersebut (Suroto, 2011).

Senam lansia merupakan serangkaian gerak nada yang teratur dan terarah serta terencana yang diikuti oleh orang lanjut usia yang dilakukan dengan maksud meningkatkan kemampuan fungsional raga. Senam lansia ini dirancang secara khusus untuk melatih bagian-bagian tubuh serta pinggang, kaki serta tangan agar mendapatkan peregangan bagi para lansia, namun dengan gerakan yang tidak berlebihan. Senam lansia dapat menjadi program kegiatan olahraga rutin yang dapat dilakukan di posyandu lansia atau di rumah dalam lingkungan

masyarakat. Senam lansia dilakukan dengan senang hati untuk memperoleh hasil latihan yang lebih baik yaitu kebugaran tubuh dan kebugaran mental seperti lansia merasa berbahagia, senantiasa bergembira, bisa tidur lebih nyenyak, pikiran tetap segar (Setiawan, 2012).

b. Tujuan Senam Lansia

Senam lansia akan membantu tubuh tetap bugar dan segar karena melatih tulang tetap kuat, mendorong jantung bekerja optimal, dan membantu menghilangkan radikal bebas yang berkeliaran di dalam tubuh. Dapat dikatakan bugar, atau dengan perkataan lain mempunyai kesegaran jasmani yang baik bila jantung dan peredaran darah baik sehingga tubuh seluruhnya dapat menjalankan fungsinya dalam waktu yang cukup lama (Setiawan, 2012).

Olahraga dengan teratur seperti senam lansia dapat mencegah atau memperlambat kehilangan fungsional organ. Bahkan dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa latihan atau olahraga seperti senam lansia dapat mengurangi berbagai resiko penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit arteri koroner dan kecelakaan. Semua senam dan aktifitas olahraga ringan sangat bermanfaat untuk menghambat proses degeneratif. Senam ini sangat dianjurkan untuk mereka yang memasuki usia pralansia (45 tahun) dan usia lansia (65 tahun ke atas) (Sumosardjuno, 2012).

c. Manfaat Senam Lansia

Senam lansia akan membantu tubuh tetap bugar dan segar karena melatih tulang tetap kuat, mendorong jantung bekerja optimal, dan membantu menghilangkan radikal bebas yang berkeliaran di dalam tubuh. Dapat dikatakan bugar, atau dengan perkataan lain mempunyai kesegaran jasmani yang baik bila jantung dan peredaran darah baik sehingga tubuh seluruhnya dapat menjalankan fungsinya dalam waktu yang cukup lama (Setiawan, 2012).

Olahraga dengan teratur seperti senam lansia dapat mencegah atau memperlambat kehilangan fungsional organ. Bahkan dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa latihan atau olahraga seperti senam lansia dapat mengurangi berbagai resiko penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit arteri koroner dan kecelakaan. Semua senam dan aktifitas olahraga ringan sangat bermanfaat untuk menghambat proses degeneratif. Senam ini sangat dianjurkan untuk mereka yang memasuki usia pralansia (45 tahun) dan usia lansia (65 tahun ke atas) (Sumosardjuno, 2010).

d. Langkah-langkah Senam Lansia

Menurut Suhardjo (2012) terdapat tiga langkah senam lansia, yaitu pemanasan, inti dan pendinginan. Adapun langkah-langkah senam lansia meliputi:

1) Pemanasan (*warming up*)

Gerakan umum, yang melibatkan otot dan sendi, dilakukan secara lambat dan hati-hati. Pemanasan dilakukan bersama dengan peregangan lamanya kira-kira 5-10 menit. Pada 5 menit terakhir pemanasan dilakukan lebih cepat, pemanasan dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi cedera dan mempersiapkan sel-sel tubuh agar dapat turut serta dalam proses metabolisme yang meningkat.

2) Gerakan Inti

Gerakan inti senam lansia dilakukan 10-20 menit, gerakannya meliputi:

a) Gerakan 1

- (1) Jalan di tempat sambil mengatur napas
- (2) Kaki bergantian ke depan dan tangan diangkat setinggi bahu
- (3) Melangkah kesamping dua langkah, posisi tangan seperti mendorong

b) Gerakan 2

- (1) Jalan di tempat sambil mengatur napas
- (2) Maju dengan mengangkat lutut sejajar paha dan kedua siku diayun didepan dada
- (3) Melangkah ke samping satu langkah dan tangan didorong ke atas dengan mengepal

c) Gerakan 3

- (1) Jalan di tempat sambil mengatur napas
- (2) Mengangkat lutut serong dan siku seolah-olah menyentuh lutut
- (3) Mengangkat kaki ke depan dan mengangkat tangan ke pinggang

d) Gerakan 4

- (1) Jalan di tempat sambil mengatur napas
- (2) Kaki maju dan mundur 2 langkah dan tangan mengepal diluruskan ke depan
- (3) Kaki dibuka jinjit ke samping dan tangan bertepuk dan dibuka

e) Gerakan 5

- (1) Jalan di tempat sambil mengatur napas.
- (2) Melangkah ke samping 2 langkah sambil merentangkan lengan sejajar bahu
- (3) Menghadap ke samping, ujung kaki dibuka-tutup sambil tangan didorong ke atas

f) Gerakan 6

- (1) Jalan di tempat sambil mengatur napas
- (2) Mengayun tangan di atas sampai sejajar bahu
- (3) Mengayun tangan di bawah sampai sejajar bahu
- (4) Bertepuk tangan

Ulangi latihan di atas selama 4 set

3) Pendinginan (*Cooling Down*)

Pendinginan (*cooling down*), dilakukan secara aktif artinya, setelah latihan inti perlu gerakan umum yang ringan sampai suhu tubuh kembali normal yang ditandai dengan pulihnya denyut nadi dan terhentinya keringat. Pendinginan dilakukan seperti pada pemanasan yaitu selama 5-10 menit.

2. Lansia

a. Pengertian Lansia

Lansia 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).

Aging proses merupakan suatu periode menarik diri yang tak terhindarkan dengan karakteristik menurunnya interaksi antara lansia dengan orang lain di sekitarnya. Individu diberi kesempatan untuk mempersiapkan dirinya menghadapi ketidakmampuan dan bahkan kematian. Dengan begitu manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan menumpuk makin banyak distorsi metabolik dan struktural yang disebut sebagai penyakit degeneratif seperti, hipertensi, aterosklerosis, diabetes militus dan

kanker yang akan menyebabkan kita menghadapi akhir hidup dengan episode terminal yang dramatik seperti stroke, infark miokard, koma asidosis, metastasis kanker dan sebagainya (Darmojo, 2013).

b. Batasan Lansia

Proses penuaan (*aging*) adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahapan-tahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap berbagai serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian misalnya pada sistem kardiovaskuler dan pembuluh darah, pernafasan, pencernaan, endokrin dan lain sebagainya. Hal tersebut disebabkan seiring meningkatnya usia sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ (Fatmah, 2010).

Menurut Hurlock (2011), masa lansia dimulai dari umur enam puluh tahun (60 tahun) sampai meninggal dunia yang ditandai dengan adanya berbagai perubahan yang bersifat fisik dan psikologis serta semakin menunjukkan penurunan dalam setiap perubahan fisik maupun psikis.

c. Penggolongan Lansia

Penggolongan lansia menurut Depkes, RI (2016) dikelompokkan menjadi tiga kelompok yakni:

- 1) Kelompok lansia dini (55 –65 tahun), merupakan kelompok yang baru memasuki lansia.

- 2) Kelompok lansia (65 tahun ke atas).
- 3) Kelompok lansia resiko tinggi, yaitu yang berusia lebih dari 70 tahun.

Pada penelitian ini, usia lansia yang dipakai mengacu pada pendapat Hurlock (2011) yaitu usia diatas 60 tahun. Pada usia 60 tahun keatas biasanya semua lansia sudah memasuki masa pensiun sehingga ciri-ciri individu yang akan dijadikan sampel hampir sama.

d. Perubahan Proses Menua

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas dan kerusakan yang diderita (Darmojo, 2013).

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 anatomic 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.

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) Gastroetensial: 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, 2011).

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, 2011).

3. Depresi Pada Lansia

a. Definisi Depresi

Depresi adalah gangguan *mood* di mana seseorang merasa tidak bahagia, tidak bersemangat, memandang rendah diri sendiri, dan

merasa sangat bosan. Individu merasa selalu tidak enak badan, gampang kehilangan stamina, selera makan yang buruk, tidak bersemangat, dan tidak memiliki motivasi (Santrock, 2010).

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).

Depresi dalam penggunaan istilah sehari-hari biasanya dikaitkan dengan perasaan sedih, murung, putus asa, merana dan tidak bahagia. Depresi dapat juga berupa sekumpulan gejala atau sindroma (disertai perubahan kognitif, psikomotor dan vegetatif) atau merupakan kesatuan penyakit (dengan gambaran klinis yang khas, dasar riwayatnya dan hubungan dengan keadaan biologisnya) (Soetjiningsih, 2016).

b. 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 (*Homo Vanilic 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 mengaktifasi 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.

Hipersekresi *Cortisol Releasing Hormone* (CRH) merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi.

Hipersekresi yang terjadi diduga akibat adanya defek pada system 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.

2) Faktor genetik

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko diantara 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).

c. Gejala dan Tanda Depresi

Perlu ditekankan bahwa dalam psikiatri dan dalam ilmu kedokteran secara umum terdapat perbedaan formal antara gejala dan tanda. Gejala merupakan pengalaman sedangkan tanda merupakan indikasi objektif. Dalam praktek, kadang-kadang perbedaan antara gejala dan tanda itu tidak jelas, terutama dalam kasus masalah-masalah

emosional. Akibatnya perbedaan tersebut secara khusus tidak ditekankan. Namun demikian, penting sekali mempunyai latar belakang pengetahuan mengenai perbedaan diantara keduanya.

Menurut Rebecca, dkk (dalam Kewell, 2016), gejala dan tanda depresi adalah:

- 1) Dipenuhi oleh pikiran negatif, khususnya pada pagi hari.
- 2) Merasa memiliki masa depan suram.
- 3) Merasa tidak tenang dan mudah terganggu.
- 4) Tidur tidak tenang, terlalu sering bermimpi.
- 5) Kelelahan.
- 6) Pola makan tidak normal yang mengarah ke bertambah atau berkurangnya berat badan.
- 7) Menjadi sangat perasa dan sering menangis.
- 8) Sulit berkonsentrasi, mengambil keputusan, dan mengingat sesuatu.
- 9) Motivasi rendah.
- 10) Hilangnya keinginan melakukan hal yang biasanya disukai.
- 11) Rasa bersalah dan tidak berharga.
- 12) Gelisah gejala jiwa dan fisik sebagai antisipasi terhadap bahaya yang nyata atau hanya dalam bayangan.
- 13) Merasa tidak mampu atau tidak berdaya.
- 14) Merasa suasana hati tidak akan pulih kembali
- 15) Rasa sakit dan nyeri fisik tanpa penyebab yang jelas.

16) Rasa ingin mencelakakan diri sendir, rasa ingin atau berusaha bunuh diri.

Penderita depresi biasanya menunjukkan disforia atau anhedonia, yaitu kebingungan perhatian atau kehilangan rasa senang dalam hal-hal yang secara normal menyenangkan. Suasana hatinya sedih, susah, murung, cemas, atau tertekan, sehingga kehilangan minat atau gairah dalam berbagai aktivitas. Pikiran mengenai dirinya, keadaannya masa kini ataupun keadaan masa depan sering bersifat negatif.

d. 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:

- 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) Gejala biasanya lebih buruk di pagi hari.
- 5) 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.

e. Klasifikasi dan Diagnosis Gangguan Depresi

- 1) Gangguan depresi mayor

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, suatu

episode depresi mayor ditandai dengan munculnya lima atau lebih gejala dibawah ini selama suatu periode 2 minggu:

- a) *Mood* yang depresi hampir sepanjang hari dan hampir setiap hari
 - b) Penurunan kesenangan atau minat secara drastis dalam semua atau hampir semua aktivitas
 - c) Kehilangan berat badan atau penambahan berat badan yang signifikan atau suatu penambahan atau penurunan selera makan
 - d) Mengalami insomnia atau hypersomnia
 - e) *Agitasi* yang berlebihan atau melambatnya respon gerakan hampir setiap hari
 - f) Perasaan lelah atau kehilangan energi setiap hari
 - g) Berkurangnya kemampuan untuk berkonsentrasi
- 2) Gangguan distimik

Perbedaan utama antara gangguan distimik dengan gangguan depresi mayor adalah bahwa gangguan distimik adalah depresi kronis yang memiliki gejala yang lebih ringan. Keparahan dari depresi kronis ini berfluktuasi. Banyak penderita gangguan distimik yang juga mengalami gangguan depresi mayor (Baldwin, 2012).

Gangguan distimik tampaknya disebabkan oleh perkembangan kronis yang seringkali bermula pada masa kanak-kanak atau masa remaja. Orang dengan gangguan distimik

merasakan keterpurukan sepanjang waktu, namun mereka tidak mengalami depresi yang sangat parah seperti yang dialami oleh orang dengan gangguan depresi mayor. Meskipun gangguan distimik lebih ringan daripada gangguan depresi mayor, *mood* tertekan dan *self esteem* rendah yang terus-menerus dapat mempengaruhi fungsi pekerjaan dan social orang tersebut (Nevid, 2015).

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 (2010) 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 mendayu 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:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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 Oxidase A-B Inhibitor* (MAOIs)
- c) *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRIs)
- d) Penstabil Mood (*Mood Stabilizer*)

g. Faktor Penyebab Depresi pada Lansia

Menurut Nevid (2015) Faktor-faktor yang meningkatkan resiko seseorang untuk terjadi depresi meliputi:

1) Usia

Depresi mampu menjadi kronis apabila depresi muncul untuk pertama kalinya pada usia 60 tahun keatas. Berdasarkan hasil studi pasien lanjut usia yang mengalami depresi diikuti selama 6 tahun, kira-kira 80% tidak sembuh namun terus mengalami depresi atau mengalami depresi pasang surut.

2) Status Sosio Ekonomi

Orang dengan taraf sosioekonomi yang lebih rendah memiliki resiko yang lebih rendah memiliki resiko yang lebih besar dibanding mereka dengan taraf yang lebih baik.

3) Status Pernikahan

Berlangsungnya pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki-laki dan perempuan. Pernikahan tak hanya melegalkan hubungan asmara antara laki-laki dan perempuan, karena ikatan suami-istri ini juga dipercaya dapat mengurangi risiko mengalami depresi dan kecemasan. Namun, bagi pasangan suami istri yang gagal membina hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena meninggal, justru akan memicu terjadinya depresi.

Hasil penelitian para ilmuwan di New Zealand's University of Otago baru-baru ini. Studi yang dipimpin oleh Kate Scott ini meneliti 34.493 orang yang tersebar di 15 negara. Dalam studi itu diketahui bahwa berakhirnya hubungan suami istri karena perceraian atau kematian dapat meningkatkan risiko mengalami gangguan kesehatan mental. Dari sini terlihat bahwa fakta yang juga sesuai dengan hasil survei dari *World Mental Health* (WMH) itu menjelaskan bahwa kesehatan mental amat dipengaruhi oleh sebuah perkawinan.

Bisa juga tergambar bagaimana kondisi kesehatan mental bagi seseorang yang tidak pernah menikah dibandingkan dengan mereka yang mengakhiri pernikahan. Scott mengatakan dalam studi itu diketahui bahwa menikah memberikan dampak lebih baik ketimbang tidak menikah bagi kesehatan jiwa untuk semua gender.

4) Jenis kelamin

Estrogen dan progesterone telah ditunjukkan untuk mempengaruhi neurotransmitter, neuroendokrin dan sistem sirkadian yang telah terlibat dalam gangguan suasana perasaan. Fakta bahwa perempuan sering mengalami gangguan suasana hati yang berhubungan dengan siklus menstruasi mereka, seperti gangguan pramenstruasi dysphoric, juga menunjukkan hubungan antara hormon seks wanita dan suasana perasaan. Selain itu,

fluktuasi hormon yang berhubungan dengan kelahiran adalah pemicu umum bagi gangguan suasana perasaan.

Meski menopause adalah saat ketika seorang wanita risiko depresi berkurang, perimenopausal periode adalah masa peningkatan resiko bagi orang-orang dengan riwayat depresi besar. Hormon lain faktor yang dapat menyebabkan risiko wanita untuk depresi adalah perbedaan jenis kelamin berhubungan dengan *hypothalamic-hipofisis-adrenal* (HPA) axis dan untuk tiroid berfungsi. Dengan demikian wanita memiliki kecenderungan hampir dua kali lipat lebih besar dari pada pria untuk mengalami depresi. Meski terdapat perbedaan gender pada prevalensinya, wacana depresi adalah sama untuk keduanya. Pria dan wanita untuk gangguan tersebut tidak berbeda secara signifikan dalam hal kecenderungan untuk kambuh kembali, frekuensi kambuh, keparahan/durasi kambuh atau jarak waktu untuk kambuh yang pertama kalinya (Nevid, 2015).

h. Alat Ukur Depresi dan Tingkat Depresi

Menurut Maryam (2008), 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. Instrument GDS ini

memiliki *sensitivitas* 84% dan *specificity* 95 %. Test reliabilitas alat ini *correlates significantly* of 0,85 (Burns, 1999 dalam Maryam, 2008).

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. Spesifikasi rancangan pernyataan perasaan (*mood*) depresi seperti tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1
Spesifikasi Rancangan Kuesioner GDS Yesavage

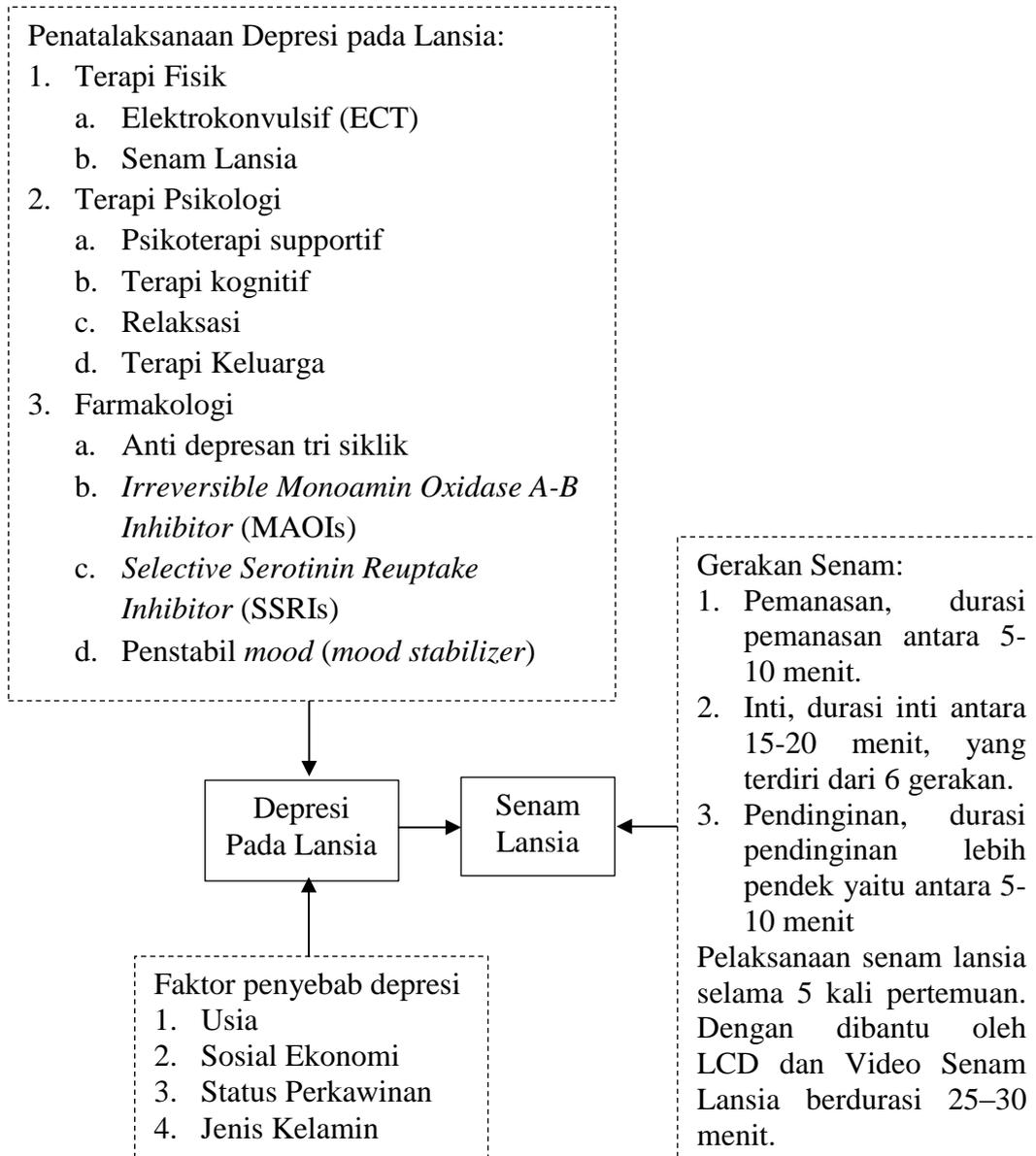
Parameter	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>
Minat beraktivitas	2, 12, 20, 28	27
Perasaan sedih	16, 25	9, 15, 19
Perasaan sepi dan bosan	3, 4	
Perasaan tidak berdaya	10, 17, 24	
Perasaan Bersalah	6, 8, 11, 18, 23	1
Perhatian/konsentrasi	14, 26, 30	29
Harapan akan masa depan	13, 22	5, 7, 21

Sumber: Maryam (2008)

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

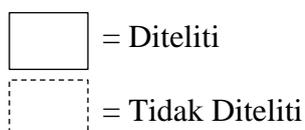
- 1) Normal = Skor 0-5
- 2) Depresi Ringan = Skor 6-10
- 3) Depresi Sedang = 11-15
- 4) Depresi Berat = Skor 16-30 (Sumber: Maryam, 2008).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori

Keterangan:



Sumber: Kaplan (2010), Santrock (2010), Hurlock (2011), Nevid (2015)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2
Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep di atas maka penulis mengajukan hipotesis penelitian sebagai berikut: “Ada pengaruh senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi lansia di Panti Wredha 'Aisyiyah Sumber Surakarta”.