



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN SENAM
LATIH OTAK TERHADAP TINGKAT DEPRESI
DENGAN HARGA DIRI RENDAH PADA KLIEN
LANSIA DI PANTI TRESNA WREDA BAKTI
YUSWA NATAR LAMPUNG**

TESIS

**ANTON SURYA PRASETYA
NPM. 0806445981**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN SENAM
LATIH OTAK TERHADAP TINGKAT DEPRESI
DENGAN HARGA DIRI RENDAH PADA KLIEN
LANSIA DI PANTI TRESNA WREDA BAKTI
YUSWA NATAR LAMPUNG**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Jiwa

**ANTON SURYA PRASETYA
NPM. 0806445981**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**



**Nama : Anton Surya Prasetya
NPM : 0806445981
Tanda Tangan :
Tanggal : 30 Juni 2010**

Universitas Indonesia

KATA PENGANTAR

Atas berkat Rahmat Allah SWT, penulis mengucapkan syukur Alhamdulillah karena telah menyelesaikan tesis ini dengan judul ” **PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN SENAM LATIH OTAK TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA KLIEN LANSIA**”. Dalam penyusunan laporan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak untuk itu penulis mengucapkan banyak terima kasih yang tak terhingga.

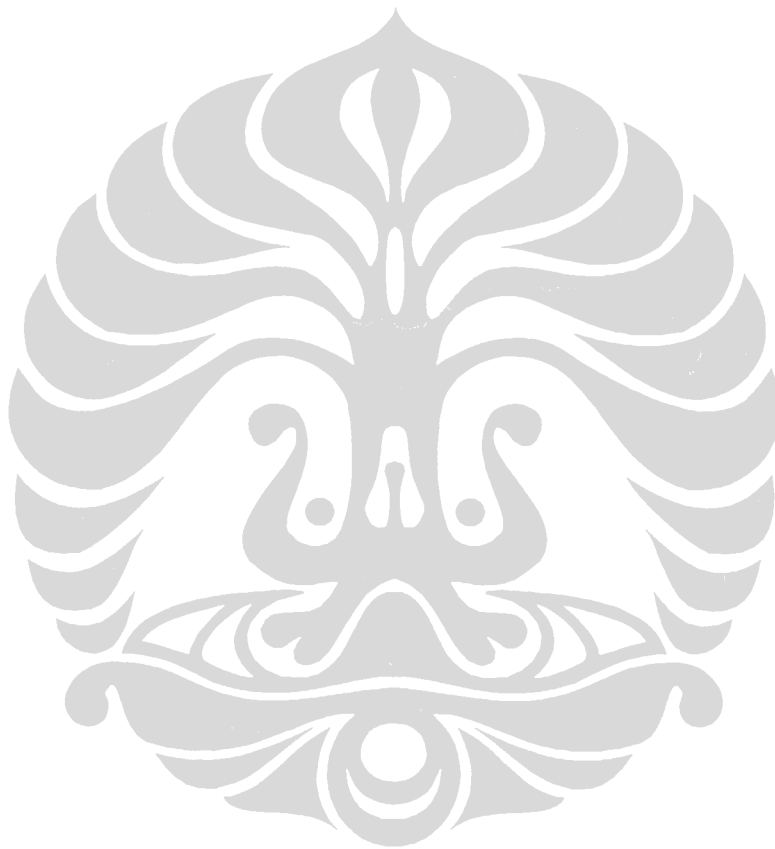
Penulis mengucapkan banyak terimakasih sehingga laporan penelitian ini dapat terselesaikan, terutama kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawati, M.A.,Ph.D.,selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetty,S.Kp.,M.App.,Sc. selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof. Achir Yani S.Hamid, DnSc, selaku Pembimbing I yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan laporan tesis ini.
4. Herni Susanti, S.Kp.,MN. selaku Pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan laporan penelitian ini.
5. Ketua dan seluruh staf Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung yang telah memfasilitasi dalam proses pelaksanaan penelitian ini.
6. Seluruh klien lansia yang telah berpartisipasi sehingga terselesaikannya proses penelitian ini.
7. Seluruh staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan laporan penelitian ini.
8. Seluruh keluarga terutama istri dan anak-anak tercinta (Habib dan Hanin) yang telah memberikan motivasi dan dukungan
9. Rekan-rekan seangkatan tahun 2008 Kekhususan Spesialis Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dukungan terbaik.

Semoga Allah SWT memberikan balasan akan semua kebaikan yang telah penulis terima dan semoga laporan tesis ini dapat dipergunakan untuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Depok, Juni 2010

Anton Surya Prasetya



Universitas Indonesia

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Anton Surya Prasetya

NPM : 0806445981

Program Studi : Pasca Sarjana

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Pengaruh Terapi Kognitif dan Senam latih Otak terhadap tingkat atau kondisi klien lansia depresi di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 28 Juni 2010
Yang menyatakan

(Anton Surya Prasetya)

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif dan senam otak terhadap tingkat depresi lansia di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung. Metode penelitian *quasi experiment*, desain *pre-post test design with control group*. Sampel penelitian secara purposive sampling berjumlah 56 responden, terdiri 28 responden kelompok intervensi dan 28 responden kelompok kontrol. Instrumen penelitian untuk mengetahui tingkat depresi menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale* yang berjumlah 15 pertanyaan. Hasil penelitian didapatkan tingkat depresi menurun lebih bermakna pada kelompok intervensi yang mendapatkan terapi kognitif dan senam otak dibanding kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi kognitif yaitu selisih 1,18 poin (p value < 0,005). Rekomendasi : terapi kognitif dan senam latih otak menjadi bagian program lansia di puskesmas dan panti serta menjadi acuan untuk dilaksanakan penelitian lain di area yang berbeda atau dengan modifikasi terapi yang berbeda.

Kata kunci: depresi, lansia, terapi kognitif, senam otak, tingkat atau kondisi depresi

ABSTRACT

The purpose of this study to determine the effect of cognitive therapy and brain exercising for the level or condition of depression of the elderly people in Tresna Wredha Bhakti Yuswa Nursing Home, Natar, Lampung. The research method was *quasi experiment* by using *pre-post test design with control group*. The research sample was obtained by purposive sampling of 56 respondents, consist of 28 respondents to the intervention group and 28 respondents to the control group. The Research instrument that used to determine the level of depression was Geriatric Depression Scale questionnaire that included 15 questions. The result of the research showed that the level of depression was decreased, and it happened significantly in the intervention group who received cognitive therapy and brain exercising than the control group who only got cognitive therapy, with 1.18 points as the differences (p value < 0.005).

Keywords : depression, elderly people, cognitive therapy, brain exercising, level or condition of depression.

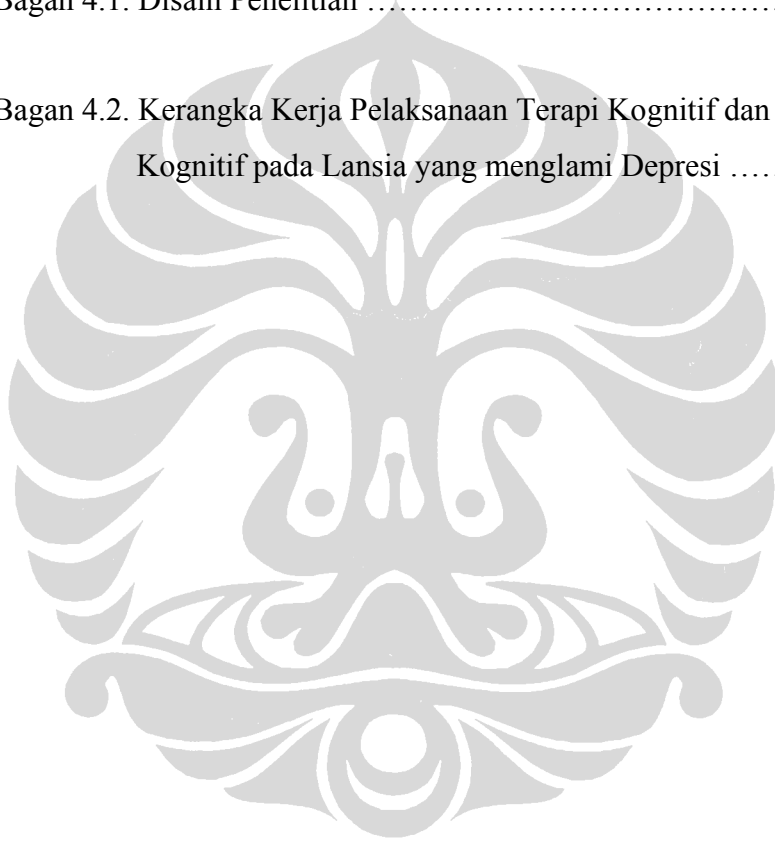
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Konsep Lansia.....	11
2.2 Konsep Depresi pada Lansia.....	14
2.3 Konsep Terapi Kognitif.....	29
2.4 Konsep Senam Latih Otak (<i>Brain Gym</i>).....	34
2.5 Model Adaptasi Roy dan Penerapannya.....	40
2.6 Kerangka Teori.....	45
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	47
3.1 Kerangka Konsep.....	47
3.2 Hipotesis.....	51
3.3 Definisi Operasional.....	51
BAB IV METODE PENELITIAN.....	54
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	54
4.2 Populasi dan sampel.....	55
4.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	58
4.4 Waktu dan Tempat Penelitian.....	58
4.5 Etika Penelitian.....	59
4.6 Instrumen Penelitian dan Uji Coba instrumen.....	61
4.7 Prosedur Pelaksanaan Penelitian.....	63
4.8 Teknik Pengolahan dan Analisa Data.....	67

BAB V HASIL PENELITIAN	
5.1 Proses Pelaksanaan penelitian	74
5.2 Karakteristik lansia yang Depresi dengan HDR.....	75
5.3 Kesetaraan Karakteristik Lansia depresi dengan HDR pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	77
5.4 Tingkat atau Kondisi Depresi lansia dengan HDR	80
5.5 Faktor yg berkontribusi terhadap Kondisi Depresi Lansia dengan HDR	84
BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Kondisi Depresi Lansia dengan HDR.....	88
6.1.1 Kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah <i>sebelum</i> Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (Kelompok Intervensi) dan terapi Kognitif (Kelompok kontrol) diberikan.....	88
6.1.2 Perubahan kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah <i>setelah</i> mendapatkan Terapi Kognitif.....	90
6.2 Pengaruh Senam Latih Otak terhadap Kondisi Depresi Lansia dengan harga diri rendah.....	92
6.2.1 Perubahan kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah <i>setelah</i> mendapatkan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak.....	93
6.3 Faktor yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi Lansia dengan Harga Diri Rendah.....	94
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	106
7.2 Saran.....	107
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Kerangka Teori Penelitian	46
Bagan 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	50
Bagan 4.1. Disain Penelitian	54
Bagan 4.2. Kerangka Kerja Pelaksanaan Terapi Kognitif dan Pelatihan Kognitif pada Lansia yang mengalami Depresi	64



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional dan variable Penelitian	52
Tabel 4.1. Analisa Bivariat Variabel Penelitian	70
Tabel 5.1 Analisis Usia dan Lama sakit fisik lansia depresi dengan HDR pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	74
Tabel 5.2 Distribusi Frekwensi Lansia depresi dengan HDR menurut Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, dan Status Perkawinan..	75
Tabel 5.3 Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Lama sakit fisik pada Lansia dengan HDR.....	76
Tabel 5.4 Analisis Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, dan Status Perkawinan lansia depresi dengan HDR.	77
Tabel 5.5 Analisis Kondisi Depresi Lansia dengan HDR Sebelum dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (kelompok intervensi) dan Terapi Kognitif (kelompok kontrol).....	78
Tabel 5.6 Analisis Kesetaraan Kondisi Depresi Lansia dengan HDR Sebelum dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (kelompok intervensi) dan Terapi Kognitif (kelompok kontrol).....	79
Tabel 5.7 Analisis Perubahan Kondisi Depresi Lansia dengan HDR <i>Sebelum</i> dan <i>Sesudah</i> pelaksanaan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (kelompok intervensi) dan Terapi Kognitif (kelompok kontrol).....	80
Tabel 5.8 Analisis Kondisi Depresi Lansia dengan HDR Sesudah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol)	81
Tabel 5.9 Analisis Perbedaan Kondisi Depresi Lansia dengan HDR <i>Sesudah</i> dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol).....	82
Tabel 5.10 Hubungan terapi dengan Tingkat atau Kondisi Depresi Lansia	

dengan HDR	82
Tabel 5.11 Hubungan jenis kelamin dengan Tingkat atau Kondisi Depresi Lansia dengan HDR	83
Tabel 5.12 Hubungan pekerjaan dengan Tingkat atau Kondisi Depresi Lansia dengan HDR	84
Tabel 5.13 Hubungan status perkawinan dengan Tingkat atau Kondisi Depresi Lansia dengan HDR	85
Tabel 5.14 Hubungan pendidikan dengan Tingkat atau Kondisi Depresi Lansia dengan HDR	85



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan
- Lampiran 3. Data demografi responden (Kuisisioner A)
- Lampiran 4. Format Geriatric Depression Scale (Kuisisioner B)
- Lampiran 5. Pedoman pelaksanaan terapi kognitif
- Lampiran 6. Pedoman pelaksanaan senam latih otak
- Lampiran 7. Keterangan Lulus Uji Etik
- Lampiran 8. Surat Izin Penelitian FIK UI
- Lampiran 9. Daftar Riwayat Hidup peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan dan kemajuan disegala aspek seperti perekonomian, teknologi dan kesehatan, memberikan dampak pada usia harapan hidup yang makin meningkat, dari 59,8 tahun pada tahun 1990 menjadi 64,5 tahun pada tahun 2000 (Joomla, 2005). Tahun 2006 usia harapan hidup 66,2 tahun dan tahun 2010 diperkirakan usia harapan hidup adalah 67,4 tahun. Kondisi tersebut membawa akibat jumlah populasi lansia yang berusia 65 tahun makin meningkat. Di Amerika Serikat, menurut *United State Census Bureau* (2009) populasi penduduk usia diatas 55 tahun pada tahun 2008 sebanyak 70,092,000 jiwa dan diperkirakan pada tahun 2030, yaitu : dua puluh dua persen dari jumlah populasi merupakan kelompok lansia (Berg & Casselis, 1990 dalam Parent, 1998). Di Indonesia jumlah populasi lansia juga semakin meningkat. Menurut survey Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 jumlah lansia di Indonesia sebanyak 17,717,800 jiwa (7.90%), dan jumlahnya pada tahun 2010 diprakirakan sebesar 23,992,552 (9.77%) dan pada tahun 2020 sebesar 28,822,879 (11.34%).

Lansia atau usia lanjut adalah tahap akhir dari siklus kehidupan manusia dan hal tersebut merupakan bagian dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu. Dalam keputusan Menteri Sosial No. 3 – 1 – 50/107 tahun 1971 seseorang dapat dinyatakan sebagai orang jompo setelah yang bersangkutan mencapai usia 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. Sedangkan dalam Undang-Undang RI No.13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, dengan tegas dinyatakan bahwa yang disebut lansia adalah laki-laki ataupun perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih.

Lansia atau tahap usia senja menurut Erikson dalam bukunya "*Childhood and Society*" tahun 1963 adalah orang-orang yang berusia sekitar 60 atau 65 ke atas.

Erikson menjelaskan masa hari tua (*Senescence*) ditandai adanya kecenderungan ego *integrity – despair*. Pada masa ini individu telah memiliki kesatuan atau integritas pribadi, semua yang telah dikaji dan didalaminya telah menjadi milik pribadinya. Lansia merupakan pribadi yang telah mapan tetapi di satu pihak digoyahkan oleh usianya yang mendekati akhir. Mungkin ia masih memiliki beberapa keinginan atau tujuan yang akan dicapainya seperti keinginan untuk tetap sehat pada usia lanjutnya, tetap produktif, dan masih memegang kendali terhadap dirinya tanpa membebani orang lain, keluarga dan lingkungannya, tetapi karena faktor usia dan perubahan yang menyebabkan kemampuannya menurun, hal itu sedikit sekali kemungkinan untuk dapat dicapai.

Erikson (1963) dalam teorinya menjelaskan orang yang sampai pada tahap ini berarti sudah cukup berhasil melewati tahap-tahap sebelumnya dan yang menjadi tugas pada usia senja ini adalah integritas, yaitu lansia harus mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi seperti penurunan fisik dan psikis, penurunan pendapatan, kehilangan pasangan dan perubahan peran sosial sehingga lansia mampu menjadi orang yang bertanggung jawab, menerima apa adanya, merasakan hidup penuh arti tanpa adanya penyesalan serta merasakan kehidupannya berhasil

Individu yang memasuki tahap usia lanjut akan mengalami berbagai macam perubahan, baik secara fisik, psikologis dan sosial dimana satu sama dengan yang lain saling berinteraksi. Perubahan fisik yang dapat teramati dari lansia seperti rambut mulai memutih, berkurangnya fungsi pendengaran dan penglihatan, kulit mulai mengerut atau keriput serta menurunnya daya tahan tubuh. Individu yang memasuki masa 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 menjadi makin lambat. Hal ini merupakan ancaman bagi integritas lansia. Belum lagi lansia harus berhadapan dengan kehilangan peran diri, kedudukan sosial, serta perpisahan dengan orang-orang yang dicintai.

Tahap usia lanjut menurut teori Erik Erikson tahun 1963 merupakan tahap *integrity versus despair*, yakni individu yang sukses dalam melampaui tahap ini akan dapat beradaptasi dengan baik, menerima berbagai perubahan yang terjadi dengan tulus, mampu beradaptasi dengan keterbatasan yang dimilikinya, bertambah bijak menyikapi proses kehidupan yang dialaminya. Sebaliknya mereka yang gagal maka akan melewati tahap ini dengan penuh stress, rasa penolakan, marah, dan putus asa terhadap kenyataan yang dihadapinya. Semua kondisi tersebut menuntut kemampuan lansia untuk beradaptasi dan menyikapinya secara bijak. Kemampuan lansia dalam beradaptasi dengan perubahannya ini dipengaruhi oleh maturitas kepribadian fase perkembangan sebelumnya, adanya dukungan dari lingkungan dan pengalaman menghadapi kondisi stress. Lansia dengan berbagai perubahan baik secara fisik maupun psikososial tersebut menjadikan mereka kelompok yang rentan terhadap berbagai permasalahan kesehatan khususnya masalah kesehatan mental dan depresi merupakan masalah kesehatan mental paling banyak ditemui pada lansia (Kompas, 2008).

Depresi merupakan salah satu masalah utama dan paling banyak ditemukan pada klien lansia yang dilakukan perawatan. Depresi yang dialami oleh usia lanjut seringkali disebabkan karena penyakit fisik, penuaan dan kurangnya perhatian dari keluarga (Boengsoe, 2007). Menurut *World Health Organization* (WHO) (2010), depresi adalah suatu gangguan atau kecacauan mental yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, hilangnya kesenangan atau minat, merasa bersalah, gangguan tidur dan makan serta penurunan konsentrasi. Depresi juga dapat diartikan sebagai keadaan emosional yang dicirikan dengan

kesedihan, berkecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusan (Isaacs, 2001).

Depresi adalah diagnosis pasien rawat jalan ketujuh tertinggi (Reborn, 2007). Prevalensi depresi pada usia lanjut yang menjalani perawatan di RS dan panti perawatan yaitu 30-45%. Studi di Eropa dan Amerika Serikat mendapatkan prevalensi depresi pada populasi usia lanjut di masyarakat berkisar antara 8-15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara didunia mendapatkan prevalensi rerata depresi pada usia lanjut dimasyarakat adalah 13,5% dengan perbandingan wanita : pria 14,1 : 8,6 (Kompas, 2008). Di Indonesia sebagai gambaran, menurut data Riset Kesehatan Dasar (2007) yang diadakan Departemen Kesehatan, gangguan mental emosional (depresi dan anxietas yang usianya di atas 15 tahun mencakup lansia) sekitar 11,6% populasi Indonesia.

Tanda dan gejala lansia yang mengalami depresi diantaranya yaitu perubahan kognitif. Menurut Isaacs (2001) perubahan kognitif pada depresi diantaranya seperti perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusan. Para peneliti di Pusat Kedokteran VA San Fransisco (SFVAMC) dan Universitas California melakukan penelitian terhadap 2.220 orang berusia 65 tahun atau lebih dan para peneliti menemukan bahwa depresi pada orang-orang berusia lanjut memicu cacat kognitif (Wah, 2006).

Kondisi depresi pada lansia dengan adanya perubahan kognitif seperti pikiran negatif tentang dirinya serta dengan semakin melemahnya kemampuan kognitif akan memberikan dampak negatif pada lansia seperti disabilitas fisik dan keinginan bunuh diri. Hasil penelitian Palestin, dkk (2006) menyatakan bahwa depresi pada lansia dapat menyebabkan disabilitas fungsional fisik sehingga kualitas hidupnya menurun. Hasil penelitian WHO pada tahun 1993 tentang beban yang ditimbulkan akibat penyakit dengan mengukur banyaknya tahun suatu penyakit dapat menimbulkan ketidakmampuan penyesuaian diri hidup penderita (*Disability Adjusted Life Years/DALYs*) menyatakan bahwa

gangguan mental termasuk depresi mengakibatkan beban cukup besar yaitu 8,1 persen dari global burden of disease (GDB). Depresi memberikan beban yaitu 17,3 persen (Hartanto, 2003). Kasus bunuh diri akibat depresi juga tinggi, diperkirakan 15% dari yang menderita depresi meninggal dengan bunuh diri. Di Amerika Serikat tahun 1997 bunuh diri akibat depresi merupakan urutan ke-8 penyebab kematian dan rata-rata diatas 85 tahun (Price, 2004). Kondisi tersebut dikarenakan depresi pada lansia seringkali lambat terdeteksi karena gambaran klinisnya tidak khas dan lansia yang menutupi rasa sedihnya justru dengan menunjukkan bahwa dia lebih aktif.

Lansia yang mengalami kondisi depresi akibat perubahan – perubahan fisik, psikologis dan sosial yang terjadi mengakibatkan perasaannya menjadi tidak berharga, tidak berdaya, malu dengan kondisi fisik saat ini dan perasaan bersalah, maka diagnosa keperawatan yang paling sesuai dengan karakteristik gejala tersebut adalah harga diri rendah kronik (NANDA, 2005). Gangguan konsep diri: harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan atau diri (Carpenito, 2000). Harga diri rendah adalah evaluasi atau perasaan yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri yang berkepanjangan (NANDA, 2005). Berdasarkan hal tersebut masalah depresi pada lansia selalu berkaitan dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah (HDR). Sedangkan diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan kondisi depresi ini adalah ansietas, berduka disfungsional, keputusasaan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri (Copel, 2007).

Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi diagnosa keperawatan harga diri rendah dimulai dengan intervensi keperawatan generalis sampai dengan spesialis yang ditujukan untuk individu, keluarga dan kelompok (Stuart & Laraia, 2005). Intervensi keperawatan generalis bertujuan untuk membantu pasien mengenal kemampuan-kemampuan yang masih dimiliki setelah adanya perubahan fisik dan psikososial seperti penyakit fisik, penurunan pendapatan dan kurangnya perhatian dari keluarga. Sedangkan intervensi keperawatan spesialis diberikan

bila intervensi generalis tidak mampu mengatasi masalah harga diri pasien, khususnya pada lansia yang selalu memandang dirinya seorang yang lemah, tidak berdaya, putus asa dan sering mengalami kondisi depresi.

Intervensi spesialis yang dapat digunakan untuk melakukan perawatan lansia depresi dengan diagnosa harga diri rendah adalah terapi kognitif (Kaplan dan Saddock, 2004). Hasil penelitian Wati (2009) tentang *pengaruh pemberian terapi kognitif terhadap tingkat depresi pada penderita kanker serviks yang menjalani perawatan di rumah sakit memberikan hasil yang signifikan tetapi penulis belum menemukan rujukan penelitian tentang terapi kognitif untuk klien lansia depresi*. Terapi kognitif bukanlah terapi baru. Terapi ini sudah dikembangkan sejak tahun 1860-an oleh Aaron Beck, sebagai pengobatan alternatif untuk mengatasi depresi. Terapi ini berdasar pada satu prinsip bahwa pikiran-pikiran mempengaruhi mood. Para terapis meyakini, depresi terjadi akibat pikiran negatif yang muncul secara konstan. Pikiran-pikiran ini muncul secara otomatis. Artinya, pikiran ini muncul tanpa didasari usaha yang dilakukan secara sadar. Lansia yang mengalami depresi akan memunculkan pikiran-pikiran negatif otomatis seperti saya merasa tidak berguna, saya gagal, saya tidak mampu dan lain-lain. Dengan terapi kognitif lansia yang depresi akan belajar bagaimana cara menyadari dan memperbaiki pikiran-pikiran negatif yang otomatis ini dan seiring waktu, penderita depresi akan bisa menemukan dan memperbaiki keyakinan-keyakinan salah yang memicu depresi mereka.

Terapi lain yang dapat dilakukan adalah senam latih otak. Menurut Dennison (2009) senam latih otak dapat mengurangi kondisi depresi. Pada prinsipnya dasar senam latih otak adalah melatih otak agar tetap bugar dan mencegah pikun. Kegiatan senam latih otak ditujukan untuk merelaksasi (dimensi pemusatan), menstimulasi (dimensi lateralis) dan meringankan (dimensi pemfokusan). Dimensi pemusatan dapat meningkatkan aliran darah keotak, meningkatkan penerimaan oksigen sehingga dapat membersihkan otak

(menghilangkan pikiran-pikiran negatif, iri, dengki dan lain-lain). Dimensi lateralis akan menstimulasi koordinasi kedua belahan otak yaitu otak kiri dan kanan (memperbaiki pernafasan, stamina, melepaskan ketegangan, mengurangi kelelahan dan lain-lain). Dimensi pemfokusan untuk membantu melepaskan hambatan fokus dari otak (memperbaiki kurang perhatian, kurang konsentrasi dan lain-lain). Lansia yang mengalami depresi sering ditandai dengan perilaku murung, tidak bersemangat, menyendiri dan tidak melakukan pemenuhan aktivitas sehari-hari. Otak tidak dipergunakan secara maksimal sehingga memicu penurunan fungsi kognitif. Dengan senam latih otak diharapkan lansia depresi yang mempunyai pikiran negatif dapat dihilangkan dan yang berperilaku tidak bersemangat, kurang konsentrasi, tidak melakukan aktivitas sehari-hari dapat termotivasi kembali untuk aktif dalam pemenuhan kebutuhan fisik maupun psikososialnya.

Uraian diatas yaitu semakin meningkatnya populasi lansia, tingginya angka kejadian depresi dengan harga diri rendah pada lansia serta dampak kejadian depresi pada lansia, memotivasi peneliti untuk mengetahui terapi yang dapat digunakan pada lansia depresi dengan harga diri rendah dan bagaimana pengaruhnya dalam menurunkan status depresi dengan harga diri rendah pada klien lansia. Peneliti termotivasi untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak dalam perawatan klien lansia depresi dengan harga diri rendah. Menurut Robert De Rubeis (dalam Tarigan, 2009), seorang professor psikologi di *University of Pennsylvania* mengatakan bahwa terapi kognitif bekerja lebih baik lagi jika dikombinasikan, yaitu salah satunya dengan obat-obatan anti depresan. Peneliti ingin mengkombinasikan terapi kognitif dan senam latih otak terhadap tingkat depresi lansia dan seberapa pengaruhnya terapi kombinasi ini pada lansia dengan depresi. Peneliti berharap kombinasi terapi kognitif dan pelatihan kognitif dapat dipergunakan untuk menurunkan status atau kondisi depresi pada lansia sehingga dampak depresi seperti demensia (kepikunan), disabilitas fisik serta keputusan dapat dicegah dan pada akhirnya kualitas hidup lansia dapat meningkat.

Peneliti ingin melakukan penelitian pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak terhadap tingkat depresi pada klien lansia di Panti Wreda Bakti Yuswa Natar di Kota Lampung. Hal ini disebabkan Panti Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung merupakan satu-satunya panti milik pemerintah daerah di provinsi Lampung. Panti Bakti Yuswa saat ini menampung sekitar 105 lansia. Para lansia yang tinggal dipanti ini menurut Merah Ilyas selaku kepala panti pada umumnya berasal dari individu yang terlantar, tidak mempunyai keluarga dan tempat tinggal. sehingga memiliki kasus yang bervariasi dan cukup banyak. Pelayanan kesehatan yang dilakukan juga belum optimal hanya pemeriksaan kesehatan fisik yang rutin dijalankan pada hari Selasa. Kasus klien lansia depresi menurut pengurus panti sekitar 60 % dengan tingkatan ringan, sedang dan berat. Aplikasi dalam jangka panjang memungkinkan dilakukan karena akses yang mudah dan merupakan tempat praktik mahasiswa keperawatan dan kesehatan lain yang akan menjadi model pembelajaran

1.2 Rumusan Masalah

Perubahan fisik dan psikososial yang dialami lansia, perpisahan dengan orang-orang yang dicintai serta dukungan yang kurang dari lingkungan seperti keluarga beresiko mengakibatkan lansia mengalami depresi. Apabila tidak ditangani dengan tepat akan memberikan dampak disabilitas fungsional fisik dan resiko terjadinya bunuh diri. Lansia depresi yang tinggal di panti Tresna Wreda Bakti Yuswa menurut pengurus panti Sukarman sekitar 60%, dengan pembagian depresi ringan, sedang dan berat. Asuhan keperawatan yang dilakukan di panti belum optimal hanya pemeriksaan kesehatan secara fisik yang rutin dijalankan pada setiap hari Selasa. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dapat disimpulkan beberapa masalah penelitian yaitu terdapat klien depresi sekitar 60%, dengan pembagian depresi ringan sedang dan berat di panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung, belum diterapkannya terapi kognitif dan senam latih otak terhadap lansia depresi dengan harga diri rendah dan belum diketahui sejauh mana pengaruh terapi

kognitif dan senam latih otak terhadap lansia depresi dengan harga diri rendah.

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka pertanyaan penelitiannya adalah: "Sejauh mana terapi kognitif dan senam latih otak memberikan pengaruh terhadap penurunan tingkatan depresi dengan harga diri rendah pada lansia."

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak terhadap tingkatan depresi pada lansia.

1.3.2 Tujuan Khusus

Melalui kegiatan penelitian dapat :

1.3.2.1 Diketahui karakteristik lansia yang depresi dengan harga diri rendah di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung.

1.3.2.2 Diketahui tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung.

1.3.2.3 Diketahui perbedaan tingkatan depresi pada lansia dengan harga diri rendah sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung.

1.3.2.4 Diketahui perbedaan tingkatan depresi pada lansia sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif tanpa senam latih otak di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung

1.3.2.5 Diketahui perbedaan tingkatan depresi pada lansia dengan harga diri rendah antara lansia yang dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak dengan lansia yang dilakukan terapi kognitif tanpa senam latih otak di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung.

- 1.3.2.6 Diketuinya hubungan karakteristik klien lansia dengan perubahan tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung sesudah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Manfaat penelitian ini meliputi :

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai :

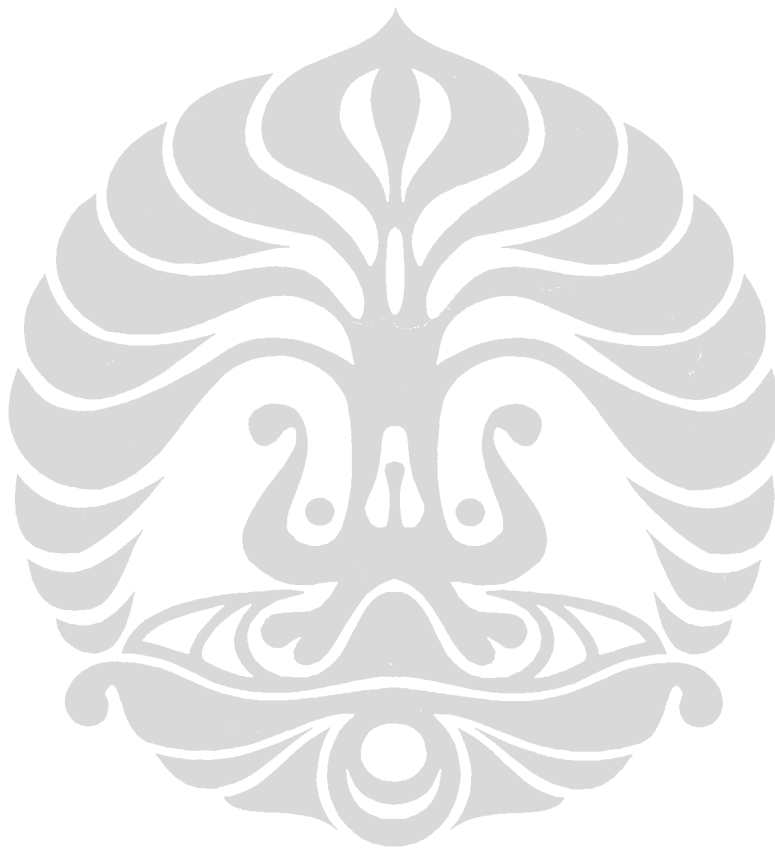
- 1.4.1.1 Pedoman pelaksanaan terapi kognitif dan senam latih otak dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah depresi dengan harga diri rendah khususnya pada lansia
- 1.4.1.2 Sebagai salah satu peningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya klien lansia depresi dengan harga diri rendah.
- 1.4.1.3 Sebagai dasar dalam praktek mandiri perawat spesialis keperawatan jiwa

1.4.2 Manfaat Keilmuan

- 1.4.2.1 Mengembangkan teknik terapi kognitif dengan modifikasi bersama senam latih otak bagi klien lansia yang mengalami depresi dengan harga diri rendah.
- 1.4.2.2 Hasil penelitian terapi kognitif dan senam latih otak pada klien lansia dengan depresi dapat dijadikan sebagai dasar praktek keperawatan serta sebagai bahan pembelajaran dalam pendidikan keperawatan.
- 1.4.2.3 Hasil penelitian penerapan terapi kognitif dan senam latih otak pada klien lansia depresi dengan harga diri rendah dapat menambah terapi dalam keperawatan jiwa.

1.4.3 Manfaat Metodologis

- 1.4.3.1 Penelitian ini dapat menjadi rujukan bagi penelitian lain dalam keperawatan jiwa khususnya pada terapi kognitif dan senam latih otak.
- 1.4.3.2 Hasil penelitian ini dapat mendorong dan membantu dilaksanakan penelitian-penelitian lain dalam mengatasi masalah depresi dengan harga diri rendah pada lansia.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep, teori, hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini serta kerangka teori dalam pelaksanaan penelitian ini. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi : konsep lansia dan depresi pada lansia, konsep terapi kognitif, konsep senam latih otak dan Model Adaptasi Roy

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian

Lansia atau usia lanjut adalah tahap akhir dari siklus kehidupan manusia dan hal tersebut merupakan bagian dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu. Tahap usia lanjut menurut teori Erik Erikson tahun 1963 merupakan tahap *integrity versus despair*, yakni individu yang sukses dalam melampaui tahap ini akan dapat mencapai integritas diri (*integrity*), lansia menerima berbagai perubahan yang terjadi dengan tulus, mampu beradaptasi dengan keterbatasan yang dimilikinya, bertambah bijak menyikapi proses kehidupan yang dialaminya. Sebaliknya mereka yang gagal maka akan melewati tahap ini dengan keputusasaan (*despair*), lansia mengalami kondisi penuh stress, rasa penolakan, marah, dan putus asa terhadap kenyataan yang dihadapinya. Keberhasilan lansia menemukan integritas diri jika lansia mampu menjalankan tugas-tugas perkembangannya. Havighurst dan Duvall (dalam Fauziah, 2009) menguraikan dalam teorinya tujuh jenis tugas perkembangan (*developmental tasks*) selama hidup yang harus

di laksanakan oleh lanjut usia yaitu penyesuaian terhadap penurunan fisik dan psikis, penyesuaian terhadap pensiun dan penurunan pendapatan, menemukan makna kehidupan, mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menemukan kepuasan dalam hidup keluarga, penyesuaian diri terhadap kenyataan akan meninggal dunia dan menerima dirinya sebagai seorang lanjut usia.

Lansia atau usia lanjut dalam Keputusan Menteri Sosial No. 3 – 1 – 50/107 tahun 1971 tentang Pemberian Bantuan Penghidupan Bagi Orang Jompo mengatakan bahwa seseorang dapat dinyatakan sebagai orang jompo setelah yang bersangkutan mencapai usia 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. Sedangkan dalam Undang-Undang RI No.13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia dengan tegas dinyatakan bahwa yang disebut lansia adalah laki-laki ataupun perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih. Menurut BPS (2010), penduduk lansia (lanjut usia) adalah mereka yang berumur 60 tahun keatas.

2.1.2 Batasan – batasan Lanjut Usia

Depkes RI membagi lansia, yaitu masa menjelang usia lanjut “masa vebrilitas” antara 45-54 tahun. Usia lanjut”presenium” antara 55-64 tahun dan usia lanjut”senium” 65 tahun keatas. Menurut WHO, usia pertengahan ” middle age ” yaitu kelompok usia 45 – 59 tahun. Usia lanjut ”elderly” antara 60 – 74 tahun. Usia tua ”old” antara 75 – 90 tahun. Usia sangat tua ”very old” diatas 90 tahun.

2.1.3 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 diantaranya adalah :

2.1.3.1 Sehat fisik : merupakan faktor paling utama dalam lansia yang sukses, bahagia dan berkualitas. Ketika seseorang merasa terancam akan penyakit tertentu, sehubungan dengan usianya, seperti kanker, penyakit jantung, maka ketenangan usia tuanya akan banyak dihabiskan oleh hal ini.

2.1.3.2 Keamanan finansial : usia tua biasanya dijalani dengan baik setelah pensiun, yang antara lain disebabkan kemampuan fisik yang menurun. Namun ketika fisik tidak lagi stabil dan keamanan finansial masih belum tercapai, lansia yang sukses, bahagia dan berkualitas pun akan sulit dicapai.

2.1.3.3 Produktifitas : lanjut usia bukan berarti tidak produktif. Semakin pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, usia harapan hidup manusia pun meningkat. Dan kemampuan manusia menyelesaikan masalah, makin bisa diandalkan karena berbekal pengalaman hidup yang dilaluinya. Tidak mengherankan, diantara meningkatnya jumlah penduduk lansia, masih banyak kita temui lansia yang mampu melaksanakan kegiatan produktif dan bermanfaat bagi keluarga maupun masyarakatnya. Secara alami, proses penuaan akan diikuti dengan kemunduran fisik dan mental sehingga dibutuhkan upaya khusus yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif agar lansia dapat tetap mandiri dan tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakatnya.

2.1.3.4 Ketidaktergantungan : Saat lanjut usia, kebanyakan orang tidak lagi ingin tinggal bersama anggota keluarga lain yang menjalankan kehidupan rumah tangga pribadinya pula. Di

sinilah nilai kemandirian akan diinginkan oleh seorang lanjut usia.

2.1.3.5 Mekanisme coping yang baik dan pandangan hidup yang tetap optimis

2.1.3.6 Kematangan dalam spiritual : Pada lanjut usia aktivitas yang berkaitan dengan keagamaan semakin meningkat. Lanjut usia lebih percaya bahwa agama dapat memberikan jalan bagi pemecahan masalah kehidupan, agama juga berfungsi sebagai pembimbing dalam kehidupannya, menentramkan batinnya. Lansia yang mencapai kematangan dalam spiritual akan menjadi lebih tenang dalam menghadapi ketakutan-ketakutan yang dialami seperti kematian.

2.1.3.7 Kondisi lansia yang sehat, bahagia dan berkualitas tersebut perlu didukung perawatan yang baik dan proses penyesuaian yang baik dari lansia terhadap perubahan-perubahan yang ada. Perawatan yang dapat dilakukan pada lansia adalah dengan pendekatan fisik, pendekatan psikologis, pendekatan sosial dan spiritual. Terapi kognitif adalah salah satu bentuk pendekatan psikologis dan senam latih otak merupakan bentuk pendekatan fisik yang dapat diberikan untuk mengatasi atau memberikan perawatan pada lansia yang mengalami depresi. Peneliti ingin mengkombinasikan terapi kognitif dan pelatihan kognitif untuk melakukan perawatan pada lansia yang depresi sehingga lansia yang depresi dapat menemukan dan mencapai kehidupan lansia yang sukses, sehat dan bahagia.

2.2 Konsep Depresi pada Lansia

2.2.1 Pengertian

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang memunculkan gejala yang mengindikasikan adanya disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas-aktivitas umum (Copel, 2007).

Gangguan depresi adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan *mood* sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresi, gangguan distimik, gangguan depresi mayor dan gangguan depresi unipolar serta bipolar (Depkes RI, 2007). Gangguan depresi merupakan gangguan medik serius menyangkut kerja otak, bukan sekedar perasaan murung atau sedih dalam beberapa hari. Gangguan ini menetap selama beberapa waktu dan mengganggu fungsi keseharian seseorang.

Depresi juga dapat diartikan sebagai keadaan emosional yang dicirikan dengan kesedihan, berkecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusasaan (Isaacs, 2001). Menurut WHO (2010), depresi adalah suatu gangguan atau kekacauan mental yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, hilangnya kesenangan atau minat, merasa bersalah, gangguan tidur dan makan serta penurunan konsentrasi.

Depresi merupakan salah satu jenis gangguan jiwa yang prevalensinya cukup banyak. WHO mencatat pada tahun 2006 terdapat 121 juta orang mengalami depresi dan diperkirakan pada tahun 2020 depresi akan menempati urutan kedua penyakit dunia (Depkes RI, 2007). Depresi dapat terjadi pada semua umur khususnya pada lansia, dimana lansia merupakan kelompok yang rentan terhadap perubahan-perubahan fisik dan psikososial serta depresi merupakan masalah kesehatan paling banyak ditemukan pada lansia (Kompas, 2008). Prevalensi depresi pada usia lanjut yang menjalani perawatan di RS dan panti perawatan yaitu 30-45%. Studi di Eropa dan Amerika Serikat mendapatkan prevalensi depresi pada populasi usia lanjut di masyarakat berkisar antara 8-15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara didunia mendapatkan prevalensi rerata depresi pada usia lanjut dimasyarakat adalah 13,5% dengan perbandingan wanita : pria 14,1 : 8,6 (Kompas, 2008). Di

Indonesia menurut data Riset Kesehatan Dasar, (2007) yang diadakan Departemen Kesehatan, gangguan mental emosional (depresi dan ansietas yang usianya di atas 15 tahun termasuk lansia) sekitar 11,6% populasi Indonesia. Kondisi ini menuntut para pemberi pelayanan kesehatan untuk lebih memperhatikan lansia sebagai makhluk yang rentan terjadinya depresi. Bentuk perhatian yang dapat diberikan adalah dari petugas kesehatan yang mempunyai kemampuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan karena lansia yang mengalami depresi masalah yang ditimbulkan sangat banyak yaitu mencakup biopsikospiritual. Kebutuhan akan perawat sangat dibutuhkan disini karena perawat mempunyai kemampuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia depresi dengan berbagai permasalahannya.

Intervensi keperawatan yang dapat digunakan adalah intervensi generalis yaitu untuk mengatasi masalah penurunan harga diri, dimana lansia depresi akan mengalami gangguan *mood* yaitu perasaan tidak berdaya, tidak berguna dan menyalahkan diri sendiri. Intervensi spesialis yang dapat dilakukan menurut Kaplan dan Saddock (2004), adalah terapi kognitif. Intervensi lain yang dapat dilakukan untuk menurunkan status kondisi depresi pada lansia adalah senam latih otak (Dennison, 2009). Terapi kognitif menurut Robert De Rubeis (dalam Tarigan, 2009) mengatakan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang efektif untuk mengatasi depresi dan terapi kognitif bekerja lebih baik lagi jika dikombinasikan, yaitu salah satunya dengan obat-obatan anti depresan. Peneliti termotivasi untuk mengkombinasikan terapi kognitif dan senam latih otak pada lansia depresi dengan harapan kombinasi terapi ini akan memberikan pengaruh dalam menurunkan status atau kondisi depresi pada lansia sehingga dapat menambah pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia depresi.

2.2.2 Etiologi (Faktor Presipitasi dan Predisposisi)

Penyebab gangguan jiwa termasuk depresi senantiasa dipikirkan dari sisi organobiologik, psikoedukatif dan sosiokultural. Menurut Granfa (2007) penyebab depresi terdiri dari faktor *biologis* (seperti penurunan fungsi fisik, dampak sakit, pengaruh hormonal, depresi pasca-melahirkan, penurunan berat yang drastis), faktor *psikologis* (seperti masalah eksistensi, masalah kepribadian, masalah keluarga) dan faktor *sosial* (seperti konflik individual atau interpersonal, kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan, paska bencana, dampak situasi kehidupan sehari-hari). Menurut Kunjoro (2002), terdapat beberapa faktor yang menimbulkan gangguan keseimbangan (homeostasis) pada aspek psikologis sehingga membuat lansia menjadi depresi yaitu :

2.2.2.1 Penurunan kondisi fisik

Menurut Mubarak (2006) perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, mental dan sosial. Perubahan fisik yang berkontribusi terjadinya depresi akan diuraikan sebagai berikut:

1) Sistem persyarafan

Pada lansia berat otak menurun 10 – 20 % dan penurunan hubungan persyarafan. Dengan penurunan sel dan hubungan persyarafan berakibat lansia lambat dalam berespon dan bereaksi, khususnya dengan stres.

Menurut Videbeck (2001) gangguan *mood* diyakini menggambarkan disfungsi sistem limbik, hipotalamus, dan ganglia basalis yang membentuk kesatuan pada emosi manusia.

2) Sistem pendengaran

Prebiakusis, hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit

mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun. Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis, terjadi pengumpulan ceruman yang mengeras karena meningkatnya keratin. Kondisi pendengaran lansia yang bertambah menurun dapat menyebabkan lansia depresi karena tidak bisa lagi aktif untuk mengikuti kegiatan-kegiatan sosial yang ada, tidak bisa mendengar canda tawa dari cucu-cucunya atau orang-orang yang dicintainya.

3) Sistem penglihatan

Sfingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola), lensa lebih suram menjadi katarak. Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap, hilangnya cahaya akomodasi. Menurunnya lapangan pandang, hingga hilangnya penglihatan pada lansia memberikan perubahan psikologis hingga munculnya permasalahan depresi pada lansia. Lansia yang awalnya mempunyai kemampuan untuk melakukan aktivitas dengan penglihatan yang dimilikinya seperti kemampuan untuk membaca Al Quran, melihat foto-foto keluarga dan kenangan masa lalu, membaca surat dari keluarga atau dari teman-temannya, sekarang dengan penglihatan menurun menjadi tidak bisa.

4) Sistem Kardiovaskuler

Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya

kontraksi dan volumenya. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurang efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (mengakibatkan pusing mendadak). Tekanan darah meninggi disebabkan retensi dari pembuluh darah perifer, sistolis normal ± 170 mmHg. Diastolis ± 90 mmHg. Perubahan fungsi kardiovaskuler ini dapat menyebabkan lansia depresi karena lansia sering merasa ketakutan akan kematian, perasaan menjadi orang yang tidak berdaya. Tuntutan diet untuk penyakit kardiovaskuler juga akan membatasi lansia mengkonsumsi beberapa makanan yang disukai oleh lansia, kenangan akan makanan bersama orang yang disayangi pada saat muda akan hilang, kondisi ini menambah depresi pada lansia.

5) Sistem pengaturan temperatur tubuh

Temperatur suhu menurun secara fisiologik $\pm 35^{\circ}\text{C}$ ini akibat metabolisme yang menurun. Keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot. Kondisi ini akan membatasi lansia untuk aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial. Lansia tidak dapat lagi berkumpul dengan teman-temannya, perasaan takut untuk keluar rumah, tidak ada tempat lagi untuk saling bertukar pengalaman menyebabkan lansia depresi. Lansia akan lebih banyak diam dirumah, menarik diri, rendah diri dan perasan tidak berdaya.

6) Sistem Respirasi

Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku. Menurunnya aktivitas silia. Paru-paru kehilangan

elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun. Alveoli ukurannya melebar dari biasanya dan jumlahnya berkurang. O₂ pada arteri menurun menjadi 75 mmHg. CO₂ pada arteri tidak berganti. Kemampuan untuk batuk berkurang. Kemampuan pegas, dinding, dada, dan kekuatan otot pernafasan menurun seiring dengan penambahan usia. Kondisi ini memberikan ketakutan-ketakutan pada lansia akan kematian khususnya pada saat muncul gejala-gejala penyakitnya seperti sesak nafas. Lansia merasa harapan-harapannya sudah tidak mampu lagi tercapai seperti melihat anaknya menikah dan berhasil, melihat cucunya besar dan sebagainya.

7) Sistem Gastrointestinal

Kehilangan gigi penyebab adanya *Periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Indera pengecap menurun, adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atrofi indera pengecap dilidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, asam dan pahit. Kondisi ini menyebabkan lansia menjadi depresi dimana makanan yang disukai sudah tidak dapat dinikmati. Kenangan bersama keluarga saat makan bersama atau dengan orang yang dicintai juga hilang.

8) Sistem Endokrin

Produksi dari hampir semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah.pertumbuhan hormon pituitari ada tetapi lebih rendah dan hanya dalam pembuluh darah; berkurangnya produksi dari ACTH (Adenocotricotropin hormon), LH (Luitenizing

hormon) dan SH (Stimulating hormon). Menurunnya aktifitas tiroid, BMR, produksi aldosteron, serta menurunnya sekresi hormon kelamin, misalnya : progesteron, estrogen dan testoteron. Menurut Videbeck (2001), gangguan *mood* dialami pada individu dengan gangguan endokrin sehingga lansia beresiko terjadi depresi.

9) Sistem Kulit (*integumentary system*)

Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kasar dan bersisik, mekanisme proteksi kulit menurun, kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu. Kondisi ini menyebabkan perubahan konsep diri pada lansia hingga depresi. Lansia kehilangan kepercayaan dirinya, dimana yang dulunya kulitnya halus, cantik dan gagah sekarang tidak lagi. Lansia akan merasa rendah diri, menghindari dari lingkungan dan perasaan negatif terhadap diri.

10) Sistem Muskuloskeletal

Tulang kehilangan *density* (cairan) dan makin rapuh, kifosis, pinggang, lutut dan jari – jari pergelangan terbatas, *discus intervertebralis* menipis dan menjadi pendek, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan mengalami sklerosis, atrofi serabut otot. Kondisi ini mempengaruhi aktivitas sosial lansia. Hubungan dengan teman atau orang-orang yang dicintai akan terputus, sehingga lansia lebih banyak menyendiri, tinggal dirumah hingga muncul gejala-gejala depresi

2.2.2.2 Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik

seperti gangguan jantung, perubahan hormonal pada lansia, operasi prostatektomi, vaginitis dan lain-lain. Selain gangguan fisik, faktor psikologis juga menambah penurunan fungsi dan potensi seksual pada lansia seperti perasaan tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia, sikap lingkungan yang kurang mendukung, pasangan hidup yang telah meninggal, dan lain-lain.

Perubahan fungsi dan potensi seksual ini memberikan dampak kejiwaan pada lansia seperti kebosanan, tidak ada semangat, menarik diri hingga depresi pada lansia.

2.2.2.3 Perubahan aspek psikososial

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 menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi menurun, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Menurut Kunjoro (2002) dengan adanya penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia. Beberapa perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan 5 tipe kepribadian lansia yaitu tipe kepribadian konstruktif, mandiri, tergantung, bermusuhan dan kritik diri. Tipe kepribadian ini yang akan mempengaruhi kejiwaan pada lansia. Lansia dengan tipe kepribadian tergantung, bermusuhan dan kritik diri beresiko terjadinya depresi. Hasil penelitian Andini (2009)

menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kepribadian introvert dan ekstrovert dengan depresi pada lansia di panti.

2.2.2.4 Perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan

Perubahan berkaitan dengan pekerjaan pada lansia ini diawali ketika masa pensiun. Meskipun tujuan ideal pensiun adalah agar para lansia dapat menikmati hari tua atau jaminan hari tua, namun dalam kenyataannya sering diartikan sebaliknya, karena pensiun sering diartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan, jabatan, peran, kegiatan, status dan harga diri. Lansia yang tidak dapat menerima kehilangan dengan pekerjaannya ini akan mengalami depresi. Perasaan sudah tidak berguna, tidak berdaya, merasa tidak ada yang akan menghargainya lagi akan dialami oleh lansia.

2.2.2.5 Perubahan dalam peran sosial di masyarakat.

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 menjadi bungkuk, pendengaran sangat berkurang, penglihatan kabur dan sebagainya sehingga sering menimbulkan keterasingan. Keterasingan ini akan menyebabkan lansia semakin depresi, lansia akan menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain dan kadang-kadang muncul perilaku regresi seperti mudah menangis, mengurung diri, mengumpulkan barang-barang tak berguna serta merengek-rengok sehingga perilakunya seperti anak kecil. Menurut Boyd & Nihart (1998) isolasi sosial dan keuangan yang sangat terbatas juga dikaitkan dengan dengan depresi yang dialami warga negara berusia lanjut.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang biasanya ditemukan pada individu yang mengalami depresi adalah perasaan sedih dan murung yang menetap hingga beberapa waktu lamanya, tidak bersemangat, hilangnya konsentrasi, merasa kosong, tidak berharga, tidak berdaya hingga adanya pikiran untuk bunuh diri.

Menurut Stuart and Sundeen (2005), gejala yang ditampilkan pada individu termasuk lansia yang mengalami depresi, yaitu :

2.2.3.1 Afektif

Sedih, cemas, apatis, murung, kebencian, kekesalan, marah, perasaan ditolak, perasaan bersalah, merasa tidak berdaya, putus asa, merasa sendirian, merasa rendah diri, merasa tak berharga.

2.2.3.2 Kognitif

Ambivalen, bingung, ragu-ragu, tidak mampu konsentrasi, hilang perhatian dan motivasi, menyalahkan diri sendiri, pikiran merusak diri, rasa tidak menentu, pesimis.

2.2.3.3 Fisik

Sakit perut, anoreksia, mual, muntah, gangguan pencernaan, konstipasi, lemah, lesu, nyeri kepala, pusing, insomnia, nyeri dada, over acting, perubahan berat badan, gangguan selera makan, gangguan menstruasi, impoten, tidak berespon terhadap seksual

2.2.3.4 Perilaku

Agresif, agitasi, tidak toleran, gangguan tingkat aktivitas, kemunduran psikomotor, menarik diri, isolasi sosial, irritable, berkesan menyedihkan, kurang spontan, gangguan kebersihan

Menurut Depkes RI (2007), gejala depresi berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya, dipengaruhi juga oleh beratnya gejala. Depresi mempengaruhi pola pikir, perasaan dan perilaku serta kesehatan fisik.

2.2.3.5 Perubahan cara berpikir : terganggunya konsentrasi dan pengambilan keputusan membuat seseorang sulit mempertahankan memori jangka pendek, dan terkesan sebagai sering lupa. Pikiran negatif sering menghingapi pikiran mereka. Mereka menjadi pesimis, percaya diri rendah, dihingapi perasaan bersalah yang besar, dan mengkritik diri sendiri. Beberapa orang merusak diri sendiri sampai melakukan tindakan bunuh diri atau membunuh orang lain.

2.2.3.6 Perubahan perasaan : merasa sedih, murung, tanpa sebab jelas. Beberapa orang merasa tak lagi dapat menikmati apa-apa yang dulu disenanginya, dan tak dapat merasakan kesenangan apapun. Motivasi menurun dan menjadi tak peduli dengan apapun. Perasaan seperti berada dibawah titik nadir, merasa lelah sepanjang waktu tanpa bekerja sekalipun. Perasaan mudah tersinggung, mudah marah. Pada keadaan ekstrim khas dengan perasaan tidak berdaya dan putus asa.

2.2.3.7 Perubahan perilaku : ini merupakan cerminan dari emosi negatif. Mereka menjadi apatis. Menjadi sulit bergaul atau bertemu dengan orang, sehingga menarik diri dari pergaulan. Nafsu makan berubah drastis, lebih banyak makan atau sulit membangkitkan keinginan untuk makan. Seringkali juga sering menangis berlebihan tanpa sebab jelas. Sering mengeluh tentang semua hal, marah dan mengamuk. Minat seks sering menurun sampai hilang, tak lagi mengurus diri, termasuk mengurus hal dasar seperti mandi, meninggalkan tanggung jawab dan kewajiban baik pekerjaan maupun pribadi. Beberapa orang tak dapat tidur, beberapa tidur terus.

2.2.3.8 Perubahan kesehatan fisik : dengan emosi negatif seseorang merasa dirinya tidak sehat fisik selama gangguan depresi. Kelelahan kronis menyebabkan ia lebih senang berada di tempat tidur tak melakukan apapun, mungkin tidur banyak atau tidak dapat tidur. Mereka terbaring atau gelisah bangun ditengah malam dan menatap langit-langit. Keluhan sakit dibanyak bagian tubuh merupakan tanda khas dari gangguan depresi. Gelisah dan tak dapat diam, mondar-mandir sering menyertai. Gejala tersebut berjalan demikian lama, mulai dari beberapa minggu sampai beberapa tahun, dimana perasaan, pikiran dan perilaku berjalan demikian sepanjang waktu setiap hari. Jika gejala ini terasa, terlihat dan teramati, maka sudah waktunya membawanya untuk berobat, sebab gangguan depresi dapat diobati.

Gejala yang diuraikan diatas dapat ditemui pada lansia yang depresi. Dalam gejala fisik, lansia akan menunjukkan perilaku cenderung diam, sulit tidur tetapi lebih senang ditempat tidur, hanya melakukan kegiatan ringan yang kurang melibatkan orang lain, dan kurang motivasi kerja karena kelemahan fisik yang dialami, gelisah dan tak dapat diam, mondar-mandir sering menyertai. Pada gejala kognitif timbul perasaan negatif tentang dirinya yang lemah, tidak berdaya, pesimis, cemas dan takut akan kematian yang akan dialaminya yang dapat mengakibatkan pasien merasa tidak percaya diri, merasa bersalah, merasa tidak berguna dan membebani orang lain, dan sensitif terhadap perlakuan orang lain. Pada gejala afektif, lansia akan sering menunjukkan gejala sedih, murung tanpa sebab yang jelas dan sering hingga marah tanpa ada penyebabnya. Sedangkan gejala perilaku yang tampak adalah nafsu makan berkurang, pasien lebih senang menyendiri, tidak mau mengurus diri, membatasi interaksi dengan orang lain dan mengurangi kegiatan yang melibatkan orang lain (kegiatan dalam kelompok sosialnya).

2.2.4 Pemeriksaan atau Instrumen lansia mengalami depresi

Terdapat beberapa instrumen pemeriksaan untuk mengetahui bahwa lansia mengalami depresi yaitu *Geriatric Depression Scale (GDS)*, *Skala depresi rentang – mandiri Zung*, *Inventaris depresi Beck*. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *Geriatric Depression Scale (GDS)* karena pemeriksaan menggunakan GDS ini telah direkomendasikan agar dipergunakan dalam situasi klinis oleh Intitute of Medicine dan masuk sebagai bagian rutin dalam pengkajian lansia. Test ini meliputi tanda dan gejala depresi yang telah dijelaskan diatas dan dikelompokan secara apriori kedalam beberapa sisi yaitu kekuatiran somatis, penurunan afek, gangguan kognitif, kurangnya orientasi terhadap masa yang akan datang dan kurangnya harga diri. Setelah pasien memberikan jawaban dalam pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam skrining ini, maka dilakukan penjumlahan dan dikatagorikan berdasarkan klasifikasi yang telah ditentukan dalam skrining ini, yaitu normal, depresi ringan, depresi sedang, depresi berat dan panik (Kurlowicz & Greenberg, 2007).

2.2.5 Penatalaksanaan

Salah satu langkah awal yang penting dalam penatalaksanaan depresi adalah mendeteksi atau mengidentifikasi. Untuk mendeteksi adanya depresi tidaklah mudah karena gejala-gejala seperti perubahan kognitif, perilaku dan afektif jarang ditemukan tetapi yang paling sering adalah gejala fisik sehingga depresi seringkali tidak terdiagnosis. Sampai saat ini belum ada suatu konsensus atau prosedur khusus untuk penapisan/skrining depresi pada populasi usia lanjut. Salah satu instrumen yang dapat membantu adalah *Geriatrik Depression Scale (GDS)* yang terdiri dari 30 pertanyaan yang harus dijawab oleh pasien sendiri. GDS ini dapat dimampatkan menjadi hanya 15 pertanyaan saja dan ini mungkin lebih sesuai untuk

dipergunakan dalam praktek umum sebagai alat penapis depresi pada usia lanjut.

Penatalaksanaan/intervensi untuk depresi yaitu :

2.2.5.1 Intervensi Keperawatan :

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien depresi adalah ansietas, berduka disfungsional, keputusasaan, ketidakberdayaan, harga diri rendah, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri (Copel, 2007). Sedangkan diagnosa keperawatan yang paling tepat untuk ditegakkan dengan lansia depresi adalah harga diri rendah. Hal ini dapat terlihat dari karakteristik gejala yang dimunculkan yaitu pandangan negatif terhadap dirinya seperti merasa tidak berguna, tidak mampu apa-apa, perasaan tidak berdaya dan merasa bersalah (Nanda, 2005)

1) Konsep Harga Diri Rendah

Gangguan konsep diri: harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan atau diri (Carpenito, 2000). Menurut Nanda (2005) Harga diri rendah kronis adalah evaluasi diri/perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif dan dipertahankan dalam waktu yang lama. Harga diri rendah kronis terjadi merupakan proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak diselesaikan. Atau dapat juga terjadi karena individu tidak pernah mendapat *feed back* dari lingkungan tentang perilaku klien sebelumnya bahkan mungkin kecenderungan lingkungan yang selalu memberi respon negatif mendorong individu menjadi harga diri rendah.

Harga diri rendah kronis terjadi disebabkan banyak faktor. Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan *stressor* (krisis), individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. Penilaian individu terhadap diri sendiri karena kegagalan menjalankan fungsi dan peran adalah kondisi harga diri rendah situasional, jika lingkungan tidak memberi dukungan positif atau justru menyalahkan individu dan terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah kronis.

Menurut NANDA (2005) tanda dan gejala yang dimunculkan sebagai perilaku telah dipertahankan dalam waktu yang lama atau kronik yang meliputi mengatakan hal yang negatif tentang diri sendiri dalam waktu lama dan terus menerus, mengekspresikan sikap malu/minder/rasa bersalah, kontak mata kurang/tidak ada, selalu mengatakan ketidak mampuan/kesulitan untuk mencoba sesuatu, bergantung pada orang lain, tidak asertif, pasif dan hipoaktif, bimbang dan ragu-ragu serta menolak umpan balik positif dan membesarkan umpan balik negatif mengenai dirinya.

Pada lansia yang mengalami perubahan fisik dan psikososial tanda-tanda tersebut dapat ditemukan yaitu perasaan minder, malu, rasa bersalah, ketidakmampuan, merasa tidak berdaya, merasa bersalah, pasif dan bergantung pada orang lain.

2) Intervensi Harga Diri Rendah

Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi diagnosa keperawatan harga diri rendah dimulai dengan intervensi keperawatan generalis sampai dengan spesialis yang ditujukan untuk individu, keluarga dan kelompok (Stuart & Laraia, 2005).

- a. **Intervensi keperawatan generalis** yang dapat dilakukan pada pasien lansia yang mengalami harga diri rendah adalah membantu lansia mengenal kemampuan-kemampuan yang masih dimiliki setelah adanya perubahan fisik dan psikososial seperti penyakit fisik, penurunan pendapatan dan kurangnya perhatian dari keluarga. Kegiatan mengenal kemampuan diri yang masih ada, dapat dilakukan secara individu maupun bersama kelompok (Keliat & Akemat, 2005).
- b. **Intervensi keperawatan spesialis** diberikan bila intervensi generalis tidak mampu mengatasi masalah harga diri pasien, Intervensi keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada lansia yang mempunyai masalah harga diri rendah adalah terapi individu (terapi kognitif, terapi perilaku), terapi keluarga (psikoedukasi dan triangle keluarga) dan kelompok (logo terapi).

2.2.5.2 Intervensi Medis

Menurut Kaplan dan Saddock (2004), terapi yang dibutuhkan pada pasien depresi adalah *terapi psikososial*, seperti terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, psikoterapi, dan/atau terapi keluarga, *terapi obat*, yaitu antidepresi (trisiklik, tetrasiklik, MAO-A inhibitor, SSRI dan lain-lain), lithium carbonate, boleh ditambahkan obat anticemas apabila diperlukan dan boleh diberikan obat

antipsikosis apabila ada gejala psikotik, dan *Electro Compulsive Therapy (ECT)* dengan indikasi yaitu obat-obatan kurang efektif atau pasien tidak bisa menerima obat-obatan.

2.2.5.3 Intervensi Lain

Intervensi lain yang dapat digunakan untuk mengurangi dan menurunkan depresi yaitu dengan melakukan latihan gerak tubuh diantaranya dengan melakukan senam yoga dan senam latih otak. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa pelatihan senam yoga juga efektif untuk klien depresi. Jon Cabot Zim dari University of Massachusetts, AS mengembangkan *Stress Reduction and Relaxation Progresif (SRRP)*. SRPP adalah teknik meditasi dimana pelakunya mengamati proses mental untuk mereka sendiri. SRPP terbukti mampu mengurangi kecemasan dan depresi secara signifikan. Zindel Segal (dalam Senior, 2007) meneliti SRRP yang digunakan bersamaan dengan terapi kognitif. Ia mengobservasi 145 orang yang berisiko depresi dan menjalani terapi kognitif saja atau bersamaan dengan SRRP. Setelah delapan pekan menjalani terapi, partisipan yang menjalani dua terapi lebih rendah kecenderungannya untuk mengalami kekambuhan. Segal mengatakan bahwa emosi tak hanya dengan menuliskan pikiran sebagaimana dalam terapi kognitif, tetapi juga memberikan perhatian pada bagaimana emosi itu diekspresikan dalam tubuh mereka.

Dennison (2009) menyatakan bahwa senam latih otak juga dapat mengatasi depresi dan hasil penelitian dalam *Psychology and psychiatric journal*, bahwa latihan otak

dapat efektif menurunkan gejala depresi (Anonim, 2009).

Senam latih otak ini diuraikan di Konsep senam latih otak.

Dari beberapa penatalaksanaan terhadap depresi dengan harga diri rendah tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang terapi kognitif dan senam latih otak. Terapi kognitif pada prinsipnya mengubah pikiran-pikiran negatif menjadi lebih positif. Menurut Robert De Rubeis (dalam Tarigan, 2009) mengatakan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang efektif untuk mengatasi depresi khususnya depresi ringan hingga sedang dan terapi kognitif bekerja lebih baik lagi jika dikombinasikan, yaitu salah satunya dengan obat-obatan anti depresan. Dalam penelitian ini peneliti akan mencoba mengkombinasikan terapi kognitif dengan senam latih otak.

2.3 Konsep Terapi Kognitif

2.3.1 Pengertian

Terapi kognitif adalah suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih klien untuk mengubah cara klien menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat klien mengalami kekecewaan, sehingga klien merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif. Bagian Keperawatan Jiwa FIK, UI menyatakan bahwa terapi kognitif adalah terapi jangka pendek teratur, yang memberikan dasar berpikir pada klien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya serta mampu mengatasi perasaan negatifnya dan mampu memecahkan masalah tersebut. Terapi kognitif bukanlah terapi baru dan terapi ini sudah dikembangkan sejak tahun 1860-an, sebagai pengobatan alternatif untuk mengatasi depresi. Terapi ini berdasar pada satu prinsip bahwa pikiran-pikiran mempengaruhi *mood*. Melalui terapi ini individu diajarkan/ dilatih untuk mengontrol distorsi pikiran/gagasan/ide dengan benar-benar mempertimbangkan faktor dalam berkembangnya dan menetapnya gangguan mood. (Townsend, 2005).

Pertolongan seorang terapis yang terlatih sangat diperlukan, sehingga terapi kognitif dapat menjadi suatu terapi yang dapat membantu lansia depresi menghentikan pola pikiran negatif, mengubah cara berfikir yang negatif karena mengalami kekecewaan, kegagalan dan ketidakberdayaan dan akhirnya lansia depresi dapat menjadi lebih baik, dapat kembali produktif, bermanfaat untuk diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

2.3.2 Tujuan Terapi Kognitif

Terapi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980). Menurut Copel (2007), terapi kognitif bertujuan untuk membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal. Mengubah kepercayaan (anggapan) tidak logis, penalaran salah, dan pernyataan negatif yang mendasari permasalahan perilaku (Stuart & Laraia, 2005). Terapi kognitif berfokus pada bagaimana cara mengidentifikasi dan memperbaiki persepsi-persepsi pasien yang bias yang terdapat dalam pikirannya (Frisch & Frisch, 2006). Dengan demikian tujuan terapi kognitif dapat disimpulkan yaitu untuk mengubah pikiran-pikiran negatif yang dimunculkan menjadi pikiran-pikiran yang lebih realistis, positif dan rasional.

2.3.3 Indikasi

Terapi kognitif diterapkan untuk masalah depresi dan masalah psikiatrik lainnya seperti, panik, masalah pengontrolan marah, pengguna obat, harga diri rendah, resiko bunuh diri dan ketidakberdayaan. Selain itu juga efektif pada gangguan makan

(bulimia, anoreksia nervosa) dan gangguan kepribadian (Wright and Beck, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005).

Dalam proses pelaksanaan terapi kognitif, terapis membantu klien untuk melakukan restrukturisasi kognitif (Stuart & Laraia, 2005).

2.3.3.1 *Monitoring thoughts and feeling* (memonitor pikiran dan perasaan) : menggunakan format tertentu / *daily record of dysfunction thought form*. Terdiri dari 5 kotak : situasi, emosional, pikiran otomatis, respon rasional dan hasil yang diharapkan (outcome).

2.3.3.2 *Questioning the evidence*

2.3.3.3 *Examining Alternatives* (memeriksa alternatif) : alternatif di eksplorasi berdasarkan kekuatan dan sumber coping pasien.

2.3.3.4 *Decatastrophizing* : disebut juga tehnik “bagaimana jika” akan membantu pasien untuk mengevaluasi situasi yang ada. Pertanyaan perawat: “apa hal terburuk yang akan terjadi?”. “bagaimana orang lain mengatasi situasi seperti itu?”

2.3.3.5 *Reframing* : adalah strategi yang memodifikasi atau merubah persepsi pasien dari situasi atau perilaku yang ada dengan melihat dari perspektif yang berbeda.

2.3.3.6 *Thought Stopping* (berhenti berpikir) : tehnik ini sangat baik digunakan pada saat disfungsi pemikiran mulai muncul. Pertama kali pasien mengidentifikasi pikiran tentang masalah dan membicarakan masalah (melalui imajinasi), perawat akan berkata STOP setelah itu pasien perlu melatih hal ini sendiri

2.3.4 Prinsip Pelaksanaan Terapi Kognitif

Menurut Townsend (2003), prinsip pelaksanaan terapi kognitif adalah:

2.3.4.1 Terapi kognitif berdasarkan pada proses pembentukan kembali pola pikir pasien yang terganggu. Untuk itu, terapis harus mengidentifikasi terlebih dahulu adanya kelainan bentuk pikir (distorsi kognitif) pada pasien.

2.3.4.2 Terapi kognitif membutuhkan hubungan terapeutik perawat – pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dan pasien

harus sudah terbina sebelum terapi ini dilakukan. Terapis (perawat) harus dapat bersikap hangat, empati, *caring*, dan menghormati martabat (harga diri) pasien.

- 2.3.4.3 Terapi kognitif menekankan pada tehnik kolaborasi dan partisipasi aktif pasiennya. Perawat sebagai terapis mendorong pasien untuk terlibat aktif dalam setiap sesi (pertemuan), sehingga pasien selalu membuat tugas-tugas yang diberikan di akhir setiap sesi untuk dikerjakan di rumah.
- 2.3.4.4 Terapi kognitif merupakan terapi yang berorientasi pada tujuan penyelesaian masalah pasien. Di awal pertemuan, terapis harus mengidentifikasi masalah-masalah yang dihadapi pasiennya. Kemudian bersama-sama menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan dalam terapi. Proses diskusi dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi pasien dibutuhkan saat pasien mulai dapat mengenal distorsi kognitif dan memperbaiki pola pikirnya.
- 2.3.4.5 Terapi kognitif menekankan kondisi realita yang ada pada pasien. Penyelesaian masalah yang dihadapi pasien berdasarkan kondisi yang nyata saat terapi dilakukan.
- 2.3.4.6 Terapi kognitif merupakan suatu pendekatan terapi yang bersifat edukatif dengan tujuan mengajarkan pasien untuk dapat menolong dirinya sendiri dan mencegah terjadinya kondisi berulang.
- 2.3.4.7 Terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang terprogram waktu dengan baik (*Time Limited Program*). Proses pelaksanaan terapi dapat berjalan beberapa minggu sampai bulan. Beberapa pasien kadang-kadang menghendaki pertemuan ulang.
- 2.3.4.8 Program terapi kognitif harus terstruktur dengan baik untuk setiap sesi dalam pertemuannya. Setiap sesi harus meliputi evaluasi kondisi pasien di setiap pertemuan, review hasil

pertemuan sebelumnya, mengevaluasi tugas pasien yang harus dilakukan pada pertemuan sebelumnya, mendiskusikan topik pertemuan saat ini, merencanakan tugas yang akan dilakukan pasien dan membuat ringkasan hasil pertemuan. Hal ini dapat membuat waktu pelaksanaan terapi menjadi efektif.

2.3.4.9 Terapi kognitif bertujuan mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Hal ini dilakukan dengan membantu pasien untuk dapat mengenal setiap pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran yang positif yang sesuai dengan kondisi yang nyata pada pasien.

2.3.4.10 Terapi kognitif menggunakan berbagai bentuk atau tehnik untuk merubah cara berfikir, perasaan dan perilaku pasien. Berbagai tehnik dapat digunakan dalam proses pemberian terapi kognitif dalam upaya untuk memodifikasi cara berfikir pasien yang salah yang dapat mempengaruhi timbulnya perilaku maladaptif.

2.3.5 Pelaksanaan Terapi Kognitif

Menurut Burns (1988) pelaksanaan terapi kognitif terdiri dari 9 sesi, yaitu :

2.3.5.1 Sesi 1 : ungkapan pikiran otomatis yang timbul dan klasifikasikan dalam distorsi kognitif

2.3.5.2 Sesi 2 : ungkapkan alasan atau penyebab timbulnya pikiran otomatis

2.3.5.3 Sesi 3 : tanggapan atau anjurkan pasien mengungkapkan keinginannya (metode 3 kolom)

2.3.5.4 Sesi 4 : diskusi perasaan pasien saat membuat catatan harian

2.3.5.5 Sesi 5 : diskusi kemampuan pasien dalam menghadapi masalah tehnik 3 kolom yang dilakukan

- 2.3.5.6 Sesi 6 : diskusi manfaat dalam memberikan tanggapan, cara pasien menyelesaikan masalah/hambatan yang ditemui
- 2.3.5.7 Sesi 7 : diskusi perasaan setelah terapi (mengungkapkan hasil dalam mengikuti terapi)
- 2.3.5.8 Sesi 8 : diskusi cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian; dan sesi terakhir
- 2.3.5.9 Sesi 9 : libatkan keluarga untuk menjadi support system pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

Berdasarkan hasil Workshop Keperawatan Jiwa (FIK UI, 2008), kesembilan sesi dalam terapi kognitif dapat dilakukan dalam empat kali pertemuan. Pertemuan **pertama** merupakan pelaksanaan untuk sesi 1 dan 2, yaitu mengungkapkan pikiran otomatis dan alasan, yang bertujuan untuk agar pasien mampu mengungkapkan pikiran otomatis pada perawat dan penyebab timbulnya pikiran otomatis. Pertemuan **kedua** merupakan pelaksanaan untuk sesi 3, 4 dan 5, yaitu tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis dan *problem solving* (penyelesaian masalah). Pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam memberi tanggapan positif terhadap pikiran negatif, pasien dapat menuliskan pikiran otomatis dan tanggapan rasionalnya, dan meningkatkan kemampuan pasien untuk menyelesaikan masalahnya sendiri. Pertemuan **ketiga** adalah pelaksanaan sesi 6, 7, 8, yaitu tentang manfaat tanggapan, ungkapkan hasil dan membuat buku harian. Ketiga sesi dalam pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien mengungkapkan hasil dan manfaat dari pelaksanaan terapi kognitif dan pasien mampu menyelesaikan masalah. Dan pertemuan terakhir atau pertemuan **keempat** merupakan pelaksanaan sesi 9, adalah *support system* yang bertujuan untuk meningkatkan komunikasi perawat dengan pasien, pasien mendapat support system, dan keluarga dapat menjadi support sistem bagi pasien.

2.4 Konsep Senam Latih Otak (*Brain Gym*)

Brain Gym dikenal di Amerika, dengan tokoh yang menemukannya yaitu Paul E. Dennison Ph.D seorang ahli dan pelopor dalam penerapan penelitian otak, bersama istrinya Gail E. Dennison seorang mantan penari. Senam latih otak adalah serangkaian latihan berbasis gerakan tubuh sederhana. Gerakan itu dibuat untuk merangsang otak kiri dan kanan (dimensi lateral), meringankan atau merelaksasi belakang otak dan bagian depan otak (dimensi pemfokusan), merangsang sistem yang terkait dengan perasaan/emosi yakni otak tengah (limbik) serta otak besar (dimensi pemusatan) (Dennison, 2009).

2.4.1 Manfaat *Brain Gym* (senam latih otak) :

Menurut Dennison (2009), manfaat senam latih otak, yaitu stress emosional berkurang dan pikiran lebih jernih, hubungan antar manusia dan suasana belajar/kerja lebih rileks dan senang, kemampuan berbahasa dan daya ingat meningkat, orang menjadi lebih bersemangat, lebih kreatif dan efisien, orang merasa lebih sehat karena stress berkurang dan prestasi belajar dan bekerja meningkat. Senam latih otak juga dapat mengurangi stress, kecemasan, ketakutan dan depresi (Hocking, 2007).

Otak sebagai pusat kegiatan tubuh akan mengaktifkan seluruh organ dan sistem tubuh melalui pesan-pesan yang disampaikan melewati serabut saraf secara sadar maupun tidak sadar. Pada umumnya otak bagian kiri bertanggung jawab untuk pergerakan bagian kanan tubuh dan sebaliknya. Otak manusia, seperti hologram terdiri dari tiga dimensi dengan bagian-bagian yang saling berhubungan sebagai satu kesatuan. Itu sebabnya, bayi atau balita secara global dapat menangkap dunia orang dewasa dan menciptakannya menjadi dunia baru lagi. Pelajaran lebih mudah diterima bila mengaktifkan sejumlah panca indera dari pada hanya diberikan secara abstrak saja. Akan tetapi, otak manusia juga spesifik tugasnya, yang untuk aplikasi gerakan senam otak dipakai istilah **dimensi lateralis** untuk

belahan otak kiri dan kanan, **dimensi pemfokusan** untuk bagian belakang otak (batang otak dan brain stem) dan bagian otak depan (*frontal lobes*), serta **dimensi pemusatan** untuk sistem limbik (*midbrain*) dan otak besar (*cerebral cortex*). Dengan latihan senam latih otak diaktifkan tiga dimensi otak tersebut.

2.4.2 Pelaksanaan gerakan senam latih otak/*brain gym* :

Pelaksanaan senam latih otak dianjurkan tiga kali seminggu, masing-masing sekitar 15 – 20 menit. Harus selalu membayangkan gerak fisiknya, supaya tersambung sirkuit otak dengan gerakan-gerakan yang sedang dilakukan. Senam otak ini melatih otak bekerja dengan melakukan gerakan pembaruan (*repatteing*) dan aktivitas *brain gym*. Latihan ini membuka bagian-bagian otak yang sebelumnya tertutup atau terhambat. Disamping itu, senam otak tidak hanya memperlancar aliran darah dan oksigen ke otak juga merangsang kedua belah otak untuk bekerja sehingga didapat keseimbangan aktivitas kedua belahan otak secara bersamaan (Sapardjiman, 2003).

Aplikasi gerakan senam latih otak menurut Dennison (2009), yaitu :

2.4.2.1 Lateralitas (sisi)

Otak kita terdiri dari dua bagian. Masing-masing belahan otak mempunyai tugas tertentu. Secara garis besar, otak bagian kiri berpikir logis dan rasional, menganalisa, bicara, berorientasi pada waktu dan hal-hal terinci; sedangkan otak bagian kanan intuitif, merasakan, musik, menari, kreatif, melihat keseluruhan, ekspresi badan, dst. Otak belahan kiri mengatur badan bagian kanan, mata dan telinga kanan. Otak belahan kanan mengontrol badan bagian kiri, mata dan telinga kiri. Dua belahan otak disambung dengan “Corpus

callosum” yaitu simpul saraf kompleks dimana terjadi transmisi informasi antara kedua belahan otak.

Otak bagian kiri aktif bila sisi kanan tubuh digerakkan dan otak bagian kanan aktif apabila sisi kiri tubuh digerakkan. Sifat ini memungkinkan dominasi salah satu sisi misalnya menulis dengan tangan kanan atau kiri, dan juga untuk integrasi kedua sisi tubuh (*bilateral integration*), yaitu untuk menyeberangi garis tengah tubuh untuk bekerja di “bidang tengah”. Kemampuan belajar paling tinggi apabila kedua belahan otak bekerja sama dengan baik.

Beberapa contoh gerakan dimensi lateralitas:

1) Gerakan menyeberang garis tengah (*Midline Movements*):

Gerakan menyeberangi garis tengah berpusat pada ketrampilan yang diperlukan untuk gerakan bagian tubuh kiri dan kanan dengan melewati bagian tubuh tengah. Garis tengah vertikal tubuh adalah acuan penting yang diperlukan untuk semua kemampuan dua sisi tubuh.

Gerakan menyeberang garis tengah membantu menggunakan kedua belahan otak secara bersamaan dan harmonis.

2) Gerakan Silang (*Cross Crawl*)

Gerakan silang mengaktifkan hubungan kedua sisi otak dan gerakan pemanasan untuk semua keterampilan yang memerlukan penyeberangan garis tengah bagian lateral (menjauhi sumbu tubuh).

3) 8 Tidur (*Lazy 8s*)

Gerakan 8 Tidur memadukan bidang visual kiri dan kanan, jadi meningkatkan integrasi belahan otak kiri dan kanan, sehingga keseimbangan dan koordinasi antar bagian menjadi lebih baik.

4) Putaran leher (*Neck Rolls*)

Putaran leher menunjang relaksnya tengkuk dan melepaskan ketegangan yang disebabkan oleh ketidakmampuan menyeberangi garis tengah visual atau untuk bekerja dalam bidang tengah. Gerakan ini akan memacu kemampuan penglihatan dan pendengaran secara bersamaan.

2.4.2.2 Fokus

Fokus adalah kemampuan menyeberangi “garis tengah partisipasi” yang memisahkan bagian belakang dan depan tubuh, dan juga bagian belakang (*occipital*) dan depan otak (*frontal lobes*). Perkembangan refleks antara otak bagian belakang dan bagian depan yang mengalami fokus kurang (*underfocused*) disebut “kurang perhatian”, “kurang mengerti”, “terlambat bicara”, atau “hiperaktif”. Kadangkala perkembangan refleks antara otak bagian depan dan belakang mengalami fokus lebih (*overfocused*) dan berusaha terlalu keras. Gerakan-gerakan yang membantu melepaskan hambatan fokus adalah aktivitas integrasi depan/belakang.

Beberapa contoh gerakan pemfokusan :

1) Burung Hantu (*The owl*)

Gerakan burung hantu maksudnya burung ini menggerakkan kepala dan mata secara bersamaan, dan mempunyai jangkauan penglihatan yang luas karena dia

dapat memutar kepalanya 180 derajat, juga memiliki pendengaran yang merupakan radar. Gerakan burung hantu dimaksudkan untuk menunjuk kepada ketrampilan penglihatan, pendengaran dan putaran kepala. Gerakan ini bisa menghilangkan ketegangan tengkuk dan bahu yang timbul karena stress.

2) Mengaktifkan Tangan (*Arm activation*)

Mengaktifkan tangan merupakan gerakan isometrik untuk menolong diri sendiri yang memperpanjang otot-otot dada atas dan bahu. Kontrol otot untuk gerakan-gerakan motorik kasar dan motorik halus berasal dari area ini. Mengaktifkan tangan membantu menulis, mengeja dan juga menulis kreatif.

3) Lambaian Kaki (*The footflex*)

Bila seseorang takut dan stres, tendon di betis menjadi tegang dan pendek sebagai persiapan untuk “berjuang atau melarikan diri” (fight or flight response). Gerakan lambaian kaki, seperti halnya gerakan pompa betis, merupakan proses pengajaran kembali untuk mengembalikan panjang alamiah tendon pada kaki dan tungkai bawah. Gerakan yang bermanfaat untuk membuka otak “bahasa”, membantu kemampuan bicara dan mengungkapkan diri. Seseorang lebih mampu berkomunikasi, lebih kreatif menulis, dan dapat mengerjakan serta menyelesaikan tugas dengan mudah.

4) Pengisi energi (*The energizer*)

Gerakan bolak balik kepala meningkatkan peredaran darah keotak bagian depan (*lobus frontal*) untuk meningkatkan kemampuan memahami dan berpikir rasional

5) Olgengan pinggul (*The Rocker*)

Menstimulasi saraf dipinggul karena terlalu lama duduk. Ketika tulang kelangkang dapat bergerak bebas, otak diaktifkan juga karena berada pada ujung jalur susunan syaraf pusat. Peredaran cairan serebrospinal ditulang belakang distimulasikan sehingga tubuh bekerja lebih efisien.

2.4.2.3 Pemusatan

Pemusatan adalah kemampuan untuk menyeberangi garis pisah antara bagian atas dan bawah tubuh dan mengaitkan fungsi dari bagian atas dan bawah otak, bagian tengah sistem limbik (*mid brain*) yang berhubungan dengan informasi emosional serta otak besar (*cerebrum*) untuk berpikir yang abstrak. Ketidakmampuan untuk mempertahankan pemusatan ditandai dengan ketakutan yang tak beralasan, ketidakmampuan untuk menyatakan emosi.

Beberapa gerakan pemusatan adalah :

1) Sakelar otak (*brain buttons*)

Sakelar otak dimaksudkan untuk mengirimkan pesan dari bagian otak kanan ke sisi kiri tubuh dan sebaliknya. Rangsangan titik ini meningkatkan peredaran darah ke otak. Berat otak kira-kira 1/50 dari berat badan, tetapi untuk fungsi yang optimal diperlukan 1/5 dari peredaran darah. Tangan di pusat, menyeimbangkan impuls-impuls yang berhubungan dengan telinga bagian dalam dan berpengaruh pada kemampuan belajar.

2) Menguap Berenergi (*The energetic yawn*)

Menguap merupakan reflek pernafasan alami yang meningkatkan peredaran darah ke otak dan merangsang seluruh tubuh. Menguap baik jika dibarengi dengan

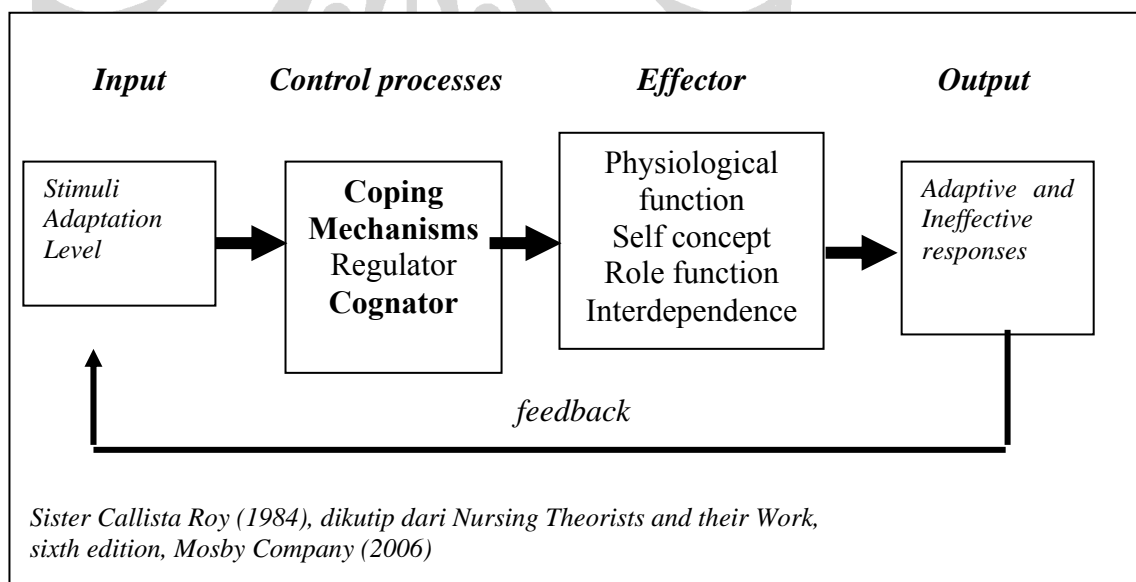
menyentuh tempat-tempat tegang di rahang yang dapat menolong menyeimbangkan tulang tengkorak dan menghilangkan ketegangan di kepala dan rahang. Menguap dimaksudkan untuk mengaktifkan otak dalam peningkatan persepsi sensoris dan fungsi motorik dari mata dan otot untuk bersuara dan mengunyah.

2.5 Model Adaptasi Roy dan penerapannya

2.5.1 Landasan Teori

Roy, dalam teorinya menjelaskan empat macam elemen esensial dalam adaptasi keperawatan yaitu : manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Model Adaptasi Roy menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif karena menurut Roy manusia adalah makhluk holistik yang memiliki sistem adaptif yang selalu beradaptasi

Model Adaptasi Roy dapat digambarkan sebagai berikut :



2.5.2 Konsep mayor yang membangun kerangka konseptual model adaptasi Roy adalah

2.5.2.1 Sistem adalah kesatuan dari beberapa unit yang saling berhubungan dan membentuk satu kesatuan yang utuh

dengan ditandai adanya input, kontrol proses, out put dan umpan balik.

- 2.5.2.2 Derajat adaptasi adalah perubahan tetap sebagai hasil dari stimulus fokal, konstektual dan residual dengan standar individual, sehingga manusia dapat berespon adaptif sendiri.
- 2.5.2.3 Problem adaptasi adalah kejadian atau situasi yang tidak adekuat terhadap penurunan atau peningkatan kebutuhan
- 2.5.2.4 Stimulus fokal adalah derajat perubahan atau stimulus yang secara langsung mengharuskan manusia berespon adaptif. Stimulus fokal adalah presipitasi perubahan tingkah laku.
- 2.5.2.5 Stimulus konstektual adalah seluruh stimulus lain yang menyertai dan memberikan kontribusi terhadap perubahan tingkah laku yang disebabkan atau dirangsang oleh stimulus fokal.
- 2.5.2.6 Stimulus residual adalah seluruh faktor yang mungkin memberikan kontribusi terhadap perubahan tingkah laku akan tetapi belum dapat divalidasi.
- 2.5.2.7 Regulator adalah sub sistem dari mekanisme koping dengan respon otomatis melalui neural, kemikal dan proses endokrin
- 2.5.2.8 Kognator adalah sub sistem dari mekanisme koping dengan respon melalui proses yang kompleks dari persepsi, informasi, mengambil keputusan dan belajar.
- 2.5.2.9 Model efektor adaptif adalah kognator yaitu : fisiologikal, fungsi peran, interdependensi dan konsep diri.
- 2.5.2.10 Respon adaptif adalah respon yang meningkatkan integritas manusia dalam mencapai tujuan manusia untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, reproduksi dan masteri.
- 2.5.2.11 Fisiologis adalah kebutuhan fisiologis termasuk kebutuhan dasar dan bagaimana proses adaptasi dilakukan untuk pengaturan cairan dan elektrolit, aktivitas dan istirahat,

eliminasi, nutrisi, sirkulasi dan pengaturan terhadap suhu, sensasi dan proses endokrin

2.5.2.12 Konsep diri adalah seluruh keyakinan dan perasaan yang dianut individu dalam satu waktu berbentuk : persepsi, partisipasi terhadap reaksi orang lain dan tingkah laku langsung. Termasuk pandangan terhadap fisiknya (body image dan sensasi diri) kepribadian yang menghasilkan konsistensi diri, ideal diri atau harapan diri, moral dan etika pribadi.

2.5.2.13 Penampilan peran adalah penampilan fungsi peran yang berhubungan dengan tugasnya di lingkungan sosial.

2.5.2.14 Interdependensi adalah hubungan individu dengan orang lain yang penting dan sebagai support sistem. Di dalam model ini termasuk bagaimana cara memelihara integritas fisik dengan pemeliharaan dan pengaruh belajar.

Roy mengembangkan teori yang membantu individu beradaptasi terhadap perubahan yang ada dengan 4 model adaptasi dalam situasi sehat maupun sakit yaitu :

- a. Mendapatkan kebutuhan fisik dasar
- b. Pengembangan konsep diri yang positif
- c. Menampilkan peran sosial
- d. Mempertahankan keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan

2.5.3 Aplikasi konsep teori adaptasi Roy terhadap asuhan keperawatan pada lansia

Teori Model adaptasi Roy menuntun perawat mengaplikasikan Proses keperawatan. Element Proses keperawatan menurut Roy meliputi: Pengkajian Perilaku, Pengkajian stimulus, Diagnosa keperawatan, Rumusan Tujuan, Intervensi dan Evaluasi

2.5.3.1 Pengkajian

1) Perilaku

Pengkajian perilaku (*Behavior Assessment*) merupakan tuntunan bagi perawat untuk mengetahui respon pada manusia sebagai sistem adaptif. Berhubungan hal tersebut diketahui ada 4 (empat) model adaptif manusia yaitu: fisiologis, konsep diri, fungsi peran, interdependensi. Data spesifik dikumpulkan oleh perawat melalui proses observasi, pemeriksaan dan keahlian wawancara.

Pada lansia pengkajian fisiologis ditemukan berbagai perubahan diantaranya gangguan fungsi pernafasan (rasa sesak), pendengaran dan penglihatan menurun, gangguan muskuloskeletal (nyeri), perubahan hormon, dan lain-lain.

Pengkajian konsep diri ditemukan perubahan konsep diri seperti perasaan tidak berdaya, merasa bersalah, tidak berguna, pesimis, rendah diri, menaruh diri, dan lain-lain.

Pengkajian peran ditemukan perubahan diantaranya aktivitas sosial menurun, menarik diri, dan tampak mudah marah.

Pengkajian interdependensi ditemukan ketergantungan pada lansia seperti merasa tidak berdaya, putus asa, tidak bersemangat, dan malas melakukan aktivitas.

2) Stimulus

Dalam fase pengkajian ini perawat mengumpulkan data tentang stimulus fokal, kontekstual dan residual yang dimiliki klien. Proses ini mengklarifikasi penyebab dari masalah dan mengidentifikasi faktor-faktor kontekstual (faktor presipitasi) dan residual (faktor predisposisi) yang berhubungan erat dengan penyebab.

Stimulus fokal : perubahan fisik dan psikososial yang dialami lansia : penurunan fungsi fisik, masa pensiun atau penurunan pendapatan, penurunan fungsi dan potensi seksual, perubahan peran sosial

Stimulus kontekstual : karakteristik lansia (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, sakit fisik dan lama sakit)

Stimulus residual : nilai dan norma, pengetahuan dan budaya

2.5.3.2 Diagnosa Keperawatan

Rumusan Diagnosa Keperawatan adalah problem (P), Etiologi (E), *Symptom*/karakteristik data (S). Diagnosa keperawatan berhubungan dengan kurangnya kemampuan klien beradaptasi dan merumuskan diagnosa dengan mengobservasi tingkah laku klien terhadap pengaruh lingkungan.

Rumusan diagnosa yang ditemukan pada lansia :

Perubahan fisiologis (gangguan cardiac output, gangguan persepsi sensori, intake nutrisi berkurang, gangguan pola nafas, resiko cedera, disfungsi seksual, intoleransi aktivitas dan lain-lain)

Perubahan konsep diri (harga diri rendah, gangguan citra tubuh, resiko bunuh diri)

Perubahan peran (perubahan penampilan peran, konflik peran, kecemasan)

Perubahan interdependensi (ketidakberdayaan, keputusasaan, kecemasan, resiko bunuh diri)

2.5.3.3 Intervensi

Rencana tindakan keperawatan adalah perencanaan yang bertujuan untuk mengatasi/memanipulasi stimulus fokal kontekstual dan residual. Perawat merencanakan tindakan

keperawatan spesifik terhadap gangguan atau stimulus yang dialami.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada lansia adalah pemenuhan fungsi fisiologis pada lansia. Intervensi keperawatan jiwa pada lansia adalah intervensi generalis dan intervensi spesialis adalah terapi kognitif. Intervensi lain yaitu senam latih otak pada lansia.

2.5.3.4 Implementasi

Tujuan akhir adalah memanipulasi lingkungan dengan meningkatkan atau mengurangi stimuli yang mengganggu adaptasi, ditujukan pada peningkatan kemampuan coping klien.

2.5.3.5 Evaluasi

Proses keperawatan diselesaikan/dilengkapi dengan fase evaluasi. Perilaku tujuan dibandingkan dengan respon-respon perilaku yang dihasilkan, dan bagaimana pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang ditetapkan. Perawat memperbaiki tujuan dan intervensi setelah hasil evaluasi ditetapkan.

2.5.4 Kerangka Teori

Kerangka teori ini disusun dengan modifikasi konsep-konsep serta teori yang diuraikan diatas, yaitu tentang lansia, depresi pada lansia, terapi kognitif, senam latih otak dan model adaptasi Roy. Adapun kerangka teori penelitian ini dapat dilihat dari bagan 2.1.

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam pelaksanaan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel independen (bebas), variabel dependen (terikat) dan variabel confounding (perancu).

3.1.1 Variabel independen (bebas)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi kognitif dan senam latih otak yang diberikan pada lansia yang mengalami depresi karena terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir yang diinginkan (positif) dan merubah pikiran-pikiran yang negatif serta senam latih otak merupakan pelatihan untuk menstimulasi, merelaksasi dan memfokuskan otak. Dengan pemberian terapi kognitif dan senam latih otak ini diharapkan terjadi peningkatan atau perbaikan dari kondisi depresi lansia.

3.1.2 Variabel dependen (terikat)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami depresi. Variabel dependen ini akan diukur sebelum dan sesudah terapi kognitif dan senam latih otak diberikan kepada kelompok intervensi serta akan diukur sebelum dan sesudah terapi kognitif diberikan kepada kelompok kontrol. Instrumen pengukuran status atau kondisi lansia yang mengalami depresi digunakan *geriatric depression scale (GDS)*. Instrumen ini meliputi tanda dan gejala depresi. Setelah pasien memberikan jawaban dalam pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam skrining ini, maka dilakukan penjumlahan dan dikategorikan berdasarkan klasifikasi yang telah ditentukan dalam skrining ini, yaitu normal, depresi ringan, depresi sedang, depresi berat dan panik (Kurlowiz & Grenberg, 2007).

3.1.3 Variabel Confounding (perancu)

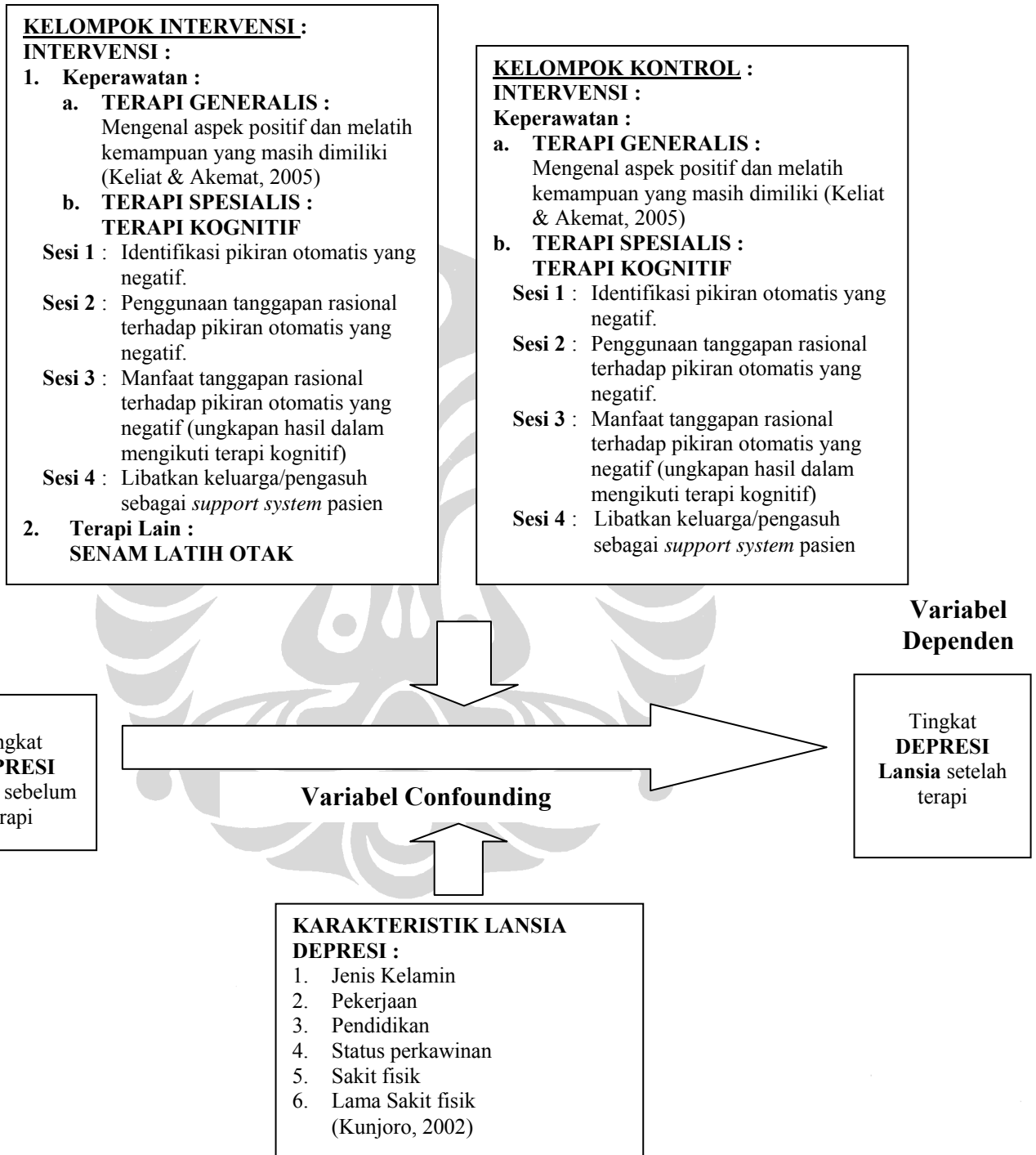
Variabel confounding yang mungkin dalam penelitian ini adalah karakteristik lansia yang mengalami perubahan fisik dan psikososial. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penelitian ini adalah perubahan fisik (sakit fisik dan lama sakit), penurunan potensi dan fungsi seksual (jenis kelamin, status perkawinan), perubahan aspek psikososial (pendidikan), perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan (sumber pendapatan) dan perubahan dalam peran sosial (keikutsertaan dalam aktivitas)

Ketiga variabel tersebut diatas merupakan variabel yang saling mempengaruhi dalam penelitian ini. Peneliti mencari hubungan diantara ketiganya melalui sebuah konsep penelitian yang memuat item 'input' berupa pelaksanaan pretest untuk kedua kelompok, item 'proses', yaitu pemberian terapi kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi serta pemberian terapi kognitif tanpa senam latih otak pada kelompok kontrol dan item 'output' berupa pelaksanaan post test pada dua kelompok.

Penjabaran keterkaitan ketiga item tersebut dapat dilihat kerangka konsep penelitian dalam bagan 3.1

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen



3.2 Hipotesis Penelitian

Menurut Machfoedz, dkk., (2005), hipotesis diartikan sebagai dugaan atau jawaban sementara, yang mungkin benar atau mungkin juga salah. Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

- 3.2.1 Ada pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak terhadap tingkat depresi pada lansia di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung.
- 3.2.2 Ada perbedaan tingkat depresi pada lansia di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung antara kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak dengan yang mendapat terapi kognitif tanpa senam latih otak.
- 3.2.3 Ada hubungan antara karakteristik lansia di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung terhadap perubahan tingkat depresi lansia setelah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak.

3.3 Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007). Definisi operasional dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian yang dapat diuraikan seperti pada tabel 3.1.

Tabel 3.1.
Definisi Operasional Variabel Penelitian
(Variabel Confounding, Dependen, dan Independen)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel Confounding					
1.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan dari jenis kelamin responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
2.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik di dalam maupun di luar panti untuk mendapatkan penghasilan/imbalan yang sesuai dengan usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal
3.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir responden	1. Tidak Sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Perguruan tinggi	Ordinal
4.	Status perkawinan	Ikatan yang sah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan pasien	1. Kawin 2. Tidak Kawin Catatan : Belum kawin, janda, duda termasuk dalam tidak kawin	Nominal
5.	Sakit fisik	Abnormalitas tubuh akibat yang mengganggu fungsi secara fisik.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang sakit fisik yang dialami oleh responden	1. Sakit fisik 2. Tidak sakit fisik	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
6.	Lama Sakit fisik	Jumlah tahun lama pasien mengalami sakit fisik sampai dengan terakhir saat pengambilan data.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama sakit fisik responden	Dinyatakan dalam bulan Catatan : Diisi bila terdapat sakit fisik	Rasio

B. Variabel Dependen

7.	Tingkat Depresi	Persepsi pasien terhadap kondisi kesehatannya saat ini baik secara fisik, psikis dan sosial untuk mengetahui adanya gejala depresi pada pasien	15 pertanyaan dalam kuesioner B tentang Skala Skrening Depresi yang dimodifikasi dari Test <i>Geriatric Depression Scale</i>	Dinyatakan dalam rentang 0-15 Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil berkisar antara nilai 0 – 15 dan diukur untuk mendapatkan nilai mean, median, mode (modus) dan nilai minimal-maximal pada CI 95 %	Rasio
----	-----------------	--	--	--	-------

C. Variabel Independen

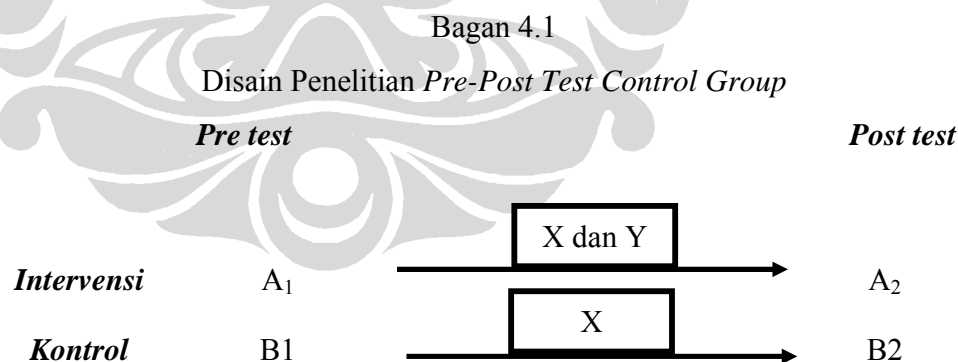
8.	Terapi kognitif dan senam latih otak	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan tujuan membantu pasien mengatasi evaluasi negatif tentang dirinya, meningkatkan harga dirinya kondisi depresinya dan senam latih otak merupakan latihan membantu pasien merelaksasi, mestimulasi dan memfokuskan otak untuk mengatasi kondisi depresinya. Senam ini terdiri pelatihan pemfokusan, pemusatan dan koordinasi.	Buku raport hasil evaluasi terhadap pelaksanaan terapi kognitif yang dipegang peneliti. Buku raport hasil evaluasi terhadap pelaksanaan senam latih otak yang dipegang peneliti.	1. Dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak 2. Dilakukan terapi kognitif tanpa senam latih otak	Nominal
----	--------------------------------------	---	---	--	---------

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group*” dengan intervensi terapi kognitif dan senam latih otak. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perubahan tingkat depresi sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa pemberian terapi kognitif dan senam latih otak. Penelitian ini membandingkan dua kelompok lansia yang mengalami depresi di panti tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung, yaitu kelompok intervensi (kelompok yang diberikan terapi kognitif dan senam latih otak) dan kelompok kontrol (kelompok yang diberikan terapi kognitif dan tidak diberikan senam latih otak). Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2008) yang menyatakan bahwa pada penelitian kuasi eksperimen ditujukan untuk mengungkapkan pengaruh dari intervensi/ perlakuan pada subyek dan mengukur hasil (efek) intervensi. Adapun skema pelaksanaan tergambar dalam bagan berikut di bawah ini.



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) Terapi Kognitif
 Y : Perlakuan (intervensi) Senam latih otak

- A_1 : Tingkat depresi pada lansia pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi kognitif dan senam latih otak.
- A_2 : Tingkat depresi pada lansia pada kelompok intervensi sesudah mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi kognitif dan senam latih otak.
- B_1 : Tingkat depresi lansia pada kelompok kontrol sebelum kelompok kontrol mendapatkan perlakuan terapi kognitif
- B_2 : Tingkat depresi lansia pada kelompok kontrol setelah kelompok kontrol mendapatkan perlakuan terapi kognitif
- $A_2 - A_1$: Perubahan tingkat depresi lansia setelah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi
- $B_2 - B_1$: Perubahan tingkat depresi lansia pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok kontrol mendapatkan perlakuan terapi kognitif.
- $A_2 - B_2$: Perbedaan tingkat depresi lansia antara kelompok intervensi setelah mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak dan kelompok kontrol setelah mendapatkan terapi kognitif

4.2 Populasi Dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu yang disesuaikan dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Subyek dapat berupa manusia, hewan coba, data laboratorium, dan lain-lain, sedangkan karakteristik subyek ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah klien lansia dengan depresi di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa, Natar Lampung.

Menurut catatan data di Panti Tresna Wredha Bahkti Yuswa Natar, Lampung bahwa jumlah lansia hingga bulan April 2010 adalah 105 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Penetapan sampel dalam penelitian ini menggunakan tehnik *purposive sampling* yaitu peneliti memiliki pertimbangan tertentu dalam memilih partisipan yang terlibat dalam penelitian (Polit & Hungler, 1999). Sampel penelitian ini adalah lansia yang mengalami depresi dipanti tresna wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- 4.2.2.1 Berusia lebih dari 55 tahun
- 4.2.2.2 Bersedia jadi responden, yang dinyatakan dengan menandatangani informed consent
- 4.2.2.3 Lansia dengan diagnosa depresi, memiliki nilai kuisioner depresi 5 - 11 atau dengan katagori depresi ringan – sedang
- 4.2.2.4 Tidak mengalami penurunan kesadaran, dapat berkomunikasi secara verbal dan kooperatif

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda proporsi 2 kelompok berpasangan dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2008):

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]^2 \cdot f}{d^2}$$

Keterangan:

- n** : Besar sampel
- Z_α** : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % (α = 0,05), maka Z_α = 1,96
- Z_β** : Bila α = 0,05 dan power = 0,80 maka Z_β = 0,842
- f** : Kesalahan tipe II yang setara dengan 20 % (= 0,2)
- d** : Beda proporsi yang klinis penting (*clinical judgement*) = 25 % atau 0,25

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

$$n = \frac{(1,96 + 0,842)^2 \cdot 0,2}{(0,25)^2}$$

$$n = 25,123 \text{ dibulatkan menjadi } 25$$

Besar sampel untuk penelitian ini adalah 25 responden untuk setiap kelompok.

Dalam studi kuasi eksperimen ini, untuk mengantisipasi adanya sampel yang keluar (drop out) dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2008) ini adalah :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

1 - f : Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 10 % (f = 0,1)

maka :

$$n = \frac{25}{1 - 0,1}$$

$$n = 27,78 \text{ dibulatkan menjadi } 28$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 28 responden untuk setiap kelompok (28 kelompok intervensi dan 28 untuk kelompok kontrol), sehingga jumlah total sampel adalah 56 responden.

Selama penelitian berlangsung, peneliti dapat mencapai jumlah sampel sesuai dengan yang diinginkan yaitu sejumlah 56 responden (28 responden kelompok intervensi dan 28 responden kelompok kontrol), meskipun ditengah-tengah proses penelitian terdapat 1 orang yang mengundurkan diri, 1 orang *drop out* dari kelompok kontrol karena harus pulang ke rumah orang tuanya disebabkan orang tuanya meninggal.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi (Hidayat, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling* yaitu peneliti memiliki pertimbangan tertentu dalam memilih partisipan yang terlibat dalam penelitian (Polit & Hungler, 1999).

Sampel dalam penelitian ini adalah lansia yang tercatat sebagai warga panti tresna wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung dan telah sesuai dengan kriteria inklusi diatas. Kelompok intervensi dan kontrol dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan, dengan besar sampel untuk setiap kelompoknya sebanyak 28 responden.

Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan hasil pretest. Apabila lansia telah menyatakan diri bersedia menjadi responden, kemudian dilakukan pretest (kuisiner B) dan bila hasil pretest menunjukkan bahwa responden mengalami depresi ringan – sedang ditunjukkan nilai kuisiner untuk komponen depresi 5 - 11, maka peneliti langsung memasukkan sebagai responden.

Penetapan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, peneliti menggunakan teknik *random sampling assignment* yaitu dari 56 responden yang sudah terpilih sebagai responden kemudian diundi secara acak dan diklasifikasikan menjadi 28 responden kelompok intervensi dan 28 responden kelompok kontrol.

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dimulai dari pengambilan data (pre test) yaitu pada tanggal 12 April – 17 April 2010 pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada saat pre tes intervensi generalis juga dilakukan bersamaan. Kemudian dilanjutkan 4 minggu berikutnya yaitu tanggal 19 April – 14 Mei 2010 dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi. Pada tanggal 17 Mei – 12 April kelompok kontrol dilakukan terapi kognitif dan kelompok intervensi dilakukan senam latih otak dan pengambilan data (post test) dilakukan tanggal 14 dan 15 April 2010. Proses pelaksanaan penelitian ini peneliti dibantu dengan 4 (empat) orang asisten peneliti yaitu pada saat pengumpulan data pre tes dan post test, pada saat intervensi generalis dan terapi senam latih otak (lampiran 6)

Pelaksanaan penelitian dilakukan di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung dimana panti ini memiliki 14 wisma yang ditempati oleh para lansia. Proses intervensi generalis, terapi kognitif dan senam latih otak dilakukan diruangan yang nyaman (ruang tamu dan taman panti).

4.4 Etika penelitian

Ethical clearence dilakukan dengan adanya kaji etik oleh komite etik penelitian keperawatan FIK-UI. Peneliti mendapat pernyataan bahwa proposal Pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak untuk Lansia Depresi dinyatakan lolos dan layak untuk dilakukan penelitian. Peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Dinas Sosial Kabupaten Lampung Selatan. Setelah mendapat persetujuan peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan pihak panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung tempat responden berdomisili.

Pada saat pelaksanaan, peneliti memberikan penjelasan pada lansia yang bersedia menjadi responden mengenai: tujuan penelitian, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan penelitian, dan peran yang dapat dilakukan oleh lansia selaku responden penelitian. Selanjutnya lansia diberikan *informed consent* dan diminta

menandatangani sebagai bukti kesediaan menjadi responden penelitian (lampiran2). Responden adalah lansia yang mengalami depresi dan telah memenuhi kriteria inklusi karakteristik responden, sehingga *informed consent* yang telah ditandatangani oleh seluruh responden, yaitu sebanyak 56 orang. Pasien yang tidak bisa memberikan tanda-tangan, maka lembar *informed consent* ditandatangani oleh salah satu anggota keluarganya atau penanggung jawab lansia dipanti.

Di dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti memegang prinsip *scientific attitude* (sikap ilmiah) dan etika penelitian keperawatan yang mempertimbangkan aspek sosioetika dan harkat kemanusiaan. Prinsip pertama, mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi terbuka dan berkaitan dengan penelitian serta bebas menentukan pilihan atau bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Peneliti menjelaskan cara-cara pengisian kuisisioner kepada responden dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya hal-hal yang tidak dipahaminya berkenaan dengan pelaksanaan terapi. Pengisian baik *informed consent* maupun kuisisioner dilakukan oleh responden dalam keadaan rileks dan privasi yang terjaga.

Prinsip kedua, tidak menampilkan informasi nama dan alamat responden dalam kuisisioner serta format evaluasi untuk menjamin anonimitas (*anonymous*) dan kerahasiaan (*confidentiality*). Dengan demikian, peneliti menggunakan kode yang hanya diisi oleh peneliti.

Prinsip ketiga, merupakan konotasi keterbukaan dan keadilan (*justice*) dengan menjelaskan prosedur penelitian dan memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian.

Prinsip keempat adalah memaksimalkan hasil yang bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal merugikan (*maleficence*) yaitu responden dijelaskan manfaat terapi kognitif dan senam latih otak serta melakukan tindakan terapi kognitif dan senam latih otak sesuai standar pelaksanaan pada kelompok intervensi. Bila pada

akhir penelitian senam latih otak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap perubahan tingkat depresi pada lansia maka pada kelompok kontrol juga akan dilakukan senam latih otak.

4.5 Instrumen Penelitian dan Uji Coba Instrumen

4.5.1 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar pertanyaan (kuisisioner) sebagai berikut:

4.5.1.1 Data Demografi Responden

Data demografi responden yang diperlukan dalam penelitian ini adalah beberapa pertanyaan yang berisi karakteristik responden. Pengambilan data ini menggunakan lembar kuisisioner A (lampiran 3) yang terdiri dari 8 pertanyaan tentang data demografi responden yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, sakit fisik dan lama sakit fisik.

4.5.1.2 Pengukuran Tingkat Depresi

Pengukuran terhadap tingkat depresi menggunakan lembar kuisisioner B (lampiran 4) yang merupakan skala atau tingkat depresi dengan menggunakan Test Skrening *Geriatric Depression Scale* (GDS). Kuisisioner ini memiliki 15 pertanyaan dan semua pertanyaan dalam kuisisioner ini berbentuk skala Likert, dengan pilihan jawaban yang memiliki rentang nilai 0 – 1 yang hanya diketahui peneliti. Tingkat depresi diperoleh dengan menjumlahkan seluruh jawaban responden dan kemudian saat analisa hasil penelitian diklasifikasikan menjadi 4 kategori, yaitu nilai 0 – 4 dikategorikan *normal*, nilai 5 – 8 dikategorikan *depresi ringan*, nilai 9 – 11 dikategorikan *depresi sedang* dan nilai 12 - 15 dikategorikan *depresi berat*.

4.5.2 Uji Instrumen

Untuk instrumen digunakan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum digunakan, maka instrumen B dilakukan uji instrumen. Instrumen B yang diadopsi dari *Geriatric Depression Scale* (Kurlowicz dan Greenberg, 2007) memiliki validitas yang baik dan telah direkomendasikan agar dipergunakan dalam situasi klinis oleh *Intitute of Medicine* dan masuk sebagai bagian rutin dalam pengkajian lansia. Namun, karena diterjemahkan dalam bahasa Indonesia maka terdapat pernyataan yang diubah sehingga dilakukan uji instrumen.

Uji coba instrumen dilakukan pada 10 orang responden di Panti Muhammad Alimmun, Lampung dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir sama dengan kriteria inklusi yaitu berusia lebih dari 55 tahun, Tidak mengalami penurunan kesadaran, dapat berkomunikasi secara verbal dan kooperatif. Uji validitas ditujukan untuk mengukur apa yang memang sesungguhnya hendak diukur dan dalam penelitian ini menggunakan Uji Korelasi *Pearson Product Moment*. Hasil uji dikatakan valid apabila nilai r hitung (kolom *corrected item- total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar atau sama dengan r tabel pada tingkat kemaknaan 5%, maka pernyataan tersebut valid, namun apabila lebih rendah maka dianggap tidak valid. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *Cronbach's Coefficient-Alpha*. Instrumen dinyatakan memenuhi reliabilitas bila nilai koefisien reliabilitas r mendekati 1.

Berdasarkan hasil uji *Pearson Product Moment* pada 10 orang sampel, dari 15 item pernyataan terdapat 4 item pernyataan tidak valid yakni item nomor 1, 3, 9 dan 12. Nilai koefisien korelasi (r_{xy}) yang diperoleh $\leq 0,632$ (r tabel). Item-item yang tidak valid kemudian dimodifikasi dengan berpedoman pada referensi yang ada melalui perbaikan redaksi pernyataannya (Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda diganti apakah kakek/nenek secara keseluruhan merasa puas dengan kehidupan yang dijalani, Apakah anda

merasa kehidupan anda kosong diganti apakah kakek/nenek saat ini merasa kehidupannya terasa hampa misalnya tidak adanya keluarga, Apakah anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru diganti apakah kakek/nenek lebih senang tinggal di wisma dari pada kewisma lain atau tempat lain lalu mengerjakan sesuatu yang baru, Apakah anda merasa tidak berharga diganti apakah kakek/nenek saat ini mempunyai perasaan tidak berharga seperti merasa tidak mampu). Item tersebut tidak valid dikarenakan terlalu luas atau tidak konkrit sehingga sulit dipahami oleh lansia. Untuk uji reliabel hasil pengujian dengan menggunakan *Alfa Cronbach* didapatkan $0,960 \geq 0,632$ (r tabel) untuk 15 item pertanyaan. Sehingga berdasarkan perhitungan ini, maka dapat disimpulkan bahwa kuisioner dalam penelitian ini dinyatakan reliabel.

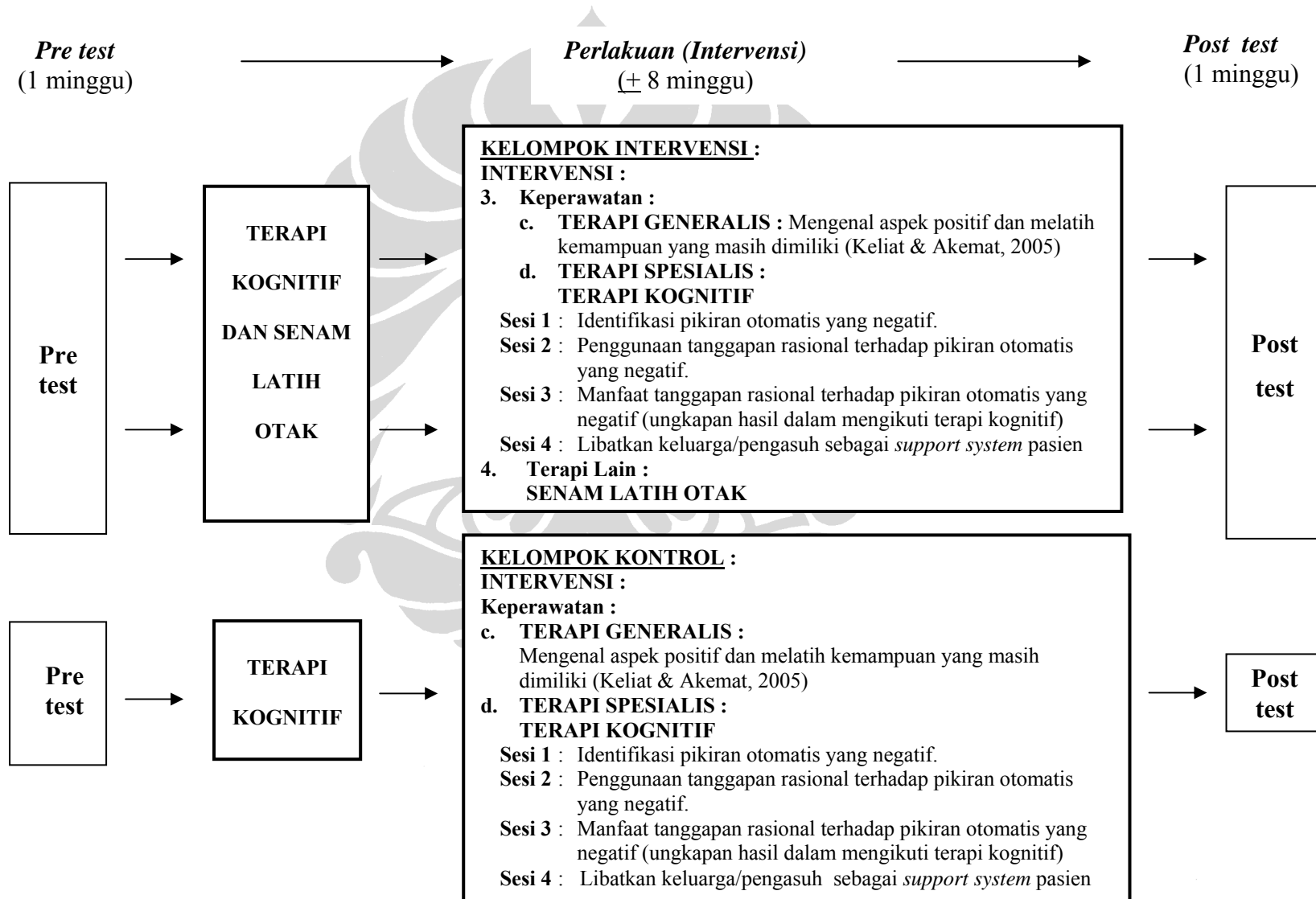
4.6 Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- 4.6.1 Mengurus surat perizinan dari Dinas Sosial Provinsi Lampung
- 4.6.2 Mengurus surat perizinan dari Kepala Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung Selatan.
- 4.6.3 Mengumpulkan responden
- 4.6.4 Menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian
- 4.6.5 Meminta persetujuan untuk berpartisipasi dan mengisi lembar persetujuan
- 4.6.6 Melakukan pre test, intervensi dan post test

Untuk memperjelas alur kerja penelitian pengaruh Terapi Kognitif dan Senam latih otak terhadap lansia yang mengalami depresi di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, peneliti memaparkan pada bagan 4.2.

Bagan 4.2.
Kerangka Kerja Pelaksanaan Terapi Kognitif dan Senam latih otak
pada Lansia yang mengalami depresi



Berdasarkan kerangka kerja pelaksanaan penelitian pada bagan 4.2., maka pelaksanaan penelitian dilakukan pada kelompok **intervensi** dan kelompok **kontrol** mengikuti tahapan kerja dalam proses penelitian ini dengan uraian sebagai berikut:

4.6.6.1 **Tahap Pre Tes**

Pre tes merupakan suatu cara untuk mengetahui kondisi awal tentang tingkat depresi yang dialami lansia sebelum diberikan terapi kognitif dan senam latih otak. Pada tahap ini peneliti dibantu dengan 4 (empat) orang asisten peneliti memberikan seluruh lembar kuisisioner (kuisisioner A dan B) kepada seluruh responden baik untuk kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Setiap responden diberikan waktu yang cukup untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dalam kuisisioner. Bila responden mengalami kesulitan dalam memahami pertanyaan-pertanyaan dalam kuisisioner, maka peneliti membantu (mendampingi) responden untuk menjelaskan tanpa mempengaruhi responden.

4.6.6.2 **Tahap Intervensi**

Setelah ditentukan tingkat depresi dengan harga diri rendah, maka asisten peneliti yang telah dilatih tentang asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah melakukan intervensi keperawatan generalis kepada seluruh responden baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Setelah pemberian intervensi keperawatan generalis ini, maka dilanjutkan dengan pemberian terapi kognitif pada kelompok intervensi

pada tanggal 19 April – 14 Mei 2010, kemudian pada tanggal 17 Mei – 12 April 2010 kelompok kontrol dilakukan terapi kognitif dan kelompok intervensi dilakukan senam latih otak.

Terapi kognitif yang terdiri 4 sesi :

- 1) **Sesi 1** : *Identifikasi pikiran otomatis yang negatif*, yang berisi membina hubungan saling percaya dengan lansia, mengidentifikasi pikiran otomatis, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional, berdiskusi kemampuan lansia dalam mengatasi masalah (*problem solving*) dan membuat catatan harian.
- 2) **Sesi 2** : *Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif*, yang meliputi kegiatan mengevaluasi sesi 1 (evaluasi catatan harian, evaluasi pikiran otomatis, dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan lansia secara mandiri), mendiskusikan cara dan kesulitan lansia dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1.
- 3) **Sesi 3** : *Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)*, yang meliputi kegiatan mengevaluasi sesi 2 (evaluasi catatan harian, evaluasi pikiran otomatis kedua, dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis kedua yang dilakukan pasien secara mandiri), mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga, mendiskusikan cara dan kesulitan lansia dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah lansia depresi mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi).
- 4) **Sesi 4** : *Support system*, yaitu dengan melibatkan pengasuh panti untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

Senam latih otak terdiri dari 3 dimensi latihan (*lampiran 6*), yaitu :

- 1) Dimensi Lateralis, terdiri dari : gerakan silang, gerakan menyeberangi garis tengah, gerakan putaran leher, gerakan 8 tidur
- 2) Dimensi Pemusatan, terdiri dari : gerakan sakelar otak, tombol bumi, kait relaks, pasang telinga, dan menguap berenergi
- 3) Dimensi Pemfokusan, terdiri dari : gerakan burung hantu, mengaktifkan tangan, lambaian kaki, pasang kuda-kuda dan olengan pinggul

Dalam proses pemberian terapi kognitif, peneliti mengamati kemampuan responden dalam pembuatan catatan harian secara mandiri dan hasil pengamatan lansia mengalami kesulitan dalam membaca dan menulis sehingga peneliti membantu dan mendampingi dalam pembuatan buku harian serta membuat modifikasi modul dalam bentuk check list.

4.6.6.3 Tahap Post Tes

Setelah proses intervensi, maka peneliti melakukan kegiatan post test pada tanggal 14 – 15 Juni 2010 dengan memberikan kembali kuisisioner B. Kegiatan post tes ini dilakukan setelah kelompok intervensi selesai dilakukan senam latih otak dan kelompok kontrol dilakukan terapi kognitif pada tanggal 12 juni 2010. Kegiatan post tes ini bertujuan untuk mengevaluasi adanya perubahan tingkat depresi lansia setelah diberikan terapi kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi dan tingkat depresi lansia yang hanya diberikan terapi kognitif saja pada kelompok kontrol.

4.7 Teknik Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan selanjutnya diolah dengan menggunakan program SPSS di komputer melalui beberapa tahapan yaitu merekapitulasi hasil jawaban kuisisioner yang diisi oleh responden kemudian dilakukan: (a) *editing* untuk memeriksa kelengkapan pengisian instrumen penelitian data yang masuk, (b) *coding* untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol sehingga memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data, (c) *entry data*, merupakan kegiatan memproses data untuk keperluan analisa dengan paket program komputer dan (d) *cleaning data* agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data (Hastono, 2007).

4.7.2 Analisa data

4.7.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan/ mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis ini dilakukan terhadap variabel *confounding* dan variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu tentang karakteristik responden dan tingkat depresi lansia di Panti.

Karakteristik responden dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis data numerik terdiri dari variabel usia dan lama sakit fisik, dilakukan dengan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan merupakan data katagorik yang dianalisis dengan distribusi frekuensi untuk menghitung frekuensi dan persentase variabel. Analisis univariat juga dilakukan untuk mengetahui tingkat

depresi lansia. Analisisnya juga menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%) dari variabel tersebut.

4.7.2.2 Analisis Bivariat

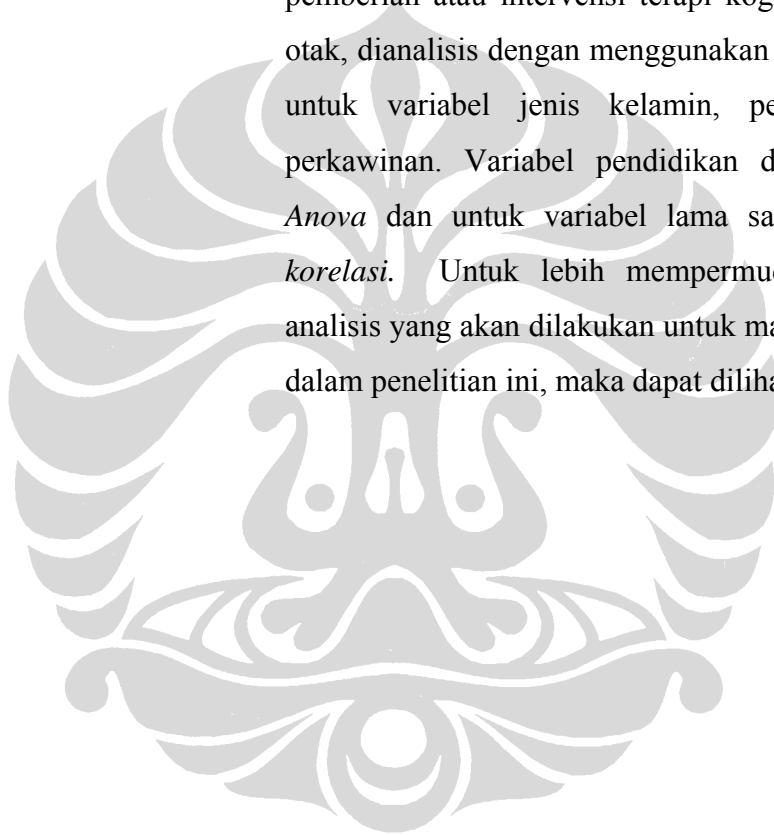
Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak terhadap tingkat depresi lansia serta menganalisis terhadap perbedaan tingkat depresi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Sebelum analisis bivariat dilaksanakan, maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik pasien dan tingkat depresi antara kelompok intervensi dan kontrol.

Kesetaraan variabel *confounding* yaitu karakteristik responden meliputi variabel lama sakit fisik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol diukur dengan menggunakan uji *Independent sample t test*. Kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan di kedua kelompok ini diukur dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Selanjutnya peneliti melakukan analisis perbedaan tingkat depresi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah penelitian, yaitu dengan menggunakan uji *t-test dependent*. Kesetaraan kedua kelompok terhadap tingkat

depresi sebelum diberikan terapi kognitif serta senam latih otak, diuji dengan *Independent sample t-test*.

Peneliti juga menganalisis hubungan variabel karakteristik responden dengan variabel dependen, yaitu karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, dan lama sakit fisik. Hubungan karakteristik responden tersebut terhadap tingkat depresi setelah dilakukan pemberian atau intervensi terapi kognitif dan senam latih otak, dianalisis dengan menggunakan uji *t-test independent* untuk variabel jenis kelamin, pekerjaan dan status perkawinan. Variabel pendidikan dianalisis dengan uji *Anova* dan untuk variabel lama sakit diuji dengan uji *korelasi*. Untuk lebih mempermudah melihat metode analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dalam penelitian ini, maka dapat dilihat pada tabel 4.1.



Tabel 4.1

Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak terhadap Perubahan Tingkat Depresi Lansia di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung

A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden (Pasien Lansia)			
No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia (data kategorik)	Usia (data kategorik)	<i>Korelasi</i>
2.	Jenis Kelamin (data kategorik)	Jenis Kelamin (data kategorik)	<i>Chi- Square</i>
3.	Pekerjaan (data kategorik)	Pekerjaan (data kategorik)	<i>Chi- Square</i>
4.	Pendidikan (data kategorik)	Pendidikan (data kategorik)	<i>Chi- Square</i>
5.	Status perkawinan (data kategorik)	Status perkawinan (data kategorik)	<i>Chi- Square</i>
6.	Lama sakit fisik (data numerik)	Lama sakit fisik (data numerik)	<i>Korelasi</i>
B. Analisis Kesetaraan (Tingkat Depresi) sebelum penelitian diberikan			
1.	Tingkat depresi sebelum penelitian (data numerik)	Kelompok responden intervensi dan kontrol (data kategorik)	<i>t-test independent (uji kesetaraan)</i>
C. Analisis Variabel Tingkat Depresi			
No.	Variabel Tingkat Depresi	Cara Analisis	

1.	Tingkat depresi pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)	Tingkat depresi pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik)	<i>t-test dependent</i>
2.	Tingkat depresi pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik)	Tingkat depresi pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik)	<i>t-test dependent</i>
3.	Tingkat depresi sesudah penelitian (data numerik)	Kelompok responden intervensi dan kontrol (data kategorik)	<i>t-test independent</i>

D. Analisis Variabel Confounding (Karakteristik Responden) dengan Variabel Dependen : Tingkat Depresi

No	Variabel Confounding (Karakteristik Responden)	Variabel Dependen (Tingkat Depresi)	Cara Analisis
1.	Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (data kategorik)	Tingkat Depresi (Data numerik)	<i>t-test independent</i>
2.	Jenis Kelamin (data kategorik)		<i>t-test independent</i>
3.	Pekerjaan (data kategorik)		<i>t-test independent</i>
4.	Pendidikan (data kategorik)		<i>Anova</i>
5.	Status perkawinan (data kategorik)		<i>t-test independent</i>
6.	Lama Sakit fisik (data numerik)		<i>Regresi linier sederhana</i>

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak terhadap tingkat depresi pada lansia di Panti Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung yang dilaksanakan pada tanggal 12 April sampai 19 Juni 2010. Jumlah responden yang direncanakan sebanyak 56 orang yang terdiri dari 28 orang untuk kelompok intervensi dan 28 orang untuk kelompok kontrol serta memenuhi kriteria inklusi yang telah ditentukan. Pada kelompok intervensi, peneliti melakukan terapi kognitif dan senam latih otak untuk mengatasi tingkat depresi pada lansia, sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan terapi kognitif saja. Di kedua kelompok dilakukan pre test dan post test yang hasilnya dibandingkan. Uraian hasil penelitian ini sebagai berikut, yaitu:

5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian

Persiapan penelitian dilakukan dengan proses perizinan untuk melakukan penelitian di Panti Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung. Setelah itu dilaksanakan presentasi proposal di hadapan beberapa pimpinan Panti Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung yang akhirnya peneliti diizinkan untuk melaksanakan penelitian di Panti Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung.

Langkah selanjutnya pada minggu pertama adalah menentukan lansia depresi dengan harga diri rendah (HDR) yang akan dijadikan responden. Dari 105 lansia yang ada dipanti ditentukan 56 responden yang akan dilakukan penelitian, dengan penentuannya harus memenuhi kriteria inklusi yaitu bersedia menjadi responden, nilai kuisioner depresi 5 – 11 atau dengan katagori depresi ringan – sedang, mampu berkomunikasi secara verbal dan kooperatif.

Intervensi yang dilakukan peneliti untuk mengatasi tingkat depresi dengan HDR pada lansia yaitu terlebih dahulu kelompok intervensi dan kontrol

dilakukan intervensi generalis berupa asuhan keperawatan HDR dimana peneliti dibantu dengan 4 (empat) orang asisten peneliti. Kemudian peneliti melakukan terapi spesialis yaitu terapi kognitif dan terapi lainnya yaitu senam latih otak untuk kelompok intervensi, sedangkan kelompok kontrol hanya dilakukan terapi spesialis yaitu terapi kognitif. Pelaksanaan senam latih otak untuk kelompok intervensi dibantu oleh 4 (empat) orang asisten.

Sebelum intervensi keperawatan tersebut dilaksanakan, maka peneliti menjelaskan tentang pelaksanaan kegiatan penelitian (*Informed Consent*) dimulai dengan membina hubungan percaya perawat (peneliti) dengan lansia (responden), melakukan kontrak kegiatan, menjelaskan tujuan penelitian, dan menandatangani lembar persetujuan penelitian. Kegiatan post test dilakukan setelah intervensi terapi kognitif dan senam latih otak untuk kelompok intervensi dan hanya terapi kognitif saja untuk kelompok kontrol dilakukan.

5.2 Karakteristik lansia yang Depresi dengan HDR

Karakteristik lansia meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, dan lama sakit fisik. Hasil analisa menggambarkan analisis distribusi lansia pada kelompok intervensi dan analisa karakteristik lansia yang depresi dengan HDR dibagi menurut jenis datanya, yaitu data numerik dan data katagorik. Data numerik terdiri dari usia dan lama sakit fisik. Sedangkan data katagorik terdiri dari jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan. Uraian analisisnya sebagai berikut:

5.2.1 Usia dan Lama sakit fisik Lansia depresi dengan HDR

Karakteristik usia dan lama sakit fisik lansia depresi merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Analisis Usia dan Lama sakit fisik lansia depresi dengan HDR
 pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
 di Panti Tresna Wredha Bahakti Yuswa Natar Tahun 2010
 (N = 56)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia	Intervensi	28	72,57	72,00	8,834	57 – 91	69,15 – 76,00
	Kontrol	28	75,32	73,50	8,380	65 – 99	72,07 – 78,57
	Total	56	73,95	72,50	8,643	57 – 99	71,63 – 76,26
Lama sakit fisik	Intervensi	28	22,61	24,00	13,593	3 – 60	17,34 – 27,88
	Kontrol	28	16,21	12,00	8,404	4 – 36	12,96 – 19,47
	Total	56	19,41	18,00	11,652	3 – 60	16,29 – 22,53

Hasil analisis **usia** Lansia dengan HDR pada tabel 5.1 menjelaskan bahwa dari total 56 lansia depresi dengan HDR dalam penelitian ini rata-rata berusia 73,95 tahun dengan usia termuda 57 tahun dan tertua 99 tahun. Analisis **lama sakit fisik** pada lansia depresi dengan HDR didapatkan dari total 56 lansia yang depresi dalam penelitian ini rata-rata memiliki waktu lama sakit fisik 19,41 bulan.

5.2.2 Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dan Status Perkawinan Lansia Depresi dengan HDR

Keempat karakteristik tersebut merupakan variabel kategorik, sehingga dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2.
Distribusi Frekuensi Lansia depresi dengan HDR menurut **Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, dan Status Perkawinan** pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol di Panti Tresna Wredha Bahakti Yuswa Natar Tahun 2010
(N = 56)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n = 28)		Kelompok Kontrol (n = 28)		Jumlah (n = 56)	
	N	%	n	%	n	%
1. Jenis Kelamin Lansia depresi						
a. Laki-laki	12	42,9	11	39,3	23	41,1
b. Perempuan	16	57,1	17	60,7	33	58,9
2. Pekerjaan Lansia depresi						
a. Bekerja	3	10,7	1	3,6	4	7,1
b. Tidak bekerja	25	89,3	27	96,4	52	92,9
3. Pendidikan Lansia depresi						
a. Tidak Sekolah	19	67,9	19	67,9	38	67,9
b. SD	7	25,0	6	21,4	13	23,2
c. SMP	2	7,1	3	10,7	5	8,9
4. Status Perkawinan Lansia depresi						
a. Kawin	7	25	8	28,6	15	26,8
b. Tidak Kawin	21	75	20	71,4	41	73,2

Berdasarkan hasil analisis terhadap karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, latar belakang tingkat pendidikan dan status perkawinan Lansia depresi dengan HDR pada tabel 5.2. didapatkan bahwa dari 56 Lansia dengan HDR sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 33 orang (58,9%), tidak bekerja sebanyak 52 orang (92,9%), memiliki latar belakang pendidikan tidak sekolah 38 orang (67,9%), serta memiliki status perkawinan 'tidak kawin' sebanyak 41 orang (73,2%).

5.3 Kesetaraan Karakteristik Lansia depresi dengan HDR pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Validitas hasil penelitian kuasi eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan

kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan kata lain kedua kelompok sebanding atau sama.

Hasil uji kesetaraan Lansia dengan HDR menurut usia dan lama sakit fisik menggunakan uji *korelasi* sedangkan hasil uji kesetaraan Lansia depresi dengan HDR menurut jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan menggunakan uji *Chi Square*.

5.3.1 Kesetaraan Karakteristik Lansia dengan HDR berdasarkan Usia, dan Lama sakit fisik

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia dan lama sakit fisik pada Lansia dengan HDR pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol analisisnya disajikan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3.
Analisis Kesetaraan Karakteristik **Usia dan Lama sakit fisik** pada Lansia dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa terhadap Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2010
(N = 56)

No	Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	T	p value
1.	Usia	1. Intervensi	28	72,57	8,834	1,669	-1,195	0,754
		2. Kontrol	28	75,32	8,380	1,584		
2.	Lama sakit fisik	1. Intervensi	28	22,61	13,593	2,569	2,117	0,066
		2. Kontrol	28	16,21	8,404	1,588		

Hasil uji statistik pada tabel 5.3. didapatkan bahwa karakteristik usia dan lama sakit fisik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol memiliki varian yang sama atau setara dengan p value > α 0,05.

5.3.2 Kesetaraan karakteristik Lansia depresi dengan HDR berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan.

Uji kesetaraan terhadap karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan pada Lansia dengan HDR antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diuji dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.4.

Tabel 5.4.

Analisis Kesetaraan Karakteristik **Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, dan Status Perkawinan** lansia depresi dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa terhadap Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2010 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n = 28)		Kelompok Kontrol (n = 28)		Jumlah (n = 56)		p value
	n	%	n	%	N	%	
1. Jenis Kelamin Lansia dengan HDR							
a. Laki-laki	12	42,9	11	39,3	23	41,1	0,121
b. Perempuan	16	57,1	17	60,7	33	58,9	
2. Pekerjaan Lansia dengan HDR							
c. Bekerja	3	10,7	1	3,6	4	7,1	1,000
d. Tidak bekerja	25	89,3	27	96,4	52	92,9	
3. Pendidikan Lansia depresi dengan HDR							
a. Tidak Sekolah	19	67,9	19	67,9	38	67,9	0,275
b. SD	7	25,0	6	21,4	13	23,2	
c. SMP	2	7,1	3	10,7	5	8,9	
4. Status Perkawinan Lansia dengan HDR							
c. Kawin	7	25	8	28,6	15	26,8	0,371
d. Tidak Kawin	21	75	20	71,4	41	73,2	

Hasil analisis uji statistik pada tabel 5.4. menunjukkan bahwa karakteristik Lansia depresi dengan HDR berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan antara kelompok intervensi dan kontrol secara statistik adalah setara atau memiliki varian yang sama ($p \text{ value} > \alpha$ 0,05).

5.4 Tingkat Depresi lansia dengan HDR

Hasil analisis kesetaraan tingkat depresi lansia dengan HDR pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol) diberikan. Uraianya dijelaskan sebagai berikut:

5.4.1 Tingkat Depresi Lansia dengan HDR sebelum dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (kelompok intervensi) dan terapi Kognitif (kelompok kontrol).

Pada bagian ini akan dijelaskan terlebih dahulu distribusi karakteristik tingkat depresi Lansia dengan HDR pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi dan terapi kognitif pada kelompok kontrol. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5.

Analisis **Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR **Sebelum** dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (kelompok intervensi) dan Terapi Kognitif (kelompok kontrol) di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Tahun 2010 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max
Tingkat Depresi	1. Intervensi	28	6,75	1,456	0,275	5 – 10
	2. Kontrol	28	6,96	1,551	0,293	5 – 10
	Total	56	6,86	1,495	0,200	5 – 10

Hasil analisis **Tingkat depresi** Lansia dengan HDR pada tabel 5.5. diatas memperlihatkan dari jumlah total 56 lansia depresi dengan HDR menunjukkan rata-rata tingkat depresi lansia dengan HDR *sebelum* dilakukan intervensi adalah 6,86 dan rentang untuk tingkat depresi menurut pedoman *Geriatric Depression Scale* termasuk dalam kategori **depresi ringan**.

5.4.2 Kesetaraan Karakteristik Tingkat Depresi Lansia dengan HDR sebelum dilakukan intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Untuk melihat kesetaraan tingkat depresi Lansia dengan HDR pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol *sebelum* dilakukan intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *Independent Sample t – Test*. Hasil uji analisisnya terangkum dalam tabel 5.6.

Tabel 5.6.

Analisis **Kesetaraan Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR **Sebelum** dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (kelompok intervensi) dan Terapi Kognitif (kelompok kontrol) di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	T	p value
Tingkat Depresi (Pre Test)	1. Intervensi	28	6,75	1,456	0,275	-0,533	0,916
	2. Kontrol	28	6,96	1,551	0,293		

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.6. diatas, dapat disimpulkan bahwa tingkat depresi Lansia dengan HDR **sebelum** dilakukan intervensi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah setara atau memiliki varian sama dimana kedua variabel tersebut memiliki $p\ value > \alpha 0,05$.

5.4.3 Perubahan Tingkat Depresi Lansia dengan HDR sebelum dan sesudah dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak

Perubahan tingkat depresi Lansia dengan HDR sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol). Uji yang digunakan adalah *dependen t-Test (Paired t Test)* yang hasil analisisnya dijelaskan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.
Analisis Perubahan Tingkat Depresi Lansia dengan HDR
Sebelum* dan *Sesudah pelaksanaan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak
(kelompok intervensi) dan Terapi Kognitif (kelompok kontrol) di Panti Tresna
Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N = 56)

Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	SE	T	p value
Intervensi	Tingkat Depresi						
	a. Sebelum	28	6,75	1,456	0,275	16,319	0,000
	b. Sesudah	28	3,36	1,129	0,213		
	Selisih		3,39	0,327	0,062		
Kontrol	Tingkat Depresi						
	a. Sebelum	28	6,96	1,551	0,293	10,333	0,000
	b. Sesudah	28	4,75	1,295	0,245		
	Selisih		2,21	0,256			

Hasil uji statistik pada tabel 5.7. menunjukkan bahwa tingkat depresi lansia dengan HDR yang mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) menurun secara bermakna sebesar 3,39 dengan $p\ value = 0,000 < \alpha 0,05$. Begitupun juga dengan tingkat depresi lansia dengan HDR yang hanya mendapatkan terapi kognitif (kelompok kontrol) menurun secara bermakna sebesar 2,21 dengan $p\ value = 0,000 < \alpha 0,05$. Berdasarkan hasil uji statistik tersebut dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha 5\%$ ada perubahan yang lebih bermakna (perubahan lebih baik) rata-rata tingkat depresi lansia dengan HDR sebelum dengan sesudah terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dibandingkan yang hanya mendapatkan terapi kognitif (kelompok kontrol) selisih 1,18 dengan $p\ value < \alpha 0,05$.

5.4.4 Tingkat Depresi Lansia dengan HDR sesudah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol).

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi karakteristik tingkat depresi Lansia dengan HDR **sesudah** dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan *uji t test independen*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.8.

Tabel 5.8.
 Analisis **Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR **Sesudah** dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol) di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max
Tingkat Depresi	1. Intervensi	28	3,36	1,129	0,213	1 – 6
	2. Kontrol	28	4,75	1,295	0,245	2 – 7

Analisis **tingkat depresi** Lansia dengan HDR pada tabel 5.8. diatas memperlihatkan hasil rata-rata tingkat depresi Lansia dengan HDR pada kelompok intervensi **sesudah** dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak adalah 3,36 yang menunjukkan bahwa tingkat depresi Lansia dengan HDR *sesudah* mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak berada dalam katagori *normal* (0 - 4) sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja adalah 4,75 berada dalam katagori *mendekati depresi ringan* (5 – 11)

5.4.5 Perbedaan Tingkat Depresi Lansia dengan HDR sesudah dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak pada kelompok intervensi dan Terapi Kognitif pada kelompok kontrol

Perbedaan tingkat depresi Lansia dengan HDR sesudah dilakukan Terapi Kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi dan terapi kognitif pada kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *t tes independen* dengan hasil uji analisisnya terangkum dalam tabel 5.9.

Tabel 5.9
 Analisis **Perbedaan Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR *Sesudah* dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol) di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok	N	Mean	SD	SE	T	P value
Tingkat Depresi (Post Test)	1. Intervensi	28	3,36	1,129	0,213	-4.290	0,000
	2. Kontrol	28	4,75	1,295	0,245		

Analisis pada tabel 5.9. memperlihatkan hasil perbedaaan tingkat depresi sesudah pelaksanaan terapi yang menunjukkan bahwa tingkat depresi pada kelompok Lansia dengan HDR yang mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) **lebih baik/ lebih rendah** dibandingkan dengan kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif tanpa senam latih otak (kelompok kontrol), namun kedua kelompok sama-sama mengalami penurunan tingkat depresi (dibandingkan tingkat awal / pre test) yang bermakna dengan $p\ value = 0,000 < \alpha 0,05$.

5.5 Faktor yang berkontribusi terhadap Tingkat Depresi Lansia dengan HDR

Faktor yang berkontribusi terhadap tingkat depresi Lansia dengan HDR analisisnya diuraikan sebagai berikut :

5.5.1 Hubungan terapi dengan tingkat depresi lansia dengan HDR dianalisis dengan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10.

Hubungan terapi dengan **Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N=56)

Kelompok	Tingkat depresi			
	N	Mean	SD	P value
Intervensi	28	3,36	1,129	0,000
Kontrol	28	4,75	1,295	0,000

Analisis pada tabel 5.10, menunjukkan bahwa terapi kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi terdapat hubungan yang bermakna dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,000$), begitu juga dengan kelompok kontrol, menunjukkan terapi kognitif tanpa senam latih otak juga menunjukkan adanya hubungan dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,000$). Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif dan senam latih otak sangat tepat dilakukan lansia depresi dengan HDR dan terapi kognitif sangat tepat dikombinasikan, hal ini terlihat dari adanya perubahan yang lebih baik/lebih rendah tingkat depresi atau tingkat lansia yang mendapat terapi kognitif dengan senam latih otak dibandingkan yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja tanpa senam latih otak, selisih 1,18 poin.

5.5.2 Hubungan jenis kelamin dengan tingkat depresi lansia dengan HDR dianalisis dengan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.11

Tabel 5.11.

Hubungan jenis kelamin dengan **Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N=56)

Kelompok	Karakteristik Lansia	Perilaku anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. Laki-laki	12	3,17	1,115	0,450
	2. Perempuan	16	3,15	1,155	
Kontrol	1. Laki-laki	11	5,00	1,183	0,421
	2. Perempuan	17	4,59	1,372	

Analisis pada tabel 5.11, menunjukkan bahwa jenis kelamin lansia pada kelompok intervensi tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,450$), begitu juga dengan kelompok kontrol, menunjukkan tidak adanya hubungan antara jenis kelamin lansia dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,421$). Berarti pada alpha 5% tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin lansia dengan

tingkat depresi lansia dengan HDR pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

5.5.3 Hubungan pekerjaan dengan tingkat depresi lansia dengan HDR dianalisis dengan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12.

Hubungan pekerjaan dengan **Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N=56)

Kelompok	Karakteristik Lansia	Perilaku anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. Bekerja	3	2,67	1,528	0,270
	2. Tidak bekerja	25	3,44	1,083	
Kontrol	1. Bekerja	1	4,00	1,311	0,565
	2. Tidak bekerja	27	4,78		

Analisis pada tabel 5.11, menunjukkan bahwa pekerjaan lansia pada kelompok intervensi tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,270$), begitu juga dengan kelompok kontrol, menunjukkan tidak adanya hubungan antara pekerjaan lansia dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,565$). Berarti pada alpha 5% tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan lansia dengan tingkat depresi lansia dengan HDR pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

5.5.4 Hubungan status perkawinan dengan tingkat depresi lansia dengan HDR dianalisis dengan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13.

Hubungan status perkawinan dengan **Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N=56)

Kelompok	Karakteristik Lansia	Perilaku anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. Kawin	7	3,43	1,397	0,851
	2. Tidak Kawin	21	3,33	1,065	
Kontrol	1. Kawin	8	4,88	0,835	0,753
	2. Tidak Kawin	20	4,70		

Analisis pada tabel 5.13, menunjukkan bahwa status perkawinan lansia pada kelompok intervensi tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,851$), begitu juga dengan kelompok kontrol, menunjukkan tidak adanya hubungan antara status perkawinan lansia dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,753$). Berarti pada alpha 5% tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan lansia dengan tingkat depresi lansia dengan HDR pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

5.5.5 Hubungan pendidikan dengan tingkat depresi lansia dengan HDR dianalisis dengan *uji Anova* yang dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14.

Hubungan pendidikan dengan **Tingkat Depresi** Lansia dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010 (N=56)

Kelompok	Karakteristik Lansia	Perilaku anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. Tidak Sekolah	19	3,53	0,905	0,533
	2. SD	7	3,00	1,732	
	3. SMP	2	3,00	0,000	
Kontrol	1. Tidak Sekolah	19	4,68	1,336	0,630
	2. SD	6	5,17	0,753	
	3. SMP	3	4,33	2,082	

Analisis pada tabel 5.14, menunjukkan bahwa pendidikan lansia pada kelompok intervensi tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,533$), begitu juga dengan kelompok kontrol, menunjukkan tidak adanya hubungan antara pendidikan lansia dengan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p=0,630$). Berarti pada alpha 5% tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan lansia dengan tingkat depresi lansia dengan HDR pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Ini menunjukkan bahwa terapi kognitif dan senam latih otak tidaklah sulit diikuti oleh lansia walaupun dengan pendidikan yang rendah.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya berdasarkan tujuan dan hipotesis. Keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian berlangsung; serta selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Uraian pembahasan tentang pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak akan diuraikan sebagai berikut :

6.1 Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Tingkat Depresi Lansia dengan harga diri rendah

6.1.1 Tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah sebelum Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (Kelompok Intervensi) dan terapi Kognitif (Kelompok kontrol) diberikan.

Hasil analisis terhadap tingkat depresi rata-rata lansia baik pada keseluruhan jumlah responden di kedua kelompok *sebelum* dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi serta terapi kognitif pada kelompok kontrol menunjukkan **tingkat depresi ringan** karena memiliki nilai rata-rata sebesar 6,86. Untuk uji kesetaraan kedua kelompok sebelum dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi serta terapi kognitif pada kelompok kontrol menunjukkan hasil bahwa rata-rata tingkat depresi dengan harga diri rendah memiliki varian yang sama.

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan dengan gejala disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas umum (Copel, 2007). Depresi juga dapat diartikan sebagai keadaan emosional yang dicirikan dengan kesedihan, berkecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan

keputusasaan (Isaacs, 2001). Depresi merupakan salah satu jenis gangguan jiwa yang prevalensinya cukup banyak. WHO mencatat pada tahun 2006 terdapat 121 juta orang mengalami depresi dan diperkirakan pada tahun 2020 depresi akan menempati urutan kedua penyakit dunia (Depkes RI, 2007). Depresi dapat terjadi pada semua umur khususnya pada lansia, dimana lansia merupakan kelompok yang rentan terhadap perubahan-perubahan fisik dan psikososial serta depresi merupakan masalah kesehatan paling banyak ditemukan pada lansia (Kompas, 2008). Prevalensi depresi pada usia lanjut yang menjalani perawatan di RS dan panti perawatan yaitu 30-45%. Studi di Eropa dan Amerika Serikat mendapatkan prevalensi depresi pada populasi usia lanjut di masyarakat berkisar antara 8-15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara didunia mendapatkan prevalensi rerata depresi pada usia lanjut dimasyarakat adalah 13,5% dengan perbandingan wanita : pria 14,1 : 8,6 (Kompas, 2008). Di Indonesia sebagai gambaran, menurut data Riset Kesehatan Dasar (2007) yang diadakan Departemen Kesehatan, gangguan mental emosional (depresi dan anxietas yang usianya di atas 15 tahun mencakup lansia) sekitar 11,6% populasi Indonesia.

Hasil penelitian ini semakin mendukung tentang uraian data tentang tingkat depresi pada lansia tersebut diatas yaitu bahwa depresi dengan HDR dapat dialami pada lansia, dimana lansia menghadapi berbagai perubahan baik fisik dan psikososial. Pengalaman yang ditemui peneliti terhadap tingkat lansia yang mengalami depresi dipanti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar yaitu adanya pikiran-pikiran negatif terhadap dirinya (harga diri rendah) seperti merasa tidak berdaya (“saya sudah tidak bisa apa-apa badan terasa sakit tidak seperti dulu lagi”), pikiran takut akan sakit dan kematian dimana tidak ada pasangan (“disini saya sendiri kalau sakit siapa yang merawat saya”), merasa tidak berharga (“sudahlah nak saya disini saja orang lain saja yang lebih baik dari

pada saya yang diajak senam”), merasa tidak ada yang menyayangi, merasa sendiri, tidak bersemangat, merasa tidak ada harapan lagi (“keluarga saya tidak sayang sama saya, saya ditaruh disini, saya tidak betah, saya tidak ada siapa-siapa lagi”) dan lain-lain. Dari tingkat tersebut maka sangat tepatlah terapi kognitif ini dilakukan untuk mengatasi depresi pada lansia dengan harga diri rendah karena dengan terapi kognitif dapat mengubah pikiran-pikiran negatif yang dimunculkan lansia depresi dengan harga diri rendah menjadi pikiran-pikiran yang lebih realistis, positif dan rasional.

6.1.2 Perubahan tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah setelah mendapatkan Terapi Kognitif

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya penurunan yang bermakna nilai tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah sebelum dan sesudah mendapatkan terapi kognitif (kelompok intervensi dan kelompok kontrol) yaitu rata-rata tingkatnya pada kelompok intervensi (sebelumnya 6,75 menjadi 3,36) dan kelompok kontrol (sebelumnya 6,96 dan sesudahnya 4,75). Terdapat penurunan 3,39 dan 2,21.

Hasil penelitian ini mendukung beberapa penelitian sebelumnya seperti penelitian yang dilakukan oleh Wati (2009) yaitu penelitian terapi kognitif pada klien depresi yang mengalami kanker servik dan Tjahyanti (2008) yang meneliti klien depresi dengan harga diri rendah yang mengalami gagal ginjal kronik, dimana penelitian tersebut juga menyatakan terapi kognitif memberikan hasil yang signifikan dalam penurunan tingkat depresi klien. Sehingga disimpulkan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang tepat untuk mengatasi klien depresi dengan harga diri rendah.

Terapi kognitif bukanlah terapi baru dan terapi ini sudah dikembangkan sejak tahun 1860-an, sebagai pengobatan alternatif untuk mengatasi depresi. Terapi ini berdasar pada satu prinsip

bahwa pikiran-pikiran mempengaruhi *mood*. Melalui terapi ini individu diajarkan/ dilatih untuk mengontrol distorsi pikiran/gagasan/ide dengan benar-benar mempertimbangkan faktor dalam berkembangnya dan menetapnya gangguan *mood*. (Townsend, 2005). Terapi kognitif bertujuan mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal (Copel, 2007). Hal ini dilakukan dengan membantu pasien untuk dapat mengenal setiap pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran yang positif yang sesuai dengan tingkat yang nyata pada pasien.

Teori tersebut terbukti dengan adanya beberapa perubahan pikiran negatif dari lansia depresi dengan harga diri rendah menjadi lebih kearah positif. Pengalaman peneliti pikiran-pikiran negatif terhadap lansia dipanti seperti merasa tidak berdaya, merasa tidak berharga, merasa tidak ada harapan lagi, merasa takut dan lain-lain dapat tergantikan dengan pikiran-pikiran positif seperti masih punya kemampuan (menyapu, memasak, mencuci,dll), tidak perlu takut karena ada teman dan pengasuh, masih diperhatikan (ada yang berkunjung, diajak kegiatan dipanti). Tingkat tersebut dibuktikan dengan adanya penurunan nilai depresi pada kelompok kontrol secara bermakna, yang berarti tingkat depresi pada lansia depresi dengan harga diri rendah pada kelompok kontrol menurun setelah diberikan terapi kognitif.

6.2 Pengaruh Senam Latih Otak terhadap Tingkat Depresi Lansia dengan harga diri rendah

6.2.1 Perubahan tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah setelah mendapatkan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya penurunan lebih tinggi tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah yang mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dibandingkan dengan yang hanya mendapat terapi kognitif saja (kelompok kontrol) yaitu selisih 1,18.

Hasil penelitian ini menunjukkan dan mendukung beberapa pernyataan serta penelitian yang menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih baik jika dikombinasikan seperti yang diungkapkan oleh Robert De Rubeis (dalam Tarigan, 2009), bahwa terapi kognitif bekerja lebih baik lagi jika dikombinasikan dan Zindel Segal (dalam Senior, 2007) juga melakukan penelitian yaitu meneliti *Stress Reduction and Relaxation Progresif* (SRRP) yang digunakan berbarengan dengan terapi kognitif. Ia mengobservasi 145 orang yang berisiko depresi dan menjalani terapi kognitif saja atau bersamaan dengan SRRP. Setelah delapan pekan menjalani terapi, partisipan yang menjalani dua terapi akan lebih rendah kecenderungannya untuk mengalami kekambuhan.

Terapi lain yang dapat menurunkan tingkat depresi menurut Dennison (2009) adalah senam latih otak dan dari penelitian ini membuktikan bahwa terapi kognitif dapat juga dikombinasikan dengan senam latih otak yang ditunjukkan dengan adanya hasil yaitu penurunan yang lebih signifikan tingkat lansia depresi dengan harga diri rendah dibandingkan dengan tingkat lansia depresi yang hanya mendapat terapi kognitif saja.

Senam latih otak menurut Dennison (2009) memberikan manfaat, yaitu stress emosional berkurang, pikiran lebih jernih, hubungan antar manusia dan suasana belajar/kerja lebih rileks dan senang, kemampuan berbahasa dan daya ingat meningkat, orang menjadi lebih bersemangat, lebih kreatif dan efisien, orang merasa lebih sehat karena stress berkurang, prestasi belajar dan bekerja meningkat. Prinsip senam latih otak adalah mengaktifkan 3 (tiga) dimensi otak. Dimensi pemusatan dapat meningkatkan aliran

darah keotak, meningkatkan penerimaan oksigen sehingga dapat membersihkan otak (menghilangkan pikiran-pikiran negatif, iri, dengki dan lain-lain). Dimensi lateralis akan menstimulasi koordinasi kedua belahan otak yaitu otak kiri dan kanan (memperbaiki pernafasan, stamina, melepaskan ketegangan, mengurangi kelelahan dan lain-lain). Dimensi pemfokusan untuk membantu melepaskan hambatan fokus dari otak (memperbaiki kurang perhatian, kurang konsentrasi dan lain-lain).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa senam latih otak secara signifikan bermanfaat dalam menurunkan tingkat depresi dengan harga diri rendah lansia dan sangat tepat dikombinasikan dengan terapi kognitif dibuktikan dengan hasil yang bermakna tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah setelah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi). Pengalaman peneliti lansia yang mengalami depresi dipanti sering ditandai dengan perilaku murung, tidak bersemangat, kurang konsentrasi, menyendiri, jarang berinteraksi, malas melakukan pemenuhan aktivitas sehari-hari. Otak tidak dipergunakan secara maksimal sehingga memicu penurunan fungsi kognitif dan setelah dilakukan terapi senam latih otak terlihat adanya perubahan yaitu pikiran lansia lebih kearah positif (“saya senang mas disini banyak temannya walau jauh dari keluarga”), prilaku lebih bersemangat (“saya tidak capek, tambah relaks badan dan pikiran saya’), peningkatan konsentrasi (“lebih segar ya setelah senam, setelah ini saya mau ambil makan, terus bersihin kamar”), dan lansia termotivasi kembali untuk aktif dalam pemenuhan kebutuhan fisik maupun psikososialnya.

Kesimpulan dari penelitian ini bahwa terapi kognitif dan senam latih otak berpengaruh secara signifikan dalam mengatasi tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah dan dengan makin berkembangnya usia, maka pikiran, prilaku dan perasaan lansia bisa berada dalam rentang adaptif dan maladaptif sehingga

intervensi generalis, terapi kognitif dan senam latih otak perlu ditindaklanjuti. Intervensi generalis dapat dilakukan oleh perawat yang ditempatkan di pelayanan kesehatan di panti atau adanya program dari panti yang bekerja sama dengan instansi pendidikan yang menugaskan mahasiswanya untuk melakukan kunjungan setiap minggunya ke panti untuk melakukan perawatan. Terapi kognitif dapat dilakukan baik secara mandiri oleh lansia dan perawat spesialis yang terdapat di daerah tersebut yang perlu memantau lansia dengan depresi setiap 3 bulan sekali dan terapi senam latih otak perlu diberikan kepada kelompok kontrol (3 kali setiap minggu) dan dapat dilakukan secara mandiri oleh lansia (kelompok intervensi) serta senam latih otak dapat dimasukkan dalam kegiatan rutin senam yang diadakan oleh pihak panti dan pelatihnya dapat dilaksanakan baik oleh perawat atau pengasuh panti.

6.3 Faktor yang berkontribusi terhadap Tingkat Depresi Lansia dengan Harga Diri Rendah

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan ($p\text{-value} = 0,000 < 0,005$) antara pemberian terapi kognitif dan senam latih otak dengan tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah. Perbandingan penurunan tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah antara kelompok intervensi dan kontrol yaitu menurun 3,39 point (kelompok intervensi) dan 2,21 point (kelompok kontrol) selisihnya 1,18 point. Kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan karakteristik lansia yang ditunjukkan oleh uraian sebagai berikut:

6.3.1 Faktor jenis kelamin responden

Wanita secara alami lebih rentan terhadap stres. Wanita dua kali lebih rentan terhadap stres daripada laki-laki. Pasalnya wanita mampu memproduksi hormon yang menyebabkan stres pada saat -

saat mengalami kecemasan (Hindarto, 2010) dan Hasil penelitian Valentino (dalam Tempo, 2010) juga menyatakan wanita lebih sensitif terhadap hormon stres berkadar rendah serta wanita kurang mampu beradaptasi terhadap tingkat stress yang lebih tinggi. Depresi pada lansia kebanyakan juga dialami pada wanita dengan perbandingan wanita : pria yaitu 14,1 : 8,6 (Kompas, 2008).

Hasil penelitian ini mendukung beberapa teori, penelitian dan data diatas yaitu ditunjukkan bahwa jenis kelamin lansia yang mengalami depresi dengan harga diri rendah lebih banyak wanita (58,9%) dibanding pria (41,1%).

Berdasarkan hasil uji kesetaraan sebelum dilakukan terapi kognitif dan senam otak didapatkan bahwa kedua kelompok memiliki varian yang sama ($p \text{ value} > 0,05$), namun hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara karakteristik jenis kelamin dengan perubahan atau penurunan tingkat atau tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah.

Menurut peneliti bahwa lanjut usia dalam mengatasi masalah terhadap perubahan fisik dan psikososial bersifat individual. Setiap lanjut usia memiliki caranya sendiri. Upaya mengatasi masalah yang dihadapi dikenal dengan istilah koping. Mekanisme koping didefinisikan sebagai upaya langsung untuk mengatasi stress. Mekanisme koping akan digunakan secara berbeda-beda dari suatu individu dengan individu lainnya dan dari satu peristiwa dengan peristiwa lainnya. Menurut Stuart & Sundeen (2005), terdapat dua jenis strategi koping yang digunakan individu yaitu koping yang berorientasi pada upaya-upaya penyelesaian masalah dan koping yang berfokus pada aspek emosional. Menurut Townsend (2003), terapi kognitif merupakan terapi yang berorientasi pada tujuan penyelesaian masalah pasien. Terapi kognitif menekankan tingkat realita yang ada pada pasien. Penyelesaian masalah yang dihadapi pasien berdasarkan tingkat yang nyata saat terapi dilakukan. Senam latih otak juga menurut Dennilson (2009) pada prinsipnya

ditujukan untuk merelaksasi, menstimulasi dan meringankan tiga dimensi otak sehingga pikiran-pikiran negatif dapat dihilangkan. Hasil penelitian yang dilakukan Nursasi dan Fitriyani (2002) terhadap koping lanjut usia terhadap perubahan fungsi gerak memberikan hasil bahwa koping yang digunakan wanita dan pria tidak berbeda jauh yaitu dalam penyelesaian masalah yaitu pria 15,22% dan wanita 13,04%. Kesimpulan dari penelitian ini mendukung pernyataan serta hasil penelitian dari Nursasi dan Fitriyani (2002) bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dalam perubahan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan harga diri rendah setelah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak bahkan hasil penelitian ini semakin membuktikan bahwa terapi kognitif dan senam latih otak sangat tepat diberikan pada klien lansia dengan depresi.

6.3.2 Faktor pekerjaan responden

Pekerjaan dapat menjadi stressor bagi individu. Menurut Robbin, (2006) terdapat beberapa faktor sehingga pekerjaan dapat menjadi stressor yaitu faktor individu, lingkungan dan faktor organisasi. Pada usia lanjut faktor individu yang cenderung menjadi stressor dan biasanya pada lansia diawali ketika masa pensiun. Stressor dari faktor individu diantaranya adalah adanya tuntutan ekonomi/kehilangan penghasilan, tuntutan tugas dan tuntutan peran.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden di kedua kelompok (kelompok intervensi dan kontrol) merupakan individu yang sudah tidak bekerja (92,9%). Hasil penelitian ini juga menunjukkan rata-rata lansia pada kedua kelompok pada tingkat atau tingkat **depresi kategori ringan** (6,86) sehingga peneliti menyimpulkan bahwa faktor pekerjaan merupakan salah satu stressor pada lansia dan dari wawancara dengan lansia ternyata faktor individu yaitu tuntutan ekonomi merupakan faktor terbanyak. Ini tampak dari ungkapan lansia seperti tidak memiliki uang untuk membeli sesuatu (seperti sarung, buku, topi/peci,

kue/jajanan), adanya keinginan pulang tapi tidak punya uang dan lain-lain. Hasil penelitian ini menunjukkan depresi lansia dalam kategori ringan. Asumsi peneliti stressor pekerjaan ini sedikit berkurang dikarenakan kebutuhan akan sandang, pangan dan papan sudah terpenuhi dari pihak panti.

Penelitian ini juga memberikan hasil bahwa tidak ada hubungan faktor pekerjaan terhadap penurunan atau perubahan tingkat depresi pada lansia ($P \text{ value} \geq 0,005$). Hal ini peneliti yakini sesuai dengan teori yang diungkapkan Townsend (2003) bahwa terapi kognitif menekankan tingkat realita yang ada pada pasien. Penyelesaian masalah yang dihadapi pasien berdasarkan tingkat yang nyata saat terapi dilakukan dan terapi kognitif bertujuan mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Dennilson (2009) juga menyatakan bahwa senam latih otas dapat menghilangkan pikiran negatif, sehingga walaupun lansia memiliki pikiran negatif terkait tidak memiliki pekerjaan tetapi dapat digantikan dengan pikiran positif dan bahkan dapat dihilangkan dengan terapi kognitif dan senam latih otak.

Kesimpulan akhir dari penelitian ini yaitu walaupun pekerjaan tidak berhubungan dalam penurunan atau perbaikan tingkat lansia depresi dengan HDR tetapi terapi kognitif dan senam latih otak sangat tepat dilakukan untuk klien lansia depresi dengan HDR baik yang memiliki pekerjaan atau tidak.

6.3.3 Faktor Pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata tingkat pendidikan lansia depresi dengan HDR adalah tidak sekolah (67,9%), SD (23,2%) dan SLTP (8,9%) dan hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan HDR.

Pendidikan akan mempengaruhi cara berpikir dan perilaku suatu individu dimana dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti dan mudah menyelesaikan masalah. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan klien berinteraksi secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Faktor pendidikan juga mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin baik cara berfikirnya dan semakin baik dalam berespon terhadap stress.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata tingkat pendidikan lansia depresi dengan HDR termasuk berpendidikan rendah. Walaupun rata-rata lansia depresi dengan HDR berpendidikan rendah tetapi karena lansia mempunyai motivasi dan kemauan tinggi untuk meningkatkan kesehatannya serta kebutuhan dari lansia untuk bersosialisasi atau berkumpul dengan teman-temannya dan keinginan untuk rekreasi keluar rumah yang terlihat dari antusias dan kehadiran lansia (100%) maka tetap terjadi penurunan atau perbaikan dari tingkat depresi lansia.

Hasil penelitian ini juga memberikan kesimpulan kepada peneliti bahwa dalam mengikuti terapi kognitif dan senam latih otak tidaklah sulit atau pemikiran yang rumit, sehingga terapi kognitif dan senam latih otak dapat dilakukan secara universal terhadap siapa saja tanpa membedakan latar belakang pendidikan.

6.3.4 Faktor status perkawinan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status perkawinan tidak ada hubungan dengan penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan HDR ($pvalue > 0,005$).

Menurut Dewi (2006) dalam Hidayati (2009), tidak semua orang lanjut usia bisa menikmati masa senjanya dalam kehangatan keluarga. Tidak jarang mereka harus berada jauh dari anak dan kerabatnya di sebuah tempat bernama panti werdha. Panti merupakan hunian yang menampung para lansia dimana banyak lansia memiliki masalah baik

psikologis dan penurunan fisik yang dapat mengakibatkan depresi sehingga lansia menjadi merasa tidak bahagia di masa senjanya.

Menurut Darmawan (2002) dalam Hidayati (2006) lansia yang mengalami masalah psikologis salah satu penyebabnya adalah putusnya hubungan dengan orang yang paling dekat dan disayangi antara lain kehilangan pasangan hidup, memiliki pasangan tapi tidak punya anak, berada jauh dari anak dan keluarga. Hasil penelitian yang dilakukan dipanti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung ini menunjukkan tingkat atau tingkat depresi lansia yaitu 6,86 (**kategori ringan**) dengan status perkawinan sebagian besar “tidak kawin (janda/duda)” yaitu 73,2% sehingga dapat dipastikan lansia yang tinggal dipanti akan mengalami masalah psikologis salah satunya adalah depresi dengan salah satu stressornya adalah tidak adanya pasangan hidup.

Berdasarkan tingkat depresi dengan HDR yang dialami lansia, lansia memerlukan dukungan sosial yang diharapkan dapat mensejahterakan kehidupan lansia. Hasil penelitian Nursasi dan Fitriyani (2002) koping yang diambil lansia dengan mencari dukungan sosial sebesar 54,35%. Menurut Kuntjoro (2002), bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Dukungan sosial berasal dari lingkungan diperoleh dari keluarga, maupun masyarakat yang mana mereka bersedia dan peduli dengan masalah-masalah yang dihadapi lansia. Hasil penelitian ini dan berdasar pengamatan peneliti bahwa tingkat lansia dalam kategori ringan dipanti Tresna Wredha Bahkti Yuswa Natar Lampung mendukung penelitian Nursasi dan Fitriyani (2002), yaitu walaupun lansia mengalami tingkat depresi dengan HDR karena tidak adanya pasangan tetapi masih mendapat dukungan sosial dari pihak panti (seperti adanya hiburan nyanyi bersama, pengajian, perhatian dari pengasuh, dan lain-lain).

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa status perkawinan tidak ada hubungan atau tidak berkontribusi dengan penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan HDR (p value $> 0,005$) dikarenakan pada lansia yang ada dipanti juga mendapatkan

dukungan sosial sehingga stressor dengan tidak adanya pasangan dapat dikurangi dan sangatlah tepat terapi kognitif dan senam latih otak diberikan pada lansia depresi dengan HDR karena dengan terapi kognitif maka lansia akan ditunjukkan bahwa lansia masih banyak mendapat dukungan sosial tidak hanya dari pasangan dan dengan senam otak lansia akan lebih konsentrasi untuk berpikir bahwa dirinya masih mampu walaupun tanpa adanya pasangan.

6.3.5 Faktor sakit dan lama sakit

Menurut Kunjoro (2002), terdapat beberapa faktor yang menimbulkan gangguan keseimbangan (*homeostasis*) pada aspek psikologis pada lansia sehingga membuat lansia mengalami tingkat depresi dengan HDR yaitu penurunan fungsi fisik. Hasil penelitian ini menunjukan bahwa dari 56 responden yang mengalami tingkat depresi dengan HDR disertai perubahan atau penurunan tingkat fisik (100%) dan rata-rata lama sakit fisik yaitu 19,41 bulan. Hasil pengamatan dari peneliti menunjukan beberapa penurunan fungsi fisik yang ditemukan pada lansia dipanti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung adalah penurunan fungsi penglihatan, pendengaran, gangguan pada sistem muskuloskeletal dan kardiovaskuler. Hasil penelitian ini mendukung teori tersebut bahwa perubahan fisik dapat menimbulkan gangguan keseimbangan pada aspek psikologis, hal ini teramati oleh peneliti dari wawancara dengan lansia yang mengungkapkan beberapa pikiran negatif terkait perubahan fisiknya (seperti kaki saya sakit saya sudah tidak mampu lagi, sudah tidak berdaya, tidak semangat untuk ikut senam atau kegiatan dipanti, dan lain-lain).

Hasil penelitian ini juga menunjukan bahwa lama sakit tidak ada hubungan dengan penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan HDR ($p \text{ value} > 0,005$) sehingga sangatlah tepat terapi kognitif dan senam latih otak diberikan karena dengan senam latih otak pikiran negatif yang diungkapkan karena perubahan fisik dapat digantikan dengan pikiran positif (seperti saya masih mampu

berjalan, mampu membereskan tempat tidur, mampu mengangkat benda, menyapu, dan lain-lain) dan dengan senam otak lansia akan lebih bersemangat, motivasi bekerja meningkat dan konsentrasi untuk melakukan sesuatu semakin baik.

Kesimpulan akhir penelitian ini bahwa karakteristik lansia tidak ada yang berhubungan atau berkontribusi dengan penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan HDR hanya terapi kognitif dan senam latih otak yang berhubungan dengan penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan HDR, ini menunjukkan bahwa terapi kognitif dan senam latih otak sangat tepat dilakukan pada lansia depresi dengan HDR dan dapat dilakukan secara universal tanpa harus melihat karakteristik pada lansia itu terlebih dahulu.

6.4 Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian beresiko mengalami kelemahan yang diakibatkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman meliputi keterbatasan tingkat fisik responden, keterbatasan instrumen, dan keterbatasan tenaga.

6.4.1 Keterbatasan tingkat fisik responden

Lansia yang mengalami berbagai penurunan fungsi fisik seperti penurunan fungsi pendengaran dan penglihatan, ketidak mampuan lansia membaca dan menulis merupakan salah satu keterbatasan dalam penelitian ini. Hal ini mengakibatkan dalam pelaksanaannya peneliti tidak dapat meminta responden untuk menulis, sehingga solusi yang dilakukan peneliti yaitu membantu dan memudahkan lansia melalui metode check list dan hal lain yg tidak ada di cek

list maka lansia dibantu dalam menuliskannya. Keberhasilan setiap sesi dilihat dari kemampuan lansia menyebutkan dan melakukan kegiatan sehari-hari dipanti yang dievaluasi juga dengan cara check list dan dibantu menuliskannya. Penurunan fungsi fisik dan kognitif pada lansia seperti keluhan sakit, penurunan daya ingat juga mempengaruhi dalam pelaksanaan senam latih otak sehingga solusinya peneliti perlu melakukan jadwal ulang.

6.4.2 Keterbatasan instrumen (Modul Terapi Kognitif dan Modul Senam latih Otak)

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan terapi kognitif pada penelitian ini menggunakan modul yang dikembangkan oleh Tjahyanti (2008) yang dimodifikasi dari hasil Workshop Keperawatan Jiwa 2008. Dalam pelaksanaan terapi kognitif terdapat hambatan khususnya dalam menulis yang dilakukan oleh lansia sehingga peneliti memodifikasi buku kerja lansia dengan membuat beberapa distorsi kognitif yang dapat dengan mudah di check list oleh lansia dan bila ada yang kurang dilengkapi dengan kolom kosong.

Modul (buku pedoman) senam latih otak disusun oleh peneliti dan masih terdapat kekurangan dimana dalam evaluasi peneliti belum terdapat batasan keberhasilan lansia melakukan senam latih otak, maka solusinya peneliti membuat batasan keberhasilan yaitu bila lansia mampu melakukan 50% dari beberapa gerakan senam latih otak maka dinyatakan mampu melakukan senam latih otak.

6.4.3 Keterbatasan tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di tempat yang sama antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu di Panti Tresna wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung sehingga memungkinkan dapat terjadinya kecemburuan dari kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi senam latih otak. Solusi yang dilakukan peneliti yaitu menjelaskan terlebih dahulu kepada responden pada

saat pre test bahwa pada proses pelaksanaan nanti akan dilakukan perbedaan perlakuan dan setelah penelitian ini berakhir maka kelompok kontrol juga akan dilakukan senam latih otak.

6.4.4 Keterbatasan tenaga peneliti

Pelaksanaan terapi kognitif yang berlangsung kurang lebih hanya 1 bulan dan senam latih otak selama 1 bulan memerlukan tenaga lebih sehingga peneliti dibantu oleh 4 (empat) orang asisten peneliti. Sebelum pelaksanaan, peneliti mencoba mempersamakan persepsi dengan asisten peneliti terlebih dahulu setelah itu asisten peneliti diberikan pengajaran tentang senam latih otak.

Pelaksanaan terapi kognitif dan senam latih otak mengindikasikan efektifitas pelaksanaan terapi kognitif dan senam latih otak terhadap penurunan tingkat depresi lansia dengan HDR pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja, sehingga perlu adanya tindak lanjut pemantauan untuk kelompok intervensi dan perlu dilakukan kembali senam latih otak untuk kelompok kontrol.

6.5 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak terhadap perubahan tingkat atau tingkat depresi lansia di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar lampung Selatan sehingga hasil penelitian ini dapat berimplikasi terhadap perkembangan keperawatan jiwa.

Uraian implikasi hasil penelitian sebagai berikut :

6.5.1 Pelayanan Keperawatan jiwa dan usila di Panti, Klinik Kesehatan Jiwa dan Puskesmas

Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di puskesmas dapat menerapkan terapi generalis dan terapi kognitif terhadap lansia depresi dengan harga diri rendah dengan menstimulasi dan mengidentifikasi aspek-aspek positif pada lansia. Memasukkan kegiatan senam latih otak dalam program kesehatan usila di

puskesmas yang bekerja sama dengan program yang ada dipanti. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi pedoman di klinik kesehatan jiwa dalam melaksanakan terapi kognitif khususnya lansia depresi dengan harga diri rendah.

Bila kondisi diatas dapat terlaksana, maka hal tersebut dapat berdampak pada meningkatnya pelayanan kesehatan jiwa di panti.

6.5.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak terhadap perubahan tingkat lansia depresi dengan harga diri rendah sehingga penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa, khususnya dalam mengembangkan kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan jiwa spesialistik dan bahan pembelajaran dalam pendidikan keperawatan jiwa.

6.5.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang berbeda seperti di masyarakat atau tatanan pelayanan kesehatan lain. Penelitian lain juga dapat dilakukan dalam mengatasi kondisi depresi lansia dengan menggunakan terapi spesialistik atau modifikasi yang berbeda seperti pemberian terapi kognitif dengan *logotherapy*, terapi suportif, terapi keluarga dan terapi kelompok/komunitas, sehingga kualitas lansia yang mengalami depresi dengan harga diri rendah dapat diatasi secara lebih optimal.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan pembahasan hasil penelitian yang berhubungan dengan bab sebelumnya, maka dapat ditarik simpulan dan saran sebagai berikut:

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik lansia yang depresi dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung yaitu rata-rata berusia 73,95 tahun, memiliki sakit fisik dengan rata-rata waktu lama sakit fisik yaitu 19,41 bulan dan hasil wawancara dengan lansia beberapa gejala perubahan fisik pada lansia yang ditemukan diantaranya adalah gangguan pendengaran dan penglihatan, gangguan sistem muskuloskeletal seperti rematik dan gangguan kardiovaskuler seperti hipertensi. Karakteristik lainnya adalah sebagian besar lansia dalam penelitian ini adalah perempuan (58,9%), tidak bekerja (92,9%), jenjang pendidikan rendah (tidak sekolah, SD dan SMP), dengan status perkawinan “tidak kawin” (73,2%).
- 7.1.2 Hasil penelitian ini juga menyatakan bahwa karakteristik lansia tersebut tidak ada hubungannya dengan penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung.
- 7.1.3 Tingkat atau status depresi lansia dengan HDR di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung sebelum perlakuan yaitu rata-rata 6,86 dan menurut pedoman *Geriatric Depression Scale* termasuk dalam **kategori depresi ringan**.
- 7.1.4 Pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak terhadap tingkat depresi lansia di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar, Lampung menunjukkan hasil yang bermakna yaitu adanya penurunan atau perbaikan tingkat depresi lansia dengan HDR (selisih 3,39) pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi kognitif saja juga menunjukkan hasil yang bermakna (selisih 2,21).

- 7.1.5 Kesimpulan akhir dari penelitian ini bahwa terapi kognitif dan senam latih otak lebih baik hasilnya jika dibandingkan hanya terapi kognitif saja yaitu tingkat depresi dengan HDR yang mendapat terapi kognitif dan senam latih otak lebih baik tingkatnya dibandingkan yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja yaitu selisih 1,18 point.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, terdapat beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian ini, yaitu :

7.2.1 Aplikasi keperawatan

- a. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung menetapkan kebijakan untuk mengintegrasikan terapi kognitif dan senam latih otak dalam program kesehatan lansia dan keswamas di puskesmas.
- b. Dilakukan pelatihan terapi kognitif dan senam latih otak untuk perawat antara intitusi pendidikan dengan organisasi profesi PPNI dengan bekerja sama kolegium pendidikan keperawatan jiwa.
- c. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung menetapkan kebijakan untuk perekrutan tenaga perawat yang ditugaskan di panti.
- d. Organisasi profesi melalui kolegium keperawatan jiwa menetapkan terapi kognitif sebagai salah satu standar kompetensi dari program pendidikan berkelanjutan dan perawat spesialis keperawatan jiwa yang disertifikasi oleh PPNI
- e. Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan jiwa melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang terapi kognitif dan senam latih otak kepada pihak panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung dan tim penanggung jawab program kesehatan lansia dipuskesmas Natar Lampung .
- f. Peneliti melakukan pelatihan tentang senam latih otak kepada pengasuh di Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung.
- g. Senam latih otak menjadi bagian program kegiatan Panti Tresna Wredha Bhakti Yuswa Natar Lampung.
- h. Perawat menggunakan terapi kognitif senam latih otak sebagai panduan dalam pelaksanaan perawatan lansia dirumah (*home care*)

- i. Peneliti melakukan pelatihan bagi *care giver* lansia dirumah dengan bekerja sama dengan organisasi profesi melalui kolegium keperawatan jiwa.
- j. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi kognitif sebagai salah satu standar implementasi yang harus dilakukan pada lansia depresi dengan HDR di pelayanan kesehatan jiwa baik dipanti atau di pelayanan umum.

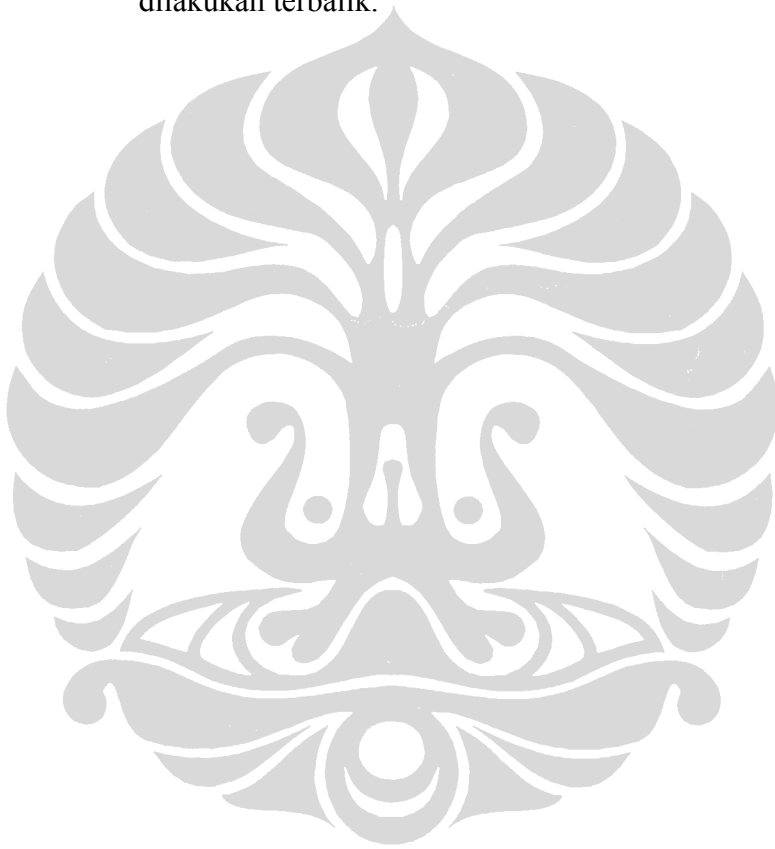
7.2.2 Keilmuan

- a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan bentuk terapi lain atau modifikasi kolaborasi terapi terkait dalam upaya mengatasi klien lansia dengan depresi
- b. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dengan lebih mengeksplorasi konsep dan teori keperawatan jiwa dalam mengembangkan teknik penerapan terapi kognitif dalam mengatasi masalah keperawatan jiwa.
- c. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan modul terapi kognitif khususnya untuk individu dengan keterbatasan (seperti tidak bisa menulis, tidak dapat berkomunikasi) dan melakukan pengesahan validitas isi secara resmi terhadap modul yang digunakan dalam pelaksanaan terapi kognitif.
- d. Pihak pendidikan hendaknya mengakomodir beberapa terapi yang dapat digunakan dalam mengatasi masalah keperawatan jiwa (terapi generalis, terapi spesialis seperti terapi kognitif, serta terapi lain seperti senam latih otak) sehingga dapat dipergunakan sebagai bahan pembelajaran dan pengembangan keperawatan jiwa.

7.2.3 Metodologi

- a. Perlunya dilakukan penelitian terhadap bentuk intervensi keperawatan spesialistik lainnya dan modifikasi kolaborasi terapi dalam upaya menurunkan tingkat depresi lansia, seperti logo terapi, terapi suportif, terapi keluarga, terapi kelompok/komunitas dan terapi lainnya.
- b. Perlunya dilakukan replikasi penelitian di area yang berbeda seperti di masyarakat atau pelayanan kesehatan umum.

- c. Perlu dilakukan penelitian lagi sejauhmana senam latih otak dapat menurunkan tingkat depresi pada lansia.
- d. Instrumen evaluasi yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai alat ukur dalam pelaksanaan kegiatan terapi kognitif dan senam latih otak khususnya pada lansia.
- e. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan dengan urutan terapi kognitif terlebih dahulu kemudian senam latih otak sehingga perlu dilakukan penelitian lain yaitu efektifitas terapi jika urutan pelaksanaan terapi dilakukan terbalik.



DAFTAR PUSTAKA

- Andini, N.K.S. (2009) *Hubungan Tipe Kepribadian Ekstrovert dan Introversi dengan Depresi Pada Lanjut Usia di Panti Tresna Wredha Budhi Darma Yogyakarta* 2008, ¶ 1, <http://skripsistikes.wordpress.com/2009/05/03/ikpii90/>. Diperoleh pada tanggal 11 Februari 2010
- Anonymous (2009). **Posit Science; Brain Fitness Reduces Risk of Onset of Depressive Symptoms.** *Psychology and Psychiatric Journal*, 29
- Badan Pusat Statistik. (2006) *Proyeksi Penduduk Indonesia Menurut Jenis Kelamin 2005-2020*, ¶ <http://demografi.bps.go.id/versi2/index>. Jakarta : BPS
- Boengsoe (2007). *Lansia Rentan Alami Depresi*, ¶ <http://www.litbang.depkes.go.id/aktual/>. Diperoleh pada tanggal 15 Februari 2010
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Burns, D.D. (1988). *Terapi Kognitif : pendekatan baru bagi penanganan depresi*. Jakarta : Erlangga.
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa & Psikiatri, Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health Care: Nurse's Clinical Guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alihbahasa : Akemat. Jakarta : EGC.
- Depkes RI. (2008) *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Depkes RI. (2007) *Pharmaceutical Care untuk Penderita Gangguan Depresif*. Jakarta : Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, Republik Indonesia
- Dennison. (2009) *Brain Gym (Senam otak)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan X). Ahli bahasa : Ruslan dan Rahayu. M. Jakarta : Grasindo
- Fauziah, L. (2009) *Perkembangan Pada Tahun Terakhir Perkembangan*, ¶ 3, <http://stikeskabmalang.wordpress.com>. Diperoleh pada tanggal 20 Februari 2010
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th ed). New York : Thomson Delmar Learning.

- Grandfa. (2007). *Tanggulangi Depresi Secara Tepat*. ¶ <http://id.shvoong.com/medicine-and-health/neurology/1670144-tanggulangi-depresi-secara-tepat/> diperoleh tanggal 2 Februari 2010.
- Hidayati, Laili Nur (2009) *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Kelurahan Daleman Tulung Klaten*, ¶ <http://etd.eprints.ums.ac.id/> Diakses pada tanggal 27 Juni 2010
- Hastono, S.P. (2007). *Modul analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM – UI (tidak dipublikasikan).
- Hartanto, (2003). *Kesehatan Jiwa*. ¶ <http://www.majalah-farmacia.com>. diperoleh tanggal 23 Januari 2010
- Hidayat, A.A.A. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan tehnik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Isaacs, A. (2001). *Panduan Belajar : Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatrik (Mental Health and Psychiatric Nursing)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan I). Alihbahasa : Rahayuningsih, D.P. Jakarta : EGC.
- Joomla (2005). *Lansia Masa Kini dan Mendatang*. ¶ 3, <http://www.menkokesra.go.id>. Diperoleh pada tanggal 2 Februari 2010
- Karent, P (1998). *The Effects of Group Reminiscence Counseling on Levels of Depression In An Older adult Population*. USA : Umy Company
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2004). *Sinopsis psikiatri*. Edisi Ketujuh. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Keliat & Akemat (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*, Jakarta : EGC.
- Kompas (2008). *Waspada! Depresi pada Lansia*, ¶ <http://tekno.compas.com/> diperoleh pada tanggal 15 Februari 2010
- Kunjoro, J.S.K.(2002) *Masalah Kesehatan Jiwa Lansia; kategori lanjut usia*, ¶ 4, <http://www.e-psikologi.com/> Diperoleh pada tanggal 23 Februari 2010
- Kurlowicz, L. and Greenberg, S.A.(2007). The Geriatric Depression Scale (GDS). *American Journal of Nursing*, 107 (10), 67-68
- Machfoedz, dkk. (2005). *Metodologi penelitian bidang kesehatan, keperawatan dan kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mubarak, W.(2006) *Ilmu Keperawatan Komunitas 2: teori dan aplikasi*. (cetakan ke-2). Jakarta : Sagung Seto

- NANDA (2005). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification*, Philadelphia : AR.
- Nursasi,A.Y dan Fitriyani,P (2002) *Koping Lanjut Usia Terhadap Penurunan Fungsi Gerak Di Kelurahan Cipinang Muara Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur*, ¶ <http://ojs.lib.unair.ac.id> diakses pada tanggal 26 Juni 2010.
- Palestin,dkk (2006) *Pengaruh Umur, Depresi Dan Demensia Terhadap Disabilitas Fungsional Lansia Di Pstw Abiyoso Dan Pstw Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta (Adaptasi Model Sistem Neuman)*, ¶ <http://inna-pgni.or.id/html> diakses pada tanggal 13 Februari 2010
- Polit,D.F.,&Hungler,B.P.(1999). *Nursing Research: principle and methods*.(6th ed). Philadelphia : Lippincot Williams & Wilkins.
- Price, P.(2004) *All About Depression*, ¶ <http://www.allaboutdepression.com/>. Diperoleh pada tanggal 10 Februari 2010
- Reborn (2007) *Depresi : diagnosis pasien rawat jalan ketujuh tertinggi*, ¶ <http://www.forumsains.com/> diperoleh pada tanggal 7 Februari 2010
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (2005). *Buku saku keperawatan jiwa* (4th ed), Jakarta : EGC.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, (3th ed). Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Tjahyanti, (2009) *Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Perubahan Harga Diri Dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta*; Tidak dipublikasikan
- Tempo (2010) *Mengapa Gangguan Kejiwaan Lebih Sering Menyerang Wanita Ketimbang Pria*, ¶3, <http://www.tempointeraktif.com/hg/kesehatan/> Di akses pada tanggal 27 Juni 2010
- Townsend. M.C, (2003), *Psychiatric Mental Health Nursing Concept of Care*, (4th ed). Philadelphia : F.A Davis Company
- Townsend, M.C (2005), *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed) Philadelphia : F.A.Davis Company.

- Tomey, A.M, and Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorist and Their Work*, (6th ed), Missouri : Mosby-Year Book, Inc.
- US. Census Bureau. (2009), *American Community Survey*, ¶1, <http://www.census.gov/acs/www/> diperoleh pada tanggal 24 februari 2010
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., dan Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. (5th ed). St. Louis : Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Psychiatric Mental Health Nursing)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan I). Alihbahasa : Komalasari, R. & Hany, A. Jakarta : EGC.
- Wah (2006). *Depresi Mempercepat kemunduran Mental*, ¶ <http://www.healthday.com/> diperoleh pada tanggal 10 Febrauri 2010
- Workshop Keperawatan Jiwa FIK – UI. (2007). *Kumpulan Terapi Individu*. Jakarta: FIK – UI (Tidak dipublikasikan).
- WHO (2010) *Depression*. ¶ http://www.who.int/mental_health/ diperoleh pada tanggal 10 Februari 2010

Lampiran 1.

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anton Surya Prasetya
Status Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan
Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
NPM : 0806445981

Bermaksud menadakan penelitian tentang” Pengaruh Terapi Kognitif Dan Pelatihan Kognitif (Senam Latih Otak) Terhadap Tingkat Depresi Pada Klien Lansia Di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung”

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana terapi kognitif dan pelatihan kognitif (senam latih otak) memberikan pengaruh terhadap kondisi deperesi pada lansia. Manfaat penelitian ini secara garis besar akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada lansia yang mengalami depresi.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif atau pengaruh yang merugikan bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara:

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini sejak awal maupun dalam proses

Demikian penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan saudara untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Bandar Lampung, April 2010

Anton Surya Prasetya
NPM 0806445981

Universitas Indonesia

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini yang nantinya berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya dalam upaya merawat klien dengan depresi khususnya pada lansia.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Bandar Lampung,2010
Peneliti Responden,

Anton Surya Prasetya
NPM 0806445981

.....
Nama Jelas

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN (Kuesioner A)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

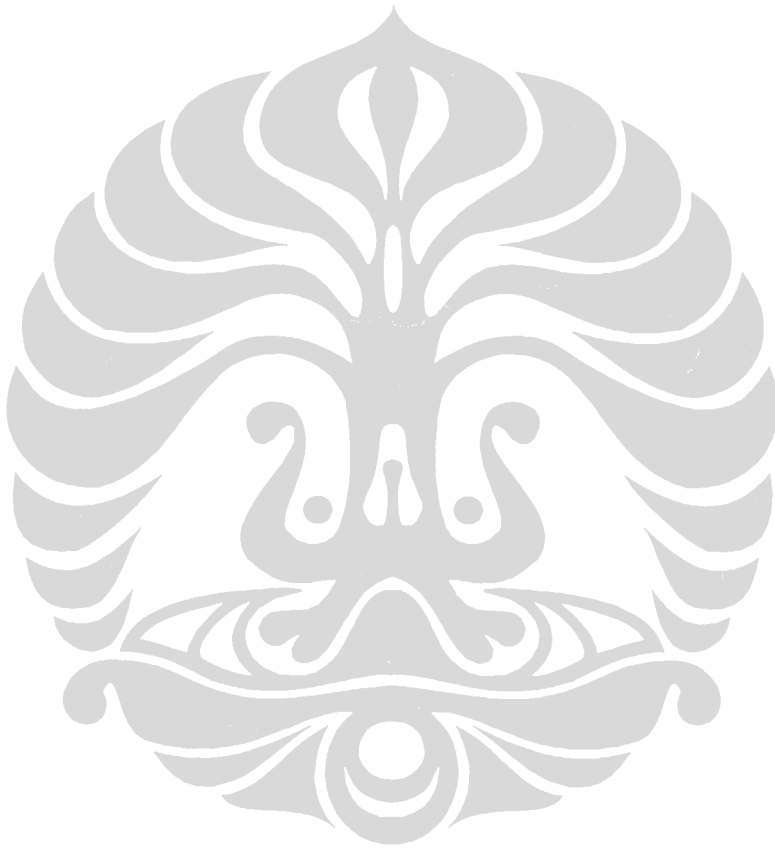
Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup di centang/dijawab sesuai dengan petunjuk di atasnya

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama pasien :
2. Usia : tahun
3. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
4. Pekerjaan : 1. Bekerja 2. Tidak Bekerja
5. Pendidikan terakhir pasien :
 - a. SD
 - b. SLTP
 - c. SMU
 - d. Perguruan Tinggi
 - e. Tidak Sekolah

6. Status perkawinan :
a. Kawin
b. Tidak Kawin (Janda/duda/belum kawin)
7. Sakit Fisik : 1. Sakit fisik
2. Tidak sakit fisik
8. Lama sakit (jika ada) : bulan/tahun



FORMAT GERIATRI DEPRESSION SCALE (GDS 15)
(Kuisisioner B)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

4. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
5. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan
6. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab sesuai dengan petunjuk di atasnya

-
1. Apakah kakek/nenek secara keseluruhan merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?
Ya Tidak
 2. Apakah kakek/nenek telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangannya selama ini ?
Ya Tidak
 3. Apakah kakek/nenek saat ini merasa kehidupannya terasa hampa misalnya tidak adanya keluarga?
Ya Tidak
 4. Apakah kakek/nenek merasa bosan dengan kehidupan yang dijalani sekarang?
Ya Tidak
 5. Apakah kakek/nenek bersemangat setiap saat dalam melakukan kegiatan atau aktivitas dipanti ini?
Ya Tidak
 6. Apakah kakek/nenek takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada kakek/nenek (seperti kematian)?
Ya Tidak
 7. Apakah kakek/nenek merasa bahagia pada sebagian besar hidup kakek/nenek?
Ya Tidak

8. Apakah kakek/nenek mempunyai perasaan tidak berdaya atau tidak mampu melakukan apa-apa?
Ya Tidak
9. Apakah kakek/nenek lebih senang tinggal di wisma dari pada kewisma lain atau tempat lain lalu mengerjakan sesuatu yang baru?
Ya Tidak
10. Dibandingkan dengan orang-orang dipanti ini apakah kakek/nenek merasa mempunyai masalah dengan daya ingat?
Ya Tidak
11. Apakah kakek/nenek berpikir bahwa hidup kakek/nenek sekarang ini menyenangkan?
Ya Tidak
12. Apakah kakek/nenek saat ini mempunyai perasaan tidak berharga seperti merasa tidak mampu?
Ya Tidak
13. Apakah kakek/nenek merasakan penuh semangat dalam menjalani kehidupan kakek/nenek ?
Ya Tidak
14. Saat ini apakah kakek/nenek merasa bahwa keadaan kakek/nenek tidak ada harapan atau sesuatu yang mau dicapai?
Ya Tidak
15. Apakah kakek/nenek mempunyai pikiran bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari kakek/nenek?
Ya Tidak

Skor : hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

- * Setiap jawaban bercetak tebal mempunyai Skor 1.
- * Skor 0 – 4 dikategorikan *normal*
- * Skor 5 – 8 dikategorikan *depresi ringan*
- * Skor 9 – 11 dikategorikan *depresi sedang*
- * Skor 12 - 15 dikategorikan *depresi berat*.



Universitas Indonesia

MODUL

TERAPI KOGNITIF UNTUK PASIEN DEPRESI DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH

(MODIFIKASI MODUL TERAPI KOGNITIF FIK UI)

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2010**

Universitas Indonesia

PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI KOGNITIF

A. Sesi 1 : Identifikasi pikiran otomatis yang negatif

1. Tujuan

- a. Pasien mampu mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif.
- b. Pasien mampu memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (menggangu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini.
- c. Pasien mampu memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
- d. Pasien dapat menuliskan pikiran otomatis negatif dan tanggapan rasionalnya
- e. Pasien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah

2. Setting Tempat

Pasien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

3. Alat

- a. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik
- b. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien) dan buku kerja perawat

4. Metode

- a. Sharing
- b. Diskusi dan tanya jawab

5. Langkah Kegiatan

- a. Persiapan
 - 1) Membuat kontrak dengan pasien
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
- b. Tahap Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
 - a) Perkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama)

- b) Menanyakan nama dan panggilan pasien
- 2) Evaluasi / Validasi
- a) Menanyakan perasaan pasien pada saat ini
 - b) Menanyakan apa yang sudah dilakukan pasien untuk mengatasi perasaannya
- 3) Kontrak
- a) Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi, yaitu meningkatkan kemampuan pasien mengenal pikiran otomatis dan hal yang mendasari pemikiran tersebut.
 - b) Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas-tugas yang harus dikerjakan pasien di panti, buku kerja yang akan digunakan pasien dalam melaksanakan tugas-tugasnya.
 - c) Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi.
 - d) Menjelaskan bahwa pertemuan pertama berlangsung selama kurang lebih 45 – 60 menit.
 - e) Menjelaskan peraturan terapi, yaitu pasien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai
- c. Tahap Kerja
- 1) Terapis mengidentifikasi masalah yang dihadapi pasien
 - 2) Diskusikan sumber masalah, perasaan pasien serta hal yang menjadi penyebab timbulnya masalah.
 - 3) Diskusikan pikiran-pikiran otomatis yang negatif tentang dirinya.
 - 4) Minta pasien untuk mencatat semua pikiran otomatis yang negatif pada lembar pikiran otomatis negatif yang terdapat dalam buku catatan harian pasien. Perawat mengklasifikasikan bentuk distorsi kognitif dari pikiran otomatis negatif pasien dalam buku catatan perawat.
 - 5) Bantu pasien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu pasien dan ingin diselesaikan saat ini.
 - 6) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif dengan memberi tanggapan positif (rasional) berupa aspek-aspek positif

yang dimiliki pasien dan minta pasien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.

- 7) Latih pasien untuk menggunakan aspek-aspek positif pasien untuk melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif dengan cara:
 - a) Minta pasien untuk mengingat dan mengatakan pikiran otomatis negatif.
 - b) Minta pasien untuk mengatakan aspek positif dalam (tentang) dirinya untuk melawan pikiran otomatis negatif tersebut.
 - c) Lakukan kedua hal tersebut diatas minimal 3 kali
 - d) Evaluasi perasaan pasien setelah melakukan latihan ini
- 8) Tanyakan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut
- 9) Motivasi pasien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- 10) Memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien

d. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi
 - a) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi sesi pertama ini
 - b) Terapis memberikan pujian yang sesuai
- 2) Tindak Lanjut
 - a) Menganjurkan pasien untuk berlatih di panti tentang cara melawan pikiran otomatis yang negatif dengan aspek positif yang dimiliki pasien dan melakukan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut.
 - b) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif tersebut.
 - c) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasikan pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi

dalam sesi pertama ini dan minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

- d) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam pertemuan pertama ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

3) Kontrak akan datang

- a) Menyetujui topik pertemuan yang akan datang (sesi kedua), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas-tugasnya di panti dan berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua

- b) Menyetujui waktu dan tempat

6. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi

- 1) Ekspresi pasien pada saat terapi
- 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

b. Dokumentasi

- 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
- 2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

CATATAN HARIANKU

Hari / Tanggal	Jam	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku	Hasil

B. Sesi 2, yaitu Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif

1. Tujuan

- a. Evaluasi kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis negatif pertama yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 1).
- b. Pasien mampu memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan kedua ini.
- c. Pasien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian.
- d. Pasien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul.
- e. Pasien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis lainnya.

2. Setting tempat

Pasien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

3. Alat

- a. Diri perawat dan kemampuan berkomunikasi secara terapeutik
- b. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien) dan buku kerja perawat

4. Metode

Diskusi dan tanya jawab

5. Langkah Kegiatan

a. Persiapan

- 1) Mengingatkan kontrak dengan pasien.
- 2) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.

b. Tahap Orientasi

1) Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada pasien

2) Evaluasi Validasi

- a) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien pada saat ini.
- b) Menanyakan apakah pasien telah melakukan latihan secara mandiri di panti.
- c) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran otomatis tersebut, pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional yang lainnya.
- d) Menanyakan apakah pasien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di panti. Perawat melihat buku catatan harian pasien.
- e) Menanyakan apakah pasien telah mengidentifikasi pikiran otomatis kedua untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

3) Kontrak

- a) Menjelaskan tujuan pertemuan kedua ini adalah meningkatkan kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua.
- b) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit.
- c) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu pasien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

c. Tahap Kerja

- 1) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian di panti
- 2) Diskusikan dengan pasien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
- 3) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki pasien) dan minta pasien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.

- 4) Latih kembali pasien untuk menggunakan aspek-aspek positif pasien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama.
- 5) Tanyakan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.
- 6) Motivasi pasien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- 7) Memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien.

d. Tahap Terminasi

1) Evaluasi

- a) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah menjalani terapi
- b) Terapis memberikan pujian yang sesuai

2) Tindak lanjut

- a) Menganjurkan pasien untuk berlatih di panti tentang cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan aspek positif yang dimiliki pasien dan melakukan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif kedua tersebut.
- b) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi di panti apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif kedua tersebut.
- c) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi kedua ini dan minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
- b) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif kedua yang belum diidentifikasi dalam pertemuan kedua ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi ketiga), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melaksanakan

tugasnya, berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga, dan berdiskusi manfaat hasil daam mengikuti terapi kognitif.

b) Menyepakati waktu dan tempat

6. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi

- 1) Ekspresi pasien pada saat terapi
- 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

b. Dokumentasi

- 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
- 2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

CATATAN HARIANKU

Hari / Tanggal	Jam	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku	Hasil

B. **Sesi 3**, yaitu Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif).

1. Tujuan

- a. Evaluasi kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis yang negatif pertama dan kedua tentang dirinya yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya.
- b. Pasien mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini.
- f. Pasien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga tentang dirinya dan menuliskannya di lembar tanggapan rasional dalam buku catatan harian pasien.
- g. Pasien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul.
 - a. Pasien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis negatif lainnya.
 - b. Pasien dapat memberi tanggapan (perasaan) terhadap pelaksanaan terapi kognitif di panti
 - c. Pasien dapat mengungkapkan hambatan yang ditemui dalam membuat catatan harian.

- d. Pasien dapat mengungkapkan hasil dan manfaat dalam mengikuti terapi kognitif
 - e. Pasien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran-pikiran otomatis negatif yang timbul.
2. Setting Tempat
Pasien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman
 3. Alat
 - a. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi secara terapeutik
 - b. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien) dan buku kerja perawat
 4. Metode
Diskusi dan tanya jawab
 5. Langkah Kegiatan
 - a. Persiapan
 - 1) Mengingat kontrak dengan pasien
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
 - b. Tahap Orientasi
 - 1) Salam Terapeutik : Salam dari terapis kepada pasien
 - 2) Evaluasi Validasi
 - a) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien pada saat ini
 - a) Menanyakan apakah pasien telah melakukan latihan secara mandiri di panti.
 - b) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama dan kedua masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran-pikiran otomatis negatif tersebut, adakah pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional lainnya.
 - c) Menanyakan apakah pasien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di panti. Perawat melihat buku catatan harian pasien.

- b) Menanyakan apakah pasien telah mengidentifikasi pikiran otomatis ketiga untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

3) Kontrak

- a) Menjelaskan tujuan pertemuan dari sesi ketiga ini, yaitu meningkatkan kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga dan mengungkapkan hasil atau manfaat dalam mengikuti terapi.
- b) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit
- c) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu pasien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

c. Tahap Kerja

- 1) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian di panti
- 2) Diskusikan ketiga yang ingin diselesaikan dalam pertemuan ini
- 3) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif ketiga dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama/dua yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki pasien) dan minta pasien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- 4) Latih kembali pasien untuk menggunakan aspek-aspek positif pasien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama/dua.
- 5) Tanyakan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.
- 6) Diskusikan perasaan pasien setelah menggunakan tahapan-tahapan dalam memberikan tanggapan rasional (melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif) dan beri umpan balik.
- 7) Diskusikan manfaat tanggapan rasional yang dirasakan pasien dalam menyelesaikan pikiran otomatis yang timbul.

- 8) Tanyakan apakah cara tersebut dapat menyelesaikan masalah yang timbul karena pikiran otomatisnya.
- 9) Tanyakan hambatan yang dialami pasien dalam memberi tanggapan rasional dan menyelesaikan masalahnya.
- 10) Diskusikan cara mengatasi hambatan.
- 11) Anjurkan pasien untuk mengungkapkan hasil yang diperoleh selama mengikuti pertemuan-pertemuan dalam terapi.
- 12) Beri reinforcement positif terhadap kemampuan pasien.

d. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi
 - a) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah menjalani terapi
 - b) Terapis memberikan pujian yang sesuai
- 2) Tindak Lanjut
 - a) Menganjurkan pasien untuk berlatih di panti tentang cara melawan pikiran otomatis negatif ketiga dengan aspek positif yang dimiliki pasien dan melakukan rencana tindakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif ketiga tersebut.
 - b) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi di panti apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif ketiga tersebut.
 - c) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi ketiga ini dan minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
 - d) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif ketiga yang belum diidentifikasi dalam pertemuan ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
- 3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi keempat), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi bersama keluarga/pengasuh untuk mendapatkan dukungan keluarga/pengasuh dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri di panti.
- b) Menyepakati waktu dan tempat

6. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi

- 1) Ekspresi pasien pada saat terapi
- 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

b. Dokumentasi

- 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
- 2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

CATATAN HARIANKU

Hari / Tanggal	Jam	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku	Hasil

D. Sesi 4, yaitu *Support system*

1. Tujuan
 - a. Meningkatkan komunikasi perawat dengan pasien dan keluarga/pengasuh
 - b. Pasien mendapat dukungan (*support sistem*) dari keluarga/pengasuh
 - c. Keluarga/pengasuh dapat menjadi support sistem bagi pasien
2. Setting

Pasien, keluarga/pengasuh dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman
3. Alat
 - a. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi secara terapeutik

- b. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien) dan buku kerja perawat
4. Metode
Diskusi dan tanya jawab
 5. Langkah Kegiatan
 - a. Persiapan
 - 1) Mengingatkan kontrak dengan pasien dan keluarga/pengasuh
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
 - b. Tahap Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada pasien dan keluarga/pengasuh
 - 2) Evaluasi / Validasi
 - a) Menanyakan perasaan pasien dan keluarga/pengasuh pada saat ini
 - b) Menanyakan apa pasien sudah membuat catatan harian (kegiatan) dalam upaya untuk mengatasi pikiran otomatis dan perasaannya.
 - 3) Kontrak
 - a) Menjelaskan tujuan pertemuan keempat ini, yaitu keluarga/pengasuh dapat memberikan dukungan bagi pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri di panti
 - b) Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi kepada keluarga/pengasuh, yaitu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi pikiran-pikiran otomatis (negatif) dan cara penyelesaian masalah yang timbul akibat pikiran otomatis tersebut.
 - c) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 45 – 60 menit
 - d) Menjelaskan peraturan terapi yaitu pasien dan keluarga/pengasuh duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

c. Tahap Kerja

- 1) Jelaskan pada keluarga/pengasuh tentang pengertian, tujuan dan manfaat terapi kognitif bagi pasien
- 2) Jelaskan pada keluarga/pengasuh tentang pelaksanaan terapi kognitif yang telah dilakukan pasien termasuk pembuatan catatan hariannya.
- 3) Minta pasien untuk menjelaskan pada keluarga/pengasuh tentang pikiran-pikiran negatif yang dirasakan, cara mengatasi/melawan pikiran tersebut, pembuatan catatan harian, dan manfaat hasil yang dirasakan pasien dalam menjalani terapi kognitif.
- 4) Libatkan keluarga/pengasuh dalam mengidentifikasi perilaku pasien sebelum, selama dan sesudah mengikuti terapi kognitif.
- 5) Diskusikan dengan keluarga/pengasuh kemampuan yang telah dimiliki pasien
- 6) Anjurkan keluarga/pengasuh untuk siap mendengarkan masalah-masalah (pikiran-pikiran negatif) yang dialami pasien
- 7) Libatkan keluarga/pengasuh dalam diskusi untuk membantu penyelesaian masalah yang telah dilakukan pasien
- 8) Beri reinforcement positif terhadap kemampuan pasien dan keluarga/pengasuh.

d. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi
 - a) Terapis menanyakan perasaan pasien dan keluarga/pengasuh setelah menjalani terapi
 - b) Terapis memberikan pujian yang sesuai
- 2) Tindak Lanjut
 - a) Menganjurkan pada keluarga/pengasuh untuk dapat menerima dan merawat pasien di panti
 - b) Menganjurkan keluarga/pengasuh untuk mengingatkan pasien dalam melaksanakan tugas-tugas mandiri yang telah dibuat bersama perawat dalam pertemuan sebelumnya.

- 3) Kontrak yang akan datang
 - a) Membuat kesepakatan dengan keluarga/pengasuh untuk dapat menjadi support system bagi pasien
 - b) Menyepakati waktu dan tempat
6. Evaluasi dan Dokumentasi
 - a. Evaluasi
 - 1) Ekspresi pasien dan keluarga/pengasuh pada saat terapi
 - 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi
 - b. Dokumentasi
 - 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
 - 2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan.

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

CATATAN HARIANKU

Hari / Tanggal	Jam	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku	Hasil

E. Evaluasi

Evaluasi akhir kemampuan pasien dan keluarga/pengasuh dalam melaksanakan terapi kognitif secara mandiri

1. Pasien

No	Aspek yang dinilai	Pasien	
		Ya	Tidak
1	Mengungkapkan pikiran otomatis		
2	Mengungkapkan alasan		
3	Mengungkapkan tanggapan rasional		
4	Mengungkapkan hasil/manfaat terapi		
5	Membuat catatan harian		

2. Keluarga/pengasuh

No	Aspek yang dinilai	Keluarga/pengasuh	
		Ya	Tidak
1	Mengungkapkan dukungan dalam membantu pasien untuk melaksanakan terapi kognitif di panti		
2	Membantu pasien dalam pelaksanaan membuat catatan harian		
3	Memberi pujian terhadap perilaku positif pasien		



Universitas Indonesia

MODUL

SENAM LATIH OTAK UNTUK KLIEN LANSIA DEPRESI DENGAN HARGA DIRI RENDAH

Oleh:

**Ns. Anton Surya Prasetya, S.Kep
Prof. Achir Yani S Hamid, DnSc
Herni Susanti, S.Kp, MN**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**

BAB I

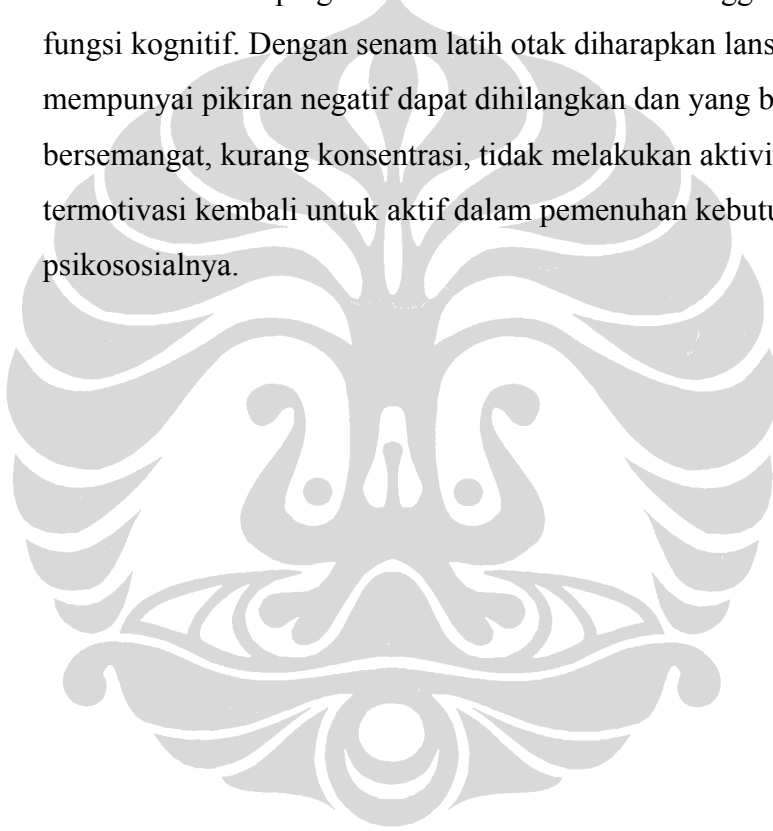
PENDAHULUAN

Depresi merupakan salah satu masalah utama dan paling banyak ditemukan pada klien lansia yang dilakukan perawatan. Depresi yang dialami oleh usia lanjut seringkali disebabkan karena penyakit fisik, penuaan dan kurangnya perhatian dari keluarga (Boengsoe, 2007). Menurut *World Health Organization* (WHO) (2010), depresi adalah suatu gangguan atau kekacauan mental yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, hilangnya kesenangan atau minat, merasa bersalah, gangguan tidur dan makan serta penurunan konsentrasi. Depresi juga dapat diartikan sebagai keadaan emosional yang dicirikan dengan kesedihan, berkecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusasaan (Isaacs, 2001).

Depresi adalah diagnosis pasien rawat jalan ketujuh tertinggi (Reborn, 2007). Prevalensi depresi pada usia lanjut yang menjalani perawatan di RS dan panti perawatan yaitu 30-45%. Studi di Eropa dan Amerika Serikat mendapatkan prevalensi depresi pada populasi usia lanjut di masyarakat berkisar antara 8-15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara didunia mendapatkan prevalensi rerata depresi pada usia lanjut dimasyarakat adalah 13,5% dengan perbandingan wanita : pria 14,1 : 8,6 (Kompas, 2008). Di Indonesia sebagai gambaran, menurut data Riset Kesehatan Dasar (2007) yang diadakan Departemen Kesehatan, gangguan mental emosional (depresi dan anxietas yang usianya di atas 15 tahun mencakup lansia) sekitar 11,6% populasi Indonesia.

Terapi yang dapat dilakukan untuk memperbaiki depresi adalah senam latih otak (Dennison, 2009). Pada prinsipnya dasar senam latih otak adalah melatih otak agar tetap bugar dan mencegah pikun. Kegiatan senam latih otak ditujukan untuk merelaksasi (dimensi pemusatan), menstimulasi (dimensi lateralis) dan meringankan (dimensi pemfokusan). Dimensi pemusatan dapat meningkatkan aliran darah keotak, meningkatkan penerimaan oksigen

sehingga dapat membersihkan otak (menghilangkan pikiran-pikiran negatif, iri, dengki dan lain-lain). Dimensi lateralis akan menstimulasi koordinasi kedua belahan otak yaitu otak kiri dan kanan (memperbaiki pernafasan, stamina, melepaskan ketegangan, mengurangi kelelahan dan lain-lain). Dimensi pemfokusan untuk membantu melepaskan hambatan fokus dari otak (memperbaiki kurang perhatian, kurang konsentrasi dan lain-lain). Lansia yang mengalami depresi sering ditandai dengan perilaku murung, tidak bersemangat, menyendiri dan tidak melakukan pemenuhan aktivitas sehari-hari. Otak tidak dipergunakan secara maksimal sehingga memicu penurunan fungsi kognitif. Dengan senam latih otak diharapkan lansia depresi yang mempunyai pikiran negatif dapat dihilangkan dan yang berperilaku tidak bersemangat, kurang konsentrasi, tidak melakukan aktivitas sehari-hari dapat termotivasi kembali untuk aktif dalam pemenuhan kebutuhan fisik maupun psikososialnya.



BAB II

PEDOMAN PELAKSANAAN

A. Pengertian

Senam latih otak adalah serangkaian latihan berbasis gerakan tubuh sederhana. Gerakan itu dibuat untuk merangsang otak kiri dan kanan (dimensi lateral), meringankan atau merelaksasi belakang otak dan bagian depan otak (dimensi pemfokusan), merangsang sistem yang terkait dengan perasaan/emosional yakni otak tengah (limbik) serta otak besar (dimensi pemusatan) (Dennison, 2009).

B. Manfaat Brain Gym (senam latih otak) :

Menurut Dennison (2009), manfaat senam latih otak, yaitu stress emosional berkurang dan pikiran lebih jernih, hubungan antar manusia dan suasana belajar/kerja lebih rileks dan senang, kemampuan berbahasa dan daya ingat meningkat, orang menjadi lebih bersemangat, lebih kreatif dan efisien, orang merasa lebih sehat karena stress berkurang dan prestasi belajar dan bekerja meningkat. Senam latih otak juga dapat mengurangi stress, kecemasan, ketakutan dan depresi (Hocking, 2007).

Otak sebagai pusat kegiatan tubuh akan mengaktifkan seluruh organ dan sistem tubuh melalui pesan-pesan yang disampaikan melewati serabut saraf secara sadar maupun tidak sadar. Pada umumnya otak bagian kiri bertanggung jawab untuk pergerakan bagian kanan tubuh dan sebaliknya. Otak manusia, seperti hologram terdiri dari tiga dimensi dengan bagian-bagian yang saling berhubungan sebagai satu kesatuan. Itu sebabnya, bayi atau balita secara global dapat menangkap dunia orang dewasa dan menciptakannya menjadi dunia baru lagi. Pelajaran lebih mudah diterima bila mengaktifkan sejumlah panca indera dari pada hanya diberikan secara abstrak saja. Akan tetapi, otak manusia juga spesifik tugasnya, yang untuk aplikasi gerakan senam otak dipakai

istilah **dimensi lateralis** untuk belahan otak kiri dan kanan, **dimensi pemfokusan** untuk bagian belakang otak (batang otak dan brain stem) dan bagian otak depan (*frontal lobes*), serta **dimensi pemusatan** untuk sistem limbik (*midbrain*) dan otak besar (*cerebral cortex*). Dengan latihan senam latih otak diaktifkan tiga dimensi otak tersebut.

C. Pelaksanaan gerakan senam latih otak/brain gym :

Pelaksanaan senam latih otak dianjurkan tiga kali seminggu, masing-masing sekitar 15 – 20 menit. Harus selalu membayangkan gerak fisiknya, supaya tersambung sirkuit otak dengan gerakan-gerakan yang sedang dilakukan. Senam otak ini melatih otak bekerja dengan melakukan gerakan pembaruan (*repatteing*) dan aktivitas brain gym. Latihan ini membuka bagian-bagian otak yang sebelumnya tertutup atau terhambat. Disamping itu, senam otak tidak hanya memperlancar aliran darah dan oksigen ke otak juga merangsang kedua belah otak untuk bekerja sehingga didapat keseimbangan aktivitas kedua belahan otak secara bersamaan (Sapardjiman, 2003).

D. Dimensi Otak

1. Lateralitas (sisi)

Otak kita terdiri dari dua bagian. Masing-masing belahan otak mempunyai tugas tertentu. Secara garis besar, otak bagian kiri berpikir logis dan rasional, menganalisa, bicara, berorientasi pada waktu dan hal-hal terinci; sedangkan otak bagian kanan intuitif, merasakan, musik, menari, kreatif, melihat keseluruhan, ekspresi badan, dst. Otak belahan kiri mengatur badan bagian kanan, mata dan telinga kanan. Otak belahan kanan mengontrol badan bagian kiri, mata dan telinga kiri. Dua belahan otak disambung dengan “Corpus callosum” yaitu simpul saraf kompleks dimana terjadi transmisi informasi antara kedua belahan otak.

Otak bagian kiri aktif bila sisi kanan tubuh digerakkan dan otak bagian kanan aktif apabila sisi kiri tubuh digerakkan. Sifat ini memungkinkan dominasi salah satu sisi misalnya menulis dengan tangan kanan atau kiri, dan juga untuk integrasi kedua sisi tubuh (*bilateral integration*), yaitu untuk menyeberangi garis tengah tubuh untuk bekerja di “bidang tengah”. Kemampuan belajar paling tinggi apabila kedua belahan otak bekerja sama dengan baik.

2. Fokus

Fokus adalah kemampuan menyeberangi “garis tengah partisipasi” yang memisahkan bagian belakang dan depan tubuh, dan juga bagian belakang (*occipital*) dan depan otak (*frontal lobes*).

Perkembangan refleks antara otak bagian belakang dan bagian depan yang mengalami fokus kurang (*underfocused*) disebut “kurang perhatian”, “kurang mengerti”, “terlambat bicara”, atau “hiperaktif”. Kadangkala perkembangan refleks antara otak bagian depan dan belakang mengalami fokus lebih (*overfocused*) dan berusaha terlalu keras. Gerakan-gerakan yang membantu melepaskan hambatan fokus adalah aktivitas integrasi depan/belakang.

3. Pemusatan

Pemusatan adalah kemampuan untuk menyeberangi garis pisah antara bagian atas dan bawah tubuh dan mengaitkan fungsi dari bagian atas dan bawah otak, bagian tengah sistem limbik (*mid brain*) yang berhubungan dengan informasi emosional serta otak besar (*cerebrum*) untuk berpikir yang abstrak. Ketidakmampuan untuk mempertahankan pemusatan ditandai dengan ketakutan yang tak beralasan, ketidakmampuan untuk menyatakan emosi.

BAB III

PELAKSANAAN SENAM LATIH OTAK

Senam otak sangat mudah dilakukan dan sederhana. bisa dilakukan di mana saja, kapan saja, dan oleh siapa saja. Gerakan senam otak ini haruslah dilakukan secara berurutan. Awali dengan minum air putih secukupnya, untuk membantu memberikan energi langsung ke otak, membantu pencernaan, dan metabolisme tubuh.

A. Indikasi : dapat dilakukan untuk semua golongan usia, mulai dari bayi hingga usia lanjut (kondisi depresi, ibu hamil, anak autism, gangguan konsentrasi)

Kontra indikasi : individu yang mempunyai keluhan sakit sehingga tidak bisa mengikuti gerakan senam (nyeri sedang-berat/skala > 3, pusing, sesak)

Senam latih otak dihentikan bila pada saat melakukan gerakan senam klien merasakan sakit

B. Persiapan :

Alat :

1. Tape dan kaset (dianjurkan lagu yang tidak terlalu cepat/*slow*)
2. Air minum
3. Alas duduk (tikar, karpet, bantal) bila melakukan dengan cara duduk

Tempat : boleh dilakukan dimana saja (seperti halaman depan rumah, ruangan tamu dan kamar) yang memungkinkan dapat berkonsentrasi khususnya pada lansia

C. Aturan pelaksanaan

1. Senam latih otak terdiri 3 sesi : sesi gerakan lateralis, sesi gerakan fokus dan sesi gerakan pemusatan
2. Waktu pelaksanaan 15 – 20 menit, 3 kali per minggu
3. Untuk lansia dapat dilakukan per sesi (mempertimbangkan tingkat kelelahan pada lansia)

D. Pemanasan :

Urutan gerakannya antara lain seperti :

1. Berdoa terlebih dahulu
2. Minum air putih secukupnya.
3. Lakukan pernafasan perut (menghirup lalu mengeluarkannya kembali sebanyak 4 hingga 8 kali).
4. Melihat ke kanan dan ke kiri selama 4 hingga 8 kali dengan melakukan pernafasan perut.
5. Santai selama 4 hingga 8 kali pernafasan perut.
6. Sentuh titik-titik di bagian kepala bagian kiri dan kanan selama 4 hingga 8 kali pernafasan perut.
7. Silangkan kaki secara bergantian sebanyak 10 hingga 25 kali

E. PELAKSANAAN

1. GERAKAN LATERALISASI

a. Gerakan Silang (*Cross Crawl*)



Gerakan silang mengaktifkan hubungan kedua sisi otak dan gerakan pemanasan untuk semua keterampilan yang memerlukan penyeberangan garis tengah bagian lateral (menjauhi sumbu tubuh) tubuh.

Tujuan :

Meningkatkan koordinasi kiri/kanan, memperbaiki pernafasan dan stamina, memperbaiki koordinasi dan kesadaran tentang ruang gerak dan memperbaiki pendengaran dan penglihatan.

Cara :

Menggerakkan tangan kanan bersamaan dengan kaki kiri dan kaki kiri dengan tangan kanan. Bergerak ke depan, ke samping, ke belakang, atau jalan di tempat. Untuk menyeberang garis tengah sebaiknya tangan menyentuh lutut yang berlawanan. Gerakan silang sambil duduk (dengan menggerakkan tangan dan kaki berlawanan). Lakukan



Gerakan silang dengan mata tertutup, untuk menambah keseimbangan

a. 8 Tidur (*Lazy 8s*)



Gerakan 8 Tidur memadukan bidang visual kiri dan kanan, jadi meningkatkan integrasi belahan otak kiri dan kanan, sehingga keseimbangan dan koordinasi antar bagian menjadi lebih baik.

Tujuan :

Melepaskan ketegangan mata, tengkuk, dan bahu pada waktu memusatkan perhatian dan meningkatkan kedalaman persepsi, meningkatkan pemusatan, keseimbangan, dan koordinasi.



Cara :

Gerakan dengan membuat angka delapan tidur di udara, tangan mengepal dan jari jempol ke atas, dimulai dengan menggerakkan kepala ke sebelah kiri atas dan membentuk angka delapan tidur. Diikuti dengan gerakan mata melihat ke ujung jari jempol. Buatlah angka 8 tidur 3 kali setiap tangan dan dilanjutkan 3 kali dengan kedua tangan.

1) Putaran leher (*Neck Rolls*)

Putaran leher menunjang relaksnya tengkuk dan melepaskan ketegangan yang disebabkan oleh ketidakmampuan menyeberangi garis tengah visual atau untuk bekerja dalam bidang tengah. Gerakan ini akan memacu kemampuan penglihatan dan pendengaran secara bersamaan.

Tujuan :

Menenangkan system syaraf pusat sehingga memperbaiki pernafsan dan ketegangan otot tengkuk dan leher sehingga lebih relaks.

Kepala diputar diposisi depan saja, setengah lingkaran dari kiri dan kanan dan sebaliknya. Tidak disarankan untuk memutar kebelakang

b. GERAKAN FOKUS

1) Burung Hantu (*The owl*)



Gerakan burung hantu maksudnya burung ini menggerakkan kepala dan mata secara bersamaan, dan mempunyai jangkauan penglihatan yang luas karena dia dapat memutar kepala 180 derajat, juga memiliki pendengaran yang merupakan radar. Gerakan burung hantu dimaksudkan untuk menunjuk kepada ketrampilan penglihatan, pendengaran dan putaran kepala.

Tujuan :

Gerakan ini bisa menghilangkan ketegangan tengkuk dan bahu yang timbul karena stress.

Cara :

Urutlah otot bahu kiri dan kanan. Tarik napas saat kepala berada di posisi tengah, kemudian embuskan napas ke samping atau ke otot yang tegang sambil relaks. Ulangi gerakan dengan tangan kiri.

2) Mengaktifkan Tangan (*Arm activation*)



Mengaktifkan tangan merupakan gerakan isometrik untuk menolong diri sendiri yang memperpanjang otot-otot dada atas dan bahu. Kontrol otot untuk gerakan-gerakan motorik kasar dan motorik halus berasal dari area ini.

Tujuan :

Durasi perhatian akan meningkat dalam pekerjaan tulis menulis, Peningkatan focus dan konsentrasi tanpa focus

berlebihan, Pernafasan lebih lancar dan sikap lebih santai, Lebih mampu mengungkapkan gagasan, peningkatan pada jari dan tangan.

Cara :

Luruskan satu tangan ke atas, tangan yang lain ke samping kuping memegang tangan yang ke atas. Buang napas pelan, sementara otot-otot diaktifkan dengan mendorong tangan keempat jurusan (depan, belakang, dalam dan luar), sementara tangan yang satu menahan dorongan tsb.

3) **Lambaian Kaki (*the footflex*)**



Gerakan lambaian kaki, seperti halnya gerakan pompa betis, merupakan proses pengajaran kembali untuk mengembalikan panjang alamiah tendon pada kaki dan tungkai bawah. Gerakan yang bermanfaat untuk membuka otak “bahasa”, membantu kemampuan bicara dan mengungkapkan diri.

Tujuan :

Sikap tubuh yang lebih tegak dan relaks, lutut tidak kaku lagi, perilaku social lebih baik, durasi perhatian meningkat, kemampuan berkomunikasi dan member respon meningkat.

Cara :

Duduk dengan pergelangan kaki diletakan pada lutut yang lain. Cengkeram tempat-tempat yang terasa sakit di pergelangan kaki, betis dan belakang lutut, satu persatu, sambil pelan-pelan kaki di lambaikan/di-gerakkan ke atas dan ke bawah.

4) **Pengisi energi (*The energizer*)**



Gerakan bolak balik kepala meningkatkan peredaran darah keotak bagian depan (lobus frontal) untuk meningkatkan kemampuan memahami dan berpikir rasional

Tujuan :

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

Cara:

Mengisi energi dapat dilakukan dilantai (dengan alas kain) dengan wajah menghadap kebawah. Lansia merelaksasi seluruh tubuh, menempatkan tangan dibawah bahu dengan meletakkan tangan dilantai. Pertama kepala diangkat, kemudian pinggang atas sambil menarik nafas. Pinggang dan tubuh bagian bawah tetap dilantai dan relaks

5) **Olengan pinggul (*The Rocker*).**



Menstimulasi saraf dipinggul karena terlalu lama duduk. Ketika tulang kelangkang dapat bergerak bebas, otak diaktifkan juga karena berada pada ujung jalur susunan syaraf pusat. Peredaran cairan serebrospinal ditulang belakang distimulasikan sehingga tubuh bekerja lebih efisien.

Tujuan:

mengaktifkan otak untuk kemampuan belajar, melihat ke kiri dan ke kanan, kemampuan memperhatikan dan memahami.

Cara :

Duduk di lantai. Posisi tangan ke belakang, menumpu ke lantai dengan siku di tekuk. Angkat kaki sedikit lalu oleng-olengkan pinggul ke kiri dan ke kanan dengan rileks. Untuk melindungi tulang ekor dapat dialasi dengan bantal.

c. GERAKAN PEMUSATAN

1) **Sakelar otak (*brain buttons*)**



Sakelar otak dimaksudkan untuk mengirimkan pesan dari bagian otak kanan ke sisi kiri tubuh dan sebaliknya. (jaringan

lunak di bawah tulang selangka di kiri dan kanan tulang dada), dipijat dengan satu tangan, sementara tangan yang lain memegang pusar.

Tujuan :

Keseimbangan tubuh kiri dan kanan, tingkat energy lebih baik, mengirim pesan dari bagian otak kanan ke sisi kiri tubuh dan sebaliknya, meningkatkan penerimaan oksigen, stimulasi arteri karotis untuk meningkatkan aliran darah ke otak, meningkatkan aliran energy elektromagnetik

Cara :

Gosoklah dua lekukan kiri dan kanan di bawah pertemuan tulang selangka kiri dan kanan dengan tulang dada selama 20 – 30 detik. Dengan tangan lain gosok daerah perut. Usahakan mata bergerak ke kiri dan ke kanan, ke atas, ke bawah dan memutar dari kiri atas ke kanan atas. Lakukan enam kali pernapasan dengan tangan bergantian.

2) **Menguap Berenergi (*The energetic yawn*)**



Menguap merupakan reflek pernafasan alami yang meningkatkan peredaran darah ke otak dan merangsang seluruh tubuh. Menguap baik jika dibarengi dengan menyentuh tempat-tempat tegang di rahang yang dapat menolong menyeimbangkan tulang tengkorak dan menghilangkan ketegangan di kepala dan rahang. Menguap dimaksudkan untuk mengaktifkan otak dalam peningkatan persepsi sensoris dan fungsi motorik dari mata dan otot untuk bersuara dan mengunyah.

Tujuan :

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.

Cara :

Bukalah mulut seperti hendak menguap lalu pijatlah otot-otot di sekitar persendian rahang. Lalu menguaplah dengan bersuara untuk melemaskan otot-otot tersebut

3) Tombol Bumi (*Earth Buttons*)



Letakkan dua jari dibawah bibir dan tangan yang lain di pusar dengan jari menunjuk ke bawah. Ikutilah dengan mata satu garis dari lantai ke loteng dan kembali sambil bernapas dalam-dalam. Napaskan energi ke atas, ke tengah-tengah badan

4) Pasang Telinga (*The Thinking cap*)



Menghantarkan rasa nyaman ke pusat telinga. Gerakan ini membantu mendengar lebih baik. Sebaiknya dilakukan sebelum kelas dimulai.

Tujuan :

Energi dan nafas lebih baik, Kebugaran fisik dan mental meningkat, fokus perhatian meningkat, keseimbangan lebih baik, jangkauan pendengaran yang lebih luas, penglihatan ke sekeliling semakin luas

Cara :

Pijit daun telinga pelan-pelan, dari atas sampai ke bawah 3x sampai dengan 5x. Pijat secara lembut daun telinga sambil menariknya keluar, mulai dari ujung atas, menurun sepanjang lengkungan dan berakhir di cuping

5) Kait Relaks (*Hook-ups*)



Kait relaks menghubungkan lingkungan elektris di tubuh, dalam kaitannya dengan pemusatan perhatian dan kekacauan energi. Pikiran dan tubuh relaks bila energi mengalir lagi dengan baik di daerah yang semula mengalami ketegangan.

Tujuan :

Mengaktifkan otak pemusatan emosional, meningkatkan perhatian (mengaktifkan formation reticularis), pengendalian diri dan lebih menyadari batas-batas, perasaan nyaman terhadap lingkungan sekitar, keseimbangan dan koordinasi meningkat.

Cara :

Pertama, letakkan kaki kiri di atas kaki kanan, dan tangan kiri di atas tangan kanan dengan posisi jempol ke bawah, jari-jari kedua tangan saling meng-genggam, kemudian tarik kedua tangan ke arah pusat dan terus ke depan dada. Tutuplah mata dan pada saat menarik napas lidah ditempelkan di langit-langit mulut dan dilepaskan lagi pada saat menghembuskan napas. Tahap kedua, buka silangan kaki, dan ujung-ujung jari kedua tangan saling bersentuhan secara halus, di dada atau dipangkuan, sambil bernapas dalam 1 menit lagi.

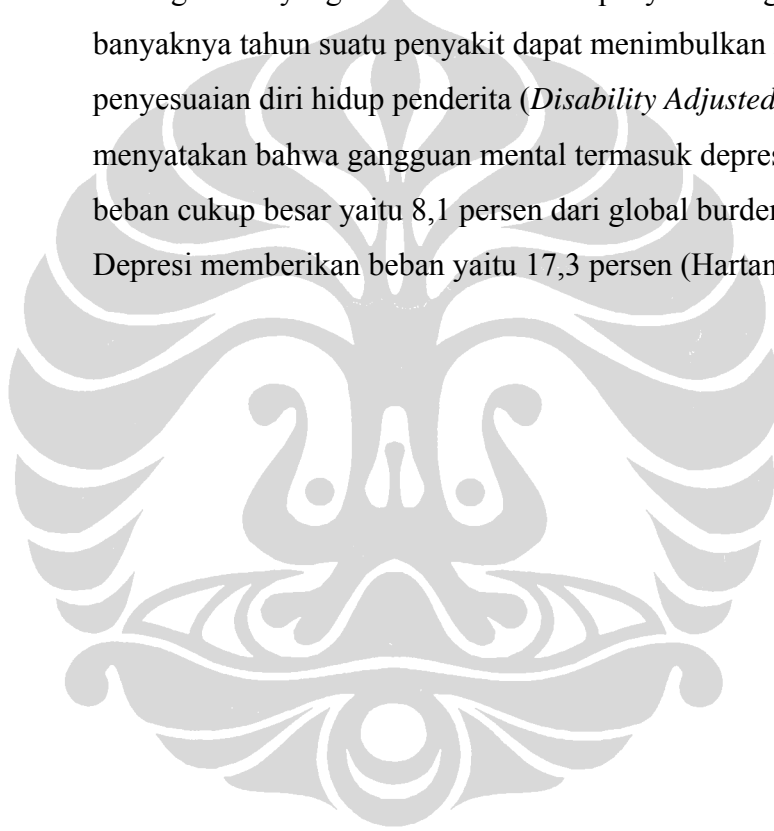
Evaluasi (Observasi):

No	Aspek yang dinilai	Pasien	
		Ya	Tidak
1	Mampu melakukan 3 gerakan Lateralisasi:		
	a. Gerakan silang (gerak tangan kanan dan kaki kiri bersamaan atau sebaliknya)		
	b. 8 tidur (membentuk angka 8 tidur kiri dan kanan disertai gerakan mata)		
	c. Putaran leher (gerakan leher kiri dan kanan tidak melebihi bahu)		
2	Mampu melakukan 5 gerakan Pemfokusan:		
	a. Burung hantu (memijit bahu dan tengkuk, dan gerakan leher kiri dan kanan, tarik dan hembuskan nafas)		
	b. Mengaktifkan tangan (mengangkat tangan disamping telinga, tangan sebaliknya menahan gerakan depan, belakang, kanan dan kiri)		
	c. Lambaian kaki (kaki diletakan diatas lutut, dicengkeram dan dilambaikan)		
	d. Pengisi energi (menarik nafas sambil mengangkat bahu, meniup nafas sambil relaks bahu dan pinggul bawah)		
	e. Olangan pinggul (olangan pinggul kekanan dan kiri)		
3	Mampu melakukan 4 gerakan Pemusatan:		
	a. Sakelar otak (memijit bagian bawah tulang selangka 20 – 30 detik, tangan sebaliknya memegang pusar)		
	b. Menguap energi (menguap sambil memijat persendian rahang)		
	c. Tombol bumi (dua jari dibawah bibir, dan tanga yg lain memegang pusar dengan jari menunjuk kebawah)		
	d. Pasang telinga (pijat daun telinga dari atas kebawah 3-5 kali)		
	e. Kait relaks (tangan dikaitkan dengan ibu jari kebawah, ditarik kedada dengan menarik dan mengeluarkan nafas, menyatukan jari kiri dan kanan dengan mata tertutup)		

BAB IV

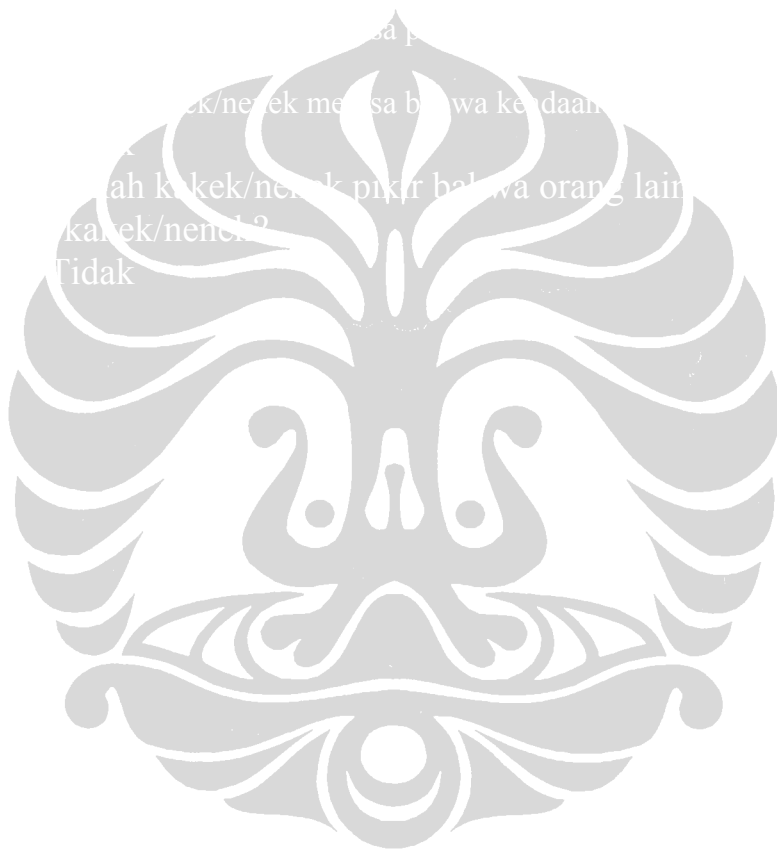
PENUTUP

Kondisi depresi pada lansia dengan semakin melemahnya kemampuan kognitif akan memberikan dampak negatif pada lansia seperti disabilitas fisik. Hasil penelitian Palestin, dkk (2006) menyatakan bahwa depresi pada lansia dapat menyebabkan disabilitas fungsional fisik sehingga kualitas hidupnya menurun. Hasil penelitian WHO pada tahun 1993 tentang beban yang ditimbulkan akibat penyakit dengan mengukur banyaknya tahun suatu penyakit dapat menimbulkan ketidakmampuan penyesuaian diri hidup penderita (*Disability Adjusted Life Years/DALYs*) menyatakan bahwa gangguan mental termasuk depresi mengakibatkan beban cukup besar yaitu 8,1 persen dari global burden of disease (GDB). Depresi memberikan beban yaitu 17,3 persen (Hartanto, 2003).



DAFTAR PUSTAKA

- Dennison. (2009) *Brain Gym (Senam otak)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan X). Ahli bahasa : Ruslan dan Rahayu. M. Jakarta : Grasindo
- Isaacs, A. (2001). *Panduan Belajar : Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatrik (Mental Health and Psychiatric Nursing)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan I). Alih bahasa : Rahayuningsih, D.P. Jakarta : EGC.
- WHO (2010) *Depression*. ¶ http://www.who.int/mental_health/ diperoleh pada tanggal 10 Februari 2010
- Reborn (2007) *Depresi : diagnosis pasien rawat jalan ketujuh tertinggi*, ¶ <http://www.forumsains.com/> diperoleh pada tanggal 7 Februari 2010
- Palestin,dkk (2006) *Pengaruh Umur, Depresi Dan Demensia Terhadap Disabilitas Fungsional Lansia Di Pstw Abiyoso Dan Pstw Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta (Adaptasi Model Sistem Neuman)*, ¶ <http://inna-ppni.or.id/html> diakses pada tanggal 13 Februari 2010
- Hartanto, (2003). *Kesehatan Jiwa*. ¶ <http://www.majalah-farmacia.com>. diperoleh tanggal 23 Januari 2010
- Penuh info. (2009) *Senam Otak*. ¶ 1. <http://penuh.info/2009/senam-otak/> Diperoleh pada tanggal 5 April 2010.
- Teacher Development (2009) *What is Brain Gyrm*, ¶1 <http://www.witchhazel.it/braingym.htm>. Diakses pad tanggal 20 Maret 2010



sa p
kek/nenek me...sa b...wa ke...daan
ah k...kek/nenek pikir bahwa orang lain
kakek/nenek?
Tidak