

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penduduk lanjut usia (lansia) merupakan bagian dari anggota keluarga dan anggota masyarakat yang semakin bertambah jumlahnya sejalan dengan peningkatan usia harapan hidup. Menurut sensus penduduk pada tahun 1980 di Indonesia jumlah penduduk total adalah 147,3 juta. Dari angka tersebut terdapat 16,3 juta orang(11%) berusia sekitar 50 tahun ke atas dan 6,3 juta orang (4,3%) berusia 60 tahun ke atas. Dari 6,3 juta orang terdapat 822.831 (13,06%) orang tergolong jompo, yaitu para lanjut usia yang memerlukan bantuan khusus sesuai undang-undang bahkan dipelihara oleh negara. Pada tahun 2000 diperkirakan jumlah lanjut usia meningkat menjadi 9,99% dari seluruh penduduk Indonesia (22.277.700 jiwa) dengan umur harapan hidup 65-70 tahun dan pada tahun 2020 akan meningkat menjadi 11,09% (29.120.000 lebih) dengan umur harapan hidup 70-75 tahun (Nugroho, 2000). Peningkatan ini memang terus berlanjut terbukti dari data statistik BPS mengenai populasi lansia di Indonesia tahun 1990 hingga 2025 mencapai 41,4 % tertinggi di 50 negara di dunia.

Sementara itu menurut United States Bureau of Census (dalam Dewi dkk., 2007) pada tahun 2000 jumlah seluruh penduduk lanjut usia 7,28%. Angka ini diperkirakan akan meningkat pada tahun 2020 menjadi 11,34%. Indonesia sebagai salah satu negara berkembang, diperkirakan akan mengalami peningkatan jumlah lanjut usia 41,4% dalam tahun 1990 – 2023. Angka ini merupakan angka

tertinggi di dunia dan ini menunjukkan bahwa angka harapan hidup di Indonesia meningkat pesat. Data terbaru presentase jumlah lansia berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2004 dari total jumlah penduduk di Indonesia sebanyak 16.522.311 orang atau 7,6 persen adalah lansia. Sedangkan pada tahun 2005 presentase dibanding usia yang lain adalah sebesar 8,2 persen, Pada akhir tahun 2006 Indonesia sudah merupakan negara dengan penduduk lansia ketiga terbesar di Asia dengan jumlah sekitar 19 juta orang (8,9%). Keadaan ini terus melonjak dengan perkiraan pada tahun 2010 meningkat menjadi 9,4 persen dan pada tahun 2020 diperkirakan melonjak menuju angka 11,34 persen (www.demografi.bps.go.id).

Keberadaan lansia yang semakin meningkat menimbulkan berbagai polemik dewasa ini. Berbagai masalah fisik, psikologis, dan sosial akibat proses degeneratif yang muncul seiring dengan menuanya seseorang menjadi tantangan bagi lansia dan lingkungannya. Semua orang akan mengalami masa tua atau lanjut usia yang secara alami tidak dapat dihindarkan. Pada usia tersebut akan terjadi kemunduran sel-sel yang dapat mempengaruhi fungsi dan kemampuan sistem tubuh termasuk syaraf, jantung, dan pembuluh darah. Berbagai masalah yang dihadapi lansia antara lain penyakit yang biasanya bersifat kronis dan memerlukan penanganan spesialistik. Selain itu, penyakit yang berkaitan dengan mental juga sering melanda para lansia (Papalia, 2008). Inilah yang kemudian menjadi problem bagi negara-negara yang notabene mempunyai jumlah lanjut usia tinggi.

Proses menjadi tua merupakan hal yang dialami oleh setiap insan dan merupakan proses biopsikososial dan bukan merupakan sesuatu yang statis.

Perkembangan lansia dapat diartikan merupakan respon pertahanan terhadap penurunan fungsi fisik, psikologis, dan sosial yang terjadi. Proses menjadi tua selalu disertai oleh menurunnya proses mental dengan beberapa kesulitan dalam memasukkan bahan-bahan baru ke dalam ingatan (Kaplan & Saddock dalam Nuhriawangsa, 2008). Adapun penurunan fungsi pada individu menimbulkan berbagai keterbatasan. Penurunan fungsi fisik akan diikuti penurunan fungsi-fungsi mental serta berpengaruh terhadap kehidupan sosial.

Penurunan biopsikososial pada lansia tersebut seringkali diikuti munculnya berbagai konflik yang dialami oleh lansia. Neugarten (dalam Hawari, 2007) menguraikan bahwa konflik utama yang dialami lansia mempunyai hubungan dengan pelepasan kedudukan dan otoritasnya, serta penilaian terhadap kemampuan, keberhasilan, kepuasan yang diperoleh sebelumnya, hal ini berlaku baik pada pria dan wanita.

Pada tahap perkembangan lansia ini, juga terjadi beberapa perubahan yang drastis, biasanya dinamakan masa transisi. Levinson (dalam Hawari, 2007) menyatakan bahwa terdapat masa transisi saat seseorang masuk lansia yaitu antara 60-65 tahun yang disebut *late adult transition* yaitu terjadi perubahan-perubahan faal tubuh yang menyertai proses penuaan lansia, menciptakan suasana merosotnya kondisi fisik dan takut menghadapi kematian. Perasaan ini akan semakin memuncak manakala yang bersangkutan sering sakit-sakitan, kehilangan atau kematian orang yang dicintai atau kawan. Rasa kehilangan atau *lossing* merupakan gejala utama gangguan mental emosional pada lansia. Lansia akan menghadapi banyak rasa duka cita karena kehilangan seseorang yang dicintai atau

dekat (misalnya, kematian pasangan, kematian keluarga, kawan dekat dan lain-lain). Perubahan kedudukan, pekerjaan atau pensiun dan prestise (*post power syndrome*) akan berdampak pada menurunnya kondisi fisik dan mental lansia (Hawari, 2007).

Selain dari kondisi permasalahan-permasalahan tersebut diatas, masalah lain yang mungkin dialami lansia adalah kemungkinan akan kesulitan untuk menyelesaikan tugas perkembangan tahap ini yang disebabkan ketidakberhasilan melewati tugas-tugas perkembangan sebelumnya. Havigurst (dalam Hurlock, 2004) mengemukakan bahwa ketidakberhasilan melewati tugas-tugas perkembangan seperti itu akan mengakibatkan kesulitan pada tahap selanjutnya. Tugas-tugas perkembangan memegang peranan penting untuk menentukan arah perkembangan yang normal maka apapun yang menghalangi tercapainya tugas perkembangan merupakan bahaya potensial. Bahaya potensial yang umum terjadi adalah pertama, harapan-harapan yang kurang tepat baik individu sendiri ataupun dari lingkungan; kedua, ketidakberhasilan menguasai tugas perkembangan pada tahap tertentu; dan ketiga, krisis individu ketika melewati suatu tahapan ke tahapan yang lain. Apabila satu atau lebih bahaya potensial dialami lanjut usia maka akan semakin memperburuk kondisi permasalahan lain yang dialami lansia. Selanjutnya seluruh kondisi ini akan menimbulkan masalah dan mempengaruhi kehidupan mental lansia yang mengakibatkan gangguan tertentu.

Gangguan mental yang sering terjadi pada lansia adalah depresi. Hampir 2 juta lansia Amerika (sekitar 6%) menderita salah satu bentuk depresi, akan tetapi penyakit tersebut seringkali berlangsung tanpa disadari dan tidak tertangani

(NIMH dalam Papalia, 2008). Depresi merupakan istilah yang makin akrab dan barangkali juga makin sering dijumpai dalam masyarakat. Depresi adalah bentuk gangguan mental yang berkaitan dengan gangguan perasaan (*mood*) atau emosional yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang berkelanjutan. Kondisi ini ditandai hilangnya kegairahan hidup sehingga mengganggu produktivitas penderita tetapi tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (Hawari, 2006). Burkrat dkk. (dalam Dewi dkk.,2007) menyatakan bahwa lima juta dari tigapuluh juta warga Amerika di atas usia 65 tahun menderita depresi dengan *komorbid* penyakit fisik yang tidak terdiagnosis. Perkiraan depresi pada usia lanjut berkisar 5-10% pada mereka yang berusia di atas 65 tahun dan meningkat jumlahnya bagi mereka yang berumur 80 tahun ke atas, orang miskin, dan yang tidak menikah sampai 20%. Serangan pertama dari kebanyakan depresi terjadi antara umur 55-65 tahun pada pria dan 50-60 tahun pada wanita.

Kondisi depresi yang banyak dialami lansia tersebut membutuhkan upaya dalam rangka membantu lansia menurunkan kondisi depresi agar dapat mencapai hidup yang sejahtera di usia lanjut. Terdapat berbagai bentuk pencegahan dan pengobatan terhadap kondisi depresi misalnya melalui terapi farmako, psikoterapi, dan melalui olah raga. Menurut NIMH (dalam Papalia, 2008) kerapuhan terhadap depresi adalah akibat dari pengaruh interaksi berbagai gen dengan faktor lingkungan seperti kurang berolah raga. Olah raga merupakan aktivitas fisik yang diduga dapat meningkatkan kondisi *mood* ke arah positif. Sebuah penelitian pada 36 laki-laki dewasa dengan kondisi depresi dan penyakit fisik menunjukkan bahwa peningkatan aktivitas fisik yang teratur dalam hal ini olah raga

menunjukkan penurunan pada dua kondisi *mood* yaitu kecemasan dan depresi (Folkins, 1976). Penelitian lain yang dilakukan oleh Dimeo dkk. (2001) bahwa olah raga tertentu (program olah raga tertentu) dapat menghasilkan substansi yang meningkatkan *mood* pada pasien dengan mayor depresi dalam waktu singkat. Akan tetapi muncul juga penelitian yang menunjukkan tidak terjadi perubahan yang signifikan terhadap kondisi *mood* subyek yang diberikan olah raga dibandingkan dengan peningkatan keadaan *mood* pada subyek kontrol yang diberikan placebo berupa games (Getty and William, 1986). Berbagai penemuan dalam penelitian yang masih menunjukkan hasil yang berbeda-beda akan adanya pengaruh olah raga atau aktifitas fisik pada penurunan tingkat depresi mendorong untuk meneliti program olah raga tertentu yang diduga efektif menurunkan tingkat depresi pada lansia.

Program baru senam lansia yang dirancang tahun 2004 oleh Perwosi (persatuan wanita olah raga seluruh Indonesia) bersama Dinas Kesehatan di daerah Yogyakarta bertujuan tindakan preventif demi menjaga kesehatan dan kesejahteraan lansia yang artinya bebas atau terhindar dari penyakit fisik dan mental seperti depresi. Senam lansia merupakan rangkaian gerakan yang dirancang khusus bagi para lansia yang biasa melakukan olah raga sejak usia muda ataupun yang tidak pernah mengikuti olah raga. Gerakan-gerakan senam lansia tidak *high impact* tetapi *low impact* merupakan rangkaian gerakan kegiatan sehari-hari dengan dipadukan musik yang lembut dan tidak menghentak-hentak menimbulkan suasana santai. Gerakan otot yang dipilih adalah gerakan yang tidak

terlalu menimbulkan beban dan setiap gerakan dibatasi 8 sampai 16 kali hitungan serta cukup baik bila dilakukan secara teratur 2 sampai 3 kali dalam seminggu.

Senam lansia ini dirancang khusus untuk membantu lansia agar dapat mencapai usia lanjut yang sehat, berguna, bahagia, dan sejahtera. Program pembinaan kesehatan pada lansia berupa program senam lansia ini diarahkan pada pembentukan lansia yang sehat dinamis, yaitu mempunyai kemampuan gerak, mampu mendukung segala kegiatan dan kreativitas bagi peningkatan kesejahteraan hidup lansia. Hal ini berarti bukan sekedar menjaga sehat statis pada lansia yaitu sehat pada waktu istirahat saja atau dalam keadaan tidak melakukan aktivitas apapun. Tercapainya lansia yang sehat fisik, mental, dan sosial merupakan tujuan yang harus dicapai.

Adanya fenomena bahwa lansia sangat berpeluang mengalami berbagai gangguan fisik, sosial, dan psikologis yang memicu terjadi depresi sehingga membutuhkan penanganan khusus. Penanganan khusus dalam bentuk program senam lansia yang diduga efektif menurunkan tingkat depresi pada lansia mendorong peneliti untuk mengambil tema Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Orang Lanjut Usia.

B. Rumusan Masalah

Rumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah “Apakah ada pengaruh senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi pada orang lanjut usia?”

C. Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk:

1. Mengetahui perubahan tingkat depresi pada kelompok eksperimen
2. Mengetahui perubahan tingkat depresi pada kelompok kontrol
3. Mengetahui pengaruh senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi pada kelompok orang lanjut usia

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis
 - a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangan informasi yang berarti mengenai tingkat depresi lansia dan aktivitas fisik yang bermanfaat bagi kesehatan mental lansia sehingga dapat mendukung pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu psikologi.
 - b. Dapat berguna bagi bidang ilmu pengetahuan serta pihak-pihak yang membutuhkan informasi tentang lansia serta sebagai bahan pertimbangan, perbandingan dan penyempurnaan bagi penelitian selanjutnya.
2. Manfaat Praktis
 - a. Bagi Lansia
 - 1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi kelompok lanjut usia dalam rangka meminimalkan terjadinya depresi.

2) Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi pada lansia akan pentingnya aktivitas fisik terutama senam lansia untuk menjaga kesehatan lansia.

3) Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan bagi pralansia untuk mempersiapkan diri sebelum masa lanjut tiba agar bisa hidup mandiri di usia lanjut dan terjaga kesehatan fisik dan mental.

b. Bagi Praktisi Penanganan Lansia

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat memberikan pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan lansia dan kemanfaatan senam lansia terutama bagi para praktisi yang menangani lansia baik dari segi fisik, psikologis, ataupun sosial. Para praktisi ini meliputi para kader posyandu lansia, psikolog, dokter atau tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat umum.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Depresi pada Lanjut Usia

1. Depresi

a. Definisi Depresi

Gangguan depresi dalam *Diagnostic and Statistical Manual Of mental Disorder IV* (DSM IV) termasuk dalam kategori gangguan *mood*. Dinamakan gangguan *mood* (suasana hati) karena melibatkan keadaan emosi, afek positif atau negatif, yang mendalam dan cenderung menjadi *malasuai* selama periode waktu tertentu. Oleh karena itu gangguan *mood* sering dihubungkan dengan karakteristik yang cukup serius yang mempengaruhi fungsi kehidupan sehari-hari. Gangguan *mood* tersebut sering terjadi mulai dari depresi sampai mania (Holmes dalam Susilowati, 1998).

Gangguan depresi menurut PPDGJ III (Maslim, 2001) digolongkan dalam kelompok gangguan *mood* atau afektif yaitu perubahan suasana perasaan (*mood*) atau afek, biasanya ke arah depresi (dengan atau tanpa ansietas menyertainya), atau ke arah *elasi* (suasana perasaan yang meningkat). Perubahan afek ini biasanya disertai dengan suatu perubahan pada keseluruhan tingkat aktivitas.

Mood adalah kondisi perasaan yang terus ada yang mewarnai kehidupan psikologis kita. Perasaan sedih atau depresi bukanlah hal yang abnormal dalam konteks peristiwa atau situasi yang penuh tekanan. Namun,

orang dengan gangguan *mood* (*mood disorder*) mengalami gangguan *mood* yang luar biasa parah atau berlangsung lama dan mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi dalam memenuhi tanggung jawab secara normal (Nevid, 2003).

Gangguan perasaan ini dulu dikategorikan ke dalam beberapa label umum diantaranya *depressive disorder*, *affective disorder*, atau *depressive neurosis* ini dimulai sejak DSM III, masalah pengelompokan kemudian dimasukkan dalam *mood disorder* karena karakteristiknya lebih dekat pada penyimpangan gangguan *mood* (Nevid, 2003).

Beck (1985) mendefinisikan depresi dari adanya tanda-tanda sebagai berikut: perubahan suasana hati yang spesifik, seperti kesedihan, kesepian, dan apati; konsep diri yang negatif disertai dengan kecenderungan menyalahkan dan mencela diri sendiri; keinginan regresif dan menghukum diri atau keinginan untuk mati; perubahan pola makan seperti anoreksia, insomnia, dan kehilangan libido, perubahan dalam tingkat aktivitas seperti retardasi atau agitasi.

Depresi adalah penyakit atau gangguan mental yang sering dijumpai. Penyakit ini menyerang siapa saja tanpa memandang usia, ras, atau golongan, maupun jenis kelamin. Namun dalam kenyataannya, depresi lebih banyak mengenai perempuan daripada laki-laki dengan rasio 2 : 1 (Idrus, 2007).

Depresi merupakan salah satu gangguan mental yang sering ditemukan pada pasien geriatri. Secara umum depresi ditandai oleh suasana perasaan yang murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu,

dan rasa tidak berdaya. Pada pasien usia lanjut tampilan yang paling umum adalah keluhan somatis, hilang selera makan dan gangguan pola tidur (Dewi dkk, 2007).

Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*reality testing ability/RTA*, masih baik), kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*) perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas normal (Hawari, 2006)

Depresi adalah suatu kondisi *medis-psikiatris* dan bukan sekedar suatu keadaan sedih, bila kondisi depresi seseorang sampai menyebabkan terganggunya aktivitas sosial sehari-harinya maka hal itu disebut sebagai suatu gangguan depresi. Beberapa gejala gangguan depresi adalah perasaan sedih, rasa lelah yang berlebihan setelah aktivitas rutin yang biasa, hilang minat dan semangat, malas beraktivitas, dan gangguan pola tidur. Depresi merupakan salah satu penyebab utama kejadian bunuh diri (www.wikipedia.com).

Menurut Santrock (1995) Depresi mayor (*major depression*) adalah suatu gangguan suasana hati (*a mood disorder*) di mana individu merasa tidak bahagia, kehilangan semangat (*demoralized*), merasa terhina (*self derogatory*), dan bosan. Individu dengan depresi mayor tidak merasa sehat, mudah kehilangan stamina, memiliki nafsu makan yang kurang, dan lesu serta kurang gairah.

Depresi atau melankolia adalah suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan. Kata depresi digunakan dengan beberapa cara untuk menggambarkan tanda, gejala, sindrom, keadaan emosi, reaksi, penyakit, atau klinik (Stuart & Sundeen, 1998).

Berbagai teori tentang depresi yang telah dikemukakan oleh beberapa ahli diatas dapat diambil kesimpulan untuk mendukung penelitian ini. Adapun pengertian depresi adalah gangguan *mood* atau gangguan suasana hati atau gangguan perasaan yang dialami oleh individu ditandai individu merasa tidak bahagia, kehilangan semangat, merasa terhina, bosan, mudah kehilangan energi, nafsu makan berkurang, dan hal ini dapat berpengaruh terhadap kegiatan sehari-hari.

b. Faktor Penyebab Depresi

Sebenarnya penyebab depresi bisa dilihat dari *faktor biologis* (seperti misalnya karena sakit, pengaruh hormonal, depresi pasca-melahirkan, penurunan berat yang drastis) dan *faktor psikososial* (misalnya konflik individual atau interpersonal, masalah eksistensi, masalah kepribadian, masalah keluarga) . Ada pendapat yang menyatakan bahwa masalah keturunan punya pengaruh terhadap kecenderungan munculnya depresi (www.e-psikologi.com).

Penyebab suatu kondisi depresi meliputi (www.wikipedia.com):

- 1) Faktor organobiologis karena ketidakseimbangan *neurotransmitter* di otak terutama *serotonin*

- 2) Faktor psikoedukasi karena tekanan beban psikis, dampak pembelajaran perilaku terhadap suatu situasi sosial
- 3) Faktor sosio-lingkungan misalnya karena kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan, pasca bencana, dampak situasi kehidupan sehari-hari lainnya

Faktor-faktor penyebab depresi menurut Durand & Barlow (2003) sebagai berikut,

- 1) Dimensi Biologis

Prevalensi keluarga yang memiliki anggota pernah mengalami depresi ada kemungkinan dialami oleh anggota keluarga yang lain.

- 2) Dimensi Psikologis

- a) Peristiwa lingkungan yang *stressfull*

- b) *Learned Helplessness*, orang menjadi cemas dan depresi ketika membuat atribusi bahwa mereka tidak memiliki kontrol atas stres dalam kehidupannya.

- c) *Negative Cognitive Style*, adanya pikiran negatif atas suatu fenomena yang sudah terpola atau menjadi gaya hidup.

- 3) Dimensi Sosial Kultural

Meliputi berbagai masalah sosial misalnya hubungan interpersonal, hubungan dengan keluarga, dukungan sosial dan pengaruh budaya setempat.

Pada dasarnya faktor penyebab depresi dapat ditinjau dari berbagai segi baik fisik (biologis), psikologis, ataupun sosial (lingkungan/kultural) yang

ketiganya tidak berdiri sendiri tetapi saling mempengaruhi terbentuknya depresi.

c. Gejala-gejala Depresi

Ciri-ciri depresi menurut American Psychiatric Association-APA (2005):

- 1) *Mood* yang depresi hampir sepanjang hari dan hampir setiap hari. Dapat berupa *mood* yang mudah tersinggung.
- 2) Penurunan kesenangan atau minat secara drastis dalam seluruh aktivitasnya
- 3) Suatu kehilangan atau penambahan berat badan yang signifikan (5% dari berat tubuh dalam sebulan) atau suatu peningkatan atau penurunan selera makan yang drastis.
- 4) Agitasi yang berlebihan atau melambatnya respon gerakan hampir setiap hari.
- 5) Perasaan lelah atau kehilangan energi setiap hari
- 6) Perasaan berharga atau salah tempat ataupun rasa bersalah yang berlebihan hampir setiap hari
- 7) Berkurangnya kemampuan untuk berkonsentrasi atau berfikir jernih atau untuk membuat keputusan
- 8) Pikiran yang muncul berulang tentang kematian atau bunuh diri

Depresi sebagai suatu diagnosa gangguan *mood* adalah suatu keadaan jiwa dengan ciri sedih, merasa sendirian, putus asa, rendah diri, disertai perlambatan psikomotorik, atau kadang malah agitasi, menarik diri dari

hubungan sosial, dan terdapat gangguan vegetatif seperti anoreksia serta insomnia (Kaplan & Sadock, 1995).

Adapun ciri umum depresi menurut Nevid (2003),

- 1) Perubahan pada kondisi emosional (perasaan terpuruk, depresi, sedih, atau muram, menangis, mudah tersinggung, kegelisahan, dan kehilangan kesabaran)
- 2) Perubahan dalam motivasi, kesulitan memulai kegiatan di pagi hari, menurun tingkat partisipasi sosial, kehilangan kenikmatan atau minat dalam aktivitas menyenangkan, menurunnya minat seks, gagal untuk berespon pada pujian atau *reward*.
- 3) Perubahan dalam fungsi dan perilaku motorik, bergerak dan berbicara dengan perlahan, sulit tidur, selera makan terlalu banyak atau berkurang, penambahan berat badan, dan timbul kemalasan.
- 4) Perubahan kognitif, kesulitan dalam konsentrasi atau berfikir jernih, selalu berpikir negatif mengenai diri sendiri dan masa depan, perasaan bersalah atau menyesal mengenai kesalahan masa lalu, kurangnya *self esteem* atau merasa tak adekuat, berpikir akan kematian atau bunuh diri.

Orang yang rentan terkena depresi menurut Hawari (2006) biasanya mempunyai ciri-ciri:

- 1) Pemurung, sukar untuk bisa merasa bahagia
- 2) Pesimis menghadapi masa depan
- 3) Memandang diri rendah
- 4) Mudah merasa bersalah dan berdosa

- 5) Mudah mengalah
- 6) Enggan bicara
- 7) Mudah merasa haru, sedih, dan menangis
- 8) Gerakan lamban, lemah, lesu, Kurang energik
- 9) Keluhan psikosomatik
- 10) Mudah tegang, agitatif, gelisah
- 11) Serba cemas, khawatir, dan takut
- 12) Mudah tersinggung
- 13) Tidak ada percaya diri
- 14) Merasa tidak mampu, merasa tidak berguna
- 15) Merasa selalu gagal dalam usaha, pekerjaan ataupun studi
- 16) Suka menarik diri, pemalu, dan pendiam
- 17) Lebih suka menyisih diri, tidak suka bergaul, pergaulan sosial amat terbatas
- 18) Lebih suka menjaga jarak, menghindari keterlibatan dengan orang
- 19) Suka mencela, mengkritik, konvensional
- 20) Sulit mengambil keputusan
- 21) Tidak agresif, sikap oposisinya dalam bentuk pasif-agresif
- 22) Pengendalian diri terlampau kuat, menekan dorongan/impuls diri
- 23) Menghindari hal-hal yang tidak menyenangkan
- 24) Lebih senang berdamai untuk menghindari konflik atau konfrontasi.

Tabel 1

Manifestasi gejala-gejala depresi menurut Beck (1985)

Manifestasi	Gejala-gejala
A. Manifestasi emosional	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>dejected mood</i>, berupa kesedihan, rendah diri, malu, gelisah, rasa tak berguna, dan rasa bersalah 2. perasaan negatif diri sendiri, membenci diri sendiri 3. berkurangnya kepuasan terhadap aktivitas termasuk makan, minum, dan seksual 4. kehilangan kelekatan emosi dengan orang lain 5. kehilangan kegembiraan maupun humor
B. Manifestasi kognitif	<ol style="list-style-type: none"> 1. penilaian terhadap diri sendiri rendah, tidak mempunyai kemampuan inteligensi, daya tarik, popularitas 2. harapan negatif, masa depan suram tidak ada harapan 3. mencela dan mengkritik diri sendiri, merasa bertanggungjawab atas semua bencana yang terjadi di dunia 4. kesulitan mengambil keputusan, kesulitan

	<p>memecahkan masalah yang mudah</p> <p>5. penyimpangan terhadap gambaran diri, merasa jelek</p>
<p>C. Manifestasi motivasional</p>	<p>1. kehilangan kemauan beraktivitas</p> <p>2. keinginan menghindar, melarikan diri dari kegiatan</p> <p>3. keinginan untuk bunuh diri</p> <p>4. meningkatnya ketergantungan</p>
<p>D. Manifestasi vegetatif dan fisik</p>	<p>1. hilangnya selera makan (anoreksia)</p> <p>2. gangguan tidur (insomnia)</p> <p>3. hilangnya libido</p> <p>4. mudah lelah</p>

Individu yang terkena depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, gejala fisik & sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi dan menurunnya daya tahan. Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Namun, setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku dihadapi secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan yang lain. Gejala-gejala depresi ini bisa dilihat dari tiga segi, yaitu gejala dilihat dari segi fisik, psikis dan sosial (www.e-psikologi.com).

1) Gejala Fisik

Menurut beberapa ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Namun secara garis besar ada beberapa gejala fisik umum yang relatif mudah dideteksi. Gejala itu seperti :

- a) gangguan pola tidur (sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit)
- b) menurunnya tingkat aktivitas. Pada umumnya, orang yang mengalami depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain seperti nonton TV, makan, tidur
- c) menurunnya efisiensi kerja. Penyebabnya jelas, orang yang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal, atau pekerjaan.
- d) menurunnya produktivitas kerja. Orang yang terkena depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerja.
- e) mudah merasa letih dan sakit depresi itu sendiri adalah perasaan negatif. Jika seseorang menyimpan perasaan negatif maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaan.

2) Gejala Psikis

- a) kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri.
- b) sensitif. Orang yang mengalami depresi senang sekali mengkaitkan segala sesuatu dengan dirinya.

- c) merasa diri tidak berguna. Perasaan tidak berguna ini muncul karena merasa menjadi orang yang gagal terutama di bidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai.
- d) perasaan bersalah. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan.
- e) perasaan terbebani. Banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya. Merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat.

3) Gejala Sosial

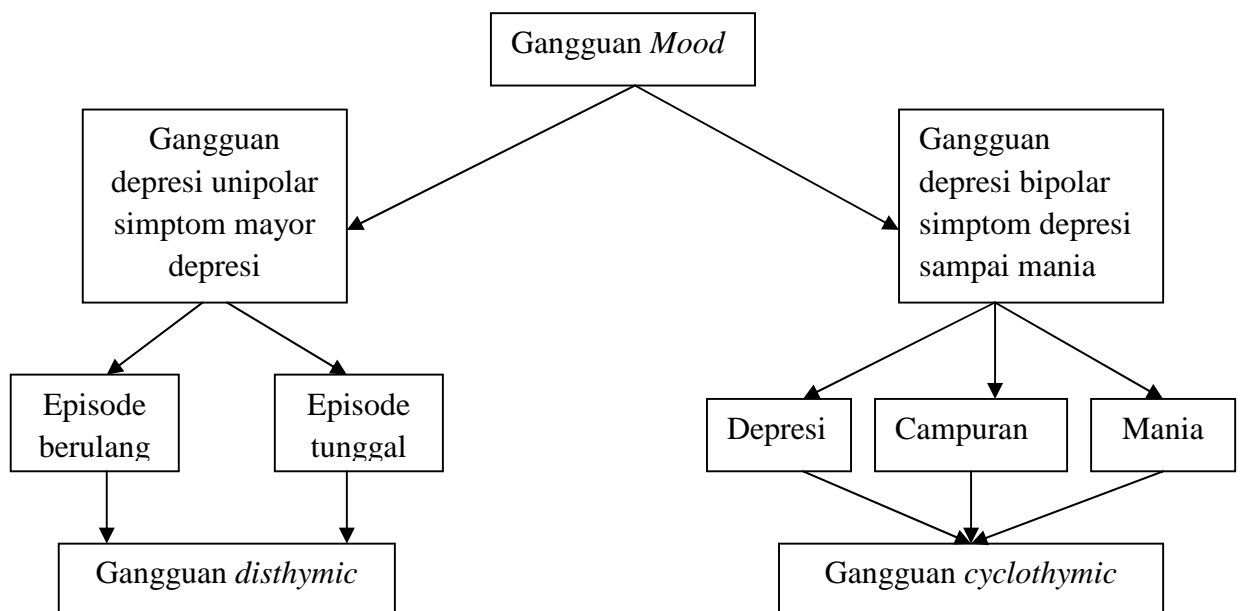
Masalah depresi yang berawal dari diri sendiri pada akhirnya mempengaruhi lingkungan dan pekerjaan (atau aktivitas rutin lainnya). Lingkungan akan bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi yang pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih, mudah sakit).

d. Tipe-tipe Depresi

Tipe gangguan depresi (gangguan unipolar) menurut APA-DSM IV-TR (2005), Gangguan depresi mayor adalah terjadinya satu atau lebih periode atau episode depresi (episode depresi mayor) tanpa ada riwayat terjadinya episode manik atau hipermanik alami. Seseorang dapat menjalani satu episode depresi mayor yang diikuti dengan kembalinya mereka pada keadaan

fungsional yang biasa. Umumnya orang yang pernah mengalami episode depresi mayor dapat kambuh lagi di antara periode normal atau kemungkinan mengalami hendaya pada fungsi tertentu. Sedangkan gangguan distimik adalah pada depresi ringan (tetap mungkin saja menjadi mood yang menyulitkan pada anak-anak atau remaja) yang terjadi dalam suatu rentang waktu dewasa dalam beberapa tahun.

Gangguan depresi dianggap unipolar karena gangguan ini terjadi hanya pada satu arah atau kutub emosional ke bawah. (unipolar: mengacu pada satu kutub dan arahnya tunggal). Orang dengan gangguan depresi juga memiliki selera makan yang buruk, kehilangan atau bertambah berat badan secara mencolok, memiliki masalah tidur atau tidur terlalu banyak dan menjadi gelisah secara fisik, atau menunjukkan terlambatnya aktivitas motorik (Nevid, 2003). Tipe dan organisasi depresi menurut Holmes (1991) digambarkan dalam bagan berikut ini,



Gambar 1. Tipe dan organisasi gangguan mood

Kategorisasi depresi menurut Durand & Barlow (2003) berdasarkan berat tidaknya gangguan ada dua yaitu;

1) Depresi berat disebut episode depresi mayor

Ini adalah depresi yang paling sering didiagnosis dan paling berat. Mengindikasikan keadaan suasana ekstrem yang berlangsung paling tidak selama 2 minggu dan meliputi gejala-gejala kognitif (perasaan tidak berharga dan tidak pasti) dan fungsi fisik yang terganggu (seperti perubahan pola tidur, perubahan pola makan, dan berat badan yang signifikan atau kehilangan banyak energi). Episode ini biasanya disertai dengan hilangnya ketertarikan secara umum terhadap berbagai hal dan ketidakmampuan mengalami kesenangan apapun dalam hidup.

2) *Mania*

Periode kegirangan atau *eforia eksepif* yang tidak normal yang berhubungan pada beberapa gangguan suasana perasaan.

3) *Hypomanic Episode*

Versi episode hipomanik yang tidak begitu berat yang tidak menyebabkan terjadinya hendaya berat pada fungsi sosial atau okupasional. Episode manik tidak selalu bersifat problematik, tetapi memberikan kontribusi pada penetapan beberapa gangguan suasana perasaan

4) Episode Manik Campuran

Suatu kondisi di mana individu mengalami kegirangan dan depresi atau kecemasan di waktu yang sama. Juga dikenal dengan sebutan episode manik disforfik.

Diagnosa dan derajat depresi menurut PPDGJ III (Maslim, 2001) adalah sebagai berikut;

- 1) selama paling sedikit 2 minggu dan hampir tiap hari mengalami suasana perasaan (*mood*) yang depresif, kehilangan minat, kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju peningkatan keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.
- 2) keadaan tersebut paling sedikit 2 minggu dan hampir tiap hari dialami, disertai berkurangnya konsentrasi dan perhatian, tidak berguna, pandangan masa depan suram dan pesimistik, gagasan membahayakan diri, tidur terganggu, penurunan nafsu makan. Periode berikutnya gejala lebih pendek dari 2 minggu dapat dibenarkan jika gejala tersebut luar biasa beratnya dan berlangsung cepat
- 3) gejala-gejala tersebut diatas menyebabkan hambatan psikososial seperti cacat psikososial

Derajat beratnya depresi ditentukan sebagai berikut;

- a) depresi ringan: harus ada 2 gejala dari kelompok (1), disertai minimal 2 gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial ringan dari kelompok (3) (sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial kegiatan harian).
- b) depresi sedang: harus ada 2 gejala dari kelompok (1), disertai minimal 3 gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial sedang dari kelompok (3) (sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan hubungan sosial, kegiatan sehari-hari).

- c) depresi berat harus ada 3 gejala dari kelompok (1), disertai minimal 4 gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, sangat tidak mungkin mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf sangat terbatas (3)

e. Penanganan pada Depresi

Menurut Nuhriawangsa dan Sudiyanto (2008) penanganan terhadap depresi pada lansia dapat dilakukan sebagai berikut;

1) Terapi Biologik

Adapun intervensi yang dapat diberikan melalui terapi biologik yang pertama adalah terapi obat (farmakologis) dengan pemberian obat antidepresan dan yang kedua terapi elektrokonvulsi (ECT) diberikan bagi pasien depresi berat dan tidak mampu lagi makan dan minum.

2) Terapi Psikologis

Adapun intervensi yang dapat diberikan melalui terapi psikologis meliputi psikoterapi, terapi kognitif, terapi keluarga, dan relaksasi untuk penanganan ansietas.

Menurut Hawari (2006), manajemen atau penatalaksanaan stres, cemas, dan depresi pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan holistik, yaitu mencakup fisik (somatik), psikologik/psikiatrik, psikologis, dan psikoreligius.

Menurut Nolen dan Hoeksema (2001), penanganan terhadap depresi meliputi tiga dimensi kehidupan yaitu dimensi biologis, dimensi psikologism

dan dimensi sosiokultural. Ketiga dimensi ini memiliki model penanganan sendiri yang dinilai efektif dalam mengurangi tingkat depresi,

- 1) Dimensi biologis, penanganan dimensi biologis biasanya dengan cara memberikan pengobatan yang dapat meningkatkan kondisi *mood* menjadi positif. Penanganan yang dapat dilakukan antara lain pengobatan (farmakologi), *elektro convulsi therapy (ECT)* dan *light therapy*.
- 2) Dimensi psikologis, penanganan dimensi psikologis meliputi terapi *behavioral therapy*, *cognitive behavior therapy (CBT)*, dan *psychodynamic therapy*.
 - a) *behavioral therapy* adalah terapi yang dilakukan melalui pendekatan perubahan perilaku maladaptif individu dengan cara memberikan *reward* dan *punishment*. Terapi ini melatih individu agar memiliki keterampilan baru dalam hubungan interpersonal dan membantu merubah lingkungan dalam aktivitas yang menyenangkan
 - b) *cognitive behavior therapy (CBT)* adalah terapi yang bertujuan merubah cara berpikir yang negatif dan membantu individu belajar lebih adaptif dalam berpikir dan membentuk perilaku baru
 - c) *psychodynamic therapy* adalah terapi yang berbasis psikoanalisis. Depresi yang terjadi pada individu disebabkan oleh alam bawah sadar yang mengarahkan pada depresi sehingga penanganan berfokus pada alam bawah sadar

- 3) Dimensi sosiokultural, penanganan melalui pendekatan sosiokultural meliputi *interpersonal therapy*, *community based intervention*, dan *preventing first onset of depression*.
- a) *interpersonal therapy* adalah pendekatan penanganan depresi dengan melihat relasi individu dengan lingkungan sekitar
 - b) *community based intervention* adalah program tertentu bersama kelompok untuk membahas dan mencari solusi bersama atas permasalahan simtomp depresi yang dialami
 - c) *preventing first onset of depression* adalah langkah pencegahan depresi sejak onset pertama muncul, bisa dilakukan dengan terapi kelompok.

Manfaat latihan fisik atau latihan jasmani yang baik, benar, teratur, dan teratur (BBTT) menurut Tim Bugar Jasmani FKUI (2008) salah satunya adalah mencegah stres, kecemasan, depresi, dan perilaku beresiko tinggi menurut salah satu kajian menyatakan bahwa latihan jasmani dapat memperbaiki gejala depresi dan kecemasan.

2. Lanjut Usia

a. Definisi

Orang usia lanjut atau lanjut usia disingkat lansia di Indonesia yang tercantum dalam UU No. 12/ 1998 tentang kesejahteraan usia lanjut menyatakan bahwa usia lanjut adalah yang telah mencapai usia 60 tahun keatas (Depsos dalam Nuhriawangsa dkk, 2008).

Usia lanjut sehat adalah yang dapat mempertahankan kondisi fisik dan mental yang optimal serta tetap melakukan aktivitas sosial dan produktif. Istilah untuk manusia yang usianya sudah lanjut belum ada yang baku. Orang sering menyebutnya berbeda-beda. Ada yang menyebutnya manusia usia lanjut (manula), manusia lanjut usia (lansia), ada yang menyebut golongan lanjut umur (glamur), usia lanjut (usila), bahkan kalau di Inggris orang biasa menyebutnya dengan istilah warna negara senior (www.kesrepro.com).

Kemajuan ilmu dan teknologi berdampak pada peningkatan usia harapan hidup manusia diseluruh dunia, terutama negara berkembang termasuk Indonesia yang memiliki usia harapan hidup 66,7 tahun untuk perempuan dan 62 tahun untuk laki-laki tahun 1990. Pada tahun 2020 di Indonesia diperkirakan terjadi peningkatan usia harapan hidup mencapai 71,7 (Depkes RI, 1998).

b. Batasan Usia

Menurut WHO usia lanjut meliputi,

- 1) Usia pertengahan atau *Midle age* (45-59)
- 2) Lanjut usia atau *Elderly* (60-74)
- 3) Lanjut usia tua atau *Old* (75-90)
- 4) Usia sangat tua atau *Very Old* (>90)

Terdapat tiga kelompok lansia menurut Papalia dkk. (2008), yaitu lansia muda (*young old*), lansia tua (*old old*), dan lansia tertua (*oldest old*). Secara kronologis, *young old* dinisbahkan kepada usia antara 65 sampai 74 tahun yang biasanya aktif, vital, dan bugar. *Old-old* berusia antara 75 sampai 84

tahun dan *oldest old* berusia 85 tahun ke atas kecenderungan lebih lemah dan tidak bugar serta memiliki kesulitan dalam mengelola aktivitas keseharian.

Usia 60 tahun biasanya dipandang sebagai garis pemisah antara usia madya dan usia lanjut. Tahap terakhir dalam rentang kehidupan sering dibagi menjadi usia lanjut dini, yang berkisar antara usia 60 tahun sampai 70 tahun dan usia lanjut dimulai umur 70 sampai akhir kehidupan (Hurlock, 2004).

Menurut Mardani (dalam Nugroho; 2000) mengatakan bahwa lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian. Pertama *fase iuventus* antara 25-40 tahun, kedua *fase verilitas* antara 40 dan 50 tahun, ketiga *fase praesenum* antara 55 dan 65 tahun, dan keempat *fase senium* antara 65 sampai tutup usia.

Pengelompokan lanjut usia yang digunakan oleh Badan Pembinaan Usia Lanjut (Depkes RI, 1989) adalah sebagai berikut

- 1) Kelompok usia menjelang usia lanjut (40-54 tahun) atau masa *virilitas*.
- 2) Kelompok usia lanjut dalam masa *praesinium* (55-64 tahun)
- 3) Kelompok usia lanjut dalam masa *senescens* (lebih dari 65 tahun)

Masa hidup adalah batas atas dari hidup, jumlah maksimum dari tahun-tahun dimana individu dapat hidup. Masa hidup maksimal dari manusia kurang lebih 120 tahun, sedangkan harapan hidup adalah jumlah tahun yang mungkin dialami oleh rata-rata individu yang lahir dalam suatu tahun tertentu. Kemajuan dalam dunia medis, nutrisi, olahraga, dan gaya hidup telah meningkatkan harapan hidup kita rata-rata bertambah 22 tahun sejak 1900 (Santrock, 1995).

Masa dewasa akhir (usia tua dan usia lanjut) dimulai pada usia 60 tahun dan diperluas sampai sekitar usia 120 tahun, memiliki rentang kehidupan yang paling panjang dalam periode perkembangan manusia 50 sampai 60 tahun. Pembagian periode dewasa akhir meliputi usia tua (65-75 th), usia tua yang tua atau usia akhir (75 dan usia di atasnya) dan usia tua lanjut (85 th ke atas) (Santrock, 1995).

Dalam gerontologi lansia dibagi dalam 2 golongan, yaitu yang dinamakan "*young old*" (60-74 tahun) dan "*old old*" (di atas 75 tahun). Dari segi kesehatan mereka dibagi dua kelompok juga, yaitu kelompok "*well old*" (mereka yang sehat dan tidak sakit-sakitan secara fisik dan mental) dan "*sick old*" (mereka yang menderita penyakit dan memerlukan pertolongan medik dan psikiatrik) (Hawari, 2007).

Beberapa teori diatas memberikan memberikan definisi dan batasan tentang lanjut usia yang sering disingkat lansia atau manusia usia lanjut (manula) ada pula yang menyebut dengan usia lanjut (usila), sedangkan batasan disebut lanjut usia ada dua teori yaitu umur 55 tahun dan umur 60 tahun keatas. Lanjut usia memiliki karakteristik yang membedakan dengan tahap umur lainnya baik segi fisik, psikologis, ataupun sosial. Adapun teori yang digunakan dalam penelitian ini masih menggunakan batasan lanjut usia yang berada pada batasan umur 55 tahun ke atas karena mengikuti program yang dilaksanakan oleh Puskesmas Galur 1 yang menggunakan acuan batasan lanjut usia menurut Departemen Kesehatan RI tahun 1989.

c. Karakteristik Lanjut Usia

Penyebab fisik yang mempengaruhi perubahan-perubahan dalam kemampuan motorik meliputi menurunnya kekuatan dan tenaga yang biasanya menyertai perubahan fisik yang terjadi karena bertambahnya usia, menurunnya kekerasan otot, gemetar pada tangan, kepala, dan rahang bawah. Penyebab psikologis yang mempengaruhi dalam kemampuan motorik berasal dari kesadaran tentang merosotnya dan perasaan rendah diri kalau dibandingkan dengan orang yang lebih muda dalam arti kekuatan, keterampilan, dan kecepatan. Tekanan emosional yang berasal dari sebab-sebab psikologis dapat mempercepat perubahan kemampuan motorik atau menurunnya motivasi untuk mencoba melakukan sesuatu yang masih dapat dilakukan (Hurlock, 2004).

Masalah psikologis pada lanjut usia menurut Nuhriawangsa dan Sudyanto (1998) adalah

- 1) Menerima pandangan klise orang tentang usia lanjut. Persepsi memburuk bahwa tidak mampu berbuat apapun dan membuat cenderung mengisolasi diri.
- 2) Ketidaksiapan untuk mengadakan perubahan pola kehidupannya
- 3) Muncul pemikiran pada orang lanjut usia bahwa proses mental mereka dalam proses penurunan. Misal: sangat pelupa, kesulitan menerima hal baru.

- 4) Merasa tidak tahan dengan tekanan, perasaan ini akan membentuk mental mereka tertidur dan keyakinan bahwa dirinya sudah terlalu lama untuk mengerjakan hal tertentu sehingga menarik diri dari semua kegiatan.
- 5) Perasaan bersalah karena mengganggu adanya kebutuhan untuk dihargai orang lain
- 6) Sikap ingin aktif terlihat secara sosial, membuat sikap mudah curiga, menuntut perhatian berlebihan, atau mengasingkan diri, murung, tak berguna, rendah diri, dan apatis.

Beberapa lansia berpendapat bahwa kegiatan sosial akan banyak berkurang karena mereka sudah tua dan hal ini membuat mereka menderita (Nuhriawangsa dan Sudyanto, 2008). Terjadi lingkaran setan antara sikap lingkungan dan perilaku yang diperlihatkan usia lanjut dengan memasuki dan menjalani usia lanjut seseorang akan dituntun untuk mengadakan penyesuaian diri. Beberapa kendala yang muncul:

- 1) sikap dan pandangan masyarakat terhadap usia lanjut dapat memicu munculnya perilaku atau sikap tidak berdaya, tidak berguna, tidak bisa membantu apapun
- 2) keadaan yang sulit berkomunikasi disebabkan kurangnya daya pendengaran, kurang kemampuan mengingat, kesulitan menangkap isi pembicaraan orang lain menyebabkan usia lanjut akan memperlihatkan perilaku menjauh dan menjaga jarak dengan orang disekitarnya.

Tugas-tugas perkembangan sepanjang rentang kehidupan menurut Havighurst (Hurlock, 2004):

- 1) menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan
- 2) menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya *income* atau penghasilan keluarga
- 3) menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup
- 4) membentuk hubungan dengan orang-orang yang seusia
- 5) membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan
- 6) menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes

Karena tugas-tugas perkembangan memegang peranan penting untuk menentukan arah perkembangan yang normal maka apapun yang menghalangi tercapainya tugas perkembangan merupakan bahaya potensial. Bahaya potensial yang umum terjadi adalah sebagai berikut. Pertama, harapan-harapan yang kurang tepat baik individu sendiri ataupun dari lingkungan, kedua ketidakberhasilan menguasai tugas perkembangan pada tahap tertentu, dan ketiga krisis individu ketika meliwati suatu tahapan ke tahapan yang lain. (Hurlock, 2004).

Ciri usia lanjut sehat dan bahagia menurut Nuhriawangsa dan Sudyanto (2008),

- 1) memiliki tingkat kepuasan hidup yang relatif tinggi karena masalah hidupnya bermakna, mampu menerima kegagalan yang dialami sebagai bagian dari hidupnya yang tak perlu disesali dan justru mengandung hikmah yang berguna bagi hidupnya.
- 2) memiliki integritas pribadi yang baik berupa konsep diri yang tepat dan terdorong untuk terus memanfaatkan potensi yang dimiliki.

- 3) mampu mempertahankan sistem dukungan sosial yang berarti, berada diantara orang-orang yang memiliki kedekatan emosi dengannya, yang memberi perhatian dan kasih sayang yang membuat dirinya masih diperlukan dan dicintai.
- 4) memiliki kesehatan fisik dan mental yang baik didukung oleh kemampuan melakukan kebiasaan dan gaya hidup yang sehat
- 5) memiliki keamanan finansial yang memungkinkan hidup mandiri, tidak menjadi beban bagi orang lain, minimal untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.
- 6) pengendalian pribadi atas kehidupan sendiri sehingga dapat menentukan nasibnya sendiri tak bergantung orang lain hal ini dapat menjaga kestabilan dirinya.

3. Depresi pada Lanjut Usia

Gangguan depresi mayor adalah tipe yang paling umum dari gangguan mood yang dapat didiagnosis, dengan perkiraan prevalensi selama hidup berkisar antara 10% hingga 25% untuk wanita dan 5% hingga 12% untuk pria (APA dalam Nevid, 2003). Depresi mayor akan menurun seiring usia tetapi depresi merupakan masalah utama yang dihadapi oleh banyak orang usia lanjut (Karel dan Hinrichsen dalam Nevid, 2003). Sejumlah kasus depresi merupakan kelanjutan dari pola yang berlangsung seumur hidup, adapula depresi yang baru muncul pada lanjut usia. Depresi pada masa tua dihubungkan dengan tingkat penurunan fisik yang lebih cepat dan tingkat mortalitas yang tinggi.

Lansia yang mengalami depresi akan mengakibatkan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya (Hall & Hassett dalam Palestin, 2006). Sedangkan lansia yang mengalami demensia dilaporkan juga memiliki defisit aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dan aktivitas instrument kehidupan sehari-hari (AIKS) (Jorm dalam Palestin, 2006). Sebaliknya, keterbatasan lansia dalam memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dapat menjadi salah satu faktor penyebab munculnya depresi (Roberts, Kaplan dkk dalam Palestin, 2006).

Tidak jarang terjadi depresi pada orang berumur 60-an. Depresi sering mengisyaratkan adanya suatu penyakit organik. Penyakit yang laten mungkin menunjukkan *exaserbasi*, seperti diabetes, hipertensi, dan glaukoma. Gangguan pembuluh darah yang progresif pada jantung dan otak yang mengancam serta membatasi hidup, dapat menimbulkan reaksi takut, amarah dan depresi. Sebaliknya, reaksi emosional yang berlebihan dapat memperhebat gangguan kardiovaskular, endokrin, dan penyakit yang sebelumnya masih ringan (Maramis WF., 2005).

Sebanyak 80% dari orang usia lanjut (dewasa lanjut) yang menunjukkan gejala depresi, sama sekali tidak mendapatkan perawatan. Depresi mayor tidak hanya menyelimuti individu dengan kesedihan, tetapi juga membangkitkan kecenderungan bunuh diri. Hampir 25% dari individu yang melakukan bunuh diri di Amerika Serikat adalah mereka yang berusia lebih dari 65 tahun (Church dkk dalam Santrock, 1995). Peneliti menemukan beberapa keterbatasan fisik yang berisiko menimbulkan gejala depresi,

misalnya: gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan mobilisasi, kesulitan berpakaian, berjalan terganggu, kesulitan toileting, kesulitan mandi, kesulitan merapikan diri, pola tidur terganggu, kelemahan otot ekstremitas bawah, dan kelemahan otot ekstremitas atas. Ketidaksesuaian antara keinginan dengan fungsi psikomotor dapat mengakibatkan depresi (Palestin, 2006).

Hampir 2 juta lansia Amerika (sekitar 6%) diketahui menderita dari salah satu bentuk depresi, akan tetapi penyakit tersebut seringkali berlangsung tanpa disadari dan tidak tertangani (NIMH dalam Papalia, 2008).

Gejala depresi menurut Brink dan Yesavage (dalam Dowell, 1996) simptom-simptom yang muncul pada orang yang lebih muda dianggap biasa pada orang lanjut usia sehingga ada simptom lain yang nampak pada lanjut usia diantara menyangkut masalah kognitif, fisik, dan emosi dan berisi aspek sebagai berikut yaitu perubahan pada fisik lansia, penurunan kognitif, merasa terasing atau berbeda, penurunan motivasi, kurangnya orientasi pada masa depan, kurangnya *self esteem* dan rendahnya perasaan atau emosi. Ini merupakan pengembangan teori depresi dari Beck, simptom-simptom inilah yang dikembangkan dalam penelitian untuk mendeteksi munculnya depresi pada orang lanjut usia (lansia).

4. Pengukuran Depresi Lanjut Usia

Terdapat berbagai macam alat ukur depresi yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya, diantaranya berbagai alat ukur dikemukakan oleh Dowell (1996);

- b. *Beck Depression Inventory*
- c. *The Self Rating Depression Scale*
- d. *The Center for Epidemiologies Studies Depression Scale*
- e. *Depression Adjective Checklist*
- f. *The Geriatric Depression Scale*
- g. *The Hamilton Rating Scale for Depression*
- h. *The Mantgimry.-Ashay Depression Rating Scale*
- i. *The Carrol Rating Scale for Depression*

Penelitian ini akan menggunakan alat ukur skala psikologis yaitu *Geriatric Rating Scale* (GDS) yang dirancang sebagai alat tes untuk depresi pada lansia. Skala ini merupakan alat ukur dalam bidang aplikasi klinis. GDS dirancang dan dikembangkan oleh Brink dan Yesavage tahun 1982 dan merupakan pengembangan lebih lanjut dari *Beck Depression Inventory* (BDI) berdasarkan teori tentang depresi yang dikemukakan oleh Beck. Skala ini dirancang khusus menggali simptom depresi lansia yang berbeda pada umur dibawahnya. Adapun simptom yang sering muncul misalnya demensia dan masalah kognitif (Dowell,1996).

B. Senam Lansia

1. Definisi Senam Lansia

Menurut kamus Bahasa Indonesia (Tim Prima Pena), Definisi senam adalah gerak badan untuk memelihara kesehatan tubuh. Ada beberapa jenis senam bugar lansia yaitu paket A, B, C, dan D. Pada tahun 2005 Hj Mamik S.

menciptakan senam tongkat dan pada tahun 2006 ia menciptakan senam menopause. Ia menciptakan senam bugar lansia selama sembilan bulan. Senam bugar lansia ini dibuat empat paket karena pada usia yang sama kenyataannya belum tentu tingkat bugarnya sama. Dari keempat paket tersebut yang membedakan prakteknya bukan umur melainkan tingkat kebugaran (Aan, 2007).

Senam bugar lansia awara 2004 paket B adalah senam lansia dengan sasaran lansia dengan kebugaran cukup. Menurut Hemas (2004) takaran paket B lebih meningkat susunan gerakan dari paket A. Cara melakukan berdiri sehingga diperlukan tenaga lebih banyak. Gerakan sederhana menggambarkan gerakan sehari-hari. Dengan berlatih 2/3 kali seminggu selama 1 jam, pagi hari atau sore hari diharapkan bisa meningkatkan kebugaran.

Jenis olahraga yang bisa dilakukan pada lanjut usia antara lain adalah senam lansia. Aktivitas olahraga ini akan membantu tubuh tetap bugar dan segar karena melatih tulang tetap kuat, mendorong jantung bekerja optimal, dan membantu menghilangkan radikal bebas yang berkeliaran di dalam tubuh (www.riauinfo.com).

Olah raga kesehatan untuk lansia bersifat massal, mudah, murah, meriah, aman dan bermanfaat. Selain itu, ciri khusus secara teknis-fisiologis yaitu tidak ada pengerahan kemampuan yang maksimal, dapat diatur intensitas maupun waktu pelaksanaannya, dan juga tidak saling berlomba atau dipertandingkan. Intensitas latihan olah raga kesehatan dianggap sudah cukup

bila denyut nadi telah melampaui 60% dari denyut nadi maksimal, yakni 220 dikurangi umur, namun sebaiknya tidak melampaui 80% dari denyut nadi maksimal. Antara 60-80% dari denyut nadi maksimal ini disebut zone latihan inti. Ia mencontohkan seorang lansia yang berusia 60 tahun, pada waktu berlatih jalan atau senam sebaiknya denyut nadinya dapat mencapai antara 96-128. Pemantauan denyut nadi ini harus dilakukan dalam waktu kurang dari 30 detik segera setelah olahraga tersebut dihentikan. Di luar waktu itu, denyut nadi tidak lagi menggambarkan keadaan sewaktu melakukan olahraga. Oleh karena itu diperlukan ketrampilan khusus untuk mencari dan merasakan pembuluh nadi di pergelangan tangan atau leher (Hardita, 2004).

Prinsip-prinsip olahraga pada lanjut usia menurut Nugroho (2000),

- a. Komponen kesegaran jasmani yang paling mendasar untuk dilatih adalah ketahanan *kardio-pulmonal*, kelenturan (fleksibilitas), kekuatan otot, dan komposisi tubuh (lemak jangan berlebihan)
- b. Selalu memperhatikan keselamatan
- c. Latihan teratur dan tidak terlalu berat
- d. Permainan dalam bentuk ringan sangat dianjurkan
- e. Latihan dianjurkan dalam dosis berjenjang
- f. Hindari pertandingan
- g. Berolahraga agar tetap sehat dan segar, 2-3 kali seminggu.

Komponen kebugaran jasmani seperti daya tahan, kekuatan, dan kecepatan akan meningkat dari masa anak-anak sampai usia 25-30 tahun, kemudian akan menurun seiring dengan bertambahnya usia dan secara umum

kategorisasi kebugaran jasmani ditetapkan berdasarkan usia dan jenis kelamin (Tim Bugar Jasmani FKUI, 2008)

Aktifitas fisik adalah gerak tubuh yang diakibatkan kerja otot-otot lurik yang akan menghasilkan pengeluaran energi dan diukur secara teratur akan meningkatkan kesehatan. Bentuk latihan fisik (*exercises*) amat bervariasi sehingga memberi gambaran gaya hidup setiap orang. Latihan jasmani adalah aktivitas fisik terencana, terstruktur, dilakukan berulang-ulang dan bertujuan meningkatkan atau memelihara kesehatan serta kebugaran jasmani (Tim Bugar Jasmani FKUI, 2008).

2. Manfaat Senam Lansia

Mengingat umur, pendidikan, status bekerja, keluhan, status dirawat, gangguan kesehatan 1, dan gangguan kesehatan 2 serta kecacatan berpengaruh terhadap ADL (*Activity Daily of Living*) dasar, maka perlu peningkatan program kesehatan pra usia lanjut melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan memberikan penyuluhan dan pelayanan kesehatan usia lanjut, membiasakan olah raga sesuai dengan kemampuannya, menjaga keseimbangan gizi melalui diet garam dan lemak, menurunkan berat badan untuk yang kegemukan, menghilangkan kebiasaan merokok, menghindari cara hidup yang tidak teratur dan kurang sehat serta kebiasaan hidup lainnya yang kurang baik bagi kesehatan di masa lanjut usia (Rustika, 2001).

Salah satu teori penuaan adalah teori aktivitas (*activity theory*), semakin orang dewasa lanjut aktif dan terlibat, semakin kecil kemungkinan mereka menjadi renta dan semakin besar kemungkinan mereka merasa puas

dangan kehidupannya. Individu-individu usia lanjut atau dewasa lanjut sebaiknya tetap melanjutkan peran dewasa tengahnya (Santrock, 1995).

Lanjut usia adalah suatu kejadian yang pasti akan dialami oleh semua orang yang dikaruniai usia panjang, terjadinya tidak bisa dihindari oleh siapapun, namun manusia dapat berupaya untuk menghambat kejadian tersebut salah satunya dengan olahraga. Agar sehat pada usia lanjut, pemeliharaan kesehatan harus dimulai sejak dini. Artinya aktivitas olahraga merupakan kegiatan yang berlangsung rutin dan kontinu hingga usia lanjut. Untuk kesehatan, idealnya olahraga harus dilakukan sejak awal. Meski demikian tidak ada kata terlambat untuk berolahraga termasuk saat memasuki usia senja. Namun, yang perlu diperhatikan, olahraga untuk usia lanjut berbeda bagi orang yang masih muda. Apalagi, pada waktu muda, orang tersebut termasuk jarang berolahraga. Olahraga bagi usia lanjut, pilihan latihan tersebut perlu disesuaikan dengan kondisi kesehatan. Beberapa penyakit mungkin memerlukan pertimbangan. Orang berusia lanjut yang akan mengamalkan bentuk olahraga tertentu berkonsultasi dengan dokter terlebih dahulu (www.jambiindependent.com).

Manfaat lain olahraga adalah meningkatkan kecepatan reaksi lansia, membuat tulang lebih elastis sehingga tidak mudah patah, dan memperkuat otot, serta membalikkan proses penuaan. Olahraga kesehatan (orkes) terdiri dari pembinaan dan peningkatan (promotif), pencegahan dan pemeliharaan (preventif), pemulihan (rehabilitatif), dan orkes penyembuhan. Orkes melatih fungsi alat tubuh secara aman dan bermanfaat agar mampu bergerak dan

berfungsi pada tingkat aktivitas yang lebih tinggi tanpa adanya keluhan dan atau kelainan, khususnya pada jantung. Secara keseluruhan, orkes akan meningkatkan derajat kesehatan secara dinamis (www.kesrepo.com).

Olahraga merupakan jalan terbaik untuk mempertahankan kesehatan. Para peneliti terus mengumpulkan bukti pengaruh positif olahraga pada orang-orang dewasa lanjut (Kirwan dalam Santrock, 1995). Olahraga membantu orang untuk hidup mandiri dengan martabat pada masa dewasa akhir. Pada usia 80, 90, dan 100 tahun latihan dapat membantu orang-orang dewasa lanjut tidak jatuh atau menjalani perawatan intensif (Santrock, 1995).

Tabel 2

Tipe olahraga untuk lansia dan keuntungan potensial (Kilpatrick, 2004)

Tipe olahraga	Aktivitas	Keuntungan
<i>Aerobic/endurance</i> (erobik)	Berjalan Bersepeda Berenang <i>Aerobic ringan</i>	Pernafasan Kontrol berat Kontrol gula darah Kontrol otot Perasaan dan kognisi Isi perut Tidur
<i>Resistance/strength</i> (kekuatan)	<i>Free weights</i> <i>Weight machines</i> <i>Elastic bands/tubing</i>	Kekuatan otot Massa tulang Fungsi fisik

	<i>Body weight against Mobility Gravity</i>	Mobilitas
<i>Balance and Flexibility</i> (keseimbangan dan flesibilitas)	<i>Stretching Yoga Tai-Chi Stair-climbing Balance boards, balls, and elastic bands</i>	Keseimbangan Mencegah jatuh Mobilitas Waktu reaksi

Manfaat latihan fisik atau latihan jasmani yang baik, benar, teratur, dan teratur (BBTT) menurut Tim Bugar Jasmani FKUI (2008) adalah sebagai berikut;

- a. mengurangi resiko mati muda akibat penyakit jantung dan stroke
- b. mengurangi / mengendalikan resiko penyakit jantung
- c. mengurangi/ mengendalikan penyakit diabetes mellitus
- d. mengurangi/ mengendalikan berat badan
- e. menurunkan/ mengendalikan hipertensi
- f. memperbaiki profil lemak darah (trigliserida, kolesterol total, LDL, HDL)
- g. membantu pencegahan melawan resiko kanker payudara
- h. menurunkan kejadian osteoporosis dan resiko patah tulang, sekaligus memelihara kesehatan tulang, otot, sendi.
- i. meningkatkan kebugaran
- j. mencegah stres, kecemasan, depresi, dan perilaku beresiko tinggi

Salah satu kajian menyatakan bahwa latihan jasmani dapat memperbaiki gejala depresi dan kecemasan.

Manfaat latihan fisik bagi kesehatan menurut Depkes (1998) adalah sebagai upaya promotif/preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dapat ditinjau secara fisiologis, psikologis, dan sosial. Adapun manfaat secara psikologis adalah sebagai berikut,

- a. Dampak langsung dapat membantu:
 - 1) memberi perasaan santai
 - 2) mengurangi ketegangan dan kecemasan
 - 3) meningkatkan perasaan senang
- b. Dampak jangka panjang dapat meningkatkan:
 - 1) kesegaran jasmani dan rohani secara utuh
 - 2) kesehatan jiwa
 - 3) fungsi kognitif
 - 4) penampilan dan fungsi kontrol motorik
 - 5) keterampilan

3. Tahapan Senam Lanjut Usia

Senam lansia, gerakannya tidak *high impact* tapi bersifat *low impact*. Jika menggunakan musik tidak menghentak, namun lambat dan mendayu. Gerakan anggota tubuh juga cenderung untuk anggota tubuh bagian atas karena biasanya pada orang usia lanjut, telah terjadi penurunan fungsi pada jantung dan paru-paru. Sementara itu, olahraga yang kurang dianjurkan bagi orang berusia lanjut adalah olahraga yang menimbulkan beban berlebihan

pada otot agar otot dapat melakukan pemulihan. Gerakan otot tertentu dibatasi sekitar delapan sampai enam belas kali. Tidak boleh terus-menerus melakukan gerakan pada otot yang sama ([www.jambi independent.com](http://www.jambi.independent.com)).

Spesifikasi gerakan senam lansia terutama paket B terdiri dari gerakan pemanasan (4 latihan), gerakan inti (12 latihan, dilakukan 2 kali), gerakan pendinginan (5 latihan). Tiap latihan dilakukan 4 kali masing-masing 8 kali hitungan (Hemas, 2004).

Ada tiga tahapan olah raga kesehatan menurut Depkes RI (1998) yaitu sebagai berikut,

- a sasaran minimal mempertahankan kemampuan gerak yang masih ada dengan memelihara dan meningkatkan gerakan persendian melalui latihan peregangan dan pelepasan untuk memelihara dan meningkatkan kelenturan.
- b sasaran antara/peralihan berupa pemeliharaan dan peningkatan kekuatan dan daya tahan otot agar dapat meningkatkan kemampuan geraknya lebih lanjut.
- c sasaran utama yaitu memelihara dan/atau meningkatkan kapasitas aerobik. Olah raga kesehatan harus selalu diusahakan sampai pada tingkat utama. Kapasitas aerobik yang dimiliki seseorang menunjukkan derajat kebugaran jasmani yang dimilikinya. Derajat kebugaran jasmani berdasarkan kapasitas aerobik ini dapat diukur dengan tes aerobik *cooper*.

d latihan fisik adalah aktivitas fisik yang terstruktur, terencana, dilakukan berulang-ulang dan bertujuan untuk meningkatkan atau memelihara kesehatan serta kebugaran jasmani.

Kebugaran jasmani adalah kemampuan orang untuk melakukan aktifitasnya sehari-hari tanpa merasa lelah dan masih mempunyai cadangan energi untuk melakukan aktivitas fisik pada waktu luang serta melakukan aktifitas fisik lainnya yang bersifat mendadak.

Secara umum setiap program latihan menurut Tim Bugar Jasmani FKUI (2008) mengikuti prinsip latihan sebagai berikut

F : frekuensi latihan yaitu berapa kali perminggu satu bentuk latihan harus dilakukan

I : Intensitas yaitu kisaran denyut nadi latihan yang dianjurkan

T : *Time* yaitu lama waktu melakukan satu bentuk latihan

T : Tipe bentuk latihan yang akan dilakukan yaitu erobik, latihan beban, latihan kelenturan

Ketentuan program latihan fisik Depkes.RI (1998) sebagai berikut;

- a. latihan fisik harus disenangi dan diminati
- b. latihan fisik harus disesuaikan dengan kondisi kesehatan (ada kelainan/penyakit atau tidak)
- c. latihan fisik sebaiknya bervariasi, tidak monoton
- d. latihan fisik sebaiknya bersifat aerobik yaitu berlangsung lama dan ritmis (berulang-ulang), contohnya ; berjalan kaki, *jogging*, bersepeda, berenang, senam aerobik.

- e. frekuensi latihan : 15-60 menit kontinyu
- f. intensitas latihan : 60-80% DNM (Denyut Nadi Maksimal) $DNM = 220 - \text{Umur}$
- g. pada awal latihan dilakukan pemanasan dahulu, peregangan, kemudian latihan inti dan pada akhir latihan lakukan pendinginan dan peregangan.
- h. latihan dilakukan secara lambat tidak boleh cepat dan *explosive*, disamping itu gerakan tidak boleh menyentak dan memilir (memutar), terutama untuk tulang belakang.
- i. waktu latihan sebaiknya pagi dan sore hari, bukan siang hari.

Teknik dan cara berlatih dilakukan dalam 3 segmen;

- a. Pemanasan (*Warming Up*)
 - 1) gerakan umum (yang melibatkan sebanyak-banyaknya otot dan sendi)
 - 2) dilakukan secara lambat dan hati-hati
 - 3) dilakukan bersama dengan peregangan (*stretching*)
 - 4) lamanya kira-kira 10-15 menit
 - 5) pemanasan dimaksud untuk mengurangi cedera dan mempersiapkan sel-sel tubuh agar dapat turut serta dalam proses metabolisme yang meningkat

b. Latihan Inti

Tergantung pada komponen/faktor yang dilatih maka bentuk latihan tergantung pada faktor fisik yang paling buruk. Gerakan senam dilakukan berurutan dan dapat diiringi musik yang disesuaikan dengan gerakan.

Untuk lansia biasanya dilatih:

- 1) ketahanan/stamina
- 2) *kardio-pulmonal* dengan latihan-latihan yang bersifat erobik
- 3) fleksibilitas dengan peregangan
- 4) kekuatan otot dengan latihan beban atau *isotonic*. Dapat pula dipakai *isometrik*
- 5) komposisi tubuh dapat diatur dengan diet, latihan erobik atau kombinasi keduanya
- 6) takaran (dosis) latihan dapat dilihat pada petunjuk (leaflet/buku) kesehatan olahraga.

c. Pendinginan (*cooling down*)

Dilakukan secara aktif artinya sehabis latihan inti perlu dilakukan gerakan umum yang ringan sampai suhu tubuh kembali normal yang ditandai dengan pulihnya denyut nadi dan terhentinya keringat. Pendinginan dilakukan seperti pada pemanasan yaitu selama 10-15 menit

Gerakan senam yang dianjurkan pada lansia yang mampu melakukan latihan fisik/olahraga

a. Gerakan Leher

- 1) gerakan menengadahkan kepala, leher tidak ditekuk ke belakang kemudian lurus.
- 2) gerakan menundukkan kepala pelan-pelan kemudian kembali ke posisi semula
- 3) gerakan memiringkan leher pelan-pelan ke kiri, tengah, dan kanan

- 4) gerakan memalingkan leher ke kiri, tengah dan kanan secara perlahan-lahan
- b. Gerakan Bahu dan Tangan
- 1) gerakan memutar pangkal lengan ke belakang kemudian ke depan. Dan dapat dilakukan dengan atau tanpa beban
 - 2) gerakan lengan rileks didepan badan, gerakan ke dalam dan ke samping tubuh kemudian kembali ke posisi semula
 - 3) posisi lengan ditekuk sejajar dengan bahu, gerakan ke depan dada, menarik ke belakang, bergantian antara tangan kiri dan kanan.
- c. Gerakan Kaki
- 1) gerakan jalan tegap ditempat dengan kaki diangkat ke belakang
 - 2) gerakan langkah silang kaki ke kanan dan ke kiri diikuti ayunan tangan
 - 3) gerakan angkat paha dan kaki ke depan dengan gerakan tangan ke atas
 - 4) gerakan kaki menyilang di depan badan, sentuh ujung kaki kanan yang diangkat dengan tangan kiri, dan sebaliknya
 - 5) gerakan jinjit dengan jari kaki
 - 6) gerakan telapak kaki ke atas dengan tumpuhan pada tumit dan kemudian dilakukan juga dengan ujung jari kaki
 - 7) gerakan menekuk ujung jari ke atas, semua gerakan tersebut dilakukan 8 kali hitungan

4. Efektifitas Pelaksanaan Senam Lansia

Usia bertambah tingkat kesegaran jasmani akan turun. Penurunan kemampuan akan semakin terlihat setelah umur 40 tahun, sehingga saat usia

lanjut kemampuan akan turun antara 30-50%. Oleh karena itu, bila para usia lanjut ingin berolahraga harus memilih sesuai dengan umur kelompoknya dan kemungkinan adanya penyakit. Olahraga usia lanjut perlu diberikan dengan berbagai patokan, antara lain beban ringan atau sedang, waktu relatif lama, bersifat aerobik dan atau kalistenik, tidak kompetitif atau bertanding. Beberapa contoh olahraga yang sesuai dengan batasan di atas, yaitu jalan kaki, dengan segala bentuk permainan yang ada unsur jalan kaki, misalnya golf, lintas alam, mendaki bukit, senam dengan faktor kesulitan kecil, dan olahraga yang bersifat rekreatif dapat diberikan. Dengan latihan otot manusia usia lanjut dapat menghambat laju perubahan degeneratif (www.kesrepro.com).

Para lansia dianjurkan menjalani latihan-latihan olahraga aerobik dengan intensitas sedang, berarti denyut nadinya dapat mencapai sekitar 70-75% dari denyut nadi maksimal. Lama latihan sebaiknya 20-30 menit latihan inti tanpa berhenti. Selain itu, frekuensi latihan paling sedikit 3 hari dalam seminggu, pada hari yang tidak berurutan, karena setelah 48 jam tidak berlatih, daya tahan seseorang mulai menurun perlahan-lahan. Untuk itu latihan sebaiknya dilakukan 4 hari dalam seminggu dan tidak lebih dari 5 kali dalam seminggu, kecuali di bawah pengawasan dokter. Manfaat olahraga kesehatan tidak dapat diperoleh dalam satu atau dua minggu, melainkan baru dapat dirasakan setelah dua atau tiga bulan (Hardita, 2004).

Sekitar 31 persen mereka yang berusia 65 sampai 74 tahun berolahraga secara moderat selama 20 menit paling tidak 3 kali dalam satu minggu, dan 16 persen berolahraga secara moderat selama 30 menit, lima kali seminggu.

Hanya 13% dari kelompok ini yang berolahraga dengan keras 3 kali seminggu. Level aktivitas tersebut menjadi lebih rendah di kalangan mereka yang berusia 75 tahun ke atas. Sekitar 28 sampai 34 % usia 65 sampai 74 tahun dan 34 sampai 44% mereka yang berusia 75 tahun ke atas melakukan aktivitas bersenang-senang yang tidak bermakna (Agency for Healthcare Research and Quality And CDC dalam Papalia, 2008).

Komponen kebugaran yang berkaitan dengan kesehatan dan komponen fisiologis penting artinya untuk pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Kedua komponen ini dapat diubah dan ditingkatkan kapasitasnya dengan melakukan aktivitas fisik dan latihan jasmani yang teratur. Namun demikian, untuk memperoleh hasil yang optimal dari komponen kebugaran yang berkaitan dengan kesehatan dan kebugaran fisiologis maka diperlukan pedoman aktivitas fisik dan latihan jasmani yang baik, benar, dan terukur (Tim Bugar Jasmani FKUI, 2008).

Suatu program latihan jasmani harus baik dalam arti memberi manfaat bagi individu yang melakukannya. Oleh karena itu, program latihan jasmani yang dibuat harus sesuai dengan kondisi kesehatan dan tingkat kebugaran jasmani. Latihan jasmani harus dilakukan dengan benar yaitu selalu dimulai dengan pemanasan dilanjutkan dengan latihan inti yang dapat merupakan latihan erobik atau latihan beban dan diakhiri dengan pendinginan. Selain itu, jasmani juga dilakukan secara teratur misalnya 3-5 kali seminggu serta dapat diukur intensitasnya dengan mengukur denyut nadi.

Pada lansia latihan jasmani yang dianjurkan adalah latihan erobik yang bersifat *weight-bearing* yaitu bentuk latihan yang dilakukan dengan posisi tungkai dan kaki menyangga berat badan atau otot dan tulang bekerja melawan gaya gravitasi (jalan kaki, jogging, senam erobik dll). Latihan ini tidak perlu memakai peralatan khusus/mesin cukup dengan *free-weight* dan dilakukan minimal 2x/minggu (Tim Bugar Jasmani FKUI, 2008).

C. Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Depresi Pada Orang

Lanjut Usia

Angka kejadian depresi pada lansia usia 55-60 dan di atasnya yang cukup tinggi misalnya di Amerika hampir 6 % merupakan gangguan mental yang menimbulkan berbagai permasalahan pada kelompok itu (NIMH dalam Papalia, 2008). Penurunan pada biopsikososial seringkali diikuti konflik dan menimbulkan berbagai masalah pada lansia (Kaplan dan Saddock; dalam Nuhriawangsa, 2008) yang kemudian akan memicu munculnya depresi. Selain itu, pada lansia terjadi perubahan hidup yang drastis yaitu dari kehidupan yang penuh aktivitas ke arah kehidupan yang cenderung sedikit aktivitas terutama masalah pekerjaan. Menurut Sctotch yang dikutip oleh Darmojo (dalam www.riauinfo.com), kaum lansia akan mengalami stres karena perubahan secara drastis dan kesedihan yang sangat, serta kehinaan dari akibat perubahan pola hidup tersebut.

Latihan atau *exercise* sangat penting untuk menghindari perubahan yang tiba-tiba yaitu gaya hidup aktif ke gaya hidup sederhana. Aktivitas fisik

dengan gerakan-gerakan tertentu yang sesuai bagi lanjut usia diduga dapat meminimalkan terjadinya gangguan mental pada lanjut usia dalam hal ini depresi (www.riainfo.com).

Hasil penelitian membuktikan bahwa latihan fisik dan kesibukan bekerja dapat mencegah atau paling tidak menghambat kecepatan penurunan kemampuan motorik. Penelitian lain membuktikan bahwa aktifitas fisik dan atau latihan jasmani berhubungan dengan kesehatan dan kebugaran jasmani yakni memperbaiki parameter fisiologik, metabolik, dan psikologik (Tim Bugar Jasmani FKUI, 2008). Menurut Spirduso (dalam Hurlock, 2004) dari sebuah penelitian tentang pengaruh latihan menunjukkan bahwa hasil penelitian ini sangat mendukung partisipasi olahraga kebugaran sebagai suatu faktor penting dalam memperlambat proses ketuaan.

Penelitian terhadap efek olahraga pada kelompok subyek yang diberikan pengobatan antidepresi dan olahraga dengan kelompok yang tidak diberikan olahraga hanya pengobatan antidepresi saja ternyata menunjukkan perbedaan. Pasien yang diberi perlakuan olahraga selama 10 minggu 2 kali seminggu dibanding kelompok kontrol tanpa olahraga menunjukkan perbedaan pada kondisi mentalnya. Pada perlakuan sepuluh minggu, kelompok yang diberi olahraga menunjukkan peningkatan 30% artinya depresi menurun dan keadaan semakin membaik. Pada pengukuran kedua, dengan membandingkan hasil perlakuan 10 minggu dan 34 minggu pada kedua kelompok tersebut ternyata keduanya menunjukkan kenaikan signifikan dari

keadaan depresi menjadi lebih baik namun kelompok eksperimen tetap menunjukkan kenaikan lebih tinggi (Roy & Byrne, 2002).

Kerapuhan terhadap depresi adalah akibat dari pengaruh interaksi berbagai gen dengan faktor lingkungan seperti kurang berolahraga (NIMH dalam Papalia 2008). Menurut Silverstein dkk.(2001), hasil penelitian menunjukkan bahwa olahraga akan menurunkan perasaan depresi. Akan tetapi, olahraga tidak menjaga terjadinya depresi untuk batas depresi yang sifatnya klinis.

Penelitian oleh Singh A. Dkk (2001) olahraga "*weight-lifting*" efektif mempertahankan sebagai antidepresi selama 20 minggu pada pasien lansia depresi. Perubahan jangka panjang dalam perilaku olahraga adalah tidak akan terjadi pada beberapa pasien yang melakukan olahraga tanpa adanya pengawasan. Oleh karena itu, pemberian olahraga pada pasien depresi tetap memerlukan pengawasan.

Olah raga yang baik dapat mempengaruhi hal-hal berikut yaitu dapat memperlambat proses degenerasi karena perubahan usia, mempermudah untuk menyesuaikan kesehatan jasmani dalam kehidupan (adaptasi), dan fungsi melindungi, yaitu memperbaiki tenaga cadangan dalam fungsinya terhadap bertambahnya tuntutan, misalnya sakit (Nugroho, 2000)

Program olah raga dengan latihan regular dapat menguatkan jantung dan paru-paru serta menurunkan stress. Hal tersebut dapat melindungi diri dari tekanan darah tinggi yang mengeraskan arteri, penyakit jantung osteoporosis, dan diabetes juga dapat membantu mempertahankan kecepatan, stamina,

kekuatan, dan daya tahan serta fungsi dasar lain seperti peredaran darah dan pernafasan. Latihan olah raga regular juga dapat meningkatkan kewaspadaan mental dan performa kognitif, dapat membantu menekan kecemasan dan depresi menengah serta seringkali meningkatkan moral (Agency for Healthcare Research and Quality And CDC dalam Papalia, 2008).

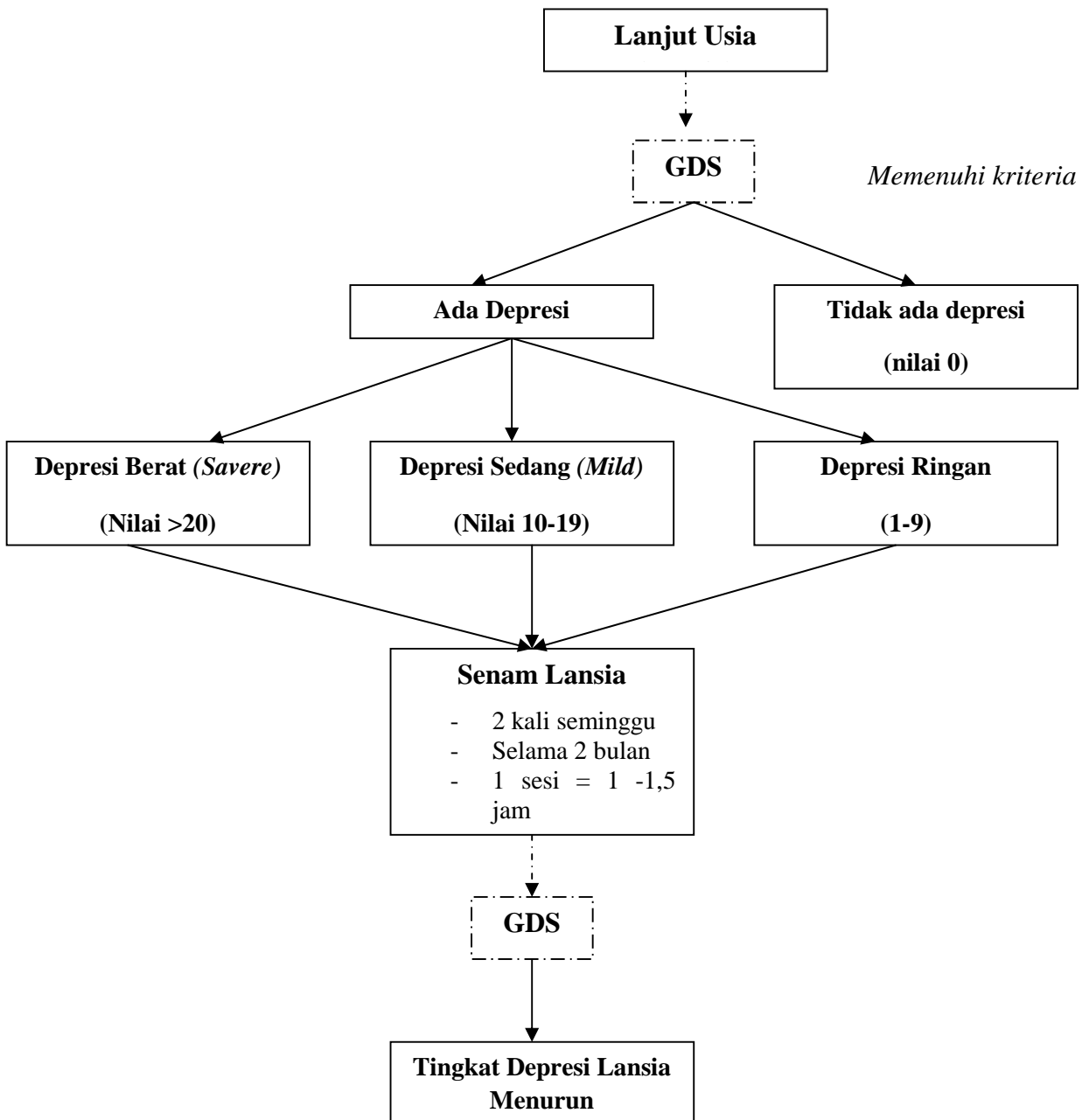
Sebuah penelitian berhasil membuktikan bahwa olah raga dapat memproduksi substansi tertentu yang dapat meningkatkan keadaan *mood* pada pasien depresi mayor dalam waktu singkat (Dimeo dkk., 2001). Beberapa mekanisme olah raga dapat meningkatkan keadaan *mood* pada pasien. Olah raga menghasilkan perubahan konsentrasi biologis molekul aktif diantaranya *adrenocortitrophic hormone*, *cortisol*, *cathecolamines*, *opioid peptides*, dan *cytikines* yang dilaporkan mempunyai efek terhadap *mood* atau berpengaruh pada fisiopatologi gangguan afektif. (Verde TJ; Zerssen dkk dalam Dimeo dkk, 2001).

Hasil sebuah penelitian pada lansia bahwa beberapa bentuk olahraga atau latihan fisik (aerobik), peregangan otot, dan gerakan yang fokus pada tulang bisa berperan penting pada terapi yang bermanfaat pada populasi lansia. Olah raga yang rutin memberikan berbagai efek positif pada fisik misalnya mencegah beberapa penyakit seperti jantung, arthritis, serta meningkatkan kenyamanan saat tidur. Olah raga memberikan keuntungan juga pada keadaan psikologis misalnya, menjaga fungsi kognitif, meringankan depresi, dan meningkatkan kontrol pribadi, dan *self efficacy*. Kegiatan aktivitas fisik atau olah raga terbukti menunjukkan dapat meningkatkan *mood*

pada lansia peserta pelatihan dan dapat mengurangi depresi (Health and Stuart, 2002).

Berbagai penelitian tentang aktivitas fisik dan depresi diatas menunjukkan bahwa aktivitas fisik telah menunjukkan pengaruh yang signifikan dalam rangka menurunkan kondisi depresi baik pada lansia ataupun bukan lansia. Program senam lansia yang dirancang dengan gerakan yang aman dan efektif bagi lansia dimungkinkan sesuai untuk diterapkan dalam rangka menurunkan depresi (www.riainfo.com). Adanya program senam khusus berupa senam lansia tersebut yang memiliki gerakan tertentu dan cocok bagi kondisi lansia diduga dapat efektif dalam rangka langkah kuratif pada keadaan depresi yang sering dialami lansia. Langkah ini penting karena permasalahan pada lanjut usia ini apabila tidak diatasi akan semakin memperburuk dan membahayakan kondisi lansia seperti timbulnya berbagai penyakit fisik, bunuh diri, dan gangguan pada hubungan sosial yang kemudian berpengaruh pada keadaan psikologis.

D. Kerangka Berpikir



Gambar 2. Bagan Kerangka Berpikir Penelitian

E. Hipotesis

Dari tinjauan pustaka yang telah diuraikan di atas diperoleh hipotesis bahwa “ada pengaruh signifikan senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi lanjut usia”.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel–variabel penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut,

1. Variabel bebas : Senam Lansia
2. Variabel terikat : Tingkat Depresi

B. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel-variabel yang ada dalam penelitian ini adalah

1. Variabel bebas : Senam Lansia

Senam lansia adalah senam kebugaran khusus pada lansia yang terdiri dari empat paket A, B, C, dan D sesuai dengan tingkat kebugaran lansia. Paket senam yang diberikan adalah paket B dengan isi yang sesuai dengan kriteria lansia sehat secara fisik yaitu masih mampu mengkoordinasikan anggota tubuh dengan baik. Selanjutnya program senam ini akan diberikan secara rutin, berkala, dan berkelanjutan yaitu selama 2 bulan dengan intensitas 2 kali dalam seminggu. Pemberian senam setiap pertemuan selama 1-1,5 jam yang meliputi gerakan pemanasan (4 latihan), gerakan inti (12 latihan, dilakukan 2 kali), dan gerakan pendinginan (5 latihan). Tiap latihan dilakukan 4 kali masing-masing 8 kali hitungan sesuai paket senam B.

2. Variabel terikat : Tingkat Depresi

Suatu keadaan perasaan yang murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, mudah tersinggung, rasa tidak berdaya, perasaan lelah, perasaan bersalah berlebihan, berkurangnya kemampuan konsentrasi dan berpikir serta kadang muncul keinginan bunuh diri. Gangguan ini dapat mempengaruhi penampilan para lanjut usia baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Pengukuran tingkat depresi usia lanjut menggunakan *Geriatric Depression Scale (GDS)* dari Brink dan Yesavage (1982) terdiri dari 30 item yang berisi aspek sebagai berikut yaitu perubahan pada fisik lansia, penurunan kognitif, merasa terasing atau berbeda, penurunan motivasi, kurangnya orientasi pada masa depan, kurangnya *self esteem* dan rendahnya perasaan atau emosi kemudian diterjemahkan dalam bahasa Indonesia.

Subyek diminta menjawab setiap item dengan ya atau tidak. Setiap item *favorabel* yang dijawab ya mendapat nilai 1 dan Tidak nilai 0 sedangkan item *unfavorabel* dengan poin sebaliknya. Adapun pengkategorian tingkat depresi menurut skala ini adalah normal (0), ringan/laten (nilai 1-9), depresi sedang (nilai 10-19), dan depresi berat (nilai 20-30). Item yang berjumlah 30 pernyataan tersebut kemudian diterjemahkan menjadi 40 item dengan disesuaikan keadaan subjek. Pernyataan favorabel berjumlah 30 item dan unfavaforabel 10 item, adapun nomor item yang menunjukkan favorabel dan nonfavorabel secara lebih lengkap dapat dilihat di tabel blue print berikut,

Tabel 3

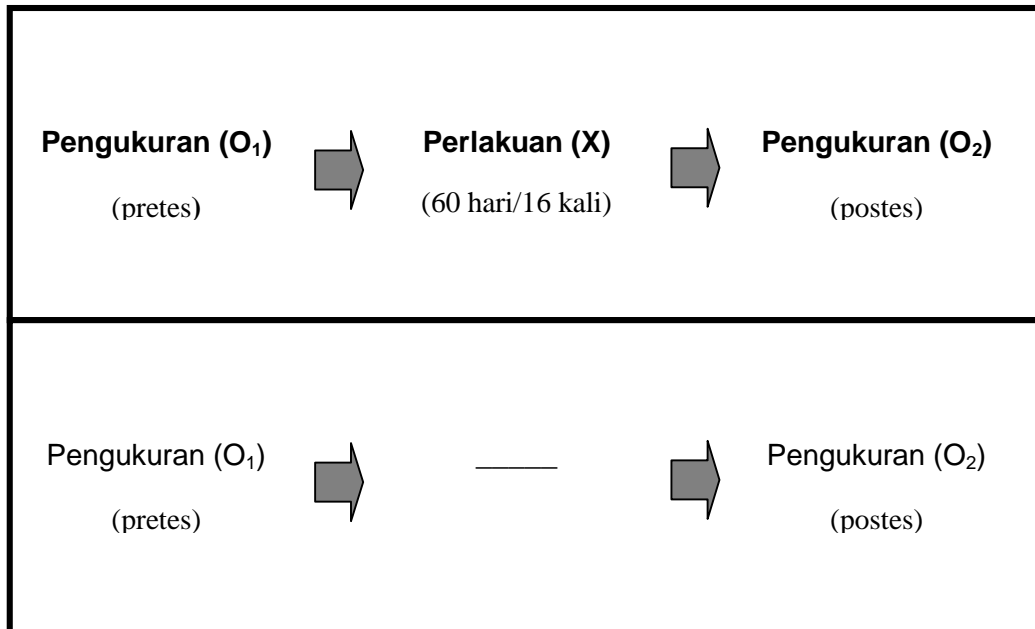
Blue print *Geriatric Depression Scale* pra uji coba

Keterangan	No Item	
Favorabel	2,3,4,6,8,10,11,12,13,14,15,17,18, 19,20,21,22,24,25,27,28,29,30,31, 32,33,35,38,39,40	
Unfavorabel		1,5,7,9,16,23,26,34,36,37
Jumlah	30	10

C. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan suatu *quasi-experimental research* dengan menggunakan model *non randomized pretest-post test control group design*. Rancangan ini merupakan eksperimen yang dilakukan tanpa randomisasi tetapi masih menggunakan kelompok kontrol. Adapun pada desain ini, di awal penelitian dilakukan pengukuran tingkat depresi terhadap variabel tergantung pada kelompok eksperimen. Setelah diberikan perlakuan, dilakukan pengukuran tingkat depresi kembali terhadap variabel tergantung dengan alat ukur yang sama. Sedangkan pada kelompok kontrol dilakukan pengukuran tingkat depresi di awal

dan di akhir dengan tanpa diberi perlakuan. Adapun simbol ilustratif dari desain ini dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 3. Desain Penelitian *Non Randomized Pretest-Post Test Control Group Design*

Prosedur pelaksanaan penelitian yang akan dilaksanakan adalah sebagai berikut:

1. Memberikan pretes dengan skala *Geriatric Depression Scale (GDS)* pada kedua kelompok baik kontrol ataupun eksperimen untuk mengukur tingkat depresi pada lansia. Kemudian subyek digolongkan dalam kriteria norma, depresi laten/ringan, depresi sedang, dan depresi berat. Semua subyek untuk golongan depresi ringan, sedang, dan berat tadi untuk kelompok eksperimen diberikan perlakuan, sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan.

2. Memberikan perlakuan pada kelompok eksperimen yaitu pemberian senam lansia paket B selama 16 kali dalam 60 hari (2 bulan), senam diberikan dengan intensitas 2 kali seminggu. Lamanya pemberian senam adalah 1-1,5 jam.
3. Memberikan postes dengan skala *Geriatric Depression Scale (GDS)* pada kedua kelompok baik kontrol ataupun eksperimen untuk mengukur tingkat depresi pascaperlakuan dan nonperlakuan.
4. Menganalisis hasil perlakuan untuk mengetahui pengaruh perlakuan dan nonperlakuan pada tingkat depresi lansia

D. Subyek Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah kelompok lanjut usia (lansia) di Kecamatan Galur Kabupaten Kulonprogo. Dalam hal ini peneliti mengambil subyek lanjut usia di posyandu dua desa Kecamatan Galur Kabupaten Kulonprogo secara *purposive sampling* yang memiliki karakteristik hampir sama. Kriteria subyek adalah orang lanjut usia baik laki-laki atau perempuan yang memenuhi usia dengan batasan umur 55 tahun atau di atasnya. Subjek merupakan peserta program pembinaan lanjut usia yang dilaksanakan Puskesmas Galur 1 bersama Dinas Kesehatan Kulon Progo. Pada tahap ini mereka sudah digolongkan lanjut usia (lansia) atau masa *preseinium*, memenuhi keadaan sehat fisik masih dapat mengkoordinasikan anggota tubuh dengan baik, tidak mengalami cacat tubuh dan masuk dalam kriteria pengukuran depresi ringan, sedang, dan berat.

Selanjutnya dalam menentukan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dilakukan tanpa *randomisasi*. Hal ini artinya subjek ditunjuk langsung mana yang merupakan kelompok kontrol dan mana kelompok eksperimen.

E. Teknik pengumpulan data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan angket atau skala psikologi. Adapun angket yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala *Geriatric Depression Scale (GDS)* dari Brink dan Yesavage (1982) terdiri dari 30 item kemudian diterjemahkan dalam bahasa Indonesia. Skala GDS dari Yesavage ini mempunyai nilai reliabilitas *Alpha Cronbach* sebesar 0,94 dan validitas *Korelasi Product moment* sebesar $r = 0,82$. (Dowell, 1996).

Dalam *psychometric scale* tersebut disediakan dua pilihan respon atas masing-masing pertanyaan yang diajukan dengan nilai 1 (jawaban ya) dan 0 (jawaban tidak) untuk item favorabel sedangkan item nonfavorabel nilai 0 (jawaban ya) dan nilai 1 (jawaban tidak). Adapun pengkategorian tingkat depresi menurut skala ini adalah normal (0), ringan/laten (nilai 1-9), depresi sedang (nilai 10-19), dan depresi berat (nilai 20-30).

F. Metode Analisis Data

1. Analisis Instrumen

Instrumen *Geriatric Deppression Scale (GDS)* yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia kemudian perlu diuji validitas dan reliabilitas. Oleh karena itu, sebelum digunakan terlebih dahulu dilakukan uji coba instrumen meliputi:

a. Analisis Validitas

Uji validitas dilaksanakan dalam rangka mengetahui tingkat validitas atau kesahihan instrumen. Pengujian instrumen dengan cara mengkorelasikan skor-skor tiap soal dengan skor total. Rumus yang digunakan adalah korelasi *product moment* dari Karl Pearson (Hadi, 2004) digunakan software *SPSS for windows released 14.0 Programme*.

Koefisien korelasi dicari dengan rumus sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{\sum xy}{N \cdot SD_x \cdot SD_y}$$

r_{xy} : koefisien korelasi antara X dan Y

xy : produk dari x kali y

SD_x : standar deviasi dari variabel x

SD_y : standar deviasi dari variabel y

N : jumlah subjek yang diselidiki

Setelah diketahui besarnya r_{xy} hitung, maka dikonsultasikan dengan r tabel. Apabila r hitung sama dengan atau lebih besar dari r tabel maka butir

soal tersebut dinyatakan valid, selanjutnya sebuah instrumen dikatakan valid jika r (produk moment) lebih besar dari 0,3 (Sugiyono,1999)

b. Analisis Reliabilitas

Uji reliabilitas untuk mendapatkan instrumen yang dapat dipercaya. Adapun untuk mengetahui reliabilitas dengan rumus *alpha cronbach* digunakan software *SPSS for windows released 14.0 Programme*.

2. Uji Asumsi

a. Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui apakah sample yang diambil sebagai responden telah memenuhi kriteria sebaran atau distribusi normal. Dalam penelitian ini, uji normalitas yang digunakan adalah uji analisis grafik. pada prinsipnya normalitas dapat dideteksi dengan melihat penyebaran data (titik) pada sumbu diagonal dari grafik atau dengan histogram (Ghazali,2001). Dasar pengambilan keputusan:

- 1) Jika data menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal atau grafik histogramnya menunjukkan pola distribusi normal, grafik memenuhi asumsi normalitas.
- 2) Jika data menyebar jauh dari garis diagonal dan/atau tidak mengikuti arah garis diagonal atau grafik histogram tidak menunjukkan pola distribusi normal, grafik tidak memenuhi asumsi normalitas.

Data yang tidak memenuhi uji asumsi normalitas tidak dapat dilanjutkan dengan pengolahan statistik parametrik sehingga uji data bisa menggunakan statistik non parametrik (Sugiyono,1999). Akan tetapi ada

pengujian statistik yang sifatnya *robust* atau tahan yaitu uji t dan uji F sehingga apabila data tidak memenuhi asumsi normalitas pengujian tetap bisa dilanjutkan dengan catatan penafsiran harus hati-hati.

b. Uji Homogenitas

Uji asumsi homogenitas sebagai prasyarat untuk melakukan uji t. Data yang tidak bervariasi atau data yang homogen memenuhi syarat untuk dilakukan uji t. Adapun uji asumsi homogenitas dengan menggunakan *levene's F test*.

3. Analisis Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini akan diuji dengan menggunakan uji beda rata-rata yaitu *paired sample t-test* dan *independent sample t-test* apabila data yang bersangkutan memenuhi uji asumsi, untuk menganalisis data digunakan software *SPSS for windows released 14.0 Programme*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Persiapan Penelitian

1. Jadwal Penelitian

Penelitian yang berjudul pengaruh senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi pada orang lanjut usia ini dilaksanakan selama hampir 3 bulan dimulai bulan Januari 2009 hingga pertengahan Maret 2009. Penelitian berlangsung di dusun 1 dan dusun 2 Brosot Kecamatan Galur Kabupaten Kulon Progo Yogyakarta. Adapun perincian kegiatan penelitian mulai dari penyusunan alat ukur, *tryout* skala dan validasi alat ukur, survei dan penentuan subjek penelitian, selanjutnya perlakuan senam lansia, sampai dengan analisa hasil penelitian adalah sebagai berikut,

Tabel 4

Jadwal Penelitian

KEGIATAN	BULAN				
	Nov-Des	Jan	Feb	Maret	April
A. Tahap Persiapan					
Persiapan skala	X				
Survei subjek	X				
Tryout skala	X				
Analisis validitas dan reliabilitas	X				

B. Pelaksanaan					
Pretest		X			
Pemberian Senam		X	X	X	
Posttest				X	
C. Tahap Pelaporan					
Analisa hasil penelitian				X	X

2. Deskripsi Subyek Penelitian

Subyek penelitian ini adalah orang lanjut usia di dusun 1 dan dusun 2 Brosot Kecamatan Galur Kabupaten Kulon Progo Yogyakarta, yaitu lansia yang berusia 55-60 tahun dan dalam kondisi masih sehat secara fisik serta dapat berkomunikasi dengan baik dan memenuhi kriteria sebagai subjek penelitian yaitu memenuhi keadaan sehat fisik masih dapat mengkoordinasikan anggota tubuh dengan baik, tidak mengalami cacat tubuh dan masuk dalam kriteria pengukuran depresi ringan, sedang, dan berat.

Penentuan subjek penelitian dibantu oleh pejabat pemerintah dusun setempat yaitu kepala dusun dan beberapa kader. Peneliti mendapat informasi tentang subjek dari data dokumen yang ada di kalurahan yang bersangkutan dan puskesmas setempat yang juga bertugas mendata keadaan lansia di daerah tersebut. Adapun lansia yang dijadikan subjek penelitian adalah sebagai berikut;

Tabel 5

Subjek kelompok eksperimen lansia Dusun 1 Brosot

No	Nama Lansia	Usia	Jenis Kelamin
1	Danu Warsito	60	P
2	Paijem	60	P
3	Sariyem	75	P
4	Karsodimejo	70	L
5	Sumiyem	58	P
6	Sumadiyahana	73	L
7	Gito Widarso	66	L
8	Ry Harwoyo	61	L
9	Budi Prayitno	64	L
10	Mardi Raharja	60	L
11	Indro Prayitno	63	L
12	Subardja	59	L
13	Kasmo Wiyadi	70	L
14	Rubinem	62	P
15	Paniyem	55	P
16	Muhammad Syarif	62	L
17	Marwoto	63	L
18	Sudi Karsono	83	L

19	Hadi Slamet R.	62	L
20	Suratinah	69	P
21	Istinah	67	P
22	Mujiyem	58	P
23	Tugirin	64	L
24	Suratinem	70	P
25	Kasmo Suparto	70	P
26	Maryam	55	P
27	Seneng	55	P
28	Karmiyo	55	L
29	Turmirah	55	P
30	Tugiyem	55	P

Tabel 6

Subjek kelompok kontrol lansia Dusun 2 Brosot

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin
1	Yudhastuti	60	P
2	Marto Utomo	76	L
3	Pawiro Diharjo	90	P
4	Ny AmatDimejo	82	P
5	T. Mardi Suwarna	59	P

6	P. Mardi Suwarna	66	L
7	Karmodiarjo	62	L
8	Ngatinem	60	P
9	Sri Sumaryati	62	P
10	Ny Siswapurwanto	71	P
11	Kromo Wiyarjo	65	P
12	Ngadoeri	71	L
13	Samijo Aris H.	68	L
14	Adi Suprpto	68	L
15	Paridi	59	L
16	Djasmin/Dwijosomarto	62	L
17	Bakri Suwita	76	L
18	Asmo Mulato	70	L
19	Pardjiman	79	L
20	Susanti	58	P
21	Mardi Harjono	60	P
22	Setro Sumanto	70	P
23	Parjiyem	65	P
24	Sutiyah	70	P
25	Partowihardjo Ny.	76	P
26	Ponirah	65	P
27	Wongsosumarto Ny	66	P

28	Juminten	64	P
29	Mangun Dimejo	72	P
30	Marto Dimejo	72	L

3. Persiapan dan Perencanaan Penelitian

Perencanaan pelaksanaan senam lansia bekerja sama dengan Puskesmas Galur 1 sebagai penggerak program senam lansia di kelurahan Brosot Kecamatan Galur. Setelah peneliti mengajukan perijinan penelitian di tingkat kabupaten selanjutnya peneliti menyampaikan surat tembusan ke pihak terkait termasuk Puskesmas Galur 1, kecamatan Galur, pihak kelurahan dan dusun yang dipilih sebagai tempat penelitian. Peneliti mendapatkan bantuan dari Puskesmas Galur 1 berupa informasi mengenai program senam lansia, intrukstur senam, keadaan kondisi kesehatan dan data lansia setempat.

Setelah menentukan subjek penelitian berdasarkan kriteria subjek penelitian, peneliti membagi subjek menjadi kelompok eksperimen dan kontrol. Penentuan kelompok dengan penunjukkan langsung yaitu dusun 1 Brosot sebagai kelompok eksperimen dengan pertimbangan kemudahan dalam pelaksanaan perlakuan senam lansia sedangkan dusun 2 Brosot sebagai kelompok kontrol yang tidak diberi perlakuan. Penunjukkan langsung subjek dengan menggunakan pertimbangan bahwa keadaan lansia di kedua dusun tersebut memiliki karakteristik yang dapat dikatakan sama dilihat dari segi kebiasaan mengisi waktu, aktivitas pokok, tingkat perekonomian, dan mata pencaharian sehari-hari.

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan skala adaptasi *Geriatric Depression Scale (GDS)* dari Brink dan Yesavage. Skala ini sudah teruji validitas dan reliabilitasnya tetapi masih menggunakan bahasa asing yaitu bahasa Inggris. Skala kemudian diterjemahkan dan disesuaikan dengan keadaan subjek yang bersangkutan.

B. Pelaksanaan Penelitian

1. Uji Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur

a. Uji Validitas

Uji validitas melalui dua tahap yaitu untuk menilai validitas tampak dan validitas isi. Pengujian validitas tampak dengan cara mengkonsultasikan dengan ahli bahasa dan dosen pembimbing. Ahli bahasa yang membantu dalam menterjemahkan item adalah saudara Dwi Sri Lestari, S.Pd (S1 bahasa Inggris) dan hasil dari menterjemahkan sudah sesuai dengan arti dalam bahasa Inggris. Jumlah pernyataan dalam skala pra uji validitas dan reliabilitas adalah 40 item. Pengujian dengan menggunakan uji skala terpakai kepada subjek penelitian dan kepada subjek lain yang mempunyai kesamaan karakteristik dengan subjek penelitian. Skala diberikan kepada 90 orang responden untuk melakukan *tryout* item. Adapun hasil uji validitas dengan menggunakan *product moment* menunjukkan jumlah item yang gugur atau mempunyai angka signifikansi kurang dari ($<$) 0,3 berjumlah 5 item yaitu no 5, 16, 26, 35, dan 36. Item yang menunjukkan angka signifikansi lebih dari ($>$) 0,3 berjumlah 35 item.

Tabel 7

Blue print *Geriatric Depression Scale* pasca uji coba

Keterangan	No Item	
Favorabel	2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20,22,23,24,25,26,2 7,28,29,30,33,34,35	
Unfavorabel		1,6,8,21,31,32
Jumlah	29	6

b. Uji Reliabilitas

Skala yang sudah lolos uji validitas kemudian diuji reliabilitasnya dengan menggunakan *Alpha Cronbach*, hasil uji ditunjukkan tabel berikut ini

Tabel 8

Hasil Uji Reliabilitas Item

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.909	.905	35

Nilai *Alpha Cronbach* menunjukkan hasil 0.909 sehingga dapat dikatakan item-item skala memiliki nilai reliabilitas yang tinggi.

2. Pelaksanaan Pengambilan Data Pretes

Pengambilan data pretes dilaksanakan pada tanggal 30 Desember 2009 dan tanggal 1 Januari 2009. Pengambilan data dengan *Geriatric Depression Scale* pada kelompok eksperimen yaitu kelompok lansia di dusun 1 Brosot dengan cara mengundang lansia yang memenuhi kriteria dengan bantuan kepala dusun dan para kader. Subjek kemudian dikumpulkan di rumah kepala dusun Bapak Subardjo. Peneliti menerangkan maksud dari mengumpulkan para lansia tersebut dan memohon kesediaan untuk menjadi subjek dalam penelitian ini. Setelah itu, subjek dimohon mengisi skala sesuai petunjuk yang tersedia. Subjek yang kebetulan tidak membawa kaca mata atau tidak bisa bahasa Indonesia dibantu oleh peneliti dan para kader dengan cara dibacakan dan diterjemahkan dalam bahasa Jawa.

Kelompok lansia dusun 1 Brosot ini akan diberikan perlakuan berupa senam lansia secara rutin selama 2 bulan karena itu, pada kesempatan ini juga menerangkan tentang pelaksanaan senam, memohon kesediaan mengikuti senam secara rutin, dan menentukan hari pelaksanaan senam lansia. Ternyata para lansia tersebut menyambut baik pelaksanaan program senam lansia tersebut. Pada waktu itu subjek yang datang baru berjumlah 20 orang sehingga peneliti meminta bantuan kader untuk menghubungi para lansia yang lain sekaligus memberikan pretest dengan *GDS*. Akhirnya pada hari pelaksanaan senam jumlah lansia yang datang sudah 30 orang lebih.

Pada kelompok kontrol pelaksanaan pretes juga dengan cara mengundang dan mengumpulkan subjek di rumah kadus dusun 2 Brosot yaitu

Bapak Pardjo pada tanggal 1 Januari 2009. Peneliti dibantu dengan ibu kadus memberi pengarahan tentang pengisian skala GDS. Para lansia yang tidak mampu membaca atau tidak mengetahui bahasa Indonesia dibantu dengan membacakan dan menerjemahkan dalam bahasa Jawa. Jumlah lansia yang datang juga kurang dari 30 orang dan akhirnya dibantu kader dan ibu kadus untuk mencari tambahan lansia yang bersedia menjadi subjek penelitian.

3. Pelaksanaan Eksperimen

Pelaksanaan eksperimen dengan cara memberikan program senam lansia selama 2 bulan yaitu 2 kali dalam seminggu. Pelaksanaan perdana pada tanggal 4 Januari 2009 di Gedung PDHI Brosot Galur Kulon Progo pukul 16.00 WIB sampai 17.30 WIB dihadiri lebih dari 40 lansia dan pralansia. Adapun instruktur senam lansia ini adalah Ibu Jirah yang merupakan instruktur di bawah binaan Perwosi Kulon Progo dan Puskesmas Galur 1. Selanjutnya senam lansia dilaksanakan secara rutin pada hari Minggu dan Selasa pukul 16.00-17.30 WIB di Gedung PDHI. Peserta senam ada beberapa yang mengundurkan diri di tengah-tengah perlakuan sehingga peneliti dibantu oleh kader berusaha mengundang warga lansia di dusun tersebut yang belum mengikuti senam lansia karena alasan kurangnya informasi dan keengganan. Peneliti berusaha mengontrol pelaksanaan postes dengan membagi dua pengisian skala untuk posttest. Sesi pertama pengisian oleh subjek yang sudah mengikuti senam dari awal dan jumlah presensi memenuhi sedangkan sesi kedua untuk subjek yang ikut dipertengahan pelaksanaan senam. Ini dilakukan

agar semua subjek dapat memenuhi jumlah senam yang diikuti seperti ketentuan.

Materi senam lansia ini mengambil model senam lansia Paket B 2004 yang isinya sebagai berikut secara umum dan untuk detail gerakan ada pada lampiran,

a. Pemanasan

Tiap nomor latihan dilakukan berulang 4 x 8 hitungan. Pemanasan merupakan gerakan umum (yang melibatkan sebanyak-banyaknya otot dan sendi), dilakukan secara lambat dan hati-hati. Pemanasan biasanya dipadukan dengan peregangan (*stretching*). Sesi ini berlangsung selama kira-kira 10-15 menit. Pemanasan dimaksud untuk mengurangi cedera dan mempersiapkan sel-sel tubuh agar dapat turut serta dalam proses metabolisme yang meningkat. Gerakan pemanasan senam lansia paket B 2004 meliputi,

- 1) Ayun pilin
- 2) Lengan atas
- 3) Tunduk gulir
- 4) Bungkuk gantung

b. Inti

Sesi inti tergantung pada komponen atau faktor yang dilatih maka bentuk latihan tergantung pada faktor fisik. Gerakan senam dilakukan berurutan dan dapat diiringi musik yang disesuaikan dengan gerakan.

Masing masing gerakan dilakukan dalam 4 x 8 hitungan. Adapun isi latihan inti yaitu,

- 1) Leher tengok
- 2) Leher patah
- 3) Putar bahu
- 4) Ayun bungkuk
- 5) Rentang lutut
- 6) Liuk pinggang
- 7) Jalan tepuk
- 8) Tonjok samping
- 9) Rentang bungkuk
- 10) Ngeper rentang
- 11) Flexi atas

c. Pendinginan

Dilakukan secara aktif artinya sehabis latihan inti perlu dilakukan gerakan umum yang ringan sampai suhu tubuh kembali normal yang ditandai dengan pulihnya denyut nadi dan terhentinya keringat. Pendinginan dilakukan seperti pada pemanasan yaitu selama 10-15 menit. Dalam model senam paket B ini bentuk pendinginan berupa latihan pernafasan dengan mengayunkan lengan ke atas dan ke bawah secara rileks, serta berdiri tegak diatas dua kaki.

4. Pelaksanaan Pengambilan Data Postes

Pengambilan data postes dilaksanakan pada bulan Februari sampai dengan awal Maret 2009. Postes pada kelompok eksperimen dilakukan secara bertahap sesuai dengan target jumlah senam yang telah diikuti oleh setiap subjek. Pengambilan data dibantu oleh para kader mulai dari pemberian, membantu mengisi, dan pengumpulan.

Pengambilan data postes pada kelompok kontrol juga dibantu oleh kader dusun 2 Brosot dalam proses penyebaran, pengisian, dan pengumpulan kembali. Pelaksanaan penyebaran sampai pengisian sekitar 2 minggu dengan cara para kader langsung datang ke rumah subyek yang bersangkutan. Para kader yang membantu pengisian skala sebelumnya sudah ditransfer beberapa informasi dari peneliti terkait standarisasi pengisian dan makna dari setiap poin yang ditanyakan. Hal ini dilakukan agar dapat mengontrol variabel luar yang mempengaruhi pengisian skala GDS tersebut. Untuk mengontrol pengambilan data dengan skala GDS agar tidak terjadi bias, peneliti bersama para kader membahas tentang berbagai cara atau norma dalam pengisian skala tersebut. Selain itu, pernyataan-pernyataan yang kurang jelas maknanya dibahas bersama pada sesi sharing kader dan peneliti ini terutama bagaimana membahasakan kepada peserta yang hanya mengetahui bahasa jawa.

C. Hasil Penelitian

1. Hasil Pretes dan Postes

Hasil pretest dan postes dari penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 9

Hasil Pretes dan Postes Kelompok Eksperimen

No	Nama Lansia	Usia	Jenis Kelamin	Pretes	Postes
1	Danu Warsito	60	P	12	8
2	Paijem	60	P	24	10
3	Sariyem	75	P	23	11
4	Karsodimejo	70	L	6	3
5	Sumiyem	58	P	15	19
6	Sumadiyahana	73	L	6	1
7	Gito Widarso	66	L	10	8
8	Ry Harwoyo	61	L	3	6
9	Budi Prayitno	64	L	17	8
10	Mardi Raharja	60	L	3	8
11	Indro Prayitno	63	L	19	20
12	Subardja	59	L	5	15
13	Kasmo Wiyadi	70	L	18	4
14	Rubinem	62	P	15	10
15	Paniyem	55	P	15	20

16	Muhammad Syarif	62	L	3	16
17	Marwoto	63	L	2	1
18	Sudi Karsono	83	L	2	11
19	Hadi Slamet R.	62	L	2	1
20	Suratinah	69	P	3	2
21	Istinah	67	P	1	0
22	Mujiyem	58	P	23	18
23	Tugirin	64	L	14	13
24	Suratinem	70	P	2	7
25	Kasmo Suparto	70	P	6	14
26	Maryam	55	P	5	8
27	Seneng	55	P	1	0
28	Karmiyo	55	L	9	4
29	Turmirah	55	P	1	0
30	Tugiyem	55	P	1	4

Tabel 10

Hasil Pretes dan Postes Kelompok Kontrol

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Pretes	Postes
1	Yudhastuti	60	P	0	0
2	Marto Utomo	76	L	11	19

3	Pawiro Diharjo	90	P	22	29
4	Ny AmatDimejo	82	P	12	16
5	T. Mardi Suwarna	59	P	24	25
6	P. Mardi Suwarna	66	L	23	19
7	Karmodiarjo	62	L	25	22
8	Ngatinem	60	P	23	21
9	Sri Sumaryati	62	P	9	10
10	Ny Siswapurwanto	71	P	1	22
11	Kromo Wiyarjo	65	P	11	21
12	Ngadoeri	71	L	15	3
13	Samijo Aris H.	68	L	2	3
14	Adi Suprpto	68	L	13	9
15	Paridi	59	L	14	17
16	Djasmin/Dwijosomarto	62	L	8	3
17	Bakri Suwita	76	L	15	13
18	Asmo Mulato	70	L	12	13
19	Pardjiman	79	L	11	9
20	Susanti	58	P	3	1
21	Mardi Harjono	60	P	9	3
22	Setro Sumanto	70	P	4	9
23	Parjiyem	65	P	2	11
24	Sutiyah	70	P	7	2

25	Partowihardjo Ny.	76	P	0	2
26	Ponirah	65	P	8	3
27	Wongsosumarto Ny	66	P	12	3
28	Juminten	64	P	20	19
29	Mangun Dimejo	72	P	25	29
30	Marto Dimejo	72	L	20	3

Selanjutnya dari hasil pretest dan postest baik pada kelompok kontrol maupun kelompok eksperimen dicari *gain score* untuk kemudian dilakukan uji t dengan statistik menggunakan SPSS 14.

Tabel 10

Gain Score Kelompok Eksperimen

No	Nama Lansia	Gain Score
1	Danu Warsito	4
2	Paijem	14
3	Sariyem	12
4	Karsodimejo	3
5	Sumiyem	4
6	Sumadiyana	5
7	Gito Widarso	2
8	Ry Harwoyo	3

9	Budi Prayitno	9
10	Mardi Raharja	5
11	Indro Prayitno	1
12	Subardja	10
13	Kasmo Wiyadi	14
14	Rubinem	5
15	Paniyem	5
16	Muhammad Syarif	13
17	Marwoto	1
18	Sudi Karsono	9
19	Hadi Slamet R.	1
20	Suratinah	1
21	Istinah	1
22	Mujiyem	5
23	Tugirin	1
24	Suratinem	5
25	Kasmo Suparto	8
26	Maryam	3
27	Seneng	1
28	Karmiyo	5
29	Turmirah	1
30	Tugiyem	3

Tabel 11
Gain Score Kelompok Kontrol

No	Nama	Gain Score
1	Yudhastuti	0
2	Marto Utomo	8
3	Pawiro Diharjo	7
4	Ny AmatDimejo	4
5	T. Mardi Suwarna	1
6	P. Mardi Suwarna	4
7	Karmodiarjo	3
8	Ngatinem	2
9	Sri Sumaryati	1
10	Ny Siswapurwanto	21
11	Kromo Wiyarjo	10
12	Ngadoeri	12
13	Samijo Aris H.	1
14	Adi Suprpto	4
15	Paridi	3
16	Djasmin/Dwijosomarto	5
17	Bakri Suwita	2
18	Asmo Mulato	1

19	Pardjiman	2
20	Susanti	2
21	Mardi Harjono	6
22	Setro Sumanto	5
23	Parjiyem	9
24	Sutiyah	5
25	Partowihardjo Ny.	2
26	Ponirah	5
27	Wongsosumarto Ny	9
28	Juminten	1
29	Mangun Dimejo	4
30	Marto Dimejo	17

Hasil penelitian menunjukkan data deskriptif tingkat depresi yang dialami oleh subjek penelitian baik kelompok eksperimen ataupun kelompok kontrol. Adapun data deskriptif jumlah dan presentase subjek berdasarkan tingkat depresi yang dialami sebagai berikut;

Tabel 12

Data jumlah subjek kelompok eksperimen berdasarkan tingkat depresi

Tingkat	Ringan	Sedang	Berat	Total
Jumlah	18	9	3	30
Presentase (%)	60 %	30 %	10 %	100 %

Tabel 13

Data jumlah subjek kelompok kontrol berdasarkan tingkat depresi

Tingkat	Ringan	Sedang	Berat	Total
Jumlah	12	10	8	30
Presentase (%)	40 %	33 %	27 %	100 %

Selanjutnya hasil penelitian juga menunjukkan data deskriptif tingkat depresi pada subjek berdasarkan jenis kelamin yaitu sebagai berikut,

Tabel 14

Data deskriptif subjek eksperimen tingkat depresi berdasarkan jenis kelamin

Jumlah L/P	Ringan	Sedang	Berat	Total
Laki-laki	11	5	0	16
Presentase (%)	69 %	31 %	0 %	100 %
Perempuan	7	4	3	14
Presentase (%)	50 %	29 %	21 %	100 %

Tabel 15

Data deskriptif subjek kontrol tingkat depresi berdasarkan jenis kelamin

Jumlah L/P	Ringan	Sedang	Berat	Total
Laki-laki	2	7	3	12
Presentase (%)	17 %	58 %	25 %	100 %
Perempuan	10	3	5	18
Presentase (%)	56 %	17 %	28 %	100 %

2. Uji Asumsi Data

a. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan melihat normal tidaknya penyebaran dari variabel penelitian. Uji ini dilakukan untuk melihat apakah subjek yang dijadikan sampel penelitian benar-benar mewakili populasi. Uji normalitas yang dilakukan dengan analisis grafik. Pengujian dilakukan dengan diagram *P-P Plot of skor*. Hasil uji normalitas dapat dilihat pada grafik pada lampiran.

Grafik garis menunjukkan hasil uji normalitas data, untuk menentukan apakah data memenuhi uji asumsi normalitas sehingga data layak diolah selanjutnya dengan uji t. Grafik garis tersebut menunjukkan bahwa data pada kelompok eksperimen tidak dapat menyebar dengan baik secara normal di sekitar garis 0 sehingga data tidak dapat memenuhi asumsi normalitas. Pada kelompok kontrol grafik menunjukkan data dapat menyebar secara normal sehingga dapat dikatakan memenuhi asumsi normalitas.

Uji normalitas data juga ditunjukkan dengan diagram batang yang ada pada lampiran. Gambar menunjukkan bahwa apabila ditarik garis pada diagram batang tersebut akan membentuk suatu kurva. Data yang normal akan membentuk kurva yang seimbang seperti lonceng. Akan tetapi data pada penelitian ini tidak dapat memenuhi bentuk kurva yang sempurna yang terlihat pada gambar terlampir.

Kondisi diatas menyebabkan terjadi dua kemungkinan yang berbeda pada kedua kelompok penelitian tersebut. Data yang tidak dapat memenuhi uji asumsi berupa *normality test* seharusnya tidak dapat diolah dengan statistik

parametrik. Akan tetapi ada uji statistik yang sifatnya *robust* atau tahan terhadap ketidaknormalan data yaitu *t test* dan *f test* sehingga uji hipotesis parametrik tetap dapat dilanjutkan dengan lebih hati-hati dalam lebih hati-hati dalam menafsirkan.

b. Uji Homogenitas

Uji asumsi homogenitas untuk mengetahui bahwa dalam sampel tersebut tidak terdapat adanya variansi atau dapat dikatakan subjek dalam kondisi homogen. Syarat kedua uji t, data harus memenuhi homogenitas. Uji homogen adalah dengan menggunakan *levene's test*. Hasil uji homogenitas dengan *levene's test* menunjukkan hasil nilai F 0,139 dengan *p value* (signifikansi) 0,711. Angka p lebih besar (>) dari 0,05 maka ada homogenitas pada kelompok subjek tersebut.

3. Uji Hipotesis

Penelitian ini akan mengetahui pengaruh senam lansia terhadap tingkat depresi yang terjadi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Oleh karena itu, pengujian hipotesis dilakukan tiga kali yaitu menguji adakah perbedaan skor pretes dan postes pada kelompok eksperimen, adakah perbedaan skor pretes dan postes pada kelompok kontrol dan menguji perbedaan skor tingkat depresi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan membandingkan *gain* skornya.

Hasil pengujian terhadap perbedaan skor pada kelompok eksperimen ditunjukkan pada tabel berikut

Tabel 16

Hasil uji *t-paired test* pada kelompok eksperimen

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 pretest	8.8667	30	7.56459	1.38110
posttest	8.3333	30	6.32092	1.15404

Paired Samples Test

		Pair 1
		pretest - posttest
Paired Differences	Mean	.53333
	Std. Deviation	6.63706
	Std. Error Mean	1.21176
95% Confidence Interval of the Difference	Lower	-1.94499
	Upper	3.01165
t		.440
df		29
Sig. (2-tailed)		.663

Nilai mean pretes sebesar 8,8667 dan nilai postes sebesar 8,3333, ini menunjukkan adanya sedikit penurunan skor depresi pada kelompok eksperimen setelah diberikan perlakuan berupa senam lansia. Hasil uji *t* menunjukkan nilai *t-paired* sebesar 0,444 dengan *p value* (*sig 2 tailed*) sebesar 0,663. nilai *p value* lebih besar (>) 0,05. Penurunan nilai mean pada kelompok eksperimen tersebut menunjukkan ada perbedaan kondisi depresi pada lansia dilihat dari nilai pretes dan postes. Akan tetapi secara statistik penurunan ini tidak bermakna atau tidak signifikan yang ditunjukkan nilai *p value* sebesar 0,663 yang berarti lebih besar (>) dari 0,05.

Hasil pengujian terhadap perbedaan skor pada kelompok kontrol ditunjukkan pada tabel berikut

Tabel 17

Hasil uji *t-pairedtest* pada kelompok Kontrol

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pretest	12.0333	30	7.89362	1.44117
	posttest	11.9667	30	9.02672	1.64805

Paired Samples Test

		Pair 1
		pretest - posttest
Paired Differences	Mean	.06667
	Std. Deviation	7.17242
	Std. Error Mean	1.30950
95% Confidence Interval of the Difference	Lower	-2.61156
	Upper	2.74489
t		.051
df		29
Sig. (2-tailed)		.960

Nilai mean pretes sebesar 12,0333 dan nilai postes sebesar 11,9667, ini menunjukkan adanya penurunan skor depresi pada kelompok kontrol yang tidak diberikan perlakuan. Hasil uji t menunjukkan nilai *t-paired* sebesar 0,444 dengan *p value(sig 2 tailed)* sebesar 0,960. nilai *p value* lebih besar (>) 0,05 maka perbedaan skor pretes dan postes tidak signifikan.

Hasil pengolahan tersebut menunjukkan bahwa kondisi depresi pada kelompok kontrol dan eksperimen mengalami penurunan nilai mean dari pretes ke postes. Akan tetapi secara statistik penurunan ini tidak bermakna

atau tidak signifikan. Hal ini berarti pemberian senam lansia bukan merupakan satu-satunya faktor yang dapat mempengaruhi kondisi depresi pada lansia.

Selanjutnya untuk mengetahui pengaruh senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi pada kelompok kontrol dan eksperimen adalah dengan cara menguji perbedaan skor (gain skor) pada kelompok kontrol dan eksperimen dengan menggunakan *independent t test* ditunjukkan hasilnya pada tabel berikut,

Tabel 18

Hasil uji *independent t-test* pada kelompok eksperimen dan kontrol

Group Statistics

kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
skor kontrol	30	5.2000	4.84519	.88461
eksperimen	30	5.1333	4.13341	.75465

Independent Samples Test

		skor	
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed
Levene's Test for Equality of Variances	F	.139	
	Sig.	.711	
t-test for Equality of Means	t	.057	.057
	df	58	56.595
	Sig. (2-tailed)	.954	.954
	Mean Difference	.06667	.06667
	Std. Error Difference	1.16277	1.16277
	95% Confidence Interval of the Difference Lower	-2.26087	-2.26210
	Upper	2.39420	2.39543

Setelah data memenuhi uji asumsi seperti yang telah dijelaskan pada bagian uji normalitas dan uji homogenitas diatas, kemudian data diolah dengan uji t. Hasil perhitungan dengan SPSS 14 pada tabel diatas menunjukkan bahwa

mean tingkat depresi pada kelompok kontrol adalah sebesar 5,20 dan pada kelompok eksperimen menunjukkan angka sebesar 5,13. Ini menunjukkan bahwa mean kedua kelompok terdapat penurunan tetapi tidak mencolok antara skor depresi kelompok kontrol dan kelompok eksperimen.

Hasil uji statistik parametrik menunjukkan nilai *p-value* (*Sig 2 tailed*) sebesar 0,954 berarti *p-value* > 0,05 sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Dapat dikatakan bahwa pemberian senam lansia berpengaruh terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia dilihat dari penurunan nilai mean akan tetapi secara statistik tidak signifikan.

D. Pembahasan

Pembuktian hipotesis penelitian dilakukan dengan menguji perbedaan skor pretest dan posttest pada masing-masing kelompok kontrol dan eksperimen serta menguji gain skor antara kelompok eksperimen dan kontrol. Hasil uji beda pretes dan postes pada masing-masing kelompok baik eksperimen maupun kontrol dengan *paired t-test* dapat dilihat pada tabel 11 dan 12 diatas. Data diatas menunjukkan pada kedua kelompok terdapat penurunan tingkat depresi dilihat dari penurunan mean. Akan tetapi perbedaan tersebut tidak signifikan atau tidak bermakna secara statistik. Penurunan terjadi pada kedua kelompok baik yang diberikan senam lansia ataupun tidak sehingga pengaruh senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi tidak terlihat disini.

Hasil uji beda gain skor antara kelompok eksperimen dan kontrol dengan menggunakan *Independent t-test*, dapat dilihat di tabel 13 menunjukkan nilai *p-*

value (*Asymp.Sig 2 tailed*) sebesar 0,954 berarti *p-value* > 0,05 sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Hasil perhitungan mean skor tingkat depresi menunjukkan perbedaan antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen yaitu sebesar 5,20 untuk kontrol dan 5,13 eksperimen yang berarti terjadi sedikit penurunan terhadap tingkat depresi lansia. Akan tetapi penurunan ini tidak signifikan dilihat dari *p value*.

Berbagai penelitian sebelumnya tentang pengaruh olah raga fisik dalam hal ini senam dengan tingkat depresi memang masih menunjukkan perbedaan hasil. Ada beberapa penelitian yang menunjukkan hasil yang signifikan seperti pada penelitian berikut ini. Penelitian Folkins (1986) olah raga merupakan aktivitas fisik yang diduga dapat meningkatkan kondisi *mood* ke arah positif. Sebuah penelitian pada 36 laki-laki dewasa dengan kondisi depresi dan penyakit fisik menunjukkan bahwa peningkatan aktivitas fisik yang teratur dalam hal ini olah raga menunjukkan penurunan pada dua kondisi *mood* yaitu kecemasan dan depresi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Dimeo dkk. (2001) bahwa olah raga tertentu (program olah raga tertentu) dapat menghasilkan substansi yang meningkatkan *mood* pada pasien dengan mayor depresi dalam waktu singkat.

Sebaliknya ditemukan pula penelitian lain yang tidak menunjukkan angka yang signifikan pengaruh variabel bebas terhadap variabel tergantung. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Getty dan William (1986), penelitian ini menunjukkan tidak terjadi perubahan yang signifikan terhadap kondisi *mood* subyek yang diberikan olah raga dibandingkan dengan peningkatan keadaan *mood* pada subyek kontrol yang diberikan placebo berupa games. Penelitian lain oleh

Brittle dkk. (2008) pada 30 orang lansia yang berada di rumah perawatan dan mengalami depresi berat. Subjek diberikan terapi olahraga yang diduga dapat menurunkan tingkat depresi. Pengukuran dilakukan selama 3 kali awal, tengah, dan akhir perlakuan. Beberapa subjek mengundurkan diri dari pemberian perlakuan. Hasil akhir menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan. Adanya fenomena yang menunjukkan hasil penelitian yang berbeda-beda tersebut dikemukakan Dimeo (2001) bahwa telah banyak publikasi tentang efek positif olah raga terhadap depresi akan tetapi validitas dari kesimpulan terhambat pada masalah metodologi. Beberapa penelitian tidak melaporkan tipe gerakan fisik, intensitas atau frekuensi latihan fisik sebagai intervensi terapi.

Penelitian ini berusaha mengontrol sebaik mungkin pelaksanaan senam lansia yang meliputi pola-pola gerakan fisik yang sudah tersusun sesuai tingkat kebugaran lansia, frekuensi senam, durasi, dan intensitasnya. Akan tetapi dalam pelaksanaannya masih banyak faktor-faktor luar yang mempengaruhi hasil penelitian. Adapun faktor-faktor tersebut berasal dari beberapa sumber yaitu dari subjek penelitian, dari proses pengisian skala, pelaksanaan program senam lansia dan pengaruh lingkungan dalam pelaksanaan program senam lansia paket B 2004 ini.

Tabel 19

Faktor – faktor kondisional di lapangan yang diperkirakan mempengaruhi hasil penelitian

Faktor	Fenomena Lapangan
A. Subjek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keaktifan subjek menghadiri senam lansia 2. Keajegan subjek melakukan gerakan senam lansia 3. Subjek kurang bisa mengikuti gerakan senam, masih adaptasi dengan gerakan, kurang sempurna dalam melakukan gerakan. 4. Faktor luar penyebab depresi yang tidak dapat dikontrol melalui program senam lansia, misalnya kehidupan subjek sehari-hari yang berbeda-beda baik pada kelompok kontrol maupun eksperimen, kondisi kesehatan subjek selama masa senam lansia, aktivitas subjek sehari-hari, cara subjek melakukan coping stres dan masih banyak lagi.
B. Proses Pengambilan data dengan GDS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proses pengisian mengalami hambatan bahasa, sebagian subjek hanya bisa berbahasa jawa 2. Tidak semua angket dapat dibacakan langsung oleh peneliti, sebagian dibacakan oleh kader

	<p>walaupun sebelumnya sudah mentransfer informasi dan norma pengisian skala tersebut tetapi kemungkinan masih terdapat ketidakseragaman.</p> <p>3. Subjek menjawab angket terkadang kurang sesuai keadaan diri sebenarnya, ini dilihat dari waktu mengerjakan yang sangat cepat, tidak percaya diri dengan jawabannya dan menanyakan jawaban orang lain, tidak ada proses mengingat pengalaman sendiri, serta ada yang ragu-ragu dalam menjawab saat pertanyaan dibacakan.</p> <p>4. Gejala-gejala depresi pada lansia kadang tidak diakui sebagai gangguan karena pada umumnya lansia menganggap gejala tersebut hal yang tidak baik untuk diakui terkadang dirasakan malu dan terkadang gejala tersebut hal yang sudah sangat biasa dialami sehingga tidak dianggap sebagai gangguan.</p> <p>5. Suasana pada waktu mengisi angket tidak kondusif dan tidak sama antara pretes dan postes karena pada waktu pretes mengisi di satu tempat secara bersamaan, pada postes diantar ke rumah subjek.</p>
--	--

<p>C. Proses pelaksanaan senam lansia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gerakan-gerakan baru dalam senam sulit diikuti oleh peserta 2. Beberapa kali ada gerakan tambahan yang diberikan oleh instruktur sehingga tidak sesuai dengan panduan senam paket B 3. Instruktur memberikan contoh terlalu cepat 4. Alat pendukung tape dan kaset kadang mengalami gangguan sehingga sesi senam dihentikan sejenak kemudian dimulai lagi setelah dapat diperbaiki, ini terjadi sekitar 5 kali pelaksanaan senam
<p>D. Lingkungan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan tempat tinggal subjek yang tidak seragam misalnya jenis kegiatan sehari-hari sehingga variabel luar belum dapat dikontrol sepenuhnya 2. Perubahan aktivitas subjek di pedesaan sepanjang rentang kehidupannya rata-rata tidak terlalu drastis, berbeda dengan aktivitas masyarakat di luar pedesaan sehingga kondisi depresi tidak mencolok.

Data- data kondisional yang disebutkan diatas didukung hasil data kualitatif yang didapat dari hasil evaluasi pada waktu pelaksanaan program senam. Data

kualitatif yang didapatkan peneliti dari hasil evaluasi pada waktu akhir pelaksanaan senam adalah sebagai berikut;

Tabel 19

Data kualitatif jawaban evaluasi subjek yang mengikuti senam lansia

No	Pertanyaan	Rata-rata jawaban
1.	Bagaimana perasaan Saudara setelah mengikuti senam lansia selama \pm 2 bulan?	Rata-rata subjek menjawab merasa senang mengikuti senam
2.	Bagaimana kondisi fisik Saudara setelah mengikuti senam lansia selama \pm 2 bulan?	Rata –rata subjek menjawab fisik menjadi bertambah segar terutama ketika bangun tidur, ada juga yang menjawab biasa saja, dan tidak ada yang menjawab menjadi sakit.
3.	Manfaat apa yang saudara rasakan selama mengikuti senam lansia \pm 2 bulan?	Subjek banyak menyebutkan manfaat dari segi fisik seperti merasa segar di badan dan jarang merasa lelah dan pusing lagi
4.	Apakah Saudara mengalami hambatan dalam mengikuti gerakan senam lansia ini?	Beberapa subjek menjawab ada hambatan dan sebagian lagi tidak mengalami hambatan berarti
5.	Hambatan-hambatan apa saja yang saudara rasakan selama mengikuti	Subjek yang menjawab mengalami hambatan terutama dalam mengikuti

	senam lansia?	gerakan baru yang terlalu cepat, belum mampu menghafal gerakan senam, dan kadang tidak dapat datang secara rutin
6.	Apakah Anda tetap akan mengikuti kegiatan senam lansia secara rutin?	Semua subjek yang mengisi lembar evaluasi menjawab akan mengikuti senam secara rutin

Data kualitatif dari tabel 19 diatas menunjukkan bahwa senam lansia yang dilaksanakan tetap memberikan pengaruh positif pada kondisi *mood* subjek karena rata-rata subjek menjawab merasa senang setelah mengikuti kegiatan senam. Hal ini secara psikologis menunjukkan kenaikan yang positif dari kondisi depresi yang menunjukkan gejala sering merasa sedih tanpa sebab dan terkadang tidak mampu merasa senang dalam lingkungan apapun. Bukti lain peningkatan keadaan subjek menjadi positif ditunjukkan juga oleh kondisi fisik lansia yang rata-rata merasa lebih segar terutama ketika bangun tidur. Walaupun secara statistik senam tidak memberikan pengaruh signifikan terhadap penurunan tingkat depresi, tetapi secara kualitatif menunjukkan pengaruh dilihat dari perubahan perasaan atau suasana hati dan keadaan fisik subjek.

Pemberian perlakuan senam lansia secara rutin dan terkontrol ternyata tidak memberikan hasil yang signifikan secara statistik terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia. Hal ini diduga disebabkan oleh berbagai faktor pada tabel 18 yang menunjukkan faktor kondisional dan tabel 19 terutama pada evaluasi

hambatan yang dialami dalam pelaksanaan senam lansia serta didukung faktor-faktor lain yang bersifat individual yang melatarbelakangi kondisi depresi masing-masing individu. Faktor-faktor penyebab depresi menurut Durand & Barlow (2003) sebagai berikut; pertama, dimensi biologis yaitu pengaruh prevalensi keluarga yang memiliki anggota pernah mengalami depresi ada kemungkinan dialami juga oleh anggota keluarga yang lain; kedua, dimensi psikologis meliputi peristiwa lingkungan yang *stressfull*, *learned helplessness* yaitu orang menjadi cemas dan depresi ketika membuat atribusi bahwa mereka tidak memiliki kontrol atas stres dalam kehidupannya, dan *negative cognitive style* yaitu adanya pikiran negatif atas suatu fenomena yang sudah terpola atau menjadi gaya hidup; ketiga, dimensi sosial kultural yang meliputi berbagai masalah sosial misalnya hubungan interpersonal, hubungan dengan keluarga, dukungan sosial, dan pengaruh budaya setempat.

Faktor-faktor penyebab depresi tersebut tidak dapat secara sempurna dikontrol pada penelitian ini. Jumlah pertemuan yang berlangsung selama 16 kali belum dapat memberikan hasil yang signifikan terhadap penurunan tingkat depresi, bahkan ada beberapa subjek yang diberikan perlakuan mengalami peningkatan skor depresi pada pengukuran posttest. Kondisi ini terjadi juga pada kelompok kontrol yang tidak diberikan perlakuan ternyata ada beberapa subjek yang mengalami penurunan, kondisi tetap, ataupun kenaikan skor tingkat depresi. Pengontrolan terhadap variabel luar dapat dilakukan selama subjek mengikuti senam saja sedangkan saat subjek di luar atau di lingkungan tempat tinggal, peneliti tidak dapat melakukan intervensi yang berarti. Dimensi biologis,

sosiologis, dan kultural berpengaruh secara kompleks terhadap terjadinya fluktuasi depresi terutama pada saat kondisi subjek tidak dapat terkontrol.

Pada lansia terjadi perubahan hidup yang drastis yaitu dari kehidupan yang penuh aktivitas ke arah kehidupan yang cenderung sedikit aktivitas terutama masalah pekerjaan. Latihan atau *exercise* sangat penting untuk menghindari perubahan yang tiba-tiba dan gaya hidup aktif ke gaya hidup sederhana. Menurut Scotch yang dikutip oleh Darmojo (dalam www.riauinfo.com), kaum lansia akan mengalami stres karena perubahan secara drastis dan kesedihan yang sangat, serta kehinaan dari akibat perubahan pola hidup tersebut. Kondisi subjek penelitian ternyata tidak semua menunjukkan kondisi buruk seperti dalam pendapat di atas. Kehidupan subjek penelitian yang berada di pedesaan memungkinkan subjek lebih berada dalam keadaan tenang dalam artian perubahan hidup yang terlalu drastis tidak terjadi pada kelompok masyarakat ini. Hal ini dapat dilihat dari jenis pekerjaan atau jenis aktivitas yang dilakukan oleh lansia tidak banyak mengalami perubahan dari masa sebelum lansia. Hanya beberapa subjek yang mengalami guncangan kehidupan seperti mengalami sakit atau ditinggal oleh orang-orang terdekat.

Kondisi yang tenang tersebut menyebabkan rata-rata subjek baik pada kelompok kontrol ataupun eksperimen berada dalam kondisi depresi sedang dan ringan. Ini ditunjukkan pada deskripsi subjek mengenai tingkat depresi yaitu pada kelompok eksperimen subjek yang mengalami depresi ringan 60 %, depresi sedang 30 %, dan yang mengalami depresi berat hanya terdapat 10 %. Kemudian pada kelompok kontrol subjek yang mengalami depresi ringan 40 %, depresi

sedang 33%, dan depresi berat 27 % (dalam tabel 12 dan 13). Sedangkan perbedaan tingkat depresi berdasarkan jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan yang mencolok seperti yang terlihat pada tabel 13 dan 14

Pada umumnya penelitian di luar negeri seringkali dilakukan dengan mengambil sampel lansia yang berada dalam *home care* (rumah perawatan) dengan kondisi depresi rata-rata berat. Penelitian Dimeo dkk (2001) terhadap 11 pasien yang berada di *home care* (rumah perawatan) yang terdiri dari 5 pria dan 7 wanita dengan mayor depresi berdasarkan episode depresi dari DSM IV. Setelah mengikuti olahraga rutin selama 30 menit setiap hari dalam 10 hari berturut-turut menunjukkan hasil yang signifikan terhadap penurunan depresi. Kondisi tingkat depresi pada subjek penelitian diduga juga berpengaruh terhadap hasil pemberian perlakuan senam lansia. Selain itu, kondisi lingkungan tempat tinggal diduga juga mempengaruhi hasil dari pemberian perlakuan olah raga dalam penelitian ini, serta disebabkan faktor lain seperti yang diuraikan dalam tabel fenomena lapangan diatas.

Olahraga dalam hal ini senam lansia memberikan manfaat pada pembentukan kondisi *mood* yang lebih baik sehingga lansia yang rutin mengikuti kegiatan olahraga akan senantiasa dalam kondisi perasaan yang nyaman. Kondisi perasaan yang nyaman menjadikan individu dapat mengoptimalkan proses mental yang berfungsi dan berpengaruh pula pada kemampuan individu menghadapi setiap permasalahan yang dapat menimbulkan depresi. Hal ini menjadi penting karena dalam proses penurunan depresi, faktor-faktor individual pada masing-masing individu yang kerjanya dipengaruhi proses mental juga berperan. Oleh

karena itu olahraga dalam hal ini senam lansia tetap memberikan peranan pada perubahan keadaan depresi individu walaupun masih tetap ada faktor-faktor lain yang mempengaruhi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi di dusun 1 Brosot Galur Kulon Progo tersebut dapat disimpulkan sebagai berikut,

1. Terdapat perbedaan mean pretes dan postes pada kelompok eksperimen yaitu sebesar 8,867 untuk pretest dan sebesar 8,333 untuk posttest yang menunjukkan terjadi sedikit penurunan tingkat depresi setelah pemberian senam lansia akan tetapi nilai t 0,440 dengan p value sebesar 0,663 lebih besar ($>$) dari 0,05 sehingga perbedaan tersebut tidak signifikan.
2. Terdapat perbedaan mean pretes dan postes pada kelompok kontrol yaitu sebesar 12,033 untuk pretest dan sebesar 11,967 untuk posttest yang menunjukkan terjadi sedikit penurunan tingkat depresi akan tetapi nilai t 0,051 dengan p value 0,960 lebih besar ($>$) dari 0,05 sehingga perbedaan tersebut tidak signifikan.
3. Terdapat perbedaan skor pada kelompok eksperimen dan kontrol yaitu sebesar 5,20 untuk kelompok kontrol dan sebesar 5,133 untuk kelompok eksperimen yang menunjukkan terjadi sedikit penurunan tingkat depresi pada kelompok eksperimen yang diberikan senam lansia akan tetapi nilai t 0,057 dengan p value 0,954 lebih besar ($>$) dari 0,05 sehingga penurunan tersebut tidak signifikan.

B. Saran

1. Bagi lansia

Apabila melihat atau mengambil manfaat dari senam lansia yang dilaksanakan secara rutin, sebaiknya subjek lansia tetap secara rutin dan dapat mengikuti gerakan senam lansia secara sungguh-sungguh agar mendapatkan hasil yang optimal terhadap kondisi positif lansia. Hal ini didukung bahwa senam lansia tetap dapat meningkatkan kebugaran lansia serta kondisi psikologis ini terlihat dari beberapa pendapat peserta senam lansia yang menanggapi positif terhadap perubahan fisik dan psikis pasca mengikuti senam lansia secara rutin. Selain itu, terkait dengan faktor-faktor lain dalam menurunkan depresi, senam lansia tetap memiliki fungsi dalam rangka meningkatkan kondisi *mood* yaitu perasaan nyaman.

2. Bagi masyarakat yang terlibat

Secara psikologis senam memberikan peranan pada perubahan *mood* kearah yang lebih positif, menekan kecemasan, menimbulkan suasana nyaman, dan mencegah depresi. Oleh karena itu masyarakat yang berperan dalam pelaksanaan program ini tetap perlu mengawasi jalannya senam lansia misalnya, pihak puskesmas yang menggalakkan senam lansia dengan dibantu para kader posyandu lansia sebaiknya lebih mengintensifkan pelaksanaan senam yaitu 2-3 kali dalam seminggu serta mengontrol keikutsertaan para lansia tersebut agar kondisi yang diinginkan tercapai. Selain itu, para kader sebaiknya memberikan pemahaman tentang manfaat senam lansia tersebut agar timbul dalam diri lansia untuk mengikuti senam secara rutin dengan

sendirinya. Pelaksanaan senam lansia juga perlu dikontrol sebaik mungkin dari pengaruh luar misalnya teknik pelaksanaan agar tidak mengganggu proses pelaksanaan.

3. Bagi psikolog

Senam lansia merupakan salah satu penanganan dalam mencegah dan mengurangi terjadinya depresi yaitu berpengaruh pada perubahan *mood* menjadi lebih positif, menekan kecemasan, menimbulkan suasana nyaman dan mencegah depresi. Akan tetapi senam lansia tidak cukup untuk mencegah dan menghadapi kondisi sepenuhnya sehingga diperlukan penanganan psikologis terutama oleh para psikolog dengan cara mencegah kemungkinan depresi ataupun menurunkan bagi yang sudah mengalami depresi. Penanganan yang dapat diberikan meliputi,

- a. Promotif, dengan cara memberikan penyuluhan kepada lansia mengenai berbagai masalah tentang lanjut usia dan bagaimana perlunya menghadapi masa lansia agar sehat fisik dan mental.
- b. Preventif, dengan cara mengadakan tindakan yang dapat mencegah timbulnya depresi misalnya, pelatihan proses mental agar tidak mudah mengalami depresi atau pelatihan strategi *coping* terhadap permasalahan yang dapat memicu depresi sehingga lansia yang sudah mengalami depresi ringan tidak menjadi semakin berat.
- c. Kuratif, dengan memberikan penanganan psikologis pada penderita depresi sedang maupun berat disamping terapi farmako dan perawatan yang sedang dijalani. Penanganan yang diberikan misalnya dengan

memberikan psikoterapi, terapi kognitif, pendampingan lansia depresi, pemberian terapi relaksasi dan aktivitas fisik dan tindakan yang lainnya

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebaiknya penelitian selanjutnya mengenai pengaruh senam lansia terhadap penurunan tingkat depresi dilakukan dengan mengambil sampel yang kondisi lingkungan dapat terkontrol dengan baik misalnya subjek lansia yang berada di *home care* dan memperhatikan berbagai faktor yang mempengaruhi depresi. Peneliti selanjutnya sebaiknya juga memperhatikan tingkat depresi yang dialami subjek apakah berada dalam kondisi ringan, sedang, atau berat agar penurunan yang terjadi lebih dapat teramati. Apabila mengambil tingkat depresi berat dan sedang, dimungkinkan hasil penurunan tingkat depresi lebih terlihat daripada mengambil subjek dengan depresi ringan. Perlu diperhatikan bahwa subjek dalam kondisi depresi berat sebaiknya masih bisa melakukan *Activity Daily Living* dengan baik sehingga masih mampu melakukan aktivitas fisik.

Apabila peneliti selanjutnya memilih subjek di posyandu lansia sebaiknya dengan random sehingga kondisi yang diinginkan bebas bias penelitian dan sebaiknya memperketat kontrol terhadap variabel luar yang mempengaruhi jalannya pelaksanaan senam lansia. Pengaruh aktivitas subjek berdasarkan kondisi lingkungan tempat tinggal sebaiknya juga diperhatikan misalnya kondisi perkotaan atau pedesaan ataupun membandingkan antara kedua kondisi tersebut. Selain itu, penelitian selanjutnya diharapkan dapat

menemukan faktor-faktor lain selain senam lansia yang dapat mempengaruhi penurunan depresi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aan. Senam Bugar Lansia oleh Dra Hj Mamik S. *www.aanyogya.wordpress.com*. Diakses tanggal 4 Mei 2008.
- Anonim. 2001. Depresi. *www.e-psikologi.com*. Diakses tanggal 4 November 2008 Pukul 19.05.
- Anonim. Depresi. *www.wikipedia.com*. Diakses tanggal 4 November 2008 Pukul 19.20.
- Anonim. 2006. Hari Ini Senam Aerobic Se-Sumatra Dibuka. *www.riauinfo.com*. Diakses tanggal 4 November 2008 Pukul 16.09.
- Anonim. Pelaksanaan Senam Lansia. *www.kesrepo.com*. Diakses tanggal 13 Mei 2008.
- Anonim. Senam lansia: Pilihan Utama Usia lanjut. *www.Jambi Independent.com*. Diakses tanggal 13 Mei 2008.
- APA. 2005. *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder 4th Edition (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Beck A.T., 1985. *Depression, Causes, and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BPS. *www.demografi.bps.go.id*. Statistik Indonesia. Diakses tanggal 5 Januari 2009. Pukul 13.30 WIB.
- Dep.Kes.RI. 1989. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Direktorat Bina Kesehatan Keluarga.
- Dep.Kes.RI. 1998. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Direktorat Bina Kesehatan Keluarga.
- Dewi, Susi Y., Danardi, Dharmono, S., Heriawan, C., Aries, W., Ariawan, Iwan. 2007. Faktor Risiko yang Berperan terhadap Terjadinya Depresi pada Pasien Geriatri yang Dirawat di RS Dr. Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Cermin Dunia Kedokteran*. vol. 34 no. 3/156.
- Dimeo, F., Bauer, M., Varahram, I., Proest, G., and Halter, U. 2001. Benefit from Aerobic Exercise Inpatient With Major Depression: A Pilot Study. *British Journal of Sport Medicine*. 35: 114-117.

- Dowell, Mc.Lan. dan Newell, Claire. 1996. *A Guide to Rating Scale and Questionnaires 2nd editions*. New York: Oxford University Perss.
- Durand, V Mark and Barlow, David H. 2003. *Essensial Of Abnormal Psychology 3rd*. Canada: Thomson Learning Academic Resource Center.
- Folkins CH. 1976. Effect of Physical Training on Mood. *Journal of Clinical Psychology NCBI*. April 32 (2): 385-388..
- Ghazali, Imam.2001. *Aplikasi analisis multivariate dengan program SPSS*.
- Hadi, Sutrisno. 1987. *Metodologi Research Jilid III*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Hardita, I Wayan. Senam Lansia, Olahraga dan Seks. *www.balipost.co.id*. edisi Minggu 23 Mei 2004. Diakses tanggal 14 Mei 2008.
- Hawari, Dadang. 2007. *Sejahtera di Usia Senja Dimensi Psikoreligi pada Lanjut Usia (Lansia)*. Jakarta: FKUI.
- Hawari, dadang. 2006. *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: FK UI.
- Health, JM and Stuart, MR. 2002. Benefit of Exercise for Frail Elder. *Journal of American Board of Family*. Vol 15(3): 218-228.
- Health, JM and Stuart, MR. 2002. Benefit of Exercise for Frail Elder. *Journal of American Board of Family*. Vol 15(3): 218-228.
- Hemas, GKR. 2004. *CD Senam Bugar Lansia Awara 2004 Paket B*. Yogyakarta: Perwosi
- Holmes, D. 1991. *Abnormal Psychology*. New York: Harper Collins Publishers, inc.
- Hurlock, Elizabeth B., 2004. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga.
- Idrus, Faisal. 2007. Depresi pada Penyakit Parkinson. *Jurnal Cermin Dunia Kedokteran*. vol. 34 no. 3/156.
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. 1995. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*. Philadelphia: Williams ang Wilkins.
- Kilpatrick, Katherine. 2004. The Important of Exercise in the Elderly. *The Canadian Journal of CME*. Queen's University Geriatric. Bulan Oktober 2003 Halaman 65-68.

- Maramis, WF., 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, Rusdi. 2001. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III*. Jakarta: FK Unika Atma Jaya.
- Mayer, Robert G. And Salmon, Paul. 1984. *Abnormal Psychology*. New York: University Of Louisville Press.
- Myers, A. And Hanson, Christine H. 2002. *Experimental Psychology*. USA: Wasworth Thomson Learning.
- Nevid, S., Rathus, S., Greene, B. 2003. *Psikologi Abnormal jilid 1*. Erlangga: Jakarta.
- Nevid, S., Rathus, S., Greene, B. 2003. *Psikologi Abnormal jilid 2*. Erlangga: Jakarta.
- Nolen, Susan dan Hoeksema. 2001. *Abnormal Psychology*. USA Univ. Michigan: McGraw Hill.
- Nuhriawangsa, I., Sudiyanto, A. 2008. *Psikiatri Geriatri. Makalah Seminar*. tidak diterbitkan. Surakarta: Fakultas Kedokteran UNS.
- Nugroho, Wahyudi. 2000. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Papalia, Diane E; Old, Sally W.; Feldman, Ruth D. 2008. *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Palestin, Bondan. 2006. Pengaruh Umur, Depresi dan Demensia Terhadap Disabilitas Fungsional Lansia (Adaptasi Model Sistem Neuman). *Jurnal Keperawatan dan Penelitian Kesehatan*. Vol 1. 11.
- Perwosi. 2004. *Kumpulan Materi TOT SBL 2004 (Training Of Trainer Senam Bugar Lansia)*. Yogyakarta: Pengda Perwosi dan TP PKK.
- Rustika. 2001. ITB Central Library. Determinan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL) Penduduk Usia Lanjut (Analisis Data Susenas 1995). www.digilib.itb.ac.id. Diakses tanggal 4 Mei 2008.
- Rodriguez, Helen. Brathwaite, Dollie. Dorsey, Sherrita. 2002. Depression and social support in elderly population: a study of rural South African elders. *The ABNF Journal*. Vol March-April 2002.

- Roy, Peter and Byrne. 2002. Antidepressant Effects of Exercise in the Elderly. *Journal Watch Psychiatry*. www.psychiatry.jwatch.org. 5 Juni Tahun 2002.
- Santrock, John W. 1995. Life Span Development: Perkembangan Masa Hidup jilid 2. Jakarta: Erlangga.
- Singh, Nalin A.; Clement, Karen M.; and Singh, Maria A. F. 2001. The Efficacy of Exercise as a Long-term Antidepressant in Elderly Subjects. *The Journals of Gerontology Series A*. www.biomed.gerontologyjournals.org. Volume 56 Hal. 497-504 Tahun 2001.
- Silverstein, Donna K.; Connor, E.B.; Corbeau, C. 2001. cross-sectional and Prospective Study of Exercise and Depressed Mood in the Elderly. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 153, No. 6 Hal: 596-603.
- Stuart, G.W., Sunden, S.J. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 1999. *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Suhartini, Ratna. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terhadap Kemandirian Lanjut Usia. *Skripsi*. www.danamandiri.or.id. Surabaya: F. Psikologi Unair. 4 Mei 2008.
- Susilowati, Nunuk. 1998. Hubungan Antara Depresi dengan Tingkah Laku Koping Pada Masa Lanjut Usia. *Skripsi*. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Tim Bugar Jasmani FKUI. 2008. *Indonesia Sehat Indonesia Bugar. Seri Buku Latihan Jasmani* untuk Perempuan dan Anak-anak. Jakarta: FKUI.
- William JM. And Getty D. 1986. Effect of Level of Exercise on Psychological Mood States, Physical Fitness and Plasma Beta-Endorphin. *Journal Perceptual an Motorskill*. Desember 63 (3): 1099-1105.
- Yeh, Shu-Chuan Jennifer and Lo, Sing Kai. 2004. Living Alone, Social Support, And Feeling Lonely Among Elderly. *Journal of Social Behavior and Personality Proquest Company*. Vol 1 tahun 2004.

