

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam Bab ini peneliti akan membahas tentang konsep lansia, konsep depresi serta konsep terapi tertawa.

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian dan Batasan Lanjut Usia

Lansia merupakan kelompok penduduk yang berusia di atas 60 (enam puluh) tahun (Hardywinoto & Setiabudhi, 2005). Menurut WHO ada empat tahapan lanjut usia yaitu meliputi :

2.1.1.1 Usia pertengahan (*middle age*) rentang usia 45 – 59 tahun;

2.1.1.2 Lanjut usia (*elderly*) rentang usia 60 - 74 tahun;

2.1.1.3 Lanjut usia tua (*old*) rentang usia 75 – 90 tahun;

2.1.1.4 Usia sangat tua (*very old*) usia lebih dari 90 tahun.

Sedangkan batasan usia menurut Bab 1 pasal 1 ayat (2) undang-undang No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, seseorang yang mencapai usia di atas 60 tahun disebut lansia (Biro Hukum & Humas BPKP, 2004).

Lanjut usia merupakan proses menua termasuk biologis, psikologis dan sosial dengan batasan usia : dewasa menjelang lansia (45-54) tahun, lanjut usia (55-64) tahun, serta lansia dengan resiko tinggi (>65) tahun (Kusumawati & Hartono, 2011).

2.1.2 Teori Penuaan

Proses penuaan disebut “*senescence*” (dari bahasa Latin *senescenre*, yang berarti menjadi tua) yang di tandai dengan menurunnya kondisi fisik pada berbagai sistem (Kaplan, Sadock & Grebb, 2010). Menurut (Tamher & Noorkasiani, 2011), Teori penuaan dapat digolongkan kedalam dua kelompok yaitu :

2.1.2.1 Teori Biologis

Untuk menjelaskan tentang perubahan fisik yang terjadi pada proses penuaan disusunlah teori biologis tentang

penuaan. Proses penuaan merupakan proses yang terjadi secara terus-menerus sehingga mengakibatkan perubahan yang kumulatif (Hardywinoto & Setiabudhi, 2005). Adapun macam-macam teori biologis sebagai berikut :

a. Teori Genetik

Secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaimana memiliki genetik terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa spesies-spesies tertentu memiliki harapan hidup (*life span*) yang tertentu. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, kemudian akan mengalami deteriorasi (Tamher & Noorkasiani, 2011). Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang telah diprogramkan oleh molekul-molekul DNA dan setiap sel akan mengalami mutasi.

b. Teori Interaksi Sosial

Teori ini mengatakan bahwa sel-sel satu sama lain saling berinteraksi dan saling memengaruhi. Keadaan tubuh akan baik selama sel-sel masih berfungsi dalam suatu harmoni. Akan tetapi, bila tidak lagi demikian, maka akan terjadi kegagalan mekanisme *feed-back* dimana sel-sel akan mengalami degenerasi.

c. Teori Mutagenesis Somatik

Teori ini mengatakan bahwa setelah terjadi pembelahan sel (mitosis), akan terjadi mutasi secara spontan yang akan terus-menerus berlangsung yang akhirnya mengarah pada kematian sel.

d. Teori Eror Katastrop

Teori ini mengatakan bahwa eror akan terjadi pada struktur DNA, RNA, dan sintesis protein. Masing-masing eror ini akan saling menambahkan pada eror yang lainnya dan berkulminasi dalam eror yang bersifat katastrof.

e. Teori Pemakaian dan Ke-ausan

Teori biologis yang paling tua adalah teori pemakaian dan ke-ausan (*tear and wear*), dimana tahun ke tahun hal ini berlangsung dan lama-kelamaan akan timbul deteriorasi karena kelebihan usaha dan stres yang menyebabkan sel-sel tubuh menjadi lelah. Pada teori ini juga terdapat peningkatan jumlah kolagen dalam tubuh lansia, sehingga tidak ada perlindungan terhadap radiasi, penyakit dan kekurangan gizi (Maryam dkk, 2012).

2.1.2.2 Teori Psikososial

Adapun kelompok dari teori psikososial, diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Teori Penarikan Diri (*Disengagement Theory*)

Teori ini dimulai dari Universitas *Of Chicago*, yaitu *Disengagement Theory*, yang menyatakan bahwa individu dan masyarakat mengalami *disengagement* dalam suatu mutual *withdrawl* (menarik diri). Memasuki usia tua, individu akan mulai menarik diri dari masyarakat, sehingga memungkinkan individu untuk menyimpan lebih banyak aktifitas-aktifitas yang berfokus pada dirinya dalam memenuhi kestabilan pada stadium ini (Tamher & Noorkasiani, 2011). Selain hal tersebut, menarik diri akan mengakibatkan interaksi sosial lansia menurun baik secara kualitas maupun

kuantitas. Pada lanjut usia secara bersamaan terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yaitu kehilangan peran (*Loss of Roles*), hambatan kontak sosial (*Restriction of Contacts and Relationships*), serta berkurangnya komitmen (*Reduced Commitment to Sosial Mores and Values*) (Hardywinoto & Setiabudhi, 2005).

b. Teori Aktifitas (*Activity Theory*)

Teori aktifitas di kembangkan oleh Palmore (1965) dan Lemon *et al* (1972), dikatakan bahwa penuaan yang sukses bergantung bagaimana seseorang lansia merasakan kepuasan dalam melakukan aktifitasnya. Penerapan teori aktifitas ini sangat baik dalam penyusunan kebijakan terhadap lansia, karena sangat memungkinkan lansia untuk berinteraksi sepenuhnya di masyarakat (Maryam dkk, 2012). Dasar teori ini juga menyebutkan bahwa konsep diri seseorang sangat bergantung pada aktifitasnya di dalam berbagai peran. Hasil studi yang serupa juga ternyata menggambarkan pula bahwa aktifitas informal lebih bergantung dibandingkan aktifitas formal (Tamher & Noorkasiani, 2011).

c. Teori kesinambungan (*Continuity Theory*)

Teori ini mengemukakan bahwa adanya kesinambungan yang terjadi di siklus lansia. Hal ini dapat dilihat bahwa gaya hidup, perilaku, dan harapan seseorang ternyata tidak berubah meskipun telah menjadi lansia. Teori kesinambungan merupakan pergerakan dan proses banyak arah, bergantung bagaimana penerimaan lansia terhadap status kehidupannya (Maryam dkk, 2012).

d. Teori Stratifikasi Usia (*Age Stratification Theory*)

Teori ini menggambarkan ketergantungan antara usia dengan struktur sosial (Tamher & Noorkasiani, 2011). Keunggulan dari teori ini adalah pendekatan yang dilakukan bersifat deterministik dan dipergunakan dalam mempelajari sifat lansia secara kelompok. Kelemahan dari teori ini adalah tidak dapat dipergunakan dalam menilai lansia secara perseorangan, mengingat bahwa teori ini sangatlah kompleks dan dinamis serta sangat terkait dengan klasifikasi kelas dan kelompok etnik (Maryam dkk, 2012).

e. Teori Spiritual (*Spiritual Theory*)

Dalam teori ini, komponen dan tumbuh kembang merujuk pada pengertian hubungan individu dengan alam serta persepsi individu tentang arti kehidupan. Fowler berpendapat bahwa perkembangan kepercayaan antara orang dan lingkungan terjadi karena adanya kombinasi antara nilai-nilai dan pengetahuan (Maryam dkk, 2012).

f. Teori Perkembangan (*Development Theory*)

Teori ini menekankan pentingnya mempelajari apa yang dialami oleh lansia ketika muda sampai dewasa. Teori perkembangan menjelaskan bagaimana proses menjadi tua merupakan suatu tantangan, akan tetapi teori ini menggambarkan bagaimana cara menjadi tua yang diinginkan atau yang seharusnya dilakukan oleh lansia tersebut. Adapun pokok-pokok dalam teori perkembangan : masa tua merupakan saat lansia merumuskan seluruh masa kehidupannya, masa tua merupakan masa di mana lansia melakukan penyesuaian

diri terhadap kenyataan yang baru seperti pensiun ataupun kehilangan pasangan, serta lansia juga harus menyesuaikan diri akibat perubahan peran dalam keluarga seperti kehilangan identitas, menurunnya hubungan sosial akibat pensiun (Maryam dkk, 2012).

2.1.3 Tipe Lansia

Ada lima tipe lansia Menurut (Sutarto & Tito, 2008) yaitu sebagai berikut :

- 2.1.3.1 Tipe Kepribadian Konstruktif (*contruction personality*), biasanya tidak banyak mengalami gejala, tenang dan mantap sampai sangat tua.
- 2.1.3.2 Tipe Kepribadian Mandiri (*independent personality*), pada tipe ini ada kecendrungan mengalami post power syndrome, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.
- 2.1.3.3 Tipe Kepribadian Tergantung (*dependent personality*), pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi oleh kehidupan keluarga. Apabila kehidupan keluarga selalu harmonis, kehidupan pada masa lansia tidak bergejolak. Namun, jika pasangan hidup meninggal, pasangan yang ditinggalkan akan menjadi merana, apalagi jika tidak segera bangkit dari kedudukannya.
- 2.1.3.4 Tipe Kepribadian Bermusuhan (*hostility personality*), pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya. Banyak keinginan yang kadang-kadang tidak diperhitungkan dengan saksama sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menjadi menurun.
- 2.1.3.5 Tipe Kepribadian Kritik Diri (*self hate personality*), pada lansia tipe ini umumnya terlihat sengsara, karena

perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya sendiri.

2.1.4 Perubahan pada Lansia

Menurut (Maryam dkk, 2012), perubahan yang sering terjadi pada lansia dapat dilihat seperti yang tertera pada tabel 2.1 berikut ini :

Perubahan fisik	Karakteristik perubahan
Sel	Terjadi penurunan jumlah, ukuran, menurunnya cairan tubuh dan cairan intestinal.
Kardiovaskuler	Menurunnya kemampuan jantung dalam memompa darah, elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya retensi pembuluh darah perifer sehingga terjadi peningkatan tekanan darah.
Respirasi	Menurunnya otot-otot pernapasan, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, serta terjadi penyempitan bronkus.
Persarafan	Terjadi penurunan saraf sehingga lambat untuk berespon, serta berkurangnya lapisan mielin akson sehingga menyebabkan berkurangnya respon motorik dan refleks.
Muskuloskeletal	Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), terjadi atrofi otot sehingga otot menjadi kaku, kram, tremor, serta mengalami sklerosis.
Gastrointestinal	Esofagus melebar, terjadi penurunan asam lambung, peristaltik menurun sehingga daya absorpsi juga ikut menurun, ukuran lambung menjadi kecil serta fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan.
Genitourinaria	Ukuran ginjal mengecil, aliran darah ke ginjal menurun, fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasi urin ikut menurun.
Vesika urinaria	Otot-otot melemah, kapasitas menurun, dan terjadi retensi urine, serta terjadi hipertrofi prostat.
Genitalia	Sekresi menurun dan selaput lendir mengering.
Pendengaran	Membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran.
Penglihatan	Respon terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, lapang pandang menurun serta katarak.
Endokrin	Produksi hormon menurun.
Kulit	Kulit kepala dan rambut menipis, elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, rambut memutih, kelenjar keringat menurun, kuku keras dan rapuh.
Belajar dan memori	Kemampuan belajar masih ada tetapi relatif menurun, memori atau daya ingat juga menurun karena proses <i>encoding</i> menurun.

Perubahan sosial	Karakteristik perubahan
Peran Keluarga	<i>Post power syndrome, single woman dan single parent.</i> Kesendirian dan kehampaan akibat kehilangan pasangan.
Teman	Ketika lansia lainnya meninggal, maka muncul perasaan kapan akan meninggal.
Abuse Masalah hukum	Kekerasan berbentuk verbal dan non-verbal. Berkaitan dengan perlindungan aset dan kekayaan pribadi yang dikumpulkan sejak masih muda.
Pensiun Ekonomi	Kehilangan pekerjaan. Ekonomi menurun akibat pensiun sehingga tidak ada penghasilan.
Rekreasi Keamanan Panti jompo	Kurangnya rekreasi. Jatuh atau terpeleset. Merasa dibuang atau dasingkan.
Perubahan mental atau psikologis	Karakteristik perubahan
Short term memory	Terjadi penurunan daya ingat.
Frustasi Kesenian	Keadaan putus asa dalam menjalani hidup. Suatu keadaan di mana tidak ada lagi pasangan sehingga merasa kesepian.
Takut kehilangan kebebasan	Perasaan khawatir akan sesuatu yang akan terjadi terhadap dirinya.
Takut menghadapi kematian	Perasaan khawatir atau takut sesuatu yang akan terjadi kedepannya seperti kematian.
Perubahan keinginan	Tidak dapat menentukan sesuatu yang diinginkan.
Depresi	Gangguan mood yang membuat lansia menjadi kurangnya aktifitas.
Kecemasan	Cemas yang berlebihan terhadap kondisi fisik, maupun kehilangan pasangan.

Tabel 2.1 Perubahan pada lansia

2.1.5 Masalah Kesehatan pada Lansia

Berikut ini masalah kesehatan yang sering dialami lansia (Levy, 2009) :

- a. Kondisi jantung (hipertensi, penyakit pembuluh darah, gagal jantung kongestif, tekanan darah tinggi dan penyakit arteri koroner);
- b. Demensia, termasuk penyakit Alzheimer;
- c. Depresi;
- d. Inkontinensia (urin dan feses);
- e. Arthritis;

- f. Osteoporosis;
- g. Diabetes;
- h. Masalah Pernapasan;
- i. Sering jatuh, yang dapat menyebabkan patah tulang;
- j. Penyakit Parkinson;
- k. Kanker;
- l. Masalah Mata (Katarak, Glaukoma, dan Degenerasi Makula);
- m. Insomnia, kecemasan, depresi, demensia dan paranoid
(Maryam dkk, 2012).

2.2. Konsep Depresi

2.2.1 Pengertian

Depresi merupakan suatu kondisi emosional yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, serta minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davinson dkk, 2012).

Menurut (Schneider & Olin, 1995 dalam Maas *et al.*, 2011) mengungkapkan bahwa perubahan biologik, psikologik dan sosial menjadikan lansia beresiko tinggi terhadap berkembangnya atau berulangnya depresi. Konsekuensi depresi yang tidak dikenali dan tidak diatasi pada lansia mencakup meningkatnya penggunaan layanan perawatan kesehatan, lamanya rawat inap, kurangnya kepatuhan terhadap pemberian terapi, dan meningkatkan laju morbiditas dan mortalitas akibat penyakit medis dan bunuh diri.

Depresi merupakan kesedihan dan kekhawatiran dalam kurun waktu yang lama yang disertai dengan perasaan yang tidak berharga (Saam & Wahyuni, 2013).

2.2.2 Etiologi

Adapun etiologi depresi menurut Kaplan, Sadock & Grebb (2010) sebagai berikut :

2.2.2.1 Faktor Biologis

Banyak penelitian melaporkan abnormalitas metabolit amin biogenik seperti asam 5-hidroksiindolasetat (5-HIAA), asam homovanilat (HVA) dan 3 metoksi-4-hidroksifenilglukol (MHPG) di dalam darah, urine dan cairan serebrospinalis pasien dengan gangguan mood. Laporan data ini paling konsisten dengan hipotesis bahwa gangguan mood disebabkan oleh disregulasi heterogen amin biogenik.

2.2.2.2 Faktor Neurokimia

Walaupun data belum meyakinkan, neurotransmitter asam amino dan peptide neuro aktif telah dilibatkan dalam patofisiologi gangguan mood. Sejumlah peneliti telah mengajukan bahwa system messengers kedua seperti regulasi kalsium, adenilat siklase, dan fosfatidilinositol-dapat menjadi penyebab. Asam amino glutamate dan glisin tampaknya menjadi neurotransmitter eksitasi utama pada system saraf pusat. Glutamat dan glisin berikatan dengan reseptor N-Metil-D-Aspartat (NMDA), jika berlebihan dapat memiliki efek neurotoksik. Hipokampus memiliki konsentrasi reseptor NMDA yang tinggi sehingga mungkin jika glutamate bersama dengan hiperkortisolemia memerantarai efek neurokognitif pada stress kronis. Terdapat bukti yang baru muncul bahwa obat yang menjadi antagonis reseptor NMDA memiliki efek antidepresan.

2.2.2.3 Faktor Genetika

Data genetik dengan kuat menunjukkan bahwa faktor genetik yang signifikan terlibat dalam timbulnya gangguan

mood tetapi pola pewarisan genetik terjadi melalui mekanisme yang kompleks. Tidak hanya menyingkirkan pengaruh psikososial tetapi faktor nongenetik mungkin memiliki peranan kausatif didalam timbulnya gangguan mood pada beberapa orang.

2.2.2.4 Faktor Psikososial

Peristiwa hidup dan penuh tekanan lebih sering timbul mendahului episode gangguan mood yang megikuti. Sebuah teori yang diajukan untuk menerangkan pengamatan ini adalah bahwa stress yang menyertai episode pertama mengakibatkan perubahan yang bertahan lama didalam biologi otak. Perubahan yang bertahan lama ini dapat menghasilkan perubahan keadaan fungsional berbagai neurotransmitter dan sistem pemberian sinyal interaneuron, perubahan yang bahkan mencakup hilangnya neuron dan berkurangnya kontak sinaps yang berlebihan. Akibatnya seseorang memiliki resiko tinggi mengalami episode gangguan mood berikutnya, bahkan tanpa stressor eksternal.

Sejumlah klinis bahwa peristiwa hidup memegang peranan utama dalam depresi. Klinisi lain menunjukkan bahwa peristiwa hidup hanya memegang peranan terbatas dalam awitan dan waktu depresi. Data yang paling meyakinkan menunjukkan bahwa peristiwa hidup yang paling sering menyebabkan timbulnya depresi dikemudian hari pada seseorang adalah kehilangan orang tua sebelum usia 11 tahun. Stresor lingkungan yang paling sering menyebabkan timbulnya awitan depresi adalah kematian pasangan. Faktor resiko lain adalah seseorang yang keluar dari pekerjaan sebanyak tiga kali lebih cenderung

memberikan laporan gejala episode depresi berat daripada orang yang bekerja.

2.2.2.5 Faktor Kepribadian

Tidak ada satupun ciri bawaan atau jenis kepribadian yang secara khas merupakan predisposisi seseorang mengalami depresi dibawah situasi yang sesuai. Orang dengan gangguan kepribadian tertentu objektif kompulsif, *histrionic* dan *borderline* mungkin memiliki resiko yang lebih besar untuk mengalami depresi daripada orang dengan gangguan kepribadian antisosial atau paranoid. Gangguan kepribadian paranoid dapat menggunakan mekanisme defense proyeksi dan mekanisme eksternalisasi lainnya untuk melindungi diri mereka dari kemarahan di dalam dirinya. Meskipun demikian, orang dengan gangguan distemik dan siklotimik memiliki resiko gagguan depresi berat.

2.2.2.6 Faktor Psikodinamik Depresi

Dalam upaya untuk mengerti depresi, Sigmund Freud mengabungkan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankolia. Ia menyatakan bahwa kekerasan yang dilakukan pasien depresi diarahkan secara internal karena identifikasi dengan objek yang hilang. Freud percaya bahwa introfeksi mungkin merupakan satu-satunya cara bagi ego untuk melepaskan suatu objek. Ia membedakan melankolia dan depresi dari dukacita atas dasar bahwa pasien terdepresi merasakan penurunan harga diri yang melanda dalam hubungan dengan perasaan bersalah dan mencela diri sendiri, sedangkan orang yang berkabung tidak demikian.

2.2.3 Tanda dan gejala Depresi

Depresi adalah keadaan emosional pada individu yang ditandai dengan sering mengalami gangguan pola tidur, lelah, lemas,

kurang dapat menikmati kehidupan sehari-hari, mudah tersinggung, sedih yang berkepanjangan, kebersihan diri terabaikan, daya ingat dan konsentrasi menurun, merasa putus asa dan tidak berguna, nafsu makan menurun serta timbul ide ingin melakukan bunuh diri (Keliat, Akemat, Helena & Nurhaeni, 2011).

Orang dengan gangguan depresi tidak selalu memiliki gejala yang sama satu dengan yang lain. Frekuensi, durasi dan beratnya gejala akan bervariasi tergantung pada masing-masing orang. Gejala-gejala utama depresi antara lain (*National Institute Mental Health*, 2011) :

- a. Perasaan sedih yang menetap, khawatir atau perasaan kosong;
- b. Perasaan putus asa dan atau pesimisme;
- c. Perasaan bersalah, perasaan tidak berharga dan atau putus asa;
- d. Cepat marah, tidak dapat istirahat;
- e. Insomnia, terjaga dipagi buta, atau tidur yang berlebihan;
- f. Pikiran untuk bunuh diri, usaha bunuh diri.

2.2.4 Tingkatan Depresi

Depresi menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (2001) dalam Raharja (2013), dibagi dalam tiga tingkatan yaitu ringan, sedang, berat, dimana perbedaan antara episode depresif ringan, sedang, dan berat terletak pada penilaian klinis yang kompleks yang meliputi jumlah, bentuk dan keparahan gejala yang ditemukan.

2.2.4.1 Tingkatan depresi ringan memiliki tanda-tanda yaitu sekurang-kurangnya harus ada dua dari gejala utama depresi seperti merasa bersalah, berputus asa. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar dua minggu, hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.

2.2.4.2 Tingkatan pada depresi sedang memiliki tanda-tanda yaitu sekurang-kurangnya harus ada dua dari gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan, ditambah sekurang-kurangnya tiga atau empat dari gejala lainnya seperti insomnia, cepat marah, pikiran kosong serta berputus asa. Lamanya seluruh episode berlangsung minimum 2 minggu, lansia seringkali menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

2.2.4.3 Tingkatan pada depresi berat memiliki tanda-tanda yaitu semua dari tiga gejala depresi harus ada, ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala lainnya seperti ada ide untuk melakukan bunuh diri, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang jelas, maka pasien tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan. Episode depresi biasanya harus berlangsung sekurang kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan terjadi sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegaskan diagnosis dalam kurun waktu dalam 2 minggu, sangat tidak mungkin pasien akan mampu melanjutkan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada tingkat yang sangat terbatas.

2.2.5 Mekanisme Terjadinya Depresi

Saat ini penyebab depresi yang banyak diteliti dan dijadikan dasar pengobatan adalah abnormalitas monoamin yang merupakan neurotransmitter otak. Sekitar tiga puluh neurotransmitter telah diketahui dan tiga di antaranya mempengaruhi terjadinya depresi, yaitu serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Ketiga monoamin

tersebut cepat dimetabolisme sehingga pengukuran yang dapat dilakukan pada penderita depresi dengan mengukur metabolit utama di cairan serebrospinal, yaitu *5-hydroxyindoleacetic acid* (5-HIAA) dari serotonin, *3-methoxy-4-hydroxyphenyl glycol* (MHPG) dari norepinefrin, dan *homovanillic acid* (HVA) dari dopamin. Pada penderita depresi kadar metabolit tersebut lebih rendah bermakna dibandingkan yang tidak depresi (Irawan, 2013). Jumlah serotonin dalam tubuh manusia adalah 101 – 283 (ng/ml) (Vorvick, 2013).

Secara umum ketiga neurotransmitter berperan dalam mengatur emosi, reaksi terhadap stres, tidur, dan nafsu makan. Jumlah serotonin yang tinggi menyebabkan agresivitas dan gangguan tidur, sedangkan jumlah rendah menyebabkan iritabilitas, ansietas, letargi, dan tindakan atau pemikiran bunuh diri. Pada keadaan depresi, norepinefrin yang berperan dalam regulasi respons “*fight or flight*” terganggu. Fungsi dopamin untuk mengatur emosi, pergerakan motor, pembelajaran, berpikir, memori, dan perhatian. Jumlah dopamin rendah akan mempengaruhi fungsi tersebut yang dapat menyebabkan depresi (Irawan, 2013).

Selain itu, pada lansia depresi terjadi perubahan struktur otak seperti abnormalitas jalur frontostriatal yang menyebabkan gangguan fungsi eksekutif, psikomotor, perasaan apatis, volume struktur *frontostriatal* yang rendah, hiperintensitas struktur subkortikal, abnormalitas makromolekular di korpus kalosum genu dan splenium, nukleus kaudatus, dan putamen, penurunan jumlah glia di korteks singulata anterior subgenual, abnormalitas neuron di korteks dorsolateral, atrofi kortikal, gangguan substansia alba, abnormalitas struktur subkortikal, peningkatan aktivitas dan perubahan volume amigdala yang berperan dalam emosi negatif dan gangguan mekanisme koping, dan penurunan volume hipokampus dan striatum ventral. Perubahan tersebut berdampak

pada perubahan neurotransmitter yang menyebabkan lansia depresi (Irawan, 2013).

2.2.6 Penatalaksanaan Depresi

a. Penatalaksanaan farmakologi

Pada umumnya, tata laksana terapi hanya menggunakan obat antidepresan, tanpa merujuk pasien untuk psikoterapi, tetapi obat hanya mengurangi gejala, dan tidak menyembuhkan. Antidepresan bekerja dengan cara menormalkan neurotransmitter di otak yang memengaruhi *mood*, seperti serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Antidepresan harus digunakan pada lansia dengan depresi mayor dan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)* merupakan obat pilihan pertama. Beberapa obat antidepresan yang dapat digunakan pada lansia dengan kelebihan dan kekurangan tiap golongan ada pada tabel 2.2 Pemilihan obat tersebut per individu dengan pertimbangan efek samping dari tiap golongan.

Drug	Advantages	Disadvantages
Tricyclic antidepressants Desipramine Nortryptiline Protryptiline Amoxapine	Inexpensive Once-daily dosing advantages	Anticholinergic side-effects Multiple drug interactions Delirium Cardiotoxic
Selective serotonin reuptake inhibitors Sertraline Paroxetine Fluxetine Citalopram	Safer in overdose Once daily dosing	Sexual dysfunction Nausea Seizures Headache Cytochrome P450 interactions
Serotonin antagonist reuptake inhibitors Trazodone Nefazodone	Few drug interactions Once daily dosing	Sexual dysfunction Priapsim Possible cardiotoxicity
Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors Venlzapine	Favorable side-effect profile	Hypertension Sexual dysfunction Hyperlipidemia Multiple daily

Drug	Advantages	Disadvantages
Mirtazapine	Appetite stimulant	Sexual dysfunction Blood dyscrasias Dependence potential
Dopamine reuptake inhibitors Bupropion	Safer in overdose Minimal cardiotoxicity	Seizures

Tabel 2.2 Daftar Obat Antidepresan

Pengobatan monoterapi dengan dosis minimal digunakan pada awal terapi, dievaluasi apabila tidak ada perubahan bermakna dalam 6-12 minggu. Lansia yang tidak berespons pada pengobatan awal perlu mendapatkan obat antidepresan golongan lain dan dapat dipertimbangkan penggunaan dua golongan antidepresan. Pada lansia yang responsif dengan obat antidepresan, obat harus digunakan dengan dosis penuh (*full dose maintenance therapy*) selama 6-9 bulan sejak pertama kali hilangnya gejala depresi. Apabila kambuh, pengobatan dilanjutkan sampai satu tahun. Strategi pengobatan tersebut telah berhasil menurunkan risiko kekambuhan hingga 80%. Penghentian antidepresan harus dilakukan secara bertahap agar tidak menimbulkan gejala *withdrawal* seperti ansietas, nyeri kepala, mialgia, dan gejala mirip flu (*flu-like symptoms*). Lansia yang sering kambuh memerlukan terapi perawatan dosis penuh terapi selama hidupnya (Irawan, 2013).

b. Terapi Non Farmakologi

Adapun terapi non farmakologi yang bisa dilakukan sebagai terapi komplementer :

a. *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*

Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) merupakan penggabungan antara Spiritual Power dengan *Emotional Freedom technique (EFT)*. SEFT

diduga dapat dijadikan terapi komplementer untuk mengatasi depresi pada lansia (Etika, 2014).

b. Terapi perilaku kognitif

Cognitif Behaviour Theraphy (CBT) atau biasa diartikan dengan terapi perilaku kognitif dianggap terapi jangka pendek, karena dilakukan selama 10-20 menit. CBT ini telah terbukti sama efektifnya dengan obat dalam mengobati depresi ringan sampai sedang (Santosa, 2014).

c. Olahraga.

Olahraga dapat meredakan depresi, yakni dengan mengatur norefrinerfrin dan serotonin otak. Menurut profesor psikiatri dan ilmu perilaku dari University School of Medicine, di Durham, P. Murali Doraiswamy, MD, merekomendasikan berolahraga 3-5 kali seminggu selama 20 sampai 30 menit (Santosa, 2014).

d. Terapi musik

Terapi musik merupakan keterampilan yang diberikan oleh terapis untuk mempromosikan, memelihara, dan memulihkan mental, fisik, emosional dan kesehatan spiritual. Terapi musik merupakan terapi komplementer yang sedang dikembangkan untuk mengatasi depresi (*Canadian Association for Music Therapy*, 2011).

e. Terapi Yoga.

Yoga bermanfaat untuk menjaga kelenturan persendian dan otot serta menghilangkan berbagai masalah seperti stress, gelisah, depresi, sakit punggung, asma dan insomnia (Devi, 2011).

f. Terapi Tertawa

Depresi dapat ditanggulangi melalui relaksasi, salah satu jenisnya adalah melalui terapi tertawa (*laughter therapy*). Terapi tertawa (*laughter therapy*) mampu menghambat sekresi *Adenocorticotrophic Hormon* (ACTH) dan kortisol (Simanungkalit dalam Yani, 2014). Terapi tertawa (*laughter therapy*) mengakibatkan detak jantung menjadi lebih cepat, tekanan darah meningkat dan kadar oksigen dalam darah akan bertambah akibat nafas bertambah cepat, menurunkan sekresi ACTH dan kadar kortisol dalam darah, sekresi ACTH yang menurun akan merangsang peningkatan produksi serotonin dan endorfin otak yang mengakibatkan perasaan yang nyaman rileks, dan senang (Kataria dalam Yani, 2014). Rasa bahagia yang ditimbulkan dari terapi tertawa (*laughter therapy*) mampu menjadi persepsi dari pengalaman sensasi yang menyenangkan. Sensasi ini disimpan di dalam sistem syaraf dan mampu menimbulkan mekanisme koping yang positif. Mekanisme koping yang positif mampu menjadikan impuls yang positif pula, sehingga menjadi koping yang adaptif dan dapat menurunkan depresi pada lansia (Yani, 2014).

2.2.7 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) menurut APA (Maas *et al.*, 2011) menyatakan bahwa lima atau lebih dari gejala dibawah ini muncul selama periode 2 minggu yang sama dan menyampaikan perubahan dari fungsi sebelumnya minimal salah satu dari gejala :

- a. Mood depresi sepanjang hari, hampir tiap hari, seperti diindikasikan oleh laporan subjektif (seperti, merasa sedih

- atau kosong) atau observasi yang dibuat orang lain (seperti, tampak tersakiti);
- b. Penurunan yang khas pada ketertarikan atau kesenangan pada semua atau semua aktifitas sepanjang hari, hampir setiap hari (seperti diindikasikan pada penilaian subjektif atau observasi yang dibuat oleh orang lain);
 - c. Penurunan berat badan atau peningkatan berat saat tidak sedang melakukan diet (seperti lebih dari 5% berat badan dalam sebulan), atau peningkatakn nafsu makan hampir setiap hari.
 - d. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari;
 - e. Agitasi psikomotor atau retardasi hampir setiap hari (dapat diobservasi oleh orang lain, bukan hanya perasaan kegelisahan atau berespon lambat yang subjektif);
 - f. Kecemasan atau kehilangan energi hampir setiap hari;
 - g. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah berlebihan atau tidak sesuai (yang dapat bersifat delusional) hampir setiap hari;
 - h. Penurunan kemampuan untuk berfikir atau berkonsentrasi, atau tidak dapat membuat keputusan hampir setiap hari (baik akibat penilaian subjektif maupun diobservasi oleh orang lain);
 - i. Pemikiran berulang mengenai kematian (bukan hanya takut akan meninggal), berulangnya ide bunuh diri tanpa rencana spesifik, upaya bunuh diri, atau rencana spesifik untuk melakukan bunuh diri.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), yang dikembangkan oleh *American Psychiatric Association* memberikan pendekatan kategorial untuk mendapatkan diagnosis gangguan mental yang sebagian besar tidak memiliki landasan teoritis. Lansia dapat mengalami tipe depresi

yang berbeda-beda. Gejala depresi yang terjadi mampu memengaruhi kualitas hidup mereka dan dapat menyebabkan mood yang lebih berat (Maas *et al.*, 2011).

2.2.8 Geriatric Depression Scale (GDS)

Untuk menentukan tingkat depresi pada lansia digunakanlah (GDS), pertama kali diciptakan oleh Yesavage *et al* pada 1986 yang merupakan alat ukur terbaik dalam mendiagnosa depresi lansia yang sudah teruji dan digunakan secara luas di dunia. GDS terus diperbaiki, dikembangkan, dan diuji hingga saat ini agar memiliki tingkat validitas dan reabilitas yang kuat dalam menegakkan diagnosa depresi pada lansia. GDS telah divalidasi menggunakan sampel lansia normal dan lansia yang sedang berada dalam terapi depresi dari berbagai fasilitas kesehatan dengan sensitivitas sebesar 92% dan spesifisitasi sebesar 80% ketika dievaluasi terhadap diagnostik. GDS memiliki 2 jenis yaitu *long form* dan *short form* yang fungsinya sama. GDS *short form* terdiri dari 15 pertanyaan. GDS memiliki format jawaban “ya atau tidak” dengan pemberian skor 1 jika jawaban benar dan 0 jika jawaban salah sesuai dengan format jawaban yang telah ada. Pada *short term*, skor GDS 0-4 menunjukkan normal, 5-8 menunjukkan depresi ringan, 9-11 depresi sedang, dan 12-15 depresi berat (Greenberg, 2012).

2.3 Konsep Terapi Tertawa

2.3.1 Pengertian Terapi Tertawa

Tertawa menyimpan nilai *aerobic* yang sebanding dengan lari jarak jauh atau dua set main tenis. tertawa sangat terkait dengan hidup sehat. Meskipun begitu tidak semuanya seseorang yang tertawa jiwanya sehat. Namun, untuk menyehatkan jiwa seseorang perlu tertawa. Tertawa 10-15 menit dapat membakar kalori hingga dua kilogram per tahun. Untuk memperpanjang waktu hidup

selama satu hari diperlukan tertawa. Idealnya untuk sesi-sesi dalam melakukan terapi tertawa diadakan satu atau dua kali dalam seminggu dengan durasi antara 20-30 menit dan harus dilaksanakan pada pagi hari dikarenakan dapat membangkitkan energi dan memberikan manfaat disepanjang hari (Astuti, 2011). Terapi tertawa merupakan teknik yang mudah dilakukan, tetapi efeknya sangat luar biasa, bahkan dapat menyembuhkan pasien dengan gangguan mental akibat stres berat. Tertawa dalam dunia medis merupakan obat mujarab gangguan stres atau gangguan penyakit lainnya (Psikologizone, 2009).

Tertawa terbahak-bahak yang baik menghasilkan pengaruh fisiologis dan psikologis yang positif (Morton *et al.*, 2011). Menurut Dolan (1994), dijelaskan tertawa sebagai "humor aerobik dan jogging internal" untuk semua organ besar atau utama yang dapat meningkatkan sirkulasi darah dan oksigenasi ke jaringan. Tertawa telah diidentifikasi sebagai komponen menguntungkan kesehatan keperawatan secara holistik di seluruh dunia (Macdonald, 2004). Kita cenderung tertawa ketika adalah lawan bicara, tertawa itu menular dan tidak dapat dilakukan sendiri sehingga untuk mendapatkan hasil yang optimal diperlukan tertawa dalam kelompok sesering mungkin. Rata-rata anak tertawa 400 kali sehari, namun seiring bertambahnya usia kita hanya tertawa hanya 15 kali sehari (Astuti, 2011).

Menurut Dr. Lee Berk, seorang imunolog dari Loma Linda University di California USA, tertawa bisa mengurangi peredaran dua hormon dalam tubuh, yaitu epinefrin dan kortisol (hormon yang dikeluarkan ketika stres) yang dikeluarkan oleh hipotalamus. Jika kedua hormon tersebut dikeluarkan maka bisa menghalangi proses penyembuhan penyakit. Jadi dalam keadaan bahagia ataupun tertawa, maka hipotalamus akan mengeluarkan hormon

endorphine, yang berfungsi mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kekebalan tubuh (ICBS, 2013).

2.3.2 Tertawa sebagai obat ampuh depresi

Stress dan tekanan modern berdampak buruk terhadap pikiran dan tubuh manusia. Penyakit-penyakit yang berhubungan dengan pikiran, seperti kecemasan, depresi, gangguan saraf dan insomnia mengalami peningkatan. Tertawa telah membantu banyak orang yang menggunakan obat anti depresan dan obat penenang. Sekarang mereka lebih mudah tidur dan mengalami penurunan tingkat depresi. Orang yang mempunyai kecendrungan bunuh diri mulai mendapat harapan untuk keluar dari penyakit yang mengancam. tertawa bisa membuat seseorang bisa tenang dan terhibur sehingga melepaskan dirinya dari kungkungan depresi (Astuti, 2011).

2.3.3 Langkah-langkah Penerapan Terapi Tertawa

2.3.3.1 Pemanasan dengan tepuk tangan serentak semua peserta, sambil mengucapkan “ho ho ho... ha ha ha ...” Tepuk tangan sangat bermanfaat karena saraf-saraf di telapak tangan akan ikut terangsang sehingga menciptakan rasa aman dan meningkatkan energi dalam tubuh.

2.3.3.2 Pernapasan dilakukan seperti pernapasan biasa yang dilakukan semua cabang-cabang olahraga pada awal latihan yaitu melakukan pernapasan dengan mengambil napas melalui hidung, lalu napas ditahan selama 15 detik dengan pernapasan perut. Kemudian keluarkan perlahan-lahan melalui mulut, dilakukan lima kali berturut-turut.

2.3.3.3 Memutar engsel bahu ke depan dan ke arah belakang. Kemudian menggukkan kepala ke bawah sampai dagu hampir menyentuh dada, lalu mendongakkan kepala ke atas belakang. Lalu menoleh ke kiri dan ke kanan. Lakukan secara perlahan. Tidak dianjurkan untuk

melakukan gerakan memutar leher, karena bisa terjadi cedera pada otot leher. Peregangan dilakukan dengan memutar pingang ke arah kanan kemudian ditahan beberapa saat, lalu kembali ke posisi semula. Peregangan juga dapat dilakukan dengan otot-otot bagian tubuh lainnya. Semua gerakan dilakukan masing-masing lima kali (Prasetyo & Nurtjahjanti, 2012).

Menurut Astuti (2011), jenis tawa yang dapat digunakan untuk terapi tertawa adalah sebagai berikut :

a. Tawa Bersemangat

Koordinator memberikan aba-aba untuk memulai tertawa, “satu..dua..tiga”, dan setiap peserta memulai tertawa bersamaan. Dalam tawa bersemangat, peserta mengangkat tangan ke atas dan tertawa penuh bersemangat lalu diturunkan dan diangkat kembali. Koordinator bertepuk tangan mengeluarkan kata, “ho ho ho... ha ha ha...” beberapa kali sambil bertepuk tangan. Selesai melakukan tahap ini dapat dilakukan untuk menarik napas dalam.

b. Tawa Penghargaan

Dalam tawa jenis ini, ujung jari telunjuk dihubungkan dengan jari ibu jari sehingga membentuk lingkaran kecil, sementara tangan digerakkan ke depan dan ke belakang dengan cepat, sambil memandang peserta lain dan tertawa dengan lembut seolah-olah peserta memberikan penghargaan pada sesama anggota kelompok. Kemudian semua peserta dan koordinator mengucapkan, “ho ho ho... ha ha ha...” sambil bertepuk tangan.

c. Tawa Satu Meter

Tawa ini bersifat main-main dan meniru cara kita pura-pura mengukur panjang satu meter. Tawa ini dilakukan

dengan cara menggerakkan tangan sepanjang lengan kita, seperti gerakan merentangkan busur untuk melepaskan busur anak panah. Tangan digerakkan dalam tiga gerakan pendek sambil mengucapkan, “ae ae aeee...” dan kemudian para peserta tiba-tiba tertawa sambil merentangkan kedua lengan dan sedikit mengadahkan kepala serta tertawa dari perut. Pertama dilakukan gerakan merentangkan busur ke sisi kiri lalu ke sisi kanan. Proses ini diulangi dua kali.

d. Tawa Milk Shake

Para Peserta diminta berpura-pura memegang dua gelas berisi susu kopi, yang satu di tangan kiri dan satu di tangan kanan. Saat koordinator memberikan aba-aba lalu susu kopi dituang dari gelas yang satu ke gelas yang satunya sambil mengucapkan, “aeee...” dan kembali dituang ke gelas yang awal sambil mengucapkan “aeeee...” setelah selesai melakukan gerakan, para anggota sembari membuat gerakan seolah-olah sedang minum susu. Proses ini diulangi empat kali diikuti dengan bertepuk tangan sambil mengucapkan, “ho ho ho... ha ha ha...”

e. Tawa Hening tanpa Suara

Pada tawa ini mulut di buka selebar mungkin dan para peserta saling menatap wajah dan memperlihatkan telapak tangan dengan berbagai gerakan, serta menggoyang-goyangkan kepala dan tangan.

f. Tawa Bersenandung dengan Bibir Tertutup

Dalam jenis tawa ini, bibir diketupkan dan peserta berusaha tertawa saat mengeluarkan senandung, yang bergema di kepala. Peserta terus saling memandang sambil membuat beberapa gerakan apapun yang sifatnya bermain-main, dan bisa merangsang tawa.

g. Tawa Ayunan

Semua peserta bergerak kebelakang sejauh dua meter untuk memperluas lingkaran. Berdasarkan aba-aba koordinator, para peserta bergerak maju dan mengeluarkan “ae ae aeee...” semua peserta mengangkat tangan dan serentak tertawa lepas, sambil bertemu di tengah dan melambaikan tangan mereka. Setelah satu putaran tawa, mereka kembali keposisi awal. Yang kedua kali mereka bergerak maju sambil mengatakan. “aeee... ooo... euu...” dan serentak tertawa.

h. Tawa Singa

Ini merupakan latihan tawa yang sangat baik untuk otot-otot wajah, lidah, dan kerongkongan serta memperbaiki pasokan darah ke kelenjar tiroid dan peserta dapat menghilangkan rasa malu dan takut. Dalam postur singa mulut dibuka lebar-lebar dan lidah dijulurkan ke luar dengan mata terbuka lebar seperti melotot dan mengaum seperti singa. Pada saat itulah peserta tertawa dari perut. Setelah selesai lakukan kembali gerakan menarik napas secara dalam dan pelan.

i. Tawa Ponsel

Para peserta pura-pura memegang HP dan mencoba tertawa, sambil membuat berbagai gerakan dan berkeliling untuk bertemu dengan orang-orang yang berbeda dan tertawa seakan-akan menikmatinya. Tawa HP juga bisa dilakukan dalam dua kelompok dan saling berhadapan dan sesuai aba-aba koordinator, kedua kelompok saling menyebrang sambil tertawa dan seolah memegang HP.

j. Tawa Bantahan

Dibentuk dua kelompok saling berpandang dan memulai tertawa dengan saling menuding dengan jari

telunjuk mereka kepada para anggota kelompok yang dihadapannya. Biasanya satu kelompok wanita dan kelompok yang lain laki-laki. Tertawa ini cukup menyenangkan dan menghibur. Setelah selesai tarik napas dalam dan pelan agar kembali segar dan tenang.

k. Tawa Memaafkan

Peserta tertawa memegang telinga masing-masing dan menyilangkan lengan dan berlutut kemudian tertawa. Tertawa ini adalah saling memaafkan jika ada perselisihan. Setelah selesai tarik napas dalam dan pelan.

l. Tawa Bertahap

Di sini koordinator menginstruksikan agar peserta mendekati koordinator. Koordinator mengajak peserta untuk senyum dan melihat sekeliling, saling pandang. Kemudian secara bertahap memulai tertawa kecil, berlanjut menjadi tertawa sedang dan terakhir menjadi tertawa semangat. Tertawa ini dilakukan selama satu menit. Setelah selesai tarik napas dalam pelan. Tertawa ini sangat menyegarkan dan mudah menular.

m. Tawa dari Hati ke Hati.

Tertawa ini merupakan sesi terakhir dari tahapan terapi. Di sini semua peserta berdekat dan saling berpegangan tangan, serta tertawa dengan tatapan penuh bela rasa. Peserta bisa berjabat tangan bahkan berpelukan jika hal itu pantas dilakukan sehingga terjalin rasa keakraban.

2.3.4. Manfaat Tertawa

2.3.4.1 Menurut (Mora-Ripoll, 2010), Tertawa dapat memberikan efek yang baik pada fisiologis tubuh kita, berikut ini manfaat tertawa pada fisiologis tubuh kita :

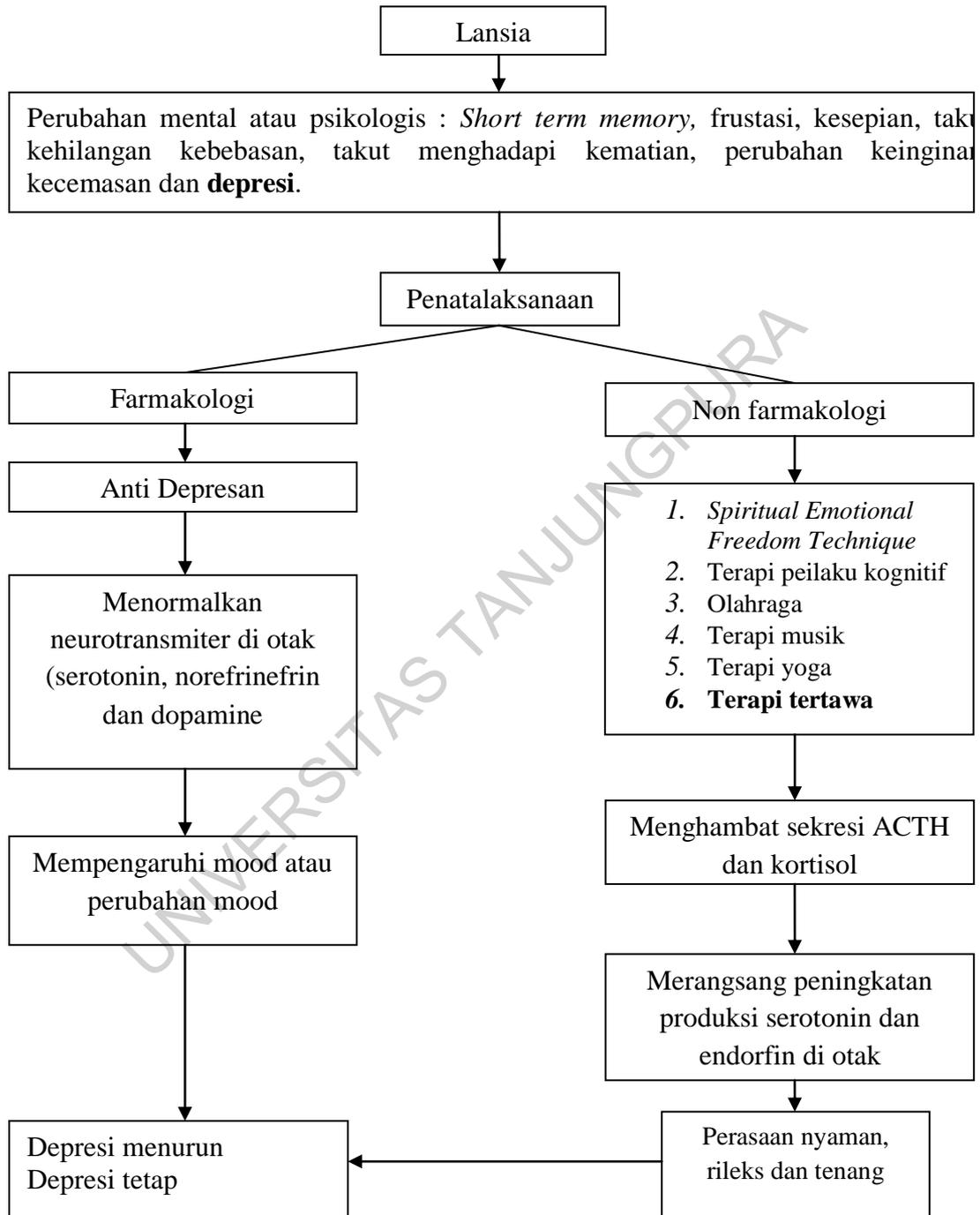
- a. Latihan dan relaksasi otot;

- b. Meningkatkan pernafasan;
- c. Menstimulus sirkulasi;
- d. Menurunkan hormon stress;
- e. Meningkatkan pertahanan sistem imun;
- f. Mengangkat ambang nyeri dan toleransi terhadap nyeri;
- g. Meningkatkan fungsi mental.

2..3.4.2 Menurut (Mora-Ripoll, 2010), Tertawa juga dapat memberikan efek yang baik bagi psikologis tubuh kita seperti :

- a. Mengurangi stres, kecemasan, dan ketegangan dan mengatasi gejala depresi;
- b. Mengangkat suasana hati, harga diri, harapan, energi, dan semangat;
- c. Meningkatkan memori, berpikir kreatif dan pemecahan masalah;
- d. Meningkatkan interaksi interpersonal, persahabatan, atraksi dan kedekatan;
- e. Meningkatkan keramahan dan menolong dan membina kelompok identitas, solidaritas dan kepaduan;
- f. Meningkatkan kualitas hidup dan kepedulian terhadap pasien;
- g. Mengintensifkan kegembiraan dan sehingga dapat menularkan kegembiraan.

2.3 Kerangka Teori Penelitian

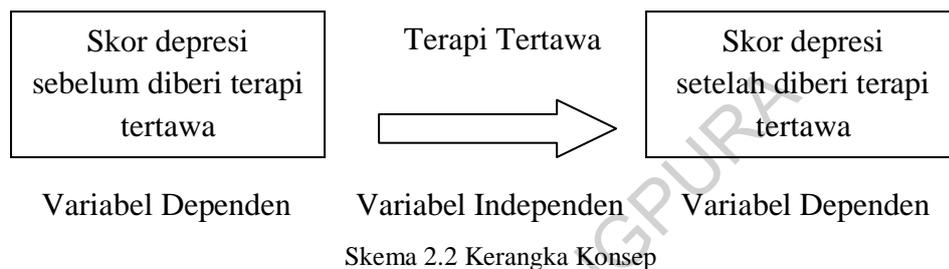


Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Maryam, 2012); (Irawan, 2013); (Santosa, 2014); (Etika, 2014); (Canadian Association for Music Therapy, 2011); (Devi,2009); (Simanungkalit dalam Yani, 2014).

2.4 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka penelitian ini adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep penelitian secara operasional adalah visualisasi hubungan antara variabel-variabel penelitian yang dibangun berdasarkan paradigma penelitian (Budiman, 2011).



2.5 Hipotesis

Ha: Ada penurunan skor depresi setelah dilakukan terapi tertawa terhadap lansia yang mengalami depresi di Panti Graha Werdha Marie Joseph di Kota Pontianak.

Ho: Tidak ada penurunan skor depresi setelah dilakukan terapi tertawa terhadap lansia yang mengalami depresi di Panti Graha Werdha Marie Joseph di Kota Pontianak.

2.6 Penelitian terkait

Berdasarkan studi literatur yang peneliti lakukan, penelitian dengan judul “Pengaruh Terapi Tertawa Terhadap Penurunan Skor Depresi pada lanjut Usia (LANSIA) di Panti Graha Werdha Marie Joseph Kota Pontianak” belum pernah dilakukan sebelumnya. Namun terdapat beberapa penelitian yang terkait dengan penelitian ini yaitu :

2.6.1 Shanlie, Ridwan dan Diena (2014), dalam penelitiannya yang berjudul “Pengaruh Terapi Tertawa Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Lansia di Panti Tresna Werda Kabupaten Kubu Raya Tahun 2014” Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui

pengaruh terapi tertawa terhadap penurunan tingkat kecemasan selama satu hari. Penelitian ini menggunakan desain *quasy experiment pre-post test*. Alat ukur untuk tingkat kecemasan menggunakan *Hamilton Rating Scale (HRS-A)*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia di Panti Tresna Werda dengan jumlah 85 orang. Pada penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara tingkat kecemasan sebelum dan sesudah terapi tertawa ($p=0,000$). Persamaan dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu terapi tertawa, sedangkan perbedaan dalam penelitian ini adalah variabel dependennya yaitu kecemasan, desain penelitian serta alat ukur dalam penelitian.

2.6.2 Khristina (2008), dalam penelitiannya yang berjudul “Efektivitas Pemberian Terapi Tertawa Dalam Menurunkan Tekanan Darah Pada Pasien Dengan Hipertensi Di Puskesmas Pembantu Bulusan Tembalang” Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perubahan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik sebelum dan 15 menit sesudah pemberian terapi tertawa. Penelitian ini merupakan jenis penelitian eksperimen dengan menggunakan *one group pre test and post test design* tanpa group kontrol. Sampel menggunakan total populasi berjumlah 21 orang di wilayah kerja Puskesmas Pembantu Bulusan Tembalang. Efektivitas pemberian terapi tertawa untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi dianalisis dengan menggunakan uji statistik *t-test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perubahan nilai tekanan darah pada masing-masing responden dengan rentang perubahan nilai tekanan darah sistolik antara 10 – 30 mmHg dan perubahan tekanan darah diastolik antara 10 – 20 mmHg. Hasil uji *Paired Sample t-Test* yaitu 0,000 – 0,006 menunjukkan nilainya lebih kecil dari taraf kesalahan (α) 0,05 atau dengan signifikansi 95 %, maka hipotesis

efektivitas terapi tertawa dalam menurunkan tekanan darah dapat diterima. Kesimpulan penelitian ini adalah pemberian terapi tertawa efektif untuk menurunkan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi. Peneliti menyarankan untuk menerapkan terapi tertawa ini di wilayah kerja Puskesmas Pembantu Bulusan Tembalang. Persamaan dalam penelitian ini adalah variabel independennya yaitu terapi tertawa, sedangkan perbedaan dalam penelitian ini adalah variabel dependennya yaitu pengukuran tekanan darah.

2.6.3 Iting, Pasaribu dan Kasra (2012), dalam penelitiannya yang berjudul “Efektifitas Terapi Tertawa Terhadap Penurunan Gejala Depresi Pada Lansia di Panti Wredha Hisosu Binjai Tahun 2012” Penelitian ini bertujuan untuk melihat efektifitas terapi tertawa terhadap penurunan gejala depresi pada lansia di Panti Wredha Hososu Binjai”. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasy xperiment* pre test–post test kelompok kontrol, dengan jumlah sampel 26 orang lansia yang diambil secara total sampling. Untuk mengukur gejala depresi pada lansia digunakan alat ukur Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) yang memuat 21 kelompok gejala depresi. Terapi Tertawa diberikan sebanyak dua kali seminggu selama empat minggu berturut-turut. Hasil Penelitian ini menunjukkan ada perubahan yang signifikan antara gejala depresi sebelum dan sesudah dilakukan terapi tertawa ($P.value < \alpha$) dengan rata-rata gejala depresi sebelum terapi tertawa 28.27 dengan standar deviasi 3.863 dan rata-rata gejala depresi sesudah terapi tertawa 24.50 dengan standar deviasi 3.901. Persamaan dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu terapi tertawa, sedangkan perbedaan dalam penelitian ini adalah alat ukur atau instrumen penelitian yang digunakan.

2.6.4 Aprianti (2009), dalam penelitiannya yang berjudul “Pengaruh Terapi Tertawa Terhadap Stress Psikososial pada Usia Lanjut di Karang Werda Ngudi Mukti Kelurahan Kartoharjo Kecamatan

Nganjuk Kabupaten Nganjuk Jawa Timur 2008” Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan tes awal – tes akhir dengan pendekatan *cross sectional* dan *experimental*. Responden diambil dengan menggunakan metode *Nonprobability Sampling* dari 60 responden menjadi 20 responden. Pemberian terapi tertawa dua kali dalam seminggu. Instrumen yang digunakan untuk mengukur stres psikososial adalah *Social Readjustment Rating Scale (SRRS)*. Perbedaan kondisi stres psikososial antara sebelum dan sesudah pemberian terapi tertawa akan diuji dengan paired t-test. Hasil dalam penelitian dengan menggunakan Uji paired t-test menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan yaitu $p = 0,000$ pada hasil post test dengan nilai $\alpha = 0,05$ dan hasil $t_{hitung} 5,917 > t_{tabel} 2,09$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 18 orang (90%) mengalami penurunan dan hanya dua orang (10%) yang tidak mengalami penurunan tingkat stres psikososial. Sehingga ada pengaruh pemberian terapi tertawa terhadap stres psikososial pada usia lanjut di Karang Werda “Ngudi Mukti” Kelurahan Kartoharjo, Kecamatan Nganjuk, Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur 2008. Persamaan dalam penelitian ini adalah variabel independennya yaitu terapi tertawa, sedangkan perbedaan dalam penelitian ini adalah variabel dependennya yaitu stress psikososial serta instrumen penelitian.