

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. KONSEP DASAR TERAPI BERKEBUN

##### 2.1.1. Pengertian

Hortikultural adalah seni dan ilmu tumbuh bunga, buah-buahan, sayuran, dan pohon-pohon dan semak-semak yang mengakibatkan perkembangan pikiran dan emosi individu dan pengayaan dan kesehatan peradaban masyarakat (Haller & Kramer, 2006). Menurut (AHTA, 2007) terapi hortikultural adalah proses perbaikan dimana tanaman dan kegiatan berkebun digunakan untuk meningkatkan tubuh, pikiran, dan jiwa seseorang. Sedangkan menurut (Haller & Kramer, 2006) Terapi hortikultural secara profesional dilakukan dengan modalitas pengobatan yang berorientasi pada klien yang memanfaatkan kegiatan hortikultural untuk memenuhi tujuan terapeutik atau rehabilitatif pada peserta yang spesifik.

##### 2.1.2. Sejarah

Tanaman dan kebun telah lama berhubungan dengan proses penyembuhan. Peradaban paling awal, dari Alexandria dan Mesir Kuno melalui *Renaissance* Eropa yang mengakui nilai terapeutik dari tanaman. Menurut *American Horticultural Therapy Association* (2007) dokter pada Mesir Kuno meresepkan untuk jalan-jalan di kebun untuk pasien yang menderita gangguan mental. Sejarah hortikultural tersebut terjadi karena secara bertahap dikembangkan secara independen oleh pertanian, menjadi seni yang canggih dan ilmu yang saat ini digunakan. Terapi

hortikultural pertama kali digunakan dalam konteks pengobatan yang terjadi di Mesir Kuno, ketika dokter meresepkan jalan-jalan di taman istana untuk anggota kerajaan yang terganggu jiwanya (Toyoda, 2012).

Beberapa sejarawan percaya bahwa hortikultural dimulai di kebun kuil Mesir dimana pohon, buah-buahan, dan anggur yang dibudidayakan. Kemajuan hortikultural mesir itu terjadi tidak dalam isolasi tetapi dipinjam dan disempurnakan dari inovasi hortikultural yang ditemukan di Timur Tengah dan dengan pendekatan irigasi sebagai salah satu teknologi yang paling penting dikembangkan dibidang pertanian dan hortikultural. Di rumah sakit abad pertengahan, kebun dianggap untuk mengobati kedua penyakit fisik dan spiritual dari orang yang sakit yang mengunjungi mereka. Juga tidak ada perbedaan antara pikiran dan diri duniawi seseorang, apa yang baik bagi jiwa dan baik bagi tubuh. Ketika permintaan disebabkan oleh perkembangan migrasi, wabah penyakit, dan pertumbuhan populasi melebihi kapasitas rumah sakit, tanggung jawab merawat orang sakit secara bertahap bergeser ke otoritas sipil, dan profil dari taman restoratif juga berkurang secara signifikan (Perveen, 2013).

Akhir tahun 1700-an dan awal tahun 1800-an, dalam pengaturan klinis di Amerika Serikat, Inggris, dan Spanyol, dari pemahaman tentang hubungan tanaman dengan manusia mulai berkembang menjadi sesuatu yang baik dalam menerima pendekatan terhadap pengobatan. Tahun 1800-an hortikultural digunakan dalam mengobati penyakit mental yang berevolusi. Benjamin Rush, lahir pada tahun 1745 di Amerika Serikat di dekat Philadelphia adalah orang yang memainkan peran kunci dalam

membangun kembali institusi pertamanan dan membuat hubungan antara pertanian dan kesehatan pasien. Benjamin Rush dianggap sebagai “Bapak Psikiatri Amerika” di Amerika Serikat. Benjamin Rush melaporkan bahwa taman dapat memainkan peran yang amat penting untuk penyembuhan terhadap orang-orang dengan penyakit mental. Rush mengamati bahwa menggali di tanah tampaknya memiliki efek kuratif pada penderita sakit mental dan analisis ini menginspirasi. Di Amerika Serikat, secara bertahap pertanian dan berkebun dimasukkan dalam kegiatan di rumah sakit jiwa baik di rumah sakit jiwa negeri maupun swasta. Keyakinan Rush bertepatan dengan kecenderungan umum pada abad-19 yang menganjurkan bahwa pasien harus bekerja di kebun rumah sakit untuk tujuan praktis dan juga untuk kepentingan terapi terkait (Detweiler, 2011).

Terapi hortikultural digunakan untuk meningkatkan perawatan veteran selama perang dunia I. Sejumlah veteran yang terluka mengambil penggunaan hortikultural dalam penyembuhan secara klinis, awalnya hortikultural digunakan untuk terapi okupasi dan rekreasi sebagai bagian dari rehabilitasi kejiwaan. Pelopor lain dalam bidang terapi hortikultural adalah pekerja sosial psikiatri dan terapis Alice Burlingame. Tahun 1950 Alice berusaha untuk mengembangkan alat dan melakukan penelitian tentang penggunaan terapi hortikultural, pada tahun 1972 Yayasan Menninger bekerjasama dengan departemen hortikultural di Kansas State University untuk memberikan pelatihan bagi mahasiswa sarjana dibidang kesehatan mental (Perveen, 2013).

### 2.1.3. Manfaat terapi berkebun

Menurut (Dhiel, 2007) penelitian empiris telah membuktikan manfaat terapi berkebun dibanyak daerah yaitu meliputi, manfaat untuk fisik adalah dapat meningkatkan kekuatan, stamina dan mobilitas, meningkatkan energi dan daya tahan serta latihan untuk koordinasi tangan dan mata. Dibidang sosial terapi hortikultural memiliki manfaat untuk meningkatkan interaksi sosial, meningkatkan keterampilan koping dan motivasi, serta membantu membangun kebiasaan kerja yang baik dan sikap.

Bidang psikologis terapi hortikultural memiliki manfaat yaitu mengurangi kecemasan, stress, dan ketegangan, meningkatkan kepercayaan diri dan harapan, imbalan perilaku pengasuhan, dan merangsang indera untuk mengamati, menyentuh, mencicipi, dan bau tanaman. Aspek kognitif terapi hortikultural adalah meningkatkan konsentrasi dan kemampuan untuk fokus, mengajarkan keterampilan baru dan memberikan pelatihan kerja, meningkatkan pemecahan masalah dan keterampilan perencanaan, serta latihan memori dan mempromosikan berpikir positif.

### 2.1.4. Standar Pelaksanaan Terapi Berkebun

Menurut (Setyoadi, 2011) persiapan yang dibutuhkan sebelum dilakukan terapi yaitu:

a. Persiapan alat

1. Siapakan alat-alat yang dibutuhkan untuk berkebun misalnya sekop, vas/ pot, tanaman, dll,
2. Bagi lansia yang aktivitas setiap harinya membutuhkan kaca mata, tongkat, kursi roda, maupun alat bantu jalan lainnya harus dipersiapkan.

b. Persiapan lingkungan

1. Tidak ada persiapan khusus untuk lingkungan, hanya tergantung dari tempat yang akan digunakan,
2. Hindari lokasi yang akan menimbulkan resiko cedera bagi lansia,
3. Hindari tempat yang terlalu ramai karena akan membuat pusing lansia,
4. Hindari tempat yang panas, ajak ke tempat yang suasananya sejuk, terutama bagi lansia yang mempunyai gangguan pernafasan.

c. Persiapan klien

1. Pastikan lansia dalam kondisi yang sehat,
2. Jangan mengajak lansia untuk mengikuti terapi berkebun dengan paksaan sebab dapat mempengaruhi fungsi dari terapi dan lansia tidak akan menikmati terapi,
3. Pastikan alat yang biasa digunakan lansia selalu di bawa.

d. Prosedur Pelaksanaan

Menurut (Perveen, 2013) prosedur pelaksanaan sesi terapi adalah dengan cara sebagai berikut:

1. Sebelum sesi, kondisi fisik dan mental pasien diselidiki dan wawancara singkat dilakukan dengan tujuan untuk menentukan suasana hati saat pasien,
2. Kegiatan yang akan dilakukan selama sesi dijelaskan secara hati-hati,
3. Para pasien melakukan lima menit senam santai dan menyanyikan sebuah lagu diiringi musik,
4. Pekerjaan pasien dalam kelompok tiga atau empat, bersama-sama melakukan tugas berkebun. Selain itu, setiap pasien melakukan tugas berkebun individu. Contoh tugas yang diemban selama sesi terapi adalah (1) menanam bunga, (2) menyiram bunga, (3) eksplorasi taman, (4) pemupukan, (5) memilih sayuran, dan memasak dan memakannya,
5. Sebuah diskusi yang diadakan di akhir atau setiap sesi, dimana terapis dan pasien berbagi perasaan mereka tentang sesi dan harapan mereka untuk yang berikutnya,
6. Setelah sesi, staf bertemu untuk merencanakan sesi berikutnya.

e. Kriteria Evaluasi

1. Tanyakan pada lansia apakah lansia merasa senang dan puas dengan kegiatan berkebun yang dilakukan,

2. Pastikan bahwa lansia tidak merasa cemas, stress setelah dilakukan kegiatan berkebun,
3. Pantau kondisi lansia seperti keadaan fisik misalnya lemah,
4. Pastikan lansia tidak lupa untuk mengonsumsi obat-obatan apabila sedang sakit,
5. Evaluasi apakah tempat kegiatan berkebun tadi bisa dijadikan tempat yang rutin atau justru tidak cocok untuk digunakan lagi.

#### **2.1.5. Indikasi dan Kontraindikasi**

##### **a. Indikasi**

1. Lansia yang baru keluar dari rumah sakit setelah perawatan selama lebih dari 2 minggu,
2. Lansia yang sedang mengalami cemas, stress, maupun depresi,
3. Lansia yang mempunyai penyakit kronis.

##### **b. Kontraindikasi**

1. Lansia yang kondisinya harus tirah baring total, misalnya stroke atau pasca operasi tumor otak
2. Lansia yang mengalami ketergantungan total

(Setyadi, 2011)

## 2.2. KONSEP DASAR DEPRESI LANSIA

### 2.2.1. Pengertian Depresi Lansia

Depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. *Mood* adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi emosional saat itu (Kaplan, 2010).

Depresi lansia adalah keadaan jiwa yang tertekan dan penurunan fungsi kognitif hingga berpotensi menimbulkan berbagai kendala (Tamher, 2009).

### 2.2.2. Faktor Resiko Depresi Lansia

Menurut (Nadesul, 2011) Terjadinya depresi pada orang lanjut usia merupakan interaksi dari beberapa faktor yaitu:

#### 1. Faktor Biologis

Faktor biologis antara lain berkurangnya sejumlah neuron (pengantar impuls pada sistem syaraf) maupun neuron (zat-zat kimia yang berperan dalam pengantaran impuls sistem syaraf) di otak,

#### 2. Faktor Psikologis

Faktor psikologis misalnya rasa rendah diri karena berkurangnya kemampuan atau kemandirian, kesedihan ditinggal orang yang dicintai, serta faktor kepribadian,



### 3. Faktor Sosial

Faktor sosial adalah berkurangnya interaksi sosial, kesepian, dan masalah sosial ekonomi.

#### 2.2.3. Kriteria Sehat Optimal

Menurut (WHO, 1959) dalam (Maryam, 2005) kriteria sehat yang optimal pada lansia adalah sebagai berikut: a) dapat menerima kenyataan yang baik maupun yang buruk, b) Puas dengan hasil karyanya, c) Merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima, d) Secara relatif bebas dari rasa tegang dan cemas, e) Berhubungan dengan orang lain untuk tolong menolong dan saling memuaskan, f) Mengambil hikmah dari kejadian buruk, g) Mengalihkan rasa permusuhan dapa penyelesaian yang kreatif dan konstruktif, h) Mempunyai rasa kasih sayang yang besar.

#### 2.2.4. Gejala Depresi Pada Lansia

Menurut (Stanley, 2006) gejala-gejala depresi, yang tetap sama dalam rentang kehidupan dapat dibagi menjadi tiga kelompok utama, sering disebut *triad* depresif, yaitu:

##### 1. Gangguan alam perasaan

Gangguan alam perasaan dapat timbul gejala berupa kesedihan, kehilangan semangat, menangis, ansietas, serangan panik, murung, iritabilitas, pernyataan bahwa merasa sedih, “*blue*”, tertekan, “rendah”, atau “susah” dan perasaan bahwa tidak ada satupun yang menyenangkan, dan Paranoid.

## 2. Gangguan persepsi diri, lingkungan, masa depan

Gejala dalam gangguan persepsi diri, lingkungan, masa depan dapat berupa menarik diri dari aktivitas-aktivitas yang biasa dilakukan, Penurunan gairah seks, ketidakmampuan mengekspresikan kesenangan, perasaan tidak berharga, ketakutan yang tidak beralasan, pendekatan kembali pada kegagalan kecil, delusi, halusinasi durasi singkat, kritik yang ditujukan pada diri sendiri dan orang lain, pasif.

## 3. Vegetatif

Gejala pada aspek vegetatif adalah peningkatan atau penurunan gerakan tubuh, mondar mandir, meremas-remas tangan, menarik atau mengusap rambut, tubuh, atau pakaian, sulit tidur, terus terjaga, terbangun dini hari, penurunan atau kadang peningkatan nafsu makan, penurunan atau kadang peningkatan berat badan, keletihan, terpaku pada kesehatan fisik, terutama ketakutan terhadap kanker, ketidakmampuan berkonsentrasi, berpikir jernih, atau membuat keputusan, bicara lambat, berhenti sejenak sebelum menjawab, penurunan jumlah bicara, bicara rendah atau monoton, berpikir tentang kematian, bunuh diri atau upaya bunuh diri, konstipasi, takikhardi.

Meskipun gejala-gejala depresi pada lansia sama dengan yang ditunjukkan pada orang yang lebih muda dengan gangguan depresi, tetapi lansia lebih dari kelompok lainnya, tidak dapat secara tepat dimasukkan ke dalam kategori-kategori psikiatrik. Banyak kasus diagnosis difensial dari depresi pada lansia bersifat kompleks dan sulit.

Sebagai contoh, pemberi layanan kesehatan psikiatrik harus membedakan antara episode depresif utama (tunggal, kambuhan, atau bipolar) dan diagnosis-diagnosis lain yang memanifestasikan gambaran depresif yang banyak ditemukan pada lansia. Kehilangan, gangguan penyesuaian dengan alam perasaan terdepresi, dan kondisi-kondisi lain yang sering berhubungan dengan depresi (Tamher, 2009).

Masalah yang sulit lebih lanjut, presentasi atipikal dari depresi lebih banyak terjadi pada lansia dari pada kelompok lainnya. Hal ini mencakup bentuk depresi yang lebih ringan yang tampak datang dan pergi tanpa presipitan lingkungan yang jelas dan bentuk depresi yang sangat berat yang tampaknya resisten terhadap pengobatan. Jenis penyakit bipolar lain yang dikenal dengan siklus cepat muncul ketika alam perasaan lansia berubah dengan cepat dari *euphoria*, status manik sampai ke depresi berat (Tamher, 2009).

#### **2.2.5. Penatalaksanaan**

Menurut (Stanley, 2006) penatalaksanaan pada lansia yang mengalami depresi adalah:

##### **1. Pencegahan Primer**

Sejumlah bahaya interpersonal dan lingkungan yang banyak terdapat pada kehidupan akhir dapat bergabung menempatkan lansia pada resiko depresi yang lebih besar. Beberapa diantaranya, seperti reaksi obat yang merugikan, dapat dicegah, yang lainnya seperti awitan

demensia atau kematian pasangan, tidak dapat dicegah. Namun demikian, perawat harus selalu mewaspadainya untuk mencegah awitan depresi jika mungkin.

Sejalan dengan bertambahnya usia, manusia terus mengonfrontasi tugas-tugas perkembangan normal, yang membutuhkan kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap berbagai perubahan. Perawat idealnya dituntut untuk membantu lansia bekerja dengan perubahan-perubahan ini, dengan menggunakan strategi-strategi interaktif seperti mengungkap kenangan dan tinjauan hidup yang ditekankan pada peristiwa-peristiwa hidup yang menyenangkan serta kontribusi pada pencapaian yang positif. Rujukan ke kelompok pendukung setempat atau program dari janda untuk janda juga dapat diindikasikan. Perawat dapat memastikan tingkat ketepatan dan tingkat asuhan yang paling tidak membatasi klien dengan membuat rujukan ke rumah perawatan dan makanan yang diantar ke rumah dan dengan merekomendasikan modifikasi lingkungan guna mempertahankan tingkat kemandirian yang optimal. Mendidik klien dan keluarga tentang proses penuaan normal dan patologis juga merupakan tugas keperawatan yang sangat penting (Stanley, 2006).

Sejumlah perspektif teoritis berguna dalam memahami berbagai penyebab depresi pada lansia dan membimbing tindakan keparawatan preventif di area ini. Menurut teori Erikson tentang perkembangan psikososial, lansia yang tidak berhasil menyelesaikan tugas-tugas perkembangan yang diperlukan dan tidak berada pada tingkat kohesi,

kedamaian didalam diri, dan kepuasan hidup beresiko mengalami keputusasaan (Stanley, 2006).

Lebih jauh lagi, banyak lansia yang menghadapi berbagai stressor, seringkali kumulatif, yang dapat mencetuskan depresi. Stressor-stressor tersebut dapat berupa stressor ekonomi, sosial, fisik, emosional dan kehilangan aktivitas. Teori sosiologis mengemukakan bahwa stressor-stresor dan kehilangan tersebut dapat bergabung menghasilkan kehilangan status peran dan sistem pendukung sosial, suatu pandangan yang diperkuat dengan kerugian, sikap terhadap penuaan dari masyarakat. Dari suatu perspektif ekstensial, perubahan-perubahan ini dapat menyebabkan kehilangan makna dan tujuan hidup, sehingga menyebabkan depresi. Perawat yang menghadapi lansia yang telah mengalami kehilangan besar dan sering kumulatif dapat membantu mereka menghindari depresi dengan mengarahkan kembali minat-minat mereka, mendorong aktivitas-aktivitas dan hubungan baru yang penuh makna dan mendukung jaringan pendukung sosial mereka. Intervensi ini dapat berupa tugas-tugas yang sangat konkret seperti memastikan bahwa lansia memiliki akses ke telepon atau mengetahui bagaimana cara menggunakan transportasi umum, dan strategi-strategi fasilitatif, seperti mendorong keluarga untuk berkunjung dengan lebih teratur, membantu lansia mendaftar di kelas tarian rakyat, atau menganjurkan konseling prapensiun (Stanley, 2006).

Ahli teori psikoanalisis mengemukakan bahwa kehilangan objek, agresi ke dalam, dan kehilangan harga diri merupakan faktor-faktor kriteria dalam awitan gejala depresif, sedangkan teori-teori

mengemukakan bahwa pengaturan kognitif negatif lansia dan distorsi interpretasi terhadap diri dan lingkungan menyebabkan dan memperkuat depresi. Ahli teori perilaku merumuskan bahwa ketidakberdayaan akibat stimuli yang tidak menyenangkan dan yang menyebabkan hukuman merupakan dasar terjadinya depresi, dan ahli teori biologi mengemukakan bahwa neurotransmitter keempat dan disregulasi dan malfungsi neuroendokrin merupakan penyebab depresi. Jika psikodinamik, kognitif, perilaku, atau mekanisme biologis dicurigai menempatkan lansia pada resiko depresi, perawat harus merujuknya ke spesialis psikiatrik guna mendapatkan evaluasi yang komperhensif dan jika perlu, agar mendapatkan terapi wicara dan farmakologis (Stanley, 2006).

Berbagai penyakit fisik yang sering terjadi pada lansia dapat menyebabkan gejala-gejala depresi. Hal tersebut mencakup gangguan metabolik, gangguan endokrin, penyakit neurologis, kanker, infeksi virus, dan bakteri, penyakit kardiovaskular, masalah paru, gangguan muskuloskeletal, gangguan gastrointestinal, gangguan genitourinarius, penyakit vaskular kolagen, dan anemia. Lebih jauh lagi, banyak obat-obatan yang digunakan untuk mengatasi gangguan-gangguan tersebut dapat menyebabkan depresi sekunder. Bila lansia menderita salah satu dari penyakit tersebut, perawat harus memastikan terlebih dahulu apakah lansia menerima perawatan medis yang adekuat atau tidak dan kemudian mendiskusikan hubungan antara penyakit dan pengobatannya dengan dokter primer yang menangani lansi tersebut. Terkadang pengobatan dapat diganti atau pola dosisnya diubah untuk menghilangkan atau mengurangi efek samping depresif (Stanley, 2006).

Beberapa kasus, baik penyakit maupun pengobatannya dapat disesuaikan dengan intervensinya. Situasi ini akan sangat bermanfaat jika perawat menjelaskan kepada klien secara sederhana bahwa penyakit atau pengobatan yang esensial untuk penyakit tersebut dapat menyebabkan depresi. Hal ini menghentikan anggapan salah orang tersebut bahwa depresi adalah sesuatu yang menyebabkan dan memungkinkan orang tersebut merasa kurang terstigma. Penyakit fisik juga dapat memicu depresi karena dapat menyebabkan nyeri kronis, disabilitas, dan kehilangan fungsi, penurunan harga diri, peningkatan ketergantungan, atau menyebabkan ketakutan terhadap nyeri atau kematian. Perawat harus berdiskusi secara terbuka dengan lansia mengenai isu-isu ini dan bekerjasama dengan dokter primer mereka untuk memastikan bahwa tidak terjadi penderitaan yang tidak perlu. Rujukan kepada ahli terapi okupasi, terapi wicara, dan terapi fisik dapat mencegah disabilitas serta kehilangan fungsi dan harga diri yang tidak perlu. Faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit-penyakit fisik seperti isolasi, deprivasi sensori, dan ketergantungan yang diperkuat dapat juga berperan dalam terjadinya depresi dan sering dapat disesuaikan dengan intervensi-intervensi sosial dan lingkungan yang terpilih (Stanley, 2006).

## 2. Pencegahan Sekunder

Stigma yang sering berkaitan dengan berbagai bentuk penyakit mental pada kelompok usia ini, banyak lansia penderita depresi yang mengalami keluhan somatik atau fisik, yang menyatakan bahwa mereka pasti menderita kanker, masalah jantung, atau beberapa penyakit lain

yang membuat mereka merasa tidak enak, daripada mengaitkan gejala-gejala yang mereka alami dengan penyebab emosional. Bagian terpenting dari wawancara dengan lansia depresi adalah menggunakan istilah mereka. Hal ini akan memberikan data wawancara yang lebih banyak, lebih valid yang menjadi dasar untuk pengkajian selanjutnya, diagnostik, dan aktivitas-aktivitas terapeutik (Stanley, 2006).

Faktor-faktor yang menyebabkan atau berperan dalam terjadinya depresi pada lansia dan berbagai tanda dan gejala yang berhubungan dengan depresi pada kelompok usia ini, cara terbaik perawat mengidentifikasi lansia yang mengalami depresi adalah dengan meninjau ulang tanda dan gejala dari *triad* depresi dan pastikan melalui wawancara langsung dengan klien tentang gejala apa yang dialami, berapa lama gejala ini sudah berlangsung, dan apakah gejala-gejala tersebut pernah terjadi sebelumnya. Hal yang juga sangat penting untuk diperhatikan adalah apakah pencetus lingkungan yang jelas atau kehilangan telah memicu gejala-gejala depresif tersebut (Stanley, 2006).

Jika dicurigai terjadi depresi, perawat harus melakukan pengkajian dengan alat pengkajian terstandarisasi dan dapat dipercaya serta valid dan memang dirancang untuk dan diujikan kepada lansia. Ada beberapa alat pengkajian semacam itu, tetapi salah satu paling mudah digunakan dan diinterpretasikan diberbagai tempat adalah *Geriatric Depression Scale* (GDS). GDS 30 poin dibuat sebagai alat penapisan depresi pada lansia. GDS tersebut menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan ya atau tidak atau dapat dibacakan untuk orang dengan gangguan penglihatan, serta memerlukan waktu sekitar 10 menit untuk



menyelesaikannya. GDS merupakan alat psikometrik dan tidak mencakup hal-hal somatik yang dapat tidak berhubungan dengan pengukuran *mood* lainnya. Skor lebih dari 10 menunjukkan kebutuhan untuk rujukan guna mendapatkan evaluasi psikitrik terhadap depresi lebih rinci (Stanley, 2006).

Karena depresi sering berkaitan dengan atau bahkan berupa demensia mimik pada lansia, dianjurkan juga bagi perawat atau anggota tim kesehatan lainnya untuk melakukan skrining status mental seperti *mini-mental satus exam* (MMSE) untuk mengkaji status kognitif (Stanley, 2006).

Setiap interaksi dengan klien depresi memiliki potensi terapeutik. Perawat dapat memberikan rasa aman dan nyaman dengan mendukung dan mendorong klien untuk mencoba hal-hal baru, memberikan struktur pada aktivitas sehari-hari, dengan menganjurkan interaksi dan keterlibatan yang menambah makna dan tujuan hidup, dan dengan memvalidasi arti klien sebagai manusia dengan cara ia diperlakukan. Empat intervensi utama lini pertama dapat dilakukan oleh perawat dengan berbagai tingkat persiapan profesional:

a. Mengomunikasikan perhatian

Perawat harus sensitif dengan perasaan lansia yang mengalami depresi dan mengetahui stigma yang melekat pada berbagai bentuk penyakit mental dalam kelompok ini. Klien harus diberitahu secara langsung bahwa perawat peduli dan menghargai mereka, sekalipun mereka tampak tidak peduli pada diri mereka sendiri. Perawat harus

menanyakan apa yang mereka rasakan dan mereka pikirkan dan harus menganjurkan mereka untuk membicarakan apa yang terjadi pada hidup mereka, dan tentang luka dan ketakutan mereka. Selanjutnya, perawat harus mencoba memahami situasi tersebut dari sudut pandang klien. Perawat juga sangat perlu untuk mengenali dan menerima bahwa klien-klien tersebut merasakan kesedihan yang luar biasa. Ada banyak cara mudah untuk mengomunikasikan penerimaan terhadap lansia depresi dan permasalahannya, seperti bersikap tidak menghakimi dan tidak menghukum, menyampaikan ketertarikan, dan mengizinkan mereka mengungkapkan emosi-emosi yang kuat (Stanley, 2006).

b. Membantu klien menyadari bahwa mereka mengalami kesedihan yang tidak wajar

Perawat dapat membantu klien depresi menyadari bahwa mereka mengalami kesedihan yang tidak wajar dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang membantu mereka mengidentifikasi hal-hal yang mereka sedihkan, seperti kehilangan dan duka cita yang mereka alami. Mengungkap kenangan dan tinjauan hidup terbimbing yang berfokus pada kejadian-kejadian positif di masa lalu juga membantu orang depresi melihat bahwa hal-hal yang terjadi tidak sedemikian buruk. Seringkali perawat perlu menunjukkan hal-hal positif yang mereka lihat pada diri klien depresi yang memperkuat pemikiran bahwa mereka masih berarti (Stanley, 2006).

c. Memberikan informasi tentang depresi

Klien berhak mendapatkan informasi yang akurat tentang depresi, termasuk fakta bahwa depresi merupakan penyakit yang terjadi pada semua kelompok usia, dan seperti halnya penyakit fisik, depresi dapat diobati. Lansia depresi perlu memahami bahwa gejala-gejala mereka merupakan bagian dari penyakit ini bahwa gejala-gejala tersebut akan hilang bila depresi teratasi. Perawat harus menekankan bahwa meminum obat yang diresepkan untuk mereka dan membicarakan perasaan-perasaan mereka akan membantu mengurangi atau menghilangkan gejala-gejala depresi. Akhirnya, perawat perlu mengingatkan lansia bahwa mereka telah menjalani kehidupan yang panjang, memiliki banyak pengalaman berharga, dan telah berhasil melewati kesulitan-kesulitan yang dapat membantu mereka menghadapi masalah ini.

d. Memodifikasi Lingkungan Fisik dan Sosial

Sejumlah strategi lingkungan dapat digunakan untuk lansia depresi. Contohnya antara lain meningkatkan input sensori dengan menyalakan lampu, meningkatkan sentuhan dengan pijatan, memastikan bahwa klien menggunakan alat bantu seperti kaca mata, atau alat bantu dengar, dan menggunakan tumbuh-tumbuhan atau hewan untuk meningkatkan ikatan klien dengan hal-hal yang tumbuh untuk menambah rasa dicintai pada diri mereka, diterima, dan dibutuhkan. Memberikan struktur, keamanan, dan konsistensi dengan menjelaskan rutinitas institusi dengan jelas meningkatkan rasa aman

pada diri klien. Menetapkan batasan-batasan perilaku untuk klien hanya dilakukan bila sudah benar-benar diperlukan dan melakukan berbagai hal untuk mereka hanya dilakukan bila mereka benar-benar tidak bisa melakukannya sendiri, akan membantu mencegah ketergantungan dan ketidakberdayaan (Stanley, 2006).

e. Penatalaksanaan Pengobatan

Obat-obatan anti depresan merupakan pengobatan yang paling banyak digunakan untuk depresi, terdapat sejumlah masalah potensial yang berkaitan dengan pemberiannya. Perawat berada pada posisi yang terbaik untuk mengenali adanya efek samping yang merugikan dan untuk melaporkannya kepada dokter yang meresepkan. Perawat juga harus mendorong lansia meminum obat sesuai resep, mengingatkan mereka bahwa obat-obatan tersebut tidak bekerja dalam semalam (sering memerlukan 2 sampai 3 minggu untuk menjadi efektif), dan terus memantau gejala-gejala mereka ke arah perbaikan (Stanley, 2006).

f. Pencegahan Tersier

Terapi kelompok sering berhasil digunakan diantara lansia karena bersama dengan orang lain merupakan hal yang penting dalam proses asuhan dan rehabilitasi depresi yang berkelanjutan. Berbagai jenis terapi rehabilitatif psikososial yang mungkin dilakukan: terapi yang berfokus pada aktivitas (terapi rekreasi) dan meningkatkan keterkaitan dengan orang lain (terapi hewan), terapi yang mendorong ingatan (life review) atau tinjauan hidup dan oleh karena itu membantu

penyelesaian masalah-masalah lama dan meningkatkan identifikasi dengan pencapaian di masa lalu, terapi yang mengajarkan tentang penatalaksanaan kesehatan dan stress, terapi yang menstimulasi rasa dan perbaikan respon terhadap lingkungan, terapi yang membantu memenuhi kebutuhan akan mencintai dan dicintai, dan terapi yang mendorong pembaharuan minat terhadap lingkungan sekitar dan menstimulasi pemikiran dan pembahasan tentang topik-topik yang berkaitan dengan dunia nyata (Stanley, 2006).

Terapi modalitas tersebut dapat membantu lansia yang depresi dengan meningkatkan interaksi dan hubungan sosial, meningkatkan harga diri dengan memberi kesempatan untuk menguasai suatu aktivitas sehingga lansia merasakan suatu pencapaian, dan meningkatkan rasa berbagi pengalaman. Bahan utama bagi intervensi psikososial, baik perorangan maupun kelompok, harus berupa keinginan untuk meningkatkan asuhan pasien. Keinginan ini menstimulasi minat pada diri pasien, komunikasi yang baik antar anggota staf dan perbaikan hubungan interpersonal secara menyeluruh. Metode terapeutik yang digunakan kurang penting dibandingkan interaksi antara perawat dan pasien lansia (Stanley, 2006).

#### 2.2.6. Alat Ukur Depresi Lansia

Salah satu langkah awal yang penting dalam penatalaksanaan depresi adalah mendeteksi atau mengidentifikasi. Salah satu *instrument* yang dapat membantu adalah *Geriatric Depression Scale*

(GDS) yang terdiri dari 30 pertanyaan yang harus di jawab oleh lansia. GDS menggunakan format laporan yang sederhana yang diisi sendiri dengan jawaban ya atau tidak. Pertanyaan dalam GDS mencakup tentang kekhawatiran somatic, penurunan afek, gangguan kognitif, kurangnya orientasi terhadap masa yang akandatang serta kurangnya harga diri. Penilaian dilakukan dengan cara, setiap jawaban yang berisi tanda bintang yang sesuai untuk menegakkan diagnosa depresi diberikan nilai 1, sedangkan untuk jawaban yang tidak bertanda bintang diberikan nilai nol. Hasil jawaban dari kuesioner diberikan skor yang sesuai dengan kategori sebagai berikut: Skor 0-14 = Tidak depresi, Skor 15-22= depresi ringan, Skor 23-26= depresi sedang, Skor 27-30 = depresi berat (Tamher, 2009 ).

### **2.3. PENGARUH TERAPI BERKEBUN TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI**

Depresi adalah gangguan umum dan masalah kesehatan utama di kalangan lansia yang berdampak negatif terhadap kualitas hidup mereka dan depresi meningkatkan morbiditas dan mortalitas somatik utama (Rappe & Kivela, 2005). Prevalensi depresi klinis dalam perawatan jangka panjang yang tinggi. Dalam penduduk panti jompo yang tidak parah. Satu studi melaporkan bahwa pengaturan taman atau perawatan lingkungan hijau dapat mengurangi gejala depresi serta mencegah depresi, sebagai pengurang stress. Melihat pengaturan alami untuk beberapa menit menyebabkan pemulihan yang cepat dari gejala stress (Rappe & Kivela, 2005).

Latihan fisik juga memiliki hubungan yang baik untuk mengurangi gejala depresi. Beberapa perasaan negatif yang menunjukkan pada akhir kehidupan, seperti rasa bersalah, apatis, kecemasan, dan gejala kognitif. Melihat alam dapat mengaitkan suasana hati yang positif, juga kunjungan ke balkon yang menunjukkan pengalaman alam sebagai pasif yang juga mengasosiasikan sebagai *mood* positif pada klien (Rappe & Kivela, 2005).

