



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI REMINISCENCE DAN PSIKOEDUKASI
KELUARGA TERHADAP KONDISI DEPRESI
DAN KUALITAS HIDUP LANSIA
DI KATULAMPA BOGOR
TAHUN 2011**

TESIS

**Endang Banon
NPM. 0906621552**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI REMINISCENCE DAN PSIKOEDUKASI
KELUARGA TERHADAP KONDISI DEPRESI
DAN KUALITAS HIDUP LANSIA
DI KATULAMPA BOGOR
TAHUN 2011**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Keperawatan (M.Kep.) Peminatan Keperawatan Jiwa**

**Endang Banon
NPM. 0906621552**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**

**PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2011**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Endang Banon

NPM : 0906621552

Mahasiswa Program : Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa

Tahun Akademik : 2009/2010

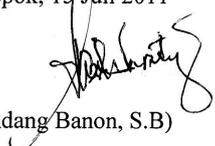
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Pengaruh Terapi Reminiscence dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Kondisi Depresi dan Kualitas Hidup Lansia di Katulampa Bogor tahun 2011

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 15 Juli 2011


(Endang Banon, S.B)

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Endang Banon S.B
NPM : 0906621552
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

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

Pengaruh terapi Reminiscence dan Psikoedukasi Keluarga terhadap kondisi depresi dan kualitas hidup lansia di Katulampa Bogor tahun 2011

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 15 Juli 2011

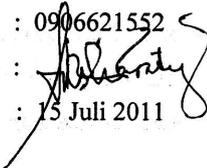
Yang menyatakan,



(Endang Banon S.B)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Endang Banon S.B
NPM : 0906621552
Tanda tangan : 
Tanggal : 15 Juli 2011

ABSTRAK

PROGRAM PASKA SARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2011

Endang Banon Sri Bharaty

Pengaruh terapi *reminiscence* dan psikoedukasi keluarga terhadap kondisi depresi dan kualitas hidup lansia di Katulampa Bogor

xii +150 hal + 19 tabel + 3 skema + 2 gambar + 17 lampiran

Abstrak

Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi *reminiscence* dan psikoedukasi keluarga terhadap penurunan kondisi depresi (harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, dan isolasi sosial) dan peningkatan kualitas hidup lansia di Katulampa Bogor. Desain *quasi eksperimental* pendekatan *pre test – post test with control group*. Populasi penelitian adalah lansia depresi di Katulampa Bogor, jumlah responden 72 orang (intervensi 36 orang dan kontrol 36 orang) yang dipilih secara *random*. Alat pengumpul data adalah kuesioner pengukuran skala depresi dan kuesioner *quality of life WHO yang dimodifikasi*. Data dianalisis menggunakan uji *t-test*. Hasil penelitian menunjukkan ada penurunan yang bermakna kondisi depresi, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial ($p\text{-value} < 0,05$), dan peningkatan yang bermakna pada harga diri dan kualitas hidup ($p\text{-value} < 0,05$) antara kelompok yang mendapat terapi *reminiscence* dan psikoedukasi keluarga dibandingkan dengan kelompok yang hanya mendapat psikoedukasi keluarga. Rekomendasi penelitian selanjutnya melihat karakteristik *caregiver* terhadap penurunan depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia.

Kata kunci : *reminiscence*, psikoedukasi keluarga, depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, kualitas hidup lansia

Daftar Pustaka 75 (1994-2011)

NURSING SCIENCE FACULTY
of UNIVERSITAS INDONESIA
POST GRADUATE PROGRAM

Thesis, July 2011

Endang Banon Sri Bharaty

The effect(s) of *reminiscence* therapy and family psychoeducation on the level of depressive condition and life quality for the elderly persons who lives in Kelurahan Katulampa, Bogor

xii +150 pages + 19 tables + 3 schemes + 2 graphic + 17 attatchements

Abstracts

The purpose of this research is to understand the influence of reminiscence therapy and family psycho education take effects on decreasing the state of depression (low-self esteem, helplessness, hopelessness, and social isolation) and also how it effects to the life quality increasement of the elderly that live at Katulampa, Bogor. Quasi experimental design, pre test – post test approach with control group. The population for this research is the depressed elderly who lived in Katulampa, the quantity of the respondents is 72 randomly selected persons (36 persons is under interventioned state and 36 persons is under a controlled state). The data collecting tool that is used in this research is the depression scale measurement questionnaire and the modified WHO's quality of life questionnaire. The data is analyzed using a t-test method, and the result indicates that there are some significant decrease on the state of depression, low-self esteem, helplessness, hopelessness, and social isolation (p-value < 0,05), and also a significant increase on the self esteem and life quality (p-value < 0,05) between the group that has both reminiscence therapy and family psycho education compared to the group that only have family psycho education. The recommendation for further research is to see the caregiver's characteristics on decreasing the depression and to increase the life quality of the elderly.

Keywords: depressive condition, low self esteem, helplessness, hopelessness, social isolation, life quality for the elderly persons

Bibliography 75 (1994-2011)

PENDAHULUAN

1 Latar Belakang

Penurunan tingkat fertilitas disertai dengan penurunan tingkat mortalitas telah mengubah struktur penduduk di banyak negara dari penduduk berstruktur muda menjadi penduduk berstruktur tua. Di Indonesia, kemajuan di berbagai bidang kehidupan termasuk bidang kesehatan berdampak pada peningkatan usia harapan hidup. Peningkatan usia harapan hidup merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia. Peningkatan usia harapan hidup pada tahun 1990 mencapai 59,8 tahun, tahun 2000 mencapai 64,5 tahun, diperkirakan tahun 2010 usia harapan hidup 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diharapkan usia harapan hidup mencapai 71,1 tahun (Menkokesra, 2010). Hal ini berarti penduduk berusia lanjut (lansia) akan semakin bertambah dan karena menurunnya kemampuan maupun produktifitas mereka maka akan timbul masalah ketergantungan lansia pada orang lain.

Usia harapan hidup yang meningkat berdampak pada jumlah lansia yang semakin bertambah setiap tahunnya. Indonesia memasuki era berstruktur lansia (*ageing structured*) karena jumlah penduduk lansia Indonesia sudah mencapai lebih dari 7 % dari total penduduk. Indonesia merupakan negara keempat dengan jumlah lansia yang meningkat setelah China, India, Amerika Serikat. WHO (2002) menyatakan bahwa jumlah lansia di dunia sebanyak 600 juta (11 %) pada tahun 2000, dengan adanya perbaikan di berbagai bidang kehidupan maka estimasi jumlah lansia pada tahun 2025 diperkirakan menjadi 1,2 milyar (22 %) dan jumlah lansia akan terus bertambah sehingga pada tahun 2050 diperkirakan sekitar 2 milyar lansia ada di dunia ini. Badan Pusat Statistik (2007), mendata jumlah lansia Indonesia sekitar 18.957.189 jiwa (8,42%). Dengan bertambahnya usia harapan hidup maka jumlah lansia juga akan bertambah, pada tahun 2010 jumlahnya menjadi sekitar 23.992.552 (9,77 %),

prediksi jumlah lansia Indonesia sebesar 28.822.879 (11.34 %) akan terjadi pada tahun 2020. Meningkatnya usia harapan hidup lansia akan menambah banyaknya generasi dalam suatu rumah tangga, kondisi ini dapat menimbulkan masalah psikososial khususnya bagaimana mereka dapat merawat lansia dengan baik. Keadaan ini merupakan tantangan bagi petugas kesehatan khususnya pemberi pelayanan keperawatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia.

Hurlock (2004) menyatakan bahwa lansia merupakan tahap perkembangan akhir dari seorang individu yang dibagi menjadi usia lanjut dini yaitu berkisar antara usia 60 – 70 tahun, dan lansia yang dimulai pada usia 70 tahun hingga akhir kehidupan seseorang. Batasan lansia yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO, 2010) adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Dalam Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia (BPKP, 1998) yang termasuk lansia adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih.

Stanley (2007), masyarakat menggolongkan individu berdasarkan karakteristik sosial yang penting termasuk penggolongan menurut umur. Selanjutnya Stanley mengatakan bahwa kronologis waktu yang spesifik pada saat seseorang masuk pada kategori tersebut sangat bervariasi karena budaya yang berbeda yaitu berkisar antara usia 45 sampai 75 tahun. Melihat kondisi lansia di Indonesia maka responden yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah individu yang telah berusia antara 60 sampai 80 tahun.

Perubahan pada lansia merupakan proses alami yang disertai dengan penurunan kondisi fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan seksual yang saling berinteraksi satu sama lain sesuai usia seseorang. Pada tiap individu proses perubahan ini dapat berbeda-beda, namun tiap individu tetap mengalami tahap proses perubahan yang sama. Pada lansia, kondisi ini cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan seperti penyakit / kelemahan fisik kronik yang muncul sebagai akibat dari perubahan proses menua maupun masalah

kesehatan jiwa secara khusus seperti demensia dan depresi. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia memerlukan suatu kesiapan yang baik karena pada sebagian orang, menjadi lansia merupakan masa yang tidak menyenangkan dan tidak semua orang dapat dengan mudah menerima perubahan tersebut. Perubahan yang terjadi meliputi aspek biologis, aspek psikologis, aspek sosial, aspek spiritual, dan aspek seksual (Ebersole, 2010; Harlock, 2004; Stanley, 2007).

Perubahan fisik dimulai dari perubahan tingkat sel hingga perubahan pada sistem organ. Pada tingkat sel terjadi penurunan kemampuan untuk replikasi (membelah) sehingga sel menjadi tetap, mengalami nekrosis dan apoptosis akibat fisik maupun kimiawi (Ham, 2007). Masalah yang muncul akibat perubahan fisik adalah timbulnya penyakit kronik seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan penyakit lainnya. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya depresi dengan diagnosa keperawatan ketidakberdayaan. Depresi secara umum ditandai oleh suasana perasaan murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya (Basuki, 2009). Lansia yang depresi akan mengalami perasaan cemas, iritabel, penurunan harga diri, tidak ada perasaan atau perasaan kosong dan perasaan negatif tentang diri sendiri (Miller, 2004). Ketidakberdayaan adalah ekspresi verbal yang menyatakan kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu (Gulanick & Myers, 2007). Sebagai pemberi layanan keperawatan, perubahan ini perlu mendapatkan perhatian khusus agar lansia dapat hidup damai berdampingan dengan penyakitnya.

Perubahan psikologis yang terjadi pada lansia adalah penurunan kemampuan sensasi, persepsi dan penampilan psikomotorik yang sangat penting bagi fungsi kehidupan individu sehari-hari (Atchley & Barusch, 2004). Berkaitan dengan hal tersebut, lansia akan mengalami perubahan mental dan perilaku yang melibatkan kepribadian lansia. Penurunan mental pada tiap individu sangat berbeda-beda, tidak ada pola khusus yang berlaku untuk penurunan mental

lansia yang berdampak pada perubahan perilaku. Masalah yang muncul akibat perubahan ini adalah gangguan kognitif (demensia, alzheimer) dan depresi. Diagnosa keperawatan yang muncul berkaitan dengan depresi adalah keputusan. Keputusan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya (NANDA, 2007). Sebagai tenaga pemberi pelayanan kesehatan, perawat kesehatan jiwa dituntut perannya untuk dapat mencegah terjadinya masalah psikologis pada lansia dengan cara memberikan pelayanan keperawatan jiwa yang tepat.

Perubahan sosial pada lansia adalah perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat seperti pensiun dari pekerjaan dan kehilangan jabatan/kedudukan, lansia juga mengalami dalam status keluarga ketika ia kehilangan pasangan hidup, serta kehilangan sistem dukungan dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole, 2010). Bagi lansia yang sebelumnya bekerja, memasuki masa pensiun seharusnya merupakan masa menikmati hari tua yang tenang dan sejahtera. Namun pada kenyataannya sering disalahartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan/jabatan, peran, kegiatan, status, dan harga diri. Adanya perubahan sosial tidak berarti lansia harus menarik diri dari lingkungan sosialnya. Status dan peran sosial melalui berbagai kegiatan tetap dapat dilakukan karena hal tersebut dapat menghasilkan iklim psikologis yang positif bagi lansia. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan akan membuat lansia tetap sehat jiwanya dan mencapai kepuasan hidup.

Masalah yang muncul adalah pensiun dan perubahan peran. Isolasi sosial dan harga diri rendah dapat ditegakkan menjadi diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan perubahan ini. Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesendirian dan merasa terbebani oleh orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA, 2007). Harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau berisiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan diri (Capernito, 2000).

Perilaku harga diri rendah pada lansia adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktifitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri (Stuart, 2006). Perawat sebagai pemberi layanan kesehatan perlu memperhatikan perubahan tersebut. Hal ini untuk mempertahankan harga diri lansia dan lansia tetap dapat melaksanakan aktivitas sosial sehingga lansia merasa berarti bagi keluarga dan lingkungannya.

Gerret (1987, dalam Stenley 2007) mengidentifikasi pengaruh pada kemampuan seseorang yang sedang berduka untuk melakukan koping sejalan dengan bertambahnya usia, pengalaman negatif terdahulu terhadap kehilangan, ketidakmampuan pengendalian diri, penurunan status kesehatan mental dan fisik, serta kurangnya keyakinan pada kekuatan yang lebih besar daripada dirinya sendiri, kondisi tersebut merupakan perubahan spiritual yang terjadi pada lansia. Untuk mengatasi keadaan tersebut, lansia memerlukan harapan yang berdasarkan pada keyakinan akan sesuatu yang mungkin terjadi, dukungan dari orang yang berarti, rasa sejahtera, kemampuan koping secara menyeluruh dan tujuan hidup (Stanley, 2007). Masalah yang muncul adalah perasaan berduka karena kehilangan orang-orang yang dicintainya dan kecenderungan untuk bunuh diri. Perawat sebagai pemberi layanan keperawatan hendaknya dapat memberikan perawatan yang tepat sesuai dengan masalah yang terjadi pada lansia.

Perubahan seksual juga dialami oleh lansia. Rubin (1973, dalam Hurlock, 2004) hubungan seksual seseorang tidak mungkin berhenti secara otomatis pada usia berapapun. Penyesuaian yang harus dilakukan adalah membangun hubungan yang baik dengan pasangan, jika hubungan ini berlangsung baik akan mendatangkan kebahagiaan pada lansia. Sebaliknya, bila hubungan tidak baik maka akan terjadi kekakuan dan hubungan menjadi dingin hal ini dapat

menyebabkan terjadinya perkecokan. Penelitian mengenai perilaku seksual pada lansia menunjukkan bahwa lansia tetap melakukan hubungan seksual walaupun frekuensinya tidak sebanyak pada masa muda. Secara alamiah, dalam keadaan sehat maka kegiatan seksual lansia akan mengalami penurunan secara bertahap. Kebutuhan ini tidak mengarah pada frekuensi aktifitas seksual tetapi lebih kepada terjalinnya hubungan yang baik dengan pasangan. Masalah yang muncul adalah terjadinya menopause pada wanita dan andropause pada pria. Pemberi layanan kesehatan perlu memperhatikan kebutuhan tersebut terutama dalam kaitannya dengan kesehatan jiwa lansia untuk menghindari kesalahpahaman dan perkecokan yang mungkin terjadi.

Individu yang telah siap memasuki masa lansia akan menyelaraskan tuntutan dirinya dengan tuntutan dari lingkungan disertai dengan pengembangan psikologis yang tepat dalam memenuhi kebutuhannya tanpa menimbulkan masalah baru. Namun bila sebaliknya, maka lansia akan mengalami kesulitan dalam menghadapi tekanan atau konflik akibat perubahan tersebut yang dapat menimbulkan perasaan negatif bagi lansia. Proses perubahan pada lansia akan mempengaruhi kualitas hidup lansia, pada perubahan ini diharapkan lansia dapat tetap mempertahankan kualitas hidupnya serta memandang dirinya secara positif. Faktor-faktor yang turut berperan dalam proses perubahan lansia adalah faktor individual, dan faktor interpersonal (Videbeck, 2008). Berdasarkan masalah-masalah yang muncul akibat perubahan proses menua maka dalam penelitian ini akan dibahas mengenai kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia.

Berkaitan dengan kualitas hidup lansia, Nita (2010) mengutip pernyataan Suryo Dharmono dalam diskusi mengenai depresi dan kualitas hidup pada lansia menyatakan bahwa kualitas hidup lansia harus tetap terjaga agar lansia dapat tetap aktif, sehat, dan mandiri. Lansia yang mengalami depresi maka kualitas hidupnya akan mengalami penurunan dengan tanda dan gejala tingkat

partisipasi rendah, kehilangan minat untuk beraktivitas, mengalami gangguan tidur, penurunan selera makan, ansietas, perubahan sikap dan perilaku.

Untuk mengatasi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial diperlukan terapi psikofarmaka dan psikoterapi yang tepat. Antidepressan dapat diberikan sebagai terapi medik dan psikoterapi untuk keperawatan jiwanya. Psikoterapi dapat diberikan baik secara individu, kelompok maupun keluarga. Terapi ini tidak hanya melibatkan lansia sebagai klien tetapi melibatkan pula keluarga yang turut berperan dalam merawat lansia terutama bila lansia tinggal bersama keluarga. Pada penelitian ini akan dilihat mengenai pengaruh pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia.

Mackin dan Arean (2005, dalam Wheeler, 2008) menyatakan bahwa intervensi utama untuk depresi dapat diberikan Terapi Kognitif dan Perilaku atau *Cognitif Behavior Therapy, Reminiscence Therapy, Interpersonal Psychotherapy*. Dari terapi-terapi yang disebutkan di atas, pada penelitian ini akan digunakan terapi *Reminiscence* sebagai upaya penanggulangan depresi pada lansia.

Terapi *Reminiscence* atau terapi kenangan merupakan tindakan atau proses mengingat masa lalu yang indah atau menyenangkan. Menurut Fontaine dan Fletcher (2003), terapi ini bertujuan untuk meningkatkan harga diri, membantu individu mencapai kesadaran diri, memahami diri, beradaptasi terhadap stres, dan melihat dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Penelitian tentang terapi *Reminiscence* telah dilakukan di dalam maupun di luar negeri.

Bohlmeijer (2003) telah melakukan penelitian yang berkaitan dengan pemberian terapi *Reminiscence* pada lansia dengan depresi, hasil penelitian menunjukkan signifikansi pemberian terapi *Reminiscence* pada lansia depresi ketimbang lansia yang tidak mengalami depresi. Jones (2003) telah melakukan

penelitian mengenai efektifitas terapi *Reminiscence* ini pada lansia wanita yang mengalami depresi yang tinggal di tempat khusus (panti) di Florida. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* merupakan suatu tindakan yang efektif untuk menurunkan depresi pada lansia wanita.

Di Indonesia, penelitian yang sama telah dilakukan Syarniah (2010) mengenai Pengaruh terapi kelompok *Reminiscence* terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha, menyimpulkan bahwa kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, dan isolasi sosial pada lansia yang mendapat terapi *Reminiscence* terdapat penurunan kondisi depresi yang bermakna sebesar 6,37 point (42,5%) dari kondisi depresi sebelumnya sebesar 8,45 point (56,3%) dan setelah diberi intervensi turun menjadi 2,08 point (13,8%).

Penelitian yang dilakukan Syarniah baru dilaksanakan di panti dan terapi hanya diberikan pada lansia tanpa melibatkan keluarganya. Oleh karena itu, terbuka peluang bagi peneliti untuk melakukan penelitian tentang pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga untuk menurunkan depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarganya di komunitas (masyarakat). Penelitian ini menjadi penting karena individu dengan kondisi depresi apabila tidak tertangani dengan benar dapat menyebabkan keputusan dan memiliki kecenderungan untuk bunuh diri.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Syarniah bertujuan untuk menurunkan depresi dikaitkan dengan integritas diri lansia, penelitian ini menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale* (GDS) versi WHO yang berjumlah 15 pertanyaan ditambah dengan 6 pertanyaan. Kegiatan terapi terdiri dari 5 sesi yaitu berbagi pengalaman masa anak, masa remaja, masa dewasa, pengalaman tentang keluarga dan kegiatan di rumah, serta evaluasi tentang integritas diri.

Berbeda dengan penelitian Syarniah, penelitian ini bertujuan untuk menurunkan depresi dikaitkan dengan kualitas hidup lansia. Peneliti menggunakan GDS versi Indonesia yang berisi 30 pertanyaan termasuk didalamnya 15 pertanyaan GDS versi WHO. Kegiatan terapi terdiri dari 6 sesi yaitu perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang dialami akibat perubahan tersebut, berbagi pengalaman yang menyenangkan pada usia anak, usia remaja, usia dewasa, pengalaman masa lansia saat ini dan evaluasi.

Semiun (2006) mengatakan untuk terapi keluarga ada beberapa terapi yang dapat digunakan seperti *Conjoint family therapy* yang dikembangkan oleh Virginia Satir, *Structural family therapy* yang dikembangkan oleh Munichin. Terapi keluarga lainnya yaitu *Triangle therapy* dan Psikoedukasi Keluarga. Pada penelitian ini terapi yang akan digunakan adalah Psikoedukasi Keluarga. Terapi ini diperlukan oleh keluarga dalam merawat lansia dimana sering kali perubahan pada lansia tidak dipahami oleh keluarga. Perawat sebagai pemberi layanan kesehatan perlu memberikan Psikoedukasi Keluarga untuk mempersiapkan keluarga dalam merawat lansia.

Psikoedukasi Keluarga diberikan kepada keluarga selaku *caregiver* yang merawat lansia dengan segala permasalahannya. Oleh karena itu, intervensi terapi keluarga akan melibatkan seluruh anggota keluarga dengan memperhatikan fungsi dan peran keluarga. Terapi ini bertujuan membantu keluarga yang mengalami kesulitan untuk mengatasi konflik dan masalah keluarga dengan cara mereduksi stres yang ditimbulkan oleh konflik-konflik dalam keluarga. Semiun (2006) menyatakan bahwa komunikasi yang salah sering menjadi penyebab timbulnya masalah keluarga. Dalam terapi ini, anggota keluarga akan dibantu untuk mengurangi pertentangan secara konstruktif dengan cara tidak menyakitkan anggota keluarga lainnya.

Penelitian terkait Psikoedukasi Keluarga telah dilakukan oleh Wiyati (2009) tentang Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam

merawat klien isolasi sosial pada klien dengan gangguan jiwa, hasil riset menunjukkan adanya peningkatan kemampuan keluarga setelah diberikan Psikoedukasi Keluarga. Sari (2009) telah meneliti tentang Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga pada klien gangguan jiwa dengan pemasungan, dengan hasil peningkatan kemampuan keluarga secara bermakna dan penurunan beban keluarga setelah mendapat Psikoedukasi Keluarga.

Kedua penelitian di atas baru dilakukan pada keluarga klien dengan gangguan jiwa. Hal ini memberi kesempatan pada peneliti untuk melakukan penelitian pada keluarga klien dengan masalah psikososial yaitu pada lansia yang mengalami depresi. Peneliti berharap melalui pemberian Psikoedukasi Keluarga maka kemampuan kognitif keluarga meningkat sehingga keluarga dapat merawat lansia dengan depresi dan memberikan dukungan pada lansia untuk mengatasi kondisi depresi yang dialaminya.

Berdasarkan penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, maka dalam penelitian ini peneliti akan memberikan terapi spesialis jiwa terapi *Reminiscence* kepada lansia dan Psikoedukasi Keluarga untuk keluarganya. Penelitian akan dilakukan di masyarakat dalam hal ini di wilayah Kelurahan Katulampa Bogor. Pemilihan wilayah ini sebagai upaya tindak lanjut program keperawatan jiwa atas kerjasama Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Puskesmas Bogor Timur yang telah membentuk Desa Siaga Sehat Jiwa dengan kader-kader kesehatan jiwanya.

Berdasarkan Profil Penduduk 2009, jumlah penduduk di Jawa Barat sebanyak 41.902.385 jiwa dengan rincian usia di bawah 14 tahun sebanyak 8.905.350 jiwa (21,36%), usia 15 – 60 tahun sebanyak 29.620.796 jiwa (70,69%), dan usia di atas 60 tahun sebanyak 3.331.239 jiwa (7,95%). Menurut Hasil Riskesdas 2007, penduduk Jawa Barat yang mengalami gangguan mental

emosional sebanyak 20%, bila dikaitkan dengan jumlah penduduk di atas 60 tahun maka diperoleh hasil untuk wilayah Jawa Barat sebanyak 666.248 jiwa lansia mengalami gangguan mental emosional. Bila dihitung untuk jumlah lansia di Katulampa yang berjumlah 1772 lansia, maka estimasi lansia yang mengalami gangguan mental emosional sekitar 344 jiwa.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, penduduk di Kelurahan Katulampa berjumlah 25.461 jiwa dengan populasi lansia berjumlah 1722 jiwa (0,60 %) dari jumlah penduduk. Kelurahan Katulampa memiliki 13 RW. Pemilihan RW yang akan digunakan sebagai tempat penelitian adalah RW yang sudah melaksanakan kegiatan Posbindu atau RW yang memiliki jumlah lansia terbanyak dengan masalah depresi. Oleh karena penelitian mengenai lansia dilakukan bersama dengan rekan peneliti lainnya sekalipun dengan terapi yang berbeda maka dalam penelitian ini, peneliti memilih RW yang akan diteliti adalah RW 01 untuk kelompok kontrol sedangkan RW 02, dan RW 09 sebagai kelompok intervensi.

Layanan kesehatan lansia melalui Posbindu dilaksanakan satu bulan sekali oleh petugas puskesmas bersama kader kesehatan dan partisipasi masyarakat melalui kegiatan Puskesmas Santun Lanjut Usia yang melakukan pelayanan kepada lanjut usia dengan mengutamakan aspek promotif dan preventif disamping aspek kuratif dan rehabilitatif. Layanan ini lebih diarahkan kepada pelayanan masalah fisik, dan belum menyentuh masalah psikososial yang dialami lansia.

Pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga belum dimasukkan ke dalam program pelayanan keperawatan jiwa lansia. Oleh karena itu, peneliti berminat melakukan penelitian yang terkait dengan pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap lansia dengan depresi. Alasan yang mendasari pemilihan terapi ini adalah peneliti ingin menanggulangi masalah depresi pada lansia dalam rangka penyelesaian diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial serta

meningkatkan kualitas hidup lansia melalui dukungan sosial dalam hal ini kelompok sebaya dan dukungan keluarga. Melalui penelitian ini diharapkan masalah depresi pada lansia dapat tertanggulangi, kualitas hidup lansia dapat meningkat dan keluarga siap merawat lansia dengan segala permasalahannya.

2 Rumusan Masalah

Depresi merupakan masalah utama yang ditemukan pada lansia. Depresi pada lansia ini terjadi karena adanya perubahan fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan seksual yang berkaitan dengan proses menua. Depresi pada lansia akan memunculkan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial, kondisi depresi akan menyebabkan penurunan kualitas hidup lansia. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Kelurahan Katulampa Bogor, diketahui jumlah lansia sebanyak 1722 jiwa (data statistik Kelurahan Katulampa, 2010), jumlah RW ada 13 RW, bersama dengan rekan peneliti lain penelitian ini menggunakan lima RW yang diperkirakan terdapat banyak lansia mengalami gangguan mental emosional. Berdasarkan data Profil penduduk 2009 setelah dihitung maka diperoleh estimasi jumlah lansia di Kelurahan Katulampa Bogor yang mengalami gangguan mental emosional sebesar 344 jiwa.

Berdasarkan fenomena ini, maka peneliti merumuskan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut :

- 1 Pelayanan kesehatan di Posbindu Kelurahan Katulampa Bogor masih berfokus pada pelayanan fisik, belum ada pelayanan yang menangani masalah psikososial untuk mengatasi masalah depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial yang dialami lansia.
- 2 Pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas Kelurahan Katulampa Bogor telah ada namun belum terkait dengan pelayanan keperawatan jiwa karena pelayanan lebih kepada pemberian terapi medik.

- 3 Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga belum pernah diberikan pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor, sehingga belum diketahui bagaimana pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap lansia yang mengalami depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama dengan keluarganya

Mengacu pada rumusan masalah penelitian tersebut, maka peneliti ingin mengembangkan terapi keperawatan jiwa yaitu terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga di komunitas. Adapun pertanyaan penelitian yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah :

1. Adakah pengaruh pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor?
2. Apakah ada perbedaan antara lansia yang diberi terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dibandingkan dengan lansia yang hanya diberikan terapi Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor?
3. Apakah ada faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada lansia dengan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor?

1 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap kondisi depresi dan kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor

2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Diketuainya karakteristik lansia (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, penyakit yang dialami, depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup) di Kelurahan Katulampa Bogor
- b. Diketuainya pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
- c. Diketuainya pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
- d. Diketuainya karakteristik lansia yang berpengaruh terhadap penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.

1. 4. Manfaat Penelitian

1 Manfaat Aplikatif

Secara aplikatif hasil penelitian ini dapat :

- a. Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menerapkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebagai suatu bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan oleh seorang spesialis keperawatan jiwa.
- b. Meningkatkan kemampuan lansia dalam mencegah maupun menurunkan depresi, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan meningkatkan harga diri lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa pada klien lansia di masyarakat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya.
- d. Memberikan rujukan bagi lansia yang mengalami depresi untuk diberikan perawatan lanjutan oleh perawat spesialis keperawatan

jiwa dengan cara melibatkan perawat spesialis keperawatan jiwa dalam program pengembangan CMHN di wilayah Puskesmas Bogor Timur maupun sebagai konsulen perawatan kesehatan jiwa.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Manfaat keilmuan dari hasil penelitian ini adalah :

- a. Adanya metode terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa khususnya pada kelompok lansia yang mempunyai risiko atau telah mengalami depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial.
- b. Penelitian ini sebagai *evidence based* dalam mengembangkan Psikoterapi yang lain seperti *behavioral therapy*, terapi Supportif dan terapi kelompok swabantu (*Self Help Group*).

3 Manfaat Metodologi

- a. Secara metodologi penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk mengaplikasikan teori dan metode yang terbaik dalam mencegah maupun mengatasi kondisi depresi pada lansia dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial serta cara meningkatkan kualitas hidup lansia.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk penanganan kondisi depresi pada lansia dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial yang dialami lansia serta peningkatan kualitas hidup lansia dengan menggunakan desain penelitian yang lain.
- c. Penelitian ini dapat menjadi suatu metode yang efektif dalam penatalaksanaan pasien depresi dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan efektif pula untuk peningkatan kualitas hidup pasien depresi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang konsep, teori dan hasil penelitian yang mendukung serta berkaitan dengan area penelitian sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian. Konsep dan teori yang disajikan meliputi lansia, depresi pada lansia beserta diagnosa keperawatannya, kualitas hidup, terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga.

2.1 Lanjut Usia

Profil Penduduk Lanjut Usia (2009), usia harapan hidup adalah perkiraan rata-rata lama hidup yang dicapai oleh sekelompok penduduk, mulai lahir sampai meninggal. Peningkatan usia harapan hidup di Indonesia merupakan hasil dari kemajuan di berbagai bidang kehidupan termasuk bidang kesehatan. Peningkatan usia harapan hidup merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia. Diperkirakan tahun 2010 usia harapan hidup 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diharapkan usia harapan hidup mencapai 71,1 tahun (Menkokesra, 2010). Bertambahnya usia harapan hidup menyebabkan jumlah lansia semakin bertambah. Hal ini menjadi pemikiran bagi pemerintah dan tenaga kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan terbaik bagi para lansia dengan segala permasalahannya.

Hurlock (2004) mengatakan bahwa lansia adalah tahap perkembangan akhir dari seorang individu yang dibagi menjadi lansia dini yaitu berkisar antara usia 60 – 70 tahun, dan lansia yang dimulai pada usia 70 tahun hingga akhir kehidupan seseorang. Batasan lansia yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO, 2010) adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Dalam Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia (BPKP, 1998) yang termasuk lansia adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Stanley (2006) mengatakan bahwa kronologis waktu yang spesifik pada saat

seseorang masuk pada kategori tersebut sangat bervariasi karena budaya yang berbeda yaitu berkisar antara usia 45 sampai 75 tahun. Berdasarkan pengertian di atas, yang dimaksud dengan lansia adalah seseorang yang berusia antara 60 sampai dengan 80 tahun.

Lansia adalah periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang dan merupakan tahap perkembangan psikososial yang terakhir (ke delapan) menurut Erikson. Perkembangan psikososial lansia adalah tercapainya integritas diri yang utuh (Keliat, dkk., 2011).

Pada usia ini lansia dikatakan berada pada tahap integritas diri *versus* keputusasaan (*integrity versus despair*) dengan nilai moral kebijaksanaan dan mempunyai tugas perkembangan menerima tanggung jawab diri dan kehidupan. Selanjutnya Erikson mengatakan bahwa pertumbuhan psikososial terjadi dalam fase yang berurutan dan setiap tahap perkembangan bergantung pada penyelesaian tahap sebelumnya (Videbeck, 2008). Erikson mengatakan bahwa perasaan puas dialami ketika integritas diri berhasil dicapai, kepuasan ini dimanifestasikan melalui konsep diri yang positif dan sikap positif terhadap kehidupan (Stanley & Beare, 2007). Menurut Harlock (2004), mengatakan bahwa tugas perkembangan pada masa tua harus dapat dikuasai pada saat yang tepat. Tugas-tugas tersebut meliputi penyesuaian diri terhadap penurunan kemampuan fisik dan kesehatan; penyesuaian diri dengan masa pensiun dan berkurangnya *income* (penghasilan) keluarga; penyesuaian diri dengan kematian pasangan hidup; membentuk hubungan dengan orang yang seusia; membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan; dan penyesuaian diri terhadap peran sosial secara luwes. Berkaitan dengan tugas perkembangan lansia, maka perawat diharapkan mengetahui tugas-tugas perkembangan usia sekolah, masa remaja dan masa dewasa yang harus dituntaskan sebelumnya serta tugas perkembangan masa lansia saat ini ditinjau dari aspek psikososial.

2.1.1 Tugas perkembangan masa usia sekolah

Tugas perkembangan pada masa ini adalah : kreatif, mampu menyelesaikan tugas sekolah/rumah, mampu menyelesaikan pekerjaan rumah sederhana, bicara lancar, mampu bercerita dan mengungkapkan dengan baik, mengerti mana yang benar dan salah, mampu berbagi dan peka dengan lingkungan, memiliki pengalaman masa lalu yang menyenangkan, mampu bersaing, memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari hal baru, bicara jujur dan tidak suka menyalahkan orang lain, belajar menahan diri, mengerti adat istiadat, mengerti nilai agama dan sosial, memiliki teman sebaya untuk bermain, dan diterima sebagai bagian keluarga dan kelompoknya (Hurlock, 2004). Pada masa ini anak mencoba memperoleh kompetensi yang dibutuhkan untuk berfungsi pada masa dewasa, mereka yang berespon secara positif akan merasakan adanya harga diri (Perry & Potter, 2009). Bila tugas perkembangan pada masa ini tidak dapat tercapai dengan baik dapat terjadi harga diri rendah dan isolasi sosial, hal tersebut akan terbawa pada tugas perkembangan pada masa selanjutnya.

2.1.2 Tugas perkembangan pada masa remaja

Tugas ini meliputi : mampu menyampaikan pendapatnya, membuat penilaian sendiri dalam menghadapi masalah di lingkungannya, mempertanyakan hal yang tidak sesuai dengan nilai yang dianutnya, merubah aturan yang ada dengan kehendak dirinya, tidak mudah putus asa, mampu mengatasi kecemasan, terbuka, berani, jujur, mandiri, menjadikan pengalaman masa lalu sebagai pelajaran dirinya, memiliki konsep diri yang positif, memiliki motivasi tinggi untuk mengembangkan dirinya, memiliki koping adaptif, mampu menahan diri terhadap dorongan yang kurang positif, berpartisipasi dalam kegiatan kemasyarakatan, menerima peran sosial sesuai dengan jenis kelaminnya (Hurlock, 2004). Tugas perkembangan pada masa ini harus tercapai

dengan baik untuk menghindari terjadinya kebingungan peran yang akan berdampak pada masa perkembangan selanjutnya.

2.1.3 Tugas perkembangan pada masa dewasa

Pada tahap ini tugas perkembangan adalah : memiliki kemampuan komunikasi yang lebih optimal dengan persepsi yang lebih kompleks, membedakan baik dan buruk berdasarkan hati nurani, memiliki kepribadian yang matang, memiliki pedoman hidup yang realistis, memiliki motivasi tinggi, memiliki coping adaptif, melakukan hal-hal yang positif, menyelesaikan pendidikan formal, memiliki pendapatan dan mandiri dalam ekonomi, memiliki tanggung jawab dalam pekerjaan, memisahkan diri dari autokritas keluarga, mempunyai religi dan nilai yang baik, menjalin hubungan dengan lawan jenis dan membentuk keluarga baru, membimbing dan menyiapkan generasi berikutnya, menerima perubahan fisik dan psikologis yang terjadi, merasa puas dengan hidupnya, memiliki inisiatif dan ide-ide yang bermanfaat, merasa nyaman dengan pasangan hidup (Hurlock, 2004). Bila hal ini dapat dicapai maka masa dewasa merupakan masa yang penuh dengan produktifitas.

2.1.4 Tugas perkembangan pada masa lansia adalah integritas diri. Tugas ini dapat tercapai apabila lansia merasakan kepuasan atas keberhasilan pada seluruh tahapan kehidupannya mulai dari masa usia sekolah sampai usia dewasa. Kepuasan ini ditampilkan dalam bentuk konsep diri yang positif dan sikap positif terhadap kehidupan. Lansia yang sudah mencapai integritas diri akan memiliki harga diri tinggi, menilai kehidupannya berarti, memandang sesuatu hal secara keseluruhan (tuntutan dan makna hidup), menerima nilai dan keunikan orang lain serta menerima datangnya kematian (Keliat, dkk., 2011). Lansia yang mengalami kekecewaan dalam hidupnya akan merasa putus asa, yang dapat menimbulkan perilaku dan sikap tidak menghargai diri sendiri maupun orang lain. Perilaku lansia dengan keputusan ini selalu memandang

rendah, menghina atau mencela orang lain, merasa kehidupannya tidak berarti, merasakan kehilangan dan masih ingin berbuat banyak tetapi takut tidak punya waktu lagi (Keliat, dkk., 2011). Keperawatan melalui intervensi psikososialnya diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dapat mewujudkan lansia sehat baik secara fisik, mental, sosial, spiritual, dan seksual.

2 Perubahan-perubahan pada Lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia memerlukan suatu kesiapan yang baik karena pada sebagian orang, masa lansia merupakan sesuatu yang tidak menyenangkan dan tidak semua orang dapat dengan mudah menerima perubahan tersebut. Perubahan-perubahan yang terjadi meliputi aspek biologis, aspek psikologis, aspek sosial, aspek spiritual, dan aspek seksual. Perubahan tersebut dapat menyebabkan lansia mengalami depresi. Kondisi depresi yang dialami lansia dapat menyebabkan munculnya diagnosa keperawatan harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan, dan isolasi sosial.

2.2.1 Perubahan biologis

a. Perubahan pada kulit dan sistem muskuloskeletal

Nugroho (2000), pada kulit terjadi proses penipisan dan degenerasi lapisan kulit, peningkatan jaringan kolagen, penurunan jumlah kelenjar keringat dan sebaceous, serta penurunan vaskularisasi. Harlock (2004), menurunnya fungsi pembuluh darah kulit menyebabkan lansia tidak tahan terhadap perubahan suhu yang sangat panas atau sangat dingin. Pada muskuloskeletal terjadi penurunan massa tulang, kifosis dan atrofi otot. Keadaan ini berakibat pada keterbatasan gerak fisik lansia. Hurlock (2004), menyatakan ketahanan dan kemampuan kerja menurun karena mengendornya otot-otot dan kelemahan yang bersifat menyeluruh sehingga lansia semakin sulit untuk melakukan pekerjaan yang mengandalkan otot. Perubahan ini akan membuat aktivitas fisik lansia menjadi lamban dan mempunyai risiko untuk terjadinya fraktur. Perubahan pada kulit, otot, dan

tulang sejalan dengan teori *saling silang* dimana kesalahan terjadi pada proses pengolahan protein yang membentuk ikatan antar struktur molekul dan menyebabkan kekakuan (Ebersole, 2010; Stuart, 2009).

b. Perubahan pada sistem pernapasan dan kardiovaskuler

Pada sistem pernapasan terjadi penurunan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernapasan, serta kekakuan sendi tulang iga yang menyebabkan berkurangnya kapasitas vital. Pertahanan melalui bulu getar lekosif, antibodi, dan refleks batuk dapat mempermudah terjadinya infeksi saluran napas. Dalam sistem kardiovaskuler terjadi penurunan *stroke* volume dan *cardiac output* serta terjadi penurunan kemampuan kontraksi jantung. Perubahan lainnya adalah bertambahnya jaringan kolagen, ukuran miokard bertambah, jumlah miokard berkurang, jumlah air di jaringan berkurang, penebalan katub jantung, penurunan elastisitas pembuluh darah dan peningkatan tekanan darah. Teori yang terkait dengan perubahan pada sistem ini adalah teori *error* yaitu akumulasi kesalahan sintesis dalam tingkatan DNA dan RNA, teori *pakai dan buang* yaitu kelelahan sel karena penggunaan dan trauma, dan teori *penuaan terprogram* dimana suatu sel terlahir dengan kemampuan untuk melakukan duplikasi dengan jumlah tertentu dan selanjutnya akan mati. (Taffet & Lakata, 2003 dalam Ebersole, 2010; Kementerian Kesehatan RI, 2010). Perubahan ini menjadikan lansia berisiko mengalami penyakit yang berkaitan dengan sistem pernapasan dan kardiovaskuler seperti gagal napas, penyakit obstruksi saluran napas menahun, gagal jantung dan hipertensi.

c. Perubahan pada sistem sensori

Perubahan pada sistem penginderaan dapat berupa penurunan kemampuan melihat objek pada tingkat penerangan rendah, penurunan sensitifitas terhadap warna, penurunan kemampuan mendengar suara yang tinggi, penurunan daya perasa, daya penciuman, dan daya peraba serta sensitivitas terhadap rasa sakit. Gangguan pada penglihatan dapat berupa degenerasi

macular senilis, katarak, dan glaukoma. Gangguan pendengaran dapat berupa presbikusis dan gangguan komunikasi. Perubahan pada sistem sensori sejalan dengan teori *radikal bebas* yaitu produk sampingan alami yang selalu ada dan teori *penuaan terprogram* berdasarkan rentang hidup sel “jam biologis” (Ham, 2007; Nugroho, 2000 ; Hurlock, 2004; Kementrian Kesehatan RI, 2010). Penurunan fungsi sistem sensori ini terutama indera mata dan telinga dapat menghambat interaksi lansia dengan orang lain, sehingga lansia mudah frustasi akibat kesulitan dalam berkomunikasi dengan orang lain.

d. Perubahan pada sistem pencernaan

Berkurangnya jumlah gigi geligi dan menurunnya produksi air liur akan menyebabkan kekeringan pada mulut, mengurangi kenyamanan saat makan dan mengurangi kelancaran saat menelan. Terjadi pula penurunan fungsi pengecap, kelambatan turunnya makanan ke lambung, penurunan asam lambung dan sekresi enzim laktase usus halus. Kondisi ini berkaitan dengan teori *pakai dan buang* dimana sel mengalami kelelahan akibat penggunaan dan trauma yang terus menerus. Perubahan-perubahan ini dapat mengakibatkan gangguan berupa *dry mouth*, dispagia, dispesia, diare, dan sembelit (Kementrian Kesehatan RI, 2010; Ebersole, 2010). Penurunan pada fungsi ini menyebabkan lansia mengalami kesulitan dalam proses pengolahan dan penyerapan makanan, hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya gangguan nutrisi pada lansia.

e. Perubahan pada hepar dan ginjal

Hepar dan ginjal merupakan organ tubuh yang turut berperan dalam proses metabolisme dan pertahanan tubuh. Hepar akan mengalami penurunan aliran darah sampai 35 % di usia 80 tahun ke atas. Pada lansia, pemberian obat-obatan yang melibatkan proses metabolisme pada organ ini perlu diawasi dengan hati-hati untuk menghindari terjadinya efek samping yang tidak diinginkan. Pada ginjal lansia terjadi penurunan jumlah nefron sebesar

5-7 %. Hal ini akan berdampak pada penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme melalui urin. Perubahan pada hepar dan ginjal berkaitan dengan teori *immunologi* dan *endokrin* dimana perubahan yang dialami oleh endokrin dan sistem imunologi yang terintegrasi dengan penitikberatan pada kematian terprogram dari sel imun yang disebabkan oleh kerusakan yang terjadi akibat peningkatan radikal bebas sebagai proses penuaan (Kementrian Kesehatan RI, 2010; Ebersole, 2010). Penurunan pada fungsi hepar dan ginjal dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh sehingga lansia akan mudah terinfeksi penyakit.

Perubahan-perubahan fisik tersebut dapat menyebabkan lansia merasa dirinya lemah, depresi, tidak berdaya dan putus asa. Sebagai pemberi layanan keperawatan, perubahan ini perlu mendapatkan perhatian karena dapat mempengaruhi perubahan lainnya. Tindakan keperawatan yang tepat pada penanganan masalah kesehatan fisik akan mengurangi kondisi depresi yang dialami lansia.

2.2.2 Perubahan psikologis

Perubahan fisik juga akan berdampak pada perubahan psikologis lansia. Perubahan ini meliputi penurunan kemampuan sensasi, persepsi dan penampilan psikomotor yang sangat penting bagi fungsi individu sehari-hari (Atchley & Barusch, 2004). Efek penurunan pada kemampuan belajar, daya ingat, berpikir, menyelesaikan masalah, daya kreativitas, intelegensi, keahlian dan kebijaksanaan. Berkaitan dengan hal tersebut, lansia akan mengalami perubahan aspek psikososial yang melibatkan keadaan kepribadian lansia. Kepribadian lansia dibentuk sejak masa dewasa awal dan tetap stabil sampai masa lansia. Penurunan mental pada tiap individu sangat berbeda-beda, tidak ada pola khusus yang berlaku untuk penurunan mental lansia yang berdampak pada perubahan perilaku.

Ebersole (2010), adanya penyakit fisik yang serius khususnya yang berkaitan dengan otak dapat mengakibatkan lansia mengalami perubahan perilaku. Basuki (2009), mengatakan bahwa masalah yang timbul pada usia tua adalah kecemasan, ketidakberdayaan, perasaan terabaikan, dan selalu mengeluh sakit. Keadaan ini menyebabkan nilai positif lansia menjadi terabaikan akan tetapi lansia tetap dapat melanjutkan kehidupannya meskipun adanya penurunan kemampuan. Harlock (2004), lansia pada umumnya cenderung lemah dalam mengingat hal-hal yang baru, namun baik dalam mengingat hal-hal yang lama dan cenderung mengingat kembali masa lalunya. Perubahan mental dan perilaku pada lansia menunjukkan adanya masalah psikososial yang dialami lansia yaitu *depresi*.

a. Pengertian depresi

Depresi adalah suatu keadaan kesedihan atau keputusasaan yang ekstrim yang mencapai suatu titik tertentu yang mempengaruhi aktifitas dan kualitas hidup individu (Indian Womens Health,2009). Depresi merupakan bagian dari gangguan alam perasaan atau mood (Videbeck,2008). Penderita depresi di dunia diperkirakan sebanyak 13,5 % dengan perbandingan perempuan : laki-laki adalah 14,1 : 8,6 (Nita,2008). Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa depresi adalah suatu gangguan alam perasaan berupa perasaan sedih atau keputusasaan yang ekstrim yang dapat mempengaruhi aktivitas dan kualitas hidup seseorang. Keadaan ini dapat juga terjadi pada lansia karena adanya perubahan dalam proses menua dan masalah yang timbul akibat perubahan tersebut.

b. Penyebab depresi

DSM-IV-TR (2000, dalam Videbeck, 2008), depresi dapat terjadi bukan hanya karena satu sebab melainkan karena banyak sebab yang saling berkaitan yaitu aspek biologik, psikologik, dan sosial. Penelitian genetik melibatkan transmisi depresi unipolar pada kerabat tingkat pertama, yang memiliki risiko dua kali lipat pada populasi umum. Teori neurokimia

menjelaskan neurotransmitter pada serotonin dan norepinefrin sebagai dua amina biologik utama yang terlibat dalam gangguan *mood*. Defisit serotonin akan mengakibatkan terjadinya depresi pada individu. Pada wanita, hormon estrogen ternyata turut berperan dalam proses terjadinya depresi. Freud (1917, dalam Hurlock, 2004), depresi bermula dari kemarahan yang tidak terkendali akibat pengabaian pada masa bayi. Kehilangan obyek yang dicintai menimbulkan rasa tidak aman, kehampaan, kesedihan, dan kemarahan yang pada masa dewasa keadaan ini diintroyeksikan menjadi kemarahan pada diri sendiri. DSM-IV-TR (2000, dalam Videbeck, 2008), menyatakan bahwa hubungan keluarga yang ambivalen, abusive, penolakan atau ketergantungan yang tinggi dapat meningkatkan risiko gangguan *mood* dan kehilangan hubungan atau peran hidup yang penting dapat menyebabkan terjadinya depresi. Penyebab depresi pada lansia dikarenakan adanya penurunan fungsi tubuh, perubahan peran, dan kehilangan orang yang dicintai.

c. Tanda dan gejala depresi

Videbeck (2008) menyatakan gangguan depresi mayor mencakup *mood* sedih atau kurangnya minat dalam aktivitas kehidupan selama dua minggu atau lebih disertai minimal empat gejala depresi seperti anhedonia dan perubahan berat badan, gangguan tidur, kekurangan energi, penurunan konsentrasi, pembuatan keputusan, harga diri dan tujuan. Basuki (2007), secara umum depresi ditandai oleh suasana perasaan murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya. Menurut Watson (2003) depresi adalah kondisi umum yang terjadi pada lansia dan alasan terjadinya kondisi ini dapat dilihat pada saat mengkaji kondisi sosial, kejadian hidup, dan masalah fisik pada lansia. Secara psikologis lansia yang depresi akan mengalami perasaan cemas, iritabel, penurunan harga diri, tidak ada perasaan atau perasaan kosong dan perasaan negatif tentang diri sendiri (Miller, 2004). Tanda dan gejala depresi pada lansia secara umum adalah perasaan murung, cemas,

kehilangan minat dan semangat, lemah, lesu, penurunan harga diri, tidak berdaya, dan kecenderungan bunuh diri yang dapat ditemukan pada saat melakukan pengkajian pada lansia.

d. Dampak depresi bagi lansia

Depresi yang dialami lansia dapat berdampak pada semua aspek kehidupan lansia. Kondisi ini memerlukan penanganan lebih lanjut untuk mencegah kondisi yang lebih buruk sampai pada kematian lansia. Yohannes dan Baldwin (2008) mengatakan bahwa depresi yang tidak ditangani dengan baik dapat menurunkan kualitas hidup lansia yang dapat mengakibatkan penurunan kemampuan dan aktivitas hidup lansia seperti menurunnya kemampuan perawatan kesehatan diri dan kemampuan berinteraksi. Dampak selanjutnya, lansia akan terlarut pada keadaan depresinya sehingga sulit bagi perawat maupun keluarga untuk memberikan pertolongan pada lansia.

Segal (2009) mengatakan depresi pada lansia dapat menyebabkan timbulnya keluhan fisik, penyalahgunaan obat, alkohol dan nikotin, angka kematian yang tinggi bahkan kejadian bunuh diri. Mehta, dkk (2002, dalam Miller, 2004), penurunan fungsi fisik merupakan salah satu konsekuensi dari depresi yang dialami oleh lansia. Keluhan fisik dan psikologis yang dilaporkan adalah anoreksia, penurunan berat badan, kembung, konstipasi, agitasi atau retardasi, gangguan tidur. Perasaan cemas, iritabel, harga diri rendah, kehilangan perasaan atau perasaan kosong dan perasaan negatif tentang diri sendiri dapat terjadi pada lansia (Miller, 2004). Dapat disimpulkan bahwa depresi pada lansia dapat menimbulkan masalah yang berkaitan dengan kesehatan fisik, penurunan motivasi untuk melakukan aktivitas bersama orang lain termasuk pemenuhan kebutuhan dasar lansia. Sebagai tenaga pemberi pelayanan kesehatan, perawat kesehatan jiwa dituntut perannya untuk dapat mencegah terjadinya depresi pada lansia dengan cara memberikan pelayanan keperawatan yang tepat melalui terapi-terapi keperawatan jiwa agar lansia tetap sehat jiwanya.

e. Kualitas hidup lansia

Kondisi depresi dapat menurunkan kualitas hidup lansia, menurut Dharmono (2008, dalam Nita, 2008) kualitas hidup lansia harus tetap terjaga agar lansia dapat tetap aktif, sehat, dan mandiri. Penurunan kualitas hidup menunjukkan tanda dan gejala seperti tingkat partisipasi rendah, kehilangan minat untuk beraktivitas, gangguan tidur, gangguan fungsi kognitif semu, selera makan menurun, perubahan sikap dan perilaku, dan ansietas. Dapat disimpulkan bahwa apabila kondisi depresi pada lansia dapat diatasi dengan baik maka kualitas hidupnya akan meningkat.

Siburial (2010) mengutip pendapat Kane dan Ouslander yang mengatakan bahwa masalah kesehatan lansia dapat disebabkan karena kurang gerak, instabilitas, besar, gangguan intelektual, infeksi, gangguan pancaindera dan komunikasi, depresi, kurang gizi, tidak punya uang, penyakit akibat obat-obatan, gangguan tidur, daya tahan tubuh menurun, dan impotensi kesemuanya itu akan memperburuk kualitas hidup lansia. Dapat disimpulkan bahwa masalah yang ditimbulkan, baik karena kesehatan maupun kondisi sosial dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup lansia. Somers (2003) mengatakan bahwa kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan dengan pengaturan diet yang sehat, latihan fisik yang teratur, pemantauan kesehatan, keterlibatan dengan keluarga dan teman, mengambil bagian dalam kegiatan di masyarakat, menjaga pikiran tetap aktif, dan pencahayaan yang baik. Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan dengan berbagai cara.

Wagner (2007) dalam penelitiannya tentang latihan pada usia lanjut terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup lansia menemukan bahwa latihan menghasilkan peningkatan yang paling signifikan meskipun semua program

tampaknya mengakibatkan beberapa peningkatan kualitas hidup. Ismail (2004) dalam penelitiannya mengenai peningkatan kesehatan, gizi dan kualitas hidup lansia di Guyana menemukan bahwa kualitas hidup ditentukan oleh berbagai faktor seperti kesehatan, uang, lingkungan fisik, bernyanyi dan bermusik, makanan, keimanan, kenyamanan, kegiatan sosial, berkebun, kerajinan, kemandirian dan otonomi, hubungan dengan staf, privasi, hubungan sosial dan nilai diri. Dapat disimpulkan bahwa baik atau buruknya kualitas hidup lansia dapat ditentukan oleh berbagai faktor dalam kehidupan lansia tersebut.

Da Silva, dkk (2009) dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada lansia aktif menunjukkan bahwa status fungsional tidak mempengaruhi kualitas hidup namun faktor psikologis dan sosiodemografi memiliki dampak terhadap kualitas hidup lansia dengan depresi. Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup lansia dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi seperti status perkawinan, pendapatan, dan kegiatan santai.

2.2.3 Perubahan sosial

Perubahan sosial pada lansia adalah perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat seperti pensiun dari pekerjaan dan kehilangan jabatan/kedudukan, lansia juga mengalami dalam status keluarga ketika ia kehilangan pasangan hidup, serta kehilangan sistem dukungan dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole, 2010). Bagi lansia yang sebelumnya adalah pekerja, memasuki masa pensiun seharusnya merupakan masa menikmati hari tua yang tenang dan sejahtera. Namun dalam kenyataannya sering disalahartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan/jabatan, peran, kegiatan, status, dan harga diri. Pada masa lansia, individu dituntut untuk dapat bersosialisasi kembali dengan kelompoknya, lingkungannya dan dari generasi ke generasi.

Sosialisasi berarti lansia meningkatkan kemampuan untuk berpartisipasi dalam kelompok sosialnya (Atchley & Barusch, 2004). Namun ada pula sikap sosial yang mengharapkan agar lansia mengurangi peran aktifnya dalam urusan masyarakat dan sosial yang dapat mengakibatkan pengurangan jumlah kegiatan yang dilakukan dan lansia perlu mengubah perannya. Perubahan peran sebaiknya datang dari diri lansia atas keinginannya sendiri dan bukan atas tekanan dari lingkungan sosialnya. Perubahan peran dan fungsi sosial lansia dapat menyebabkan masalah harga diri : harga diri rendah dan isolasi sosial.

a. Harga diri

Keliat (1999), harga diri adalah penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Murk (1999 dalam Weber, 2003, harga diri adalah gabungan antara keseluruhan aspek harga diri berdasarkan penilaian umum dari tipe-tipe harga diri dan variasi dari tipe harga diri berdasarkan evaluasi harga diri dalam konteks lingkungan yang berbeda. Dapat diartikan bahwa harga diri menggambarkan sejauhmana individu tersebut menilai dirinya sebagai orang yang memiliki kemampuan berdasarkan evaluasi harga diri terhadap lingkungannya. Pemenuhan kebutuhan akan harga diri menjadi penting agar individu memiliki harga diri yang mantap, mencapai kesuksesan dalam penampilan perilaku sosial dan dapat tampil dengan keyakinan diri serta merasa memiliki nilai dalam lingkungan sosialnya.

b. Harga diri rendah

Harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau berisiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan diri (Capernito,2000). Perilaku harga diri rendah pada lansia adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktifitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial,

ketegangan yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri (Stuart, 2009). Dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah yang dimiliki lansia disebabkan oleh perasaan tidak mampu lagi melakukan berbagai kegiatan dan perubahan dalam peran sosial.

c. Isolasi sosial

Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesendirian dan merasa terbebani oleh orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA, 2007). Karakteristik diagnosa keperawatan isolasi sosial adalah tidak adanya sistem pendukung, tidak ada kontak mata, merasa sedih, merasa sendirian, tidak ada komunikasi, memperlihatkan sikap bermusuhan, menarik diri dari kehidupan sosial (NANDA, 2007). Adanya perubahan sosial tidak berarti lansia harus menarik diri dari lingkungan sosialnya. Status dan peran sosial melalui berbagai kegiatan tetap dapat dilakukan karena hal tersebut dapat menghasilkan iklim psikologis yang paling positif bagi lansia. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan lansia akan membuat lansia tetap sehat jiwanya dan mencapai kepuasan hidup.

2.2.4 Perubahan spiritual

Gary & Kavanagh (1991, dalam Videbeck, 2008), spiritualitas merupakan keyakinan klien tentang kehidupan, kesehatan, penyakit, kematian, dan hubungan individu dengan alam semesta. Spiritualitas adalah konsep dua dimensi antara hubungan vertikal dan horizontal (Stanley, 2007). Hubungan horizontal yang dimaksud adalah hubungan individu dengan Tuhan, sedangkan hubungan vertikal adalah hubungan antara individu dengan sesama. Spiritualitas mencakup esensi keberadaan individu dan keyakinannya tentang makna hidup dan tujuan hidup. Spiritualitas berarti suatu pedoman yang mengarahkan individu untuk meraih kebijakan di dalam dirinya dan membawa mereka kepada dasar-dasar perkembangan moral yang terbaik. Gerret (1987, dalam Stanley, 2007) mengidentifikasi

pengaruh pada kemampuan seseorang yang sedang berduka untuk melakukan koping sejalan dengan bertambahnya usia, pengalaman negatif terdahulu terhadap kehilangan, ketidakmampuan mengendalikan diri, penurunan status kesehatan mental dan fisik, serta kurangnya keyakinan pada kekuatan yang lebih besar daripada dirinya sendiri. Kondisi tersebut merupakan perubahan spiritual yang terjadi pada lansia.

Perubahan spiritual umumnya terjadi akibat dari penyakit yang diderita. Kesedihan, sakit, dan kehilangan kontrol akan mempengaruhi integritas diri. Kehilangan yang terjadi pada lansia meliputi penurunan kemampuan fisik, kehilangan interaksi sosial, kehilangan peran, kehilangan kemampuan, kehilangan stabilitas mental, dan kehilangan semangat hidup. Mengatasi keadaan tersebut, lansia memerlukan harapan yang berdasarkan pada keyakinan akan sesuatu yang mungkin terjadi, dukungan dari orang yang berarti, rasa sejahtera, kemampuan koping secara menyeluruh dan tujuan hidup (Stanley, 2007).

Pada kondisi ini lansia berusaha untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan dan menerima dengan baik perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya. Masalah yang muncul akibat perubahan ini adalah kehilangan pasangan atau orang yang dicintai, dan kecemasan akan kematian, hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya depresi pada lansia. Berdasarkan hal ini maka lansia diharapkan dapat tetap bersemangat di dalam hidupnya agar semua permasalahan yang terjadi pada dirinya dapat diatasi dengan baik. Upaya yang dapat dilakukan adalah lansia dapat tetap berinteraksi dengan orang lain dalam menjalankan kehidupannya dan mendekatkan diri kepada Tuhan. Penting bagi perawat sebagai tenaga kesehatan untuk memperhatikan aspek spiritual agar lansia dapat menjalin kehidupan dengan baik, tetap sehat dan memiliki semangat hidup, panjang umur, bahagia, menghindari ketidakberdayaan dan keputusasaan.

a. Ketidakberdayaan



(Word to PDF Converter - Unregistered)
<http://www.Word-to-PDF-Converter.net>

Ketidakterdayaan adalah ekspresi verbal yang menyatakan kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu (Gulanick & Myers, 2007). Kriteria untuk menetapkan diagnosa keperawatan ketidakberdayaan ini adalah individu mengekspresikan tingkat energi yang fluktuatif dan tidak menentu, pasif, apatis, tidak ada partisipasi dalam perawatan atau membuat keputusan, benci, marah, merasa bersalah, enggan dalam mengekspresikan perasaan yang benar, mengekspresikan ketidakpuasan dan frustrasi, mengekspresikan tidak ada kontrol dari luar dan menurunnya partisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007). Ketidakterdayaan yang dialami lansia lebih banyak diakibatkan karena adanya kelemahan dan penurunan kemampuan fisik yang mengakibatkan lansia sulit untuk bergerak dan melakukan aktifitas.

b. Keputusasaan

Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya (NANDA, 2007). Karakteristik diagnosa keperawatan keputusasaan adalah afek menurun, pasif, penurunan verbalisasi, nafsu makan menurun, gangguan tidur, kehilangan inisiatif dan aktivitas menurun (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007). Pada umumnya perubahan spiritual pada lansia cenderung bersifat positif karena lansia berusaha untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan dan menerima dengan baik perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya. Semangat untuk tetap sehat, panjang umur, dan bahagia merupakan harapan tiap lansia.

2.2.5 Perubahan seksual

Perubahan lainnya yang terjadi pada lansia adalah perubahan seksual. Rubin (2004, dalam Hurlock, 2004) menyatakan bahwa hubungan seksual seseorang tidak mungkin berhenti secara otomatis pada usia berapapun. Pada lansia, penyesuaian yang harus dilakukan adalah membangun

hubungan yang baik dengan pasangan, jika hubungan ini berlangsung baik akan mendatangkan kebahagiaan pada lansia. Sebaliknya, bila hubungan tidak baik maka akan terjadi kekakuan dan hubungan menjadi dingin, hal ini dapat menyebabkan terjadinya perkecokan. Perubahan neuroendokrin yang terjadi pada perubahan fisik lansia turut berpengaruh pada aktivitas seksual. Penyesuaian ini akan menjadi sulit karena adanya anggapan bahwa impotensi dan tidak berselera dalam hubungan seksual merupakan hal yang biasa pada lansia. Penelitian mengenai perilaku seksual pada lansia menunjukkan bahwa lansia tetap melakukan hubungan seksual walaupun frekuensinya tidak sebanyak pada masa muda. Secara alamiah, dalam keadaan sehat maka kegiatan seksual lansia akan mengalami penurunan secara bertahap.

Pemenuhan kebutuhan seksual merupakan kebutuhan dasar manusia. Pada lansia kebutuhan ini tidak mengarah pada frekuensi aktifitas seksual tetapi lebih mengarah pada terjalinnya hubungan yang baik dengan pasangan. Pemberi layanan kesehatan perlu memperhatikan kebutuhan tersebut terutama dalam kaitannya dengan kesehatan jiwa lansia untuk menghindari kesalahpahaman dan perkecokan yang mungkin terjadi.

3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan pada Lansia

1 Faktor individual

Buchanan dan Carpenter (2000, dalam Videbeck, 2008), mengatakan bahwa umur seseorang tampaknya akan mempengaruhi cara ia melakukan coping terhadap penyakit. Individu yang berusia muda tidak memiliki pengalaman hidup mandiri yang berhasil sehingga ia belum memiliki perasaan terhadap identitas personal daripada individu yang berusia lebih tua. Lansia telah memiliki pengalaman hidup yang cukup panjang dan tentu berpengaruh pada mekanisme coping yang digunakan dalam menerima perubahan-perubahan yang terjadi karena proses menua.

Videbeck (2008), berpendapat sejalan dengan teori perkembangan Erikson yang mengatakan bahwa perkembangan psikososial berlangsung sepanjang rentang kehidupan seseorang dimana orang tersebut harus menyelesaikan setiap tahap perkembangannya dengan baik karena tugas perkembangan yang belum terselesaikan pada tahap tersebut akan mempengaruhi perkembangan pada tahap selanjutnya. Setiap individu harus menuntaskan tugas kehidupan kritis pada setiap tahap perkembangan yang sangat penting untuk kesejahteraan dan kesehatan jiwanya. Tugas ini akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap stres dan penyakit yang dialaminya. Pada tahap ini lansia mengalami perkembangan integritas diri *versus* keputusasaan (*integrity versus despair*). Harlock, (2004) berdasarkan pendapat Havighurst mengatakan bahwa lansia perlu menyesuaikan diri dengan adanya penurunan kekuatan fisik, kurangnya penghasilan, kematian pasangan, perlunya menjalin hubungan dengan teman sebaya, dan menyesuaikan diri dengan peran sosial yang baru. Dapat disimpulkan bahwa berdasarkan pengalaman hidupnya, lansia dapat mempertahankan integritas diri untuk menghindari kesepian dan keputusasaan.

2 **Faktor interpersonal**

Hagerty dan Patusky (1955, dalam Videbeck, 2008), perasaan memiliki merupakan perasaan keterikatan dalam suatu sistem sosial dimana individu sebagai bagian didalamnya. Perasaan ini meliputi nilai dan kecocokan yaitu perasaan dihargai, diperlukan, dan diterima berdasarkan karakteristik individu sesuai dengan lingkungan hidupnya. Hal ini berarti, lansia merasa dirinya sebagai bagian dari suatu kelompok dimana ia dihargai dan diterima oleh kelompoknya. Perasaan ini dapat meningkatkan kondisi kesehatan lansia.

Faktor interpersonal melibatkan hubungan antara lansia dengan individu lainnya. Dalam kaitannya dengan penelitian ini berarti terjalinnya hubungan lansia dengan anggota keluarga lainnya. Keluarga merupakan bagian yang

tidak dapat dilepaskan dari kehidupan lansia. Kesejahteraan dan perawatan lansia merupakan tanggung jawab keluarga yaitu dukungan keluarga dalam merawat lansia di rumah.

a. Keluarga

Menurut Dunphy (2001, dalam Friedman, 2010) keluarga adalah sebuah arena interaksi pribadi sehingga penekanan diberikan kepada karakteristik transaksional dinamis keluarga; keluarga adalah sebuah sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang saling bergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal dan eksternalnya. Menurut Allen (2000, dalam Friedman, 2010) keluarga ditandai dengan kelahiran, pernikahan, adopsi, atau pilihan. Dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah area interaksi antar pribadi yang melibatkan dua orang atau lebih dalam suatu ikatan kekeluargaan yang dipersatukan oleh kebersamaan dan saling ketergantungan dengan lansia berada didalamnya.

b. Perkembangan keluarga

1) Tugas perkembangan keluarga

Friedman (2010) mengatakan tugas perkembangan keluarga diperlukan untuk menumbuhkan rasa tanggung jawab tiap anggota keluarga yang harus dicapai pada setiap tahap perkembangan keluarga, dengan demikian keluarga dapat memenuhi kebutuhannya sesuai dengan aspirasi, nilai, dan budaya yang ada dalam keluarga tersebut. Selain itu, individu yang mendapat dukungan emosional dan fungsional dari keluarganya akan terlihat lebih sehat (Buchanan, 1995, dalam Videbaeck, 2008) dan dukungan sosial merupakan sumber koping yang dalam proses perubahan perilaku seseorang (Stuart, 2009). Dengan demikian tugas perkembangan individu sebagai anggota keluarga akan saling berkaitan dengan tugas perkembangan keluarga, dimana keluarga sebagai sebuah unit dapat memenuhi tuntutan dan kebutuhan anggota keluarga dan tiap anggota keluarga berjuang untuk memenuhi

kebutuhannya sendiri serta setiap anggota keluarga dapat memberikan dukungan emosional pada anggota keluarga lainnya.

2) Siklus kehidupan keluarga tahap lansia

Duvall dan Miller (1985, dalam Friedman, 2010), tahap akhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiunnya salah satu atau kedua pasangan, yang berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan. Menjadi tua dan pensiun merupakan stresor yang dapat mengganggu transisi peran lansia. Kehilangan merupakan stresor yang terjadi pada lansia dan keluarganya. Stresor ini dapat berupa penyesuaian terhadap penurunan pendapatan, pindah ke rumah yang lebih kecil atau pindah ke panti werdha, kehilangan orang-orang yang disayangi, kehilangan peran kerja dan masa produktif, serta penurunan fungsi fisik, mental dan kognitif.

Tidak mudah bagi lansia untuk meninggalkan tempat tinggal lamanya karena lingkungan tersebut telah menjadi bagian dari kehidupannya selama ini. Relokasi merupakan pengalaman traumatik bagi lansia karena ia harus meninggalkan ikatan dengan persahabatan yang telah terjalin selama ini yang telah memberikan rasa aman dan stabilitas pada lansia. Selain itu, penurunan drastis dari penghasilan dan meningkatnya kebutuhan biaya hidup akan mempengaruhi kehidupan lansia. Ditambah lagi dengan masalah kesehatan yang muncul sebagai akibat proses penuaan turut memperburuk kondisi ekonomi lansia.

Pernikahan yang dianggap memuaskan biasanya memiliki riwayat positif yang panjang. Pernikahan sangat berperan pada moral dan aktivitas pasangan dewasa. Bagaimana mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan sangat tergantung pada dukungan yang diberikan oleh pasangan dan perubahan kesehatan kedua pasangan.

Perubahan kesehatan memberikan tantangan dan beban dalam pemberian asuhan yang akan mempengaruhi penyesuaian pernikahan pasangan (Fitting, dkk,1986 dalam Friedman, 2010). Penyesuaian terhadap kehilangan pasangan merupakan salah satu tugas perkembangan yang membuat trauma. Kesadaran akan kematian tidak berarti dengan mudah lansia dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan tersebut walaupun masih ada anggota keluarga lainnya. Berbagai respon negatif dapat muncul sebagai akibat dari kehilangan pasangan dan dapat menimbulkan masalah kesehatan yang serius seperti depresi, isolasi sosial, kecenderungan bunuh diri, sampai pada terjadinya gangguan jiwa.

Walaupun terdapat kecenderungan lansia melepaskan diri dari hubungan sosial tetapi keluarga tetap menjadi pendukung sosial bagi lansia. Saat lansia menarik diri dari aktivitas di luar justru hubungan dengan pasangan, anak, cucu, dan saudara kandung menjadi lebih penting. Hal ini diperlukan untuk mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi. Dapat disimpulkan bahwa siklus kehidupan tahap lansia ini melibatkan semua anggota keluarga yang berada didalamnya yaitu lansia bersama pasangannya, anak, dan cucu. Dukungan keluarga terhadap lansia diperlukan untuk menghindari terjadinya masalah kesehatan dalam keluarga.

a. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Singer dan Ryff (2001, dalam Friedman 2010), fungsi afektif lebih diarahkan kepada fungsi internal keluarga meliputi pemberian perlindungan psikososial dan dukungan kepada anggota keluarga yang berpengaruh positif pada kepribadian dan keterikatan keluarga serta kesejahteraan individu. Pemenuhan fungsi ini menjadi dasar pembentukan dan kesinambungan unit keluarga (Satir, 1973

dalam Friedman, 2010). Citra diri individu dan rasa memilikinya terbentuk dalam interaksi keluarga, dengan demikian keluarga berfungsi sebagai sumber cinta kasih, perhatian, penghargaan, dan pemberi dukungan. Loveland dan Cherry (1996, dalam Friedman 2010), hubungan afeksi diantara keluarga akan menciptakan suasana emosional pengasuhan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan serta kompetensi individu. Melalui fungsi ini pemberi layanan kesehatan dapat memberikan konseling suportif dan Psikoedukasi Keluarga upaya membantu keluarga untuk menguatkan hubungan tiap individu dalam keluarga dan pemenuhan kebutuhan yang lebih memuaskan.

2) Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses sepanjang hidup manusia dimana individu secara kontinu memodifikasi perilakunya terhadap lingkungan sosial yang dihadapi. Gecas (1979, dalam Friedman 2010) mengatakan bahwa konsep sosialisasi adalah proses perkembangan atau perubahan yang dialami seseorang sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial. Melalui fungsi ini, individu belajar untuk hidup bersama orang lain dalam kelompoknya dan memerankan peran jenis kelamin serta peran sesuai dengan usianya. Dengan demikian, lansia tetap dapat bersosialisasi dengan baik, di dalam keluarganya maupun di luar lingkungan keluarganya.

3) Fungsi perawatan kesehatan keluarga

Praktik kesehatan dan pemanfaatan layanan keperawatan sangat berbeda pada tiap keluarga, yang menjadi masalah adalah bagaimana pandangan keluarga terhadap konsep sehat-sakit dan keyakinan keluarga dalam mencari bantuan kesehatan. Perawat perlu mengetahui konsep sehat-sakit menurut keluarga guna mengetahui tujuan dan prioritas masalah dan tindakan yang perlu diberikan pada

keluarga. Seringkali masalah kesehatan yang sudah menjadi endemi di keluarga maupun komunitas tidak lagi dianggap sebagai penyakit, hal ini sangat ditentukan oleh kebiasaan dan norma sosial yang berlaku di lingkungan tersebut.

Berdasarkan ketiga fungsi tersebut, dapat dikatakan bahwa keluarga yang berfungsi dengan baik adalah keluarga yang bahagia, perhatian terhadap anggota keluarga yang lain, memiliki waktu bersama dan pola komunikasi yang baik, dan dapat menghadapi krisis secara positif. Suatu patologi keluarga muncul akibat dari perkembangan yang disfungsional (Varcarolis, 2006). Stuart dan Laraia (2005) mengatakan disfungsi keluarga diartikan sebagai “tanda” dengan paradigma patologi dan pemberdayaan coping yang maladaptif meliputi : orangtua yang over protektif; peran yang terlalu mendominasi dari salah satu pihak terhadap pasangannya; keluarga dengan riwayat penganiayaan terhadap salah satu anggota keluarga; keluarga dengan anggota yang pernah mengalami penganiayaan fisik, emosional, dan seksual oleh orang lain atau anggota keluarga sendiri; keluarga yang menjadikan anak sebagai kambing hitam untuk menutupi konflik perkawinan yang terjadi.

b. Peran keluarga

Pembagian peran adalah partisipasi dua orang atau lebih dalam peran yang sama walaupun berbeda posisi. Menurut Turner (1970, dalam Friedman 2010), anggota keluarga harus mampu membayangkan dirinya dalam peran sebagai seorang pendamping, atau mitra peran agar dapat memberi tugas sebuah peran kepada orang lain dan juga sebagai panduan dalam menjalankan perannya sendiri, dengan demikian mereka dapat berinteraksi dengan orang lain. Bila terjadi perbedaan dalam harapan dan performa peran maka konflik dan ketegangan dapat terjadi berkaitan dengan stres peran.

Stres peran terjadi saat suatu struktur sosial menciptakan tuntutan yang sangat sulit, menimbulkan konflik yang tidak mungkin dilakukan oleh penerima posisi dalam struktur sosial tersebut dan ketegangan peran juga diterima dan dirasakan oleh mitra peran terkait. Hardy dan Hardy (1988, dalam Friedman 2010), konflik peran terjadi ketika seseorang yang berada pada posisi tersebut dihadapkan pada harapan yang tidak sesuai. Sumber ketidaksesuaian tersebut diakibatkan oleh perubahan harapan pelaku, anggota keluarga lainnya, atau lingkungan. Pada lansia dapat terjadi konflik peran dengan anggota keluarga karena adanya perubahan peran pada lansia, dimana harapan seringkali tidak sesuai dengan keinginan.

Klein, (1996, dalam Friedman 2010) menyimpulkan bahwa kualitas pengukuhan peran seseorang dalam sebuah hubungan yang positif akan memberi kepuasan terhadap hubungan tersebut. Pengharapan yang dirasakan terhadap peran akan meningkatkan kualitas peran tersebut. Untuk memperkecil ketegangan yang dapat terjadi, dibutuhkan individu-individu yang sepakat terhadap peran tersebut. Bila ketegangan peran semakin besar maka semakin sedikit kemudahan untuk membuat transisi ke dalam peran tetapi semakin besar kemudahan membuat transisi ke luar peran tersebut. Dengan adanya keragaman peran maka semakin sedikit konsensus yang dirasakan terhadap harapan tersebut. Dapat disimpulkan bahwa posisi peran tiap anggota keluarga harus jelas berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat sehingga harapan terhadap peran tersebut dapat dicapai dengan baik.

Baydar (1998, dalam Friedman 2010) mengatakan bahwa menjadi kakek / nenek adalah pengalaman yang heterogen dan banyak variasi bagaimana peran kakek – nenek dikukuhkan. Berkaitan dengan peran

nenek-kakek, ada empat peran yang dilakukan yaitu nenek-kakek yang tidak bekerja dan selalu merawat cucu dengan teratur, ada nenek-kakek yang bekerja namun masih dapat mengasuh cucu dengan baik, dan ada pula nenek-kakek yang tinggal jauh sehingga tidak dapat mengasuh cucu, serta nenek-kakek yang sudah lemah, tua, dan tinggal sendiri dengan kesehatan yang buruk dan tidak mengasuh cucu. Keadaan pribadi terkait dengan peran yang diemban dapat mempengaruhi keseluruhan kepuasan hidup kakek dan nenek tersebut. Lansia dengan berbagai perubahan yang terjadi diharapkan dapat melakukan peran sebagai nenek-kakek kepada anak dan cucunya untuk menghindari lansia dari keputusasaan dan kesepian.

c. Masalah lansia dalam keluarga

Penganiayaan lansia adalah perlakuan semena-mena terhadap lansia oleh anggota keluarga atau orang-orang yang merawat mereka. (Videbeck, 2008). Penganiayaan ini dapat berupa penganiayaan fisik, penganiayaan seksual, penganiayaan psikologis, pengabaian, eksploitasi finansial, dan penolakan terapi medis yang adekuat. Lego (1996, dalam Videbeck, 2008), pelaku penganiayaan terbesar adalah pasangan, selanjutnya anak, saudara kandung, cucu, dan orang lain. Dalam merawat seorang lansia, anggota keluarga (*caregiver*) yang menjadi pengasuh lansia akan mengalami berbagai masalah baik dalam merawat lansia yang menjadi tanggung jawabnya maupun masalah dirinya sendiri. Hubungan antara *caregiver* dengan lansia merupakan hubungan yang penting karena akan mempengaruhi perawatan dan pemenuhan kebutuhan pada lansia. Seringkali perlakuan keluarga terhadap lansia tidak disadari sebagai bentuk penganiayaan atau pengabaian terhadap lansia. Untuk menghindari hal tersebut, peneliti menganggap perlu memberikan materi tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia melalui Psikoedukasi Keluarga guna meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat lansia.

d. Dampak depresi terhadap keluarga

Keluarga yang merawat lansia dengan depresi akan mengalami ansietas. Menurut Gillis, et.all (1989, dalam Friedman, 2010) status sehat sakitnya anggota keluarga saling mempengaruhi satu sama lainnya, adanya penyakit dalam keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga. Oleh karena itu, perlu dilakukan manajemen stres agar kecemasan dalam keluarga menjadi berkurang.

e. Perawatan lansia oleh keluarga

1) Sumber data pengkajian keluarga

Data dapat dikumpulkan melalui berbagai sumber yang dapat memberikan informasi mengenai peristiwa yang lalu dan saat ini, temuan objektif, penilaian subjektif, informasi berdasarkan rujukan, informasi dari anggota keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya. Data-data ini diperlukan untuk memudahkan dalam menetapkan masalah yang ada dalam keluarga dan intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada keluarga.

2) Penetapan masalah keluarga

Peran aktif keluarga menjadi sangat penting dalam mengidentifikasi masalah dan kekuatan keluarga. Penyusunan informasi bersama keluarga diperlukan untuk merumuskan masalah, menetapkan diagnosa, dan merencanakan tindakan yang akan dilakukan. Bersama keluarga, perawat dapat menetapkan diagnosa tentang apa yang terjadi dalam keluarga dan mengapa keluarga tidak mampu menyelesaikan masalahnya. Langkah selanjutnya adalah pemberian intervensi yang bertujuan untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah secara efektif. Pada

penelitian ini intervensi yang akan diberikan pada keluarga adalah Psikoedukasi Keluarga.

3) Indikasi intervensi perawatan keluarga

Wright dan Leahey (2000, dalam Friedman, 2010), kriteria untuk membuat keputusan dalam pemberian intervensi keluarga meliputi minat, dan motivasi keluarga untuk menerima bantuan dan mengatasi masalah, tingkat fungsi keluarga, tingkat keterampilan perawat, dan sumber yang tersedia. Intervensi keperawatan diperlukan jika ada anggota keluarga sakit dan mengganggu anggota keluarga lainnya, anggota keluarga menyebabkan gejala atau masalah individu, perbaikan satu anggota keluarga menimbulkan gangguan pada anggota keluarga yang lain, anggota keluarga untuk pertama kali didiagnosis menderita penyakit, kondisi anggota keluarga terganggu secara nyata, anak atau remaja mengalami masalah emosi, anggota keluarga mengalami penyakit kronik pindah dari rumah sakit atau pusat rehabilitasi, pasien yang mengalami penyakit kronik dan meninggal dunia.

4) Pendekatan perawatan lansia

Menurut Nugroho (2000) ada empat pendekatan dalam perawatan lansia yaitu pendekatan fisik, psikis, sosial, dan spiritual :

- a) Pendekatan fisik dapat dilakukan dengan memberikan perawatan fisik seperti personal hygiene, kebersihan lingkungan, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, dan mencegah terjadinya cedera.
- b) Pendekatan psikis dilakukan dengan berperan sebagai pendengar yang baik, menampung rahasia pribadi, sahabat yang akrab. Keluarga juga dapat membangkitkan semangat dan kreatifitas lansia dalam mengisi hari-harinya karena

umumnya lansia memerlukan rasa aman dan kasih sayang dari lingkungan.

- c) Pendekatan sosial bisa dilakukan dengan cara mengadakan diskusi, tukar pikiran, atau bercerita. Lansia diberi kesempatan untuk berkomunikasi, melakukan rekreasi, dan mengikuti perkembangan yang terjadi di lingkungannya. Hal ini diperlukan agar lansia tidak merasa sendirian dan menarik diri dari kegiatan sosialnya.
- d) Pendekatan spiritual dilakukan dengan cara keluarga menjadi pendamping dan pembimbing lansia, terutama bila lansia dalam keadaan sakit atau mendekati kematian. Keberadaan keluarga di dekat lansia dapat mengurangi kecemasan yang dialaminya.

Berdasarkan uraian di atas, maka dipandang perlu untuk memberikan Psikoedukasi Keluarga pada keluarga guna meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat lansia dan mempersiapkan keluarga dalam menghadapi permasalahan yang muncul akibat perubahan-perubahan pada lansia. Untuk mengatasi masalah dalam keluarga diperlukan suatu sistem pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang didukung oleh pemerintah dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat. *Community Mental Health Nursing* (CMHN) merupakan strategi yang tepat untuk tercapainya kesehatan jiwa komunitas di Indonesia.

Dalam kegiatannya, perawat CMHN bekerjasama dengan klien, keluarga, dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan yang bertujuan untuk memberdayakan pasien dan keluarga agar mampu mandiri dalam memenuhi kebutuhannya serta meningkatkan keterampilan coping dalam menyelesaikan masalah. Pemberdayaan masyarakat merupakan proses pengembangan potensi pengetahuan maupun keterampilan masyarakat agar mereka mampu mengontrol diri dan terlibat dalam pemenuhan kebutuhan mereka sendiri (Helvie, 1998 dalam CMHN, 2010).

Pendekatan CMHN merupakan pendekatan asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan oleh perawat melalui pemberdayaan Kader Kesehatan Jiwa dan Pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa.

Berkaitan dengan depresi yang dialami oleh lansia, maka diperlukan peningkatan kesadaran dan pengetahuan dari keluarga maupun masyarakat tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia yang dapat menimbulkan suatu kondisi depresi. Peningkatan pengetahuan tersebut dapat dilakukan dengan pemberian Psikoedukasi Keluarga.

2.4 Penatalaksanaan Terapi Depresi pada Lansia

2.4.1 Terapi medis

Terapi medis yang diberikan adalah pemberian antidepresan, terapi somatik *electroconvulsive*, *Sleep deprivation therapy*, *photo therapy* (*light therapy*), *Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)* dan *Vagal Nerve Stimulation (VNS)* (Videbeck, 2008; Stuart & Laraia, 2006; Ebersole, 2010). Terapi ini lebih berfokus pada perbaikan biologis yaitu perbaikan sistem persarafan, dengan pemulihan sistem saraf tersebut diharapkan perubahan perilaku untuk mencapai integritas diri dapat tercapai.

Stuart dan Laraia (2005) pada kondisi depresi dapat diberikan pilihan antidepresan seperti:

- a. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) : Citalopram, Escitalopram, Fluoxetien, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline.
- a. Other New Antidepressant Drugs : Amoxapine, Bupropion, Maprotiline, Mirtazapine, Nefazodone, Trazodone, Venlafaxine.
- c. Tricyclic Antidepressant Drugs (TCAs) : Amitriptyline, Clomipramine, Doxepin, Imipramine, Trimipramine, Desipramine, Nortriptyline, Protriptyline, Amoxapine, Maprotiline..

- d. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) : Isocarrboxazid, Phenelzine, Selegiline, Tranylcypramine.

2.4.2 Psikoterapi

Landreville (2001, dalam Wheeler, 2008) menyatakan bahwa psikoterapi dapat menjadi intervensi yang baik bagi lansia. Mackin dan Arean (2000, dalam Wheeler, 2008) mengatakan bahwa *Cognitive Behavior Therapy*, *Reminiscence Therapy*, *Psychodynamic Therapy* yang ringkas, dan kombinasi *Interpersonal Therapy* telah menjadi pilihan intervensi untuk depresi. Pada individu yang mengalami depresi dapat diberikan intervensi psikoterapi yaitu *Terapi Interpersonal*, *Terapi Kognitif dan Perilaku*, *Terapi Psikoanalitis* dan *Terapi Keluarga* (Videbeck, 2008).

Terapi-terapi psikologi yang dapat diberikan pada lansia dengan depresi adalah *support* keluarga dan sosial, manajemen berduka, olah raga, humor, spiritual, *Reminiscence* dan *Life review therapy*, *Cognitive Behaviour Therapy*, *Interpersonal Therapy*, *Psychodynamic Psychotherapy*, dan *Bibliotherapy* (Ebersole, 2010; Frazer, Christensen dan Griffiths, 2005).

Berdasarkan beberapa psikoterapi di atas, pada penelitian ini hanya akan dipergunakan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga, kedua terapi ini merupakan terapi pilihan dalam penelitian ini untuk menyelesaikan masalah psikososial yang dialami lansia dengan depresi. Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga akan diberikan pada lansia dan keluarga pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan Psikoedukasi Keluarga terutama untuk *caregiver*.

a. Terapi *Reminiscence*



(Word to PDF Converter - Unregistered)
<http://www.Word-to-PDF-Converter.net>

Webster (1999, dalam Collins, 2006), *Reminiscence* adalah terapi yang memberikan perhatian terhadap kenangan terapeutik pada lansia. Menurut Bluck dan Levine (1998, dalam Collins, 2006) *Reminiscence* adalah proses yang untuk mengumpulkan kembali kenangan seseorang akan masa lalunya. Kenangan ini merupakan suatu pengalaman hidup yang dialami individu, baik kenangan yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan. Kenangan tersebut dapat dijadikan sebagai kumpulan pengalaman pribadi atau ‘*disharingkan*’ kepada orang lain.

Johnson (2005) mendefinisikan *Reminiscence* adalah proses mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu, dimana ingatan tersebut dibentuk sebagai suatu topik utama baik dalam teori maupun aplikasi pada psikogerontologi. Fontaine dan Fletcher (2003) *Reminiscence* adalah kemampuan lansia untuk mengingat kembali ingatan akan masa lalu yang dibimbing oleh seorang profesional untuk selanjutnya ‘*disharingkan*’ kepada keluarga, kelompok atau staf keperawatan. Glod (1998) mendefinisikan terapi *reminiscence* adalah penggunaan kenangan sederhana dan informatif sebagai intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial. Meiner dan Lueckenotte (2006) menjelaskan bahwa terapi *Reminiscence* adalah terapi yang diterapkan pada lansia melalui proses motivasi dan diskusikan tentang pengalaman masa lalu yang dialami dan upaya penyelesaian masalah yang dilakukan pada saat itu. Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* adalah suatu terapi yang diberikan pada lansia dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kenangan tentang kejadian dan pengalaman masa lalu serta penyelesaian masalah yang dilakukannya untuk disampaikan kepada keluarga, teman kelompok atau staf keperawatan.

Gold (1998), tujuan terapi *reminiscence* adalah untuk memberikan kesempatan bersosialisasi, pengalihan, kesenangan, komunikasi,

mengurangi depresi dan isolasi sosial serta meningkatkan kepuasan hidup dan harga diri lansia berdasarkan penilaian diri sendiri, keunikan, dan prestasi yang telah dicapai. Fontaine dan Fletcher (2003) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* bertujuan untuk meningkatkan harga diri dan membantu individu mencapai kesadaran diri dan memahami diri, beradaptasi terhadap stres dan melihat bagian dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Nussbaum (2000, dalam Fontaine & Fletcher, 2003) menyatakan bahwa tujuan terapi *Reminiscence* adalah menciptakan kebersamaan kelompok dan meningkatkan keintiman sosial.

Bohlmeijer, (2003); Haight dan Burnside (1993, dalam Ebersole, 2010) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* tidak hanya memberikan pengalaman yang menyenangkan dan meningkatkan hubungan dengan orang lain, tetapi dapat pula memberikan stimulasi kognitif, dan menjadi terapi yang efektif untuk gejala depresi. Dengan kata lain terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia dapat meningkatkan harga diri dan kepuasan hidup lansia, meningkatkan kemampuan beradaptasi terhadap stres melalui kemampuan penyelesaian masalah dan meningkatkan hubungan sosial berdasarkan keunikan dan prestasi yang dimiliki lansia. Dapat disimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan untuk diagnosis keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial yang dialami lansia dengan depresi.

Indikasi pelaksanaan terapi *Reminiscence* adalah lansia dengan depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial (Wheeler, 2008; Stuart & Laraia, 2005; Fontaine, 2009; Jones, 2003). Terapi *Reminiscence* termasuk salah satu intervensi keperawatan spesialis jiwa yang dapat dilaksanakan baik secara individu maupun kelompok. Berdasarkan penelitian terdahulu, terapi ini efektif diberikan

pada lansia yang mengalami depresi. Pelaksanaan terapi *Reminiscence* secara berkelompok lebih memberikan kesempatan kepada sesama lansia untuk saling berbagi pengalaman masa lalu guna mencapai integritas diri ketimbang bila dilakukan secara individu. Terapi ini berupaya memaksimalkan potensi yang dimiliki dan memberikan nilai positif bagi lansia serta bertujuan untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial.

Terapi *Reminiscence* merupakan suatu mekanisme untuk mengatasi perubahan. Dalam terapi ini individu berbagi kenangan dengan orang lain, dimana hal ini dapat membantu individu dalam mencapai integritas diri dan harga diri. Melalui proses ini lansia dapat mempromosikan diri, melestarikan kenangan pribadi maupun kenangan bersama, mengatasi kekurangan materi dan keterbatasan fisik, mengidentifikasi tema universal tentang kehidupan manusia, dan memperkuat mekanisme pertahanan diri. Hal ini berarti bahwa Terapi *Reminiscence* dapat dipergunakan untuk lansia dalam rangka memperkuat integritas diri dan harga diri yang dimilikinya melalui kenangan masa lalu yang sudah dikembangkannya.

Boylin, Gordon, dan Nahrke (1976, dalam University, 2011), meneliti hubungan terapi *Reminiscence* dengan integritas diri pada 41 lansia di panti. Untuk terapi digunakan kuesioner yang dikembangkan oleh Havighurst dan Galasser untuk integritas diri dilakukan wawancara terstruktur berdasarkan tugas perkembangan Erikson. Hasil penelitian menunjukkan korelasi positif yang tinggi antara terapi *Reminiscence* dengan integritas diri, hal ini akan membuat lansia tetap bersemangat dalam menjalani kehidupannya sekalipun telah terjadi perubahan-perubahan dalam dirinya. Dapat disimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* dapat digunakan untuk meningkatkan integritas diri.

Lewis (1971; Fallot,1980 dalam University, 2011) menghubungkan antara terapi *Reminiscence* dengan stress-adaptasi pada 24 orang responden. Hasil penelitian menyatakan bahwa *Reminiscence* yang bermakna akan konsisten pada konsep diri lansia ketimbang *Reminiscence* yang kurang bermakna. Fallot, melakukan penelitian eksperimental mengenai terapi *Reminiscence* sebagai alat terapeutik pada 30 wanita dari berbagai usia. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan *mood* yang positif setelah mendapat terapi *Reminiscence*. Berdasarkan penelitian Lewis dan Fallot ini dapat disimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* bermakna pada peningkatan harga diri dan peningkatan *mood* untuk mengatasi kondisi stres.

Liton dan Olstern (1969; Hellebrandt, 1978 dalam University, 2011) menemukan bahwa terapi *Reminiscence* dapat meningkatkan harga diri dan kesadaran diri pada klien demensia dengan Alzheimer. Mahon dan Rhudick (1967, dalam University, 2011), menguji hubungan depresi dengan terapi *Reminiscence*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian terapi *Reminiscence* lebih bermakna pada responden yang tidak mengalami depresi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Liton dan Olstern; Hellebrand; McMahan dan Rhudick menunjukkan adanya peningkatan harga diri pada pasien demensia dan depresi termasuk dapat digunakan untuk diterapkan pada lansia yang mengalami depresi.

Cappliez, dkk (2007, dalam University, 2011) dalam penelitiannya tentang Fungsi *Reminiscence* dan regulasi emosi pada lansia meliputi pemecahan masalah, persiapan kematian, pengalaman kehidupan, kegagalan masa lalu, kebosanan dan memelihara keakraban. Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan emosi positif pada lansia yang berpengaruh secara signifikan terhadap kecemasan, depresi dan kualitas hidup. Thorgrimsen, dkk (2001, dalam University, 2011) dalam penelitiannya tentang Evaluasi terapi *Reminiscence* pada demensia yang

berhubungan dengan kondisi stres menemukan hasil adanya peningkatan rentang perhatian dan pengalaman klinis yang menunjukkan peningkatan kualitas hidup. Wang, dkk (2003, dalam University, 2011) meneliti tentang Pengaruh *Reminiscence* dalam promosi kesehatan mental lansia untuk mengatasi depresi. *Reminiscence* dilakukan melalui peristiwa masa kanak-kanak, pernikahan, kehidupan berkeluarga, dan pekerjaan. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kepercayaan diri lansia

Hsieh, dkk (2009, dalam University, 2011) dalam penelitiannya tentang terapi *Reminiscence* pada depresi dan apatis yang dilakukan melalui pengalaman persahabatan dan pengalaman kerja. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan yang bermakna pada kondisi depresi lansia. Chin (2007, dalam University, 2011) dalam penelitiannya tentang dampak klinis terapi *Reminiscence* untuk mengetahui efek klinis terhadap kepuasan hidup, kondisi depresi, kebahagiaan, dan harga diri. Hasil penelitian menunjukkan adanya korelasi yang positif dalam meningkatkan harga diri lansia.

Berdasarkan beberapa penelitian yang sudah dilakukan, maka peneliti dapat berkesimpulan bahwa terapi *Reminiscence* akan bermakna bagi lansia dengan kondisi depresi. Berkaitan dengan hal tersebut maka peneliti mencoba untuk melihat kemampuan lansia dalam peningkatan kualitas hidupnya.

Kaminsky (1978, dalam University, 2011) berdasarkan hasil penelitiannya mengusulkan empat prinsip terapi *Reminiscence* yaitu : terapi *Reminiscence* sebagai mekanisme pertahanan yang baik pada kecemasan dan harga diri, sarana komunikasi antar individu dalam menjalin hubungan interpersonal selanjutnya, membantu individu dalam mengatasi masalah pribadi, kesedihan atau depresi, dan sebagai proses review kehidupan dan reintegrasi kepribadian.

Watt dan Wong (1991, dalam University, 2011), mengidentifikasi adanya enam jenis toxonomi terapi *Reminiscence* yang dapat dijadikan langkah awal dalam pengembangan terapi tersebut yaitu :

- 1) Fungsi integratif kenangan adalah upaya untuk mencapai makna dan rekonsiliasi berkaitan dengan masa lalu seseorang.
- 2) Instrumen yang digunakan sebagai alat penunjang yang berkaitan dengan emosi dalam upaya membantu seseorang mengingat situasi sulit yang dialami dan membantu pemecahan masalah tersebut.
- 3) Aspek pembelajaran dalam rangka mengidentifikasi kenangan transmissive pada nilai-nilai tertentu yang berkaitan dengan kejadiannya.
- 4) Kenangan murni berupa narasi atau cerita masa lalu yang bertujuan memberikan informasi biografi seseorang
- 5) Lamunan atau hayalan yang dipandang bermanfaat bagi individu pada hari tuanya yang lebih baik daripada masa lalunya yang suram.
- 6) Keinginan yang muncul secara berulang untuk memperbaiki perasaan bersalah pada masa lalu.

Berdasarkan toxonomi tersebut maka peneliti dapat mengembangkan pelaksanaan terapi *Reminiscence* kedalam beberapa sesi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan lansia yang akan diteliti.

Kennard (2006) menyatakan ada 3 tipe utama terapi *Reminiscence*,

yaitu:

1) *Simple* atau *Positive Reminiscence*

Tipe ini untuk merefleksikan informasi dan kenangan serta perasaan yang menyenangkan di masa lalu. Cara yang digunakan untuk mengetahui kenangan tersebut adalah dengan menggunakan pertanyaan langsung dari terapis kepada klien. Terapi ini bertujuan

membantu lansia dalam beradaptasi terhadap kehilangan. Terapi ini dapat diterapkan secara individu maupun kelompok.

2) *Evaluative Reminiscence*

Tipe ini menyerupai terapi *life review* yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah atau konflik. Terapi ini cocok untuk diberikan secara individu.

3) *Offensive Defensive Reminiscence*

Tipe ini berisi informasi yang tidak menyenangkan dan dapat menyebabkan perilaku yang menimbulkan emosi. Tipe ini menyebabkan resolusi terhadap informasi yang penuh konflik dan tidak menyenangkan. Terapi ini dapat diterapkan untuk individu maupun kelompok

Media yang digunakan dalam pelaksanaan terapi *Reminiscence* adalah benda-benda kenangan yang berhubungan dengan masa lalu. Collins (2006) dalam penelitiannya menggunakan media kit (kotak yang diisi berbagai benda-benda masa lalu), foto pribadi masing-masing anggota, alat untuk memutar musik dan video, video dan kaset, buku, pulpen, stimulus bau yang berbeda (coffee, keju, cuka, dan lainnya), rasa (coklat, jeruk, dan lainnya), dan bahan-bahan lain untuk menstimulasi sensori sentuhan (bulu binatang, kain wol, dan lainnya). Dapat disimpulkan bahwa benda kenangan yang berkaitan dengan suatu peristiwa dimasa lalu dapat digunakan untuk membantu mengingat suatu kejadian atau pengalaman pada masa tersebut. Dalam penelitian ini, benda-benda yang dipergunakan akan disesuaikan dengan peristiwa pada tahun yang sesuai dengan usia lansia pada jamannya. Diharapkan melalui benda-benda tersebut lansia akan dapat mengingat kembali masa lalunya yang dapat diceritakan pada orang lain agar proses dan tujuan terapi tercapai.

Kennard (2006) dan Ebersole (2010) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* dapat diberikan pada lansia secara individu, keluarga maupun kelompok. Pelaksanaan terapi *Reminiscence* secara kelompok lebih menguntungkan dibanding bila dilaksanakan secara individu. Pelaksanaan kegiatan terapi secara berkelompok memberi kesempatan kepada lansia untuk membagi pengalamannya pada anggota kelompok, meningkatkan kemampuan komunikasi dan sosialisasi dalam kelompok serta efisiensi biaya maupun efektifitas waktu.

Ada sembilan kunci sukses pelaksanaan kegiatan terapi *Reminiscence* yang dikemukakan oleh Family and Consumer Sciences (2010) yaitu :

- 1) Menyediakan tempat yang tetap, nyaman, hangat, cukup penerangan dan tidak bising.
- 2) Anggota kelompok yang ideal terdiri dari 5 – 6 orang.
- 3) Tanyakan pertanyaan yang relevan pada point-point penting dalam ceritanya.
- 4) Proses kegiatan tidak boleh terganggu, istirahat hanya ada pada waktu jeda.
- 5) Sediakan cukup waktu agar setiap anggota dapat mengekspresikan dirinya sesuai keinginan.
- 6) Berikan pertanyaan secara hati-hati agar tidak membuat malu ketika anggota tidak dapat menjawab pertanyaan tersebut.
- 7) Menghargai sensitifitas pribadi dan tidak memaksakan bila anggota tidak mau mengungkapkan sesuatu tentang dirinya.
- 8) Meminta peserta untuk membawa barang-barang pribadi yang dapat digunakan dalam proses terapi untuk menstimulasi kenangan yang berkaitan dengan benda tersebut.
- 9) Membantu anggota yang kebingungan untuk dapat fokus pada pikiran-pikirannya untuk mengelaborasi suatu memori tertentu.

Dalam penelitian ini peneliti akan memperhatikan kunci-kunci tersebut untuk mendapatkan hasil yang maksimal agar tujuan pemberian terapi *Reminiscence* dapat tercapai.

Selain benda-benda kenangan, perawat juga berpedoman pada beberapa item pertanyaan yang telah dikembangkan oleh Haight (1989, dalam Collins, 2006) yaitu beberapa item pertanyaan untuk dipergunakan dalam pelaksanaan terapi. Pertanyaan tersebut berhubungan dengan pengalaman lansia pada masa anak, remaja, dewasa dan pengalaman dengan keluarga dan di rumah, digunakan untuk mendapatkan kenangan masa lalu melalui peristiwa yang terjadi.

1) Kenangan pada masa anak-anak

Kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, kenangan bersama orangtua dan saudara sekandung, kenangan ketika ditinggalkan oleh orang yang disayangi atau kehilangan benda yang disenangi, dan kegiatan spiritual yang dikembangkan di lingkungan keluarga.

2) Kenangan pada masa remaja

Kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, orang terpenting dalam kehidupan saat itu, pengalaman sulit dan solusi yang didapatkan, kebahagiaan yang diperoleh, dan mendapatkan penghargaan dari orang lain.

3) Kenangan pada masa dewasa

Kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, keberhasilan yang diperoleh di sekolah maupun di pekerjaan, peristiwa pacaran, menikah, dan pertama kali memiliki anak, kebahagiaan dan ketidakbahagiaan yang dirasakan, serta penderitaan yang dialami.

Bonat (1994), terapi *Reminiscence* adalah salah satu terapi yang dapat diberikan oleh tenaga profesional diberbagai tempat (setting). Menurut Meiner dan Lueckenotte (2006) seorang perawat profesional dapat dilibatkan dalam pemberian terapi *Reminiscence* secara kelompok. Perawat spesialis keperawatan jiwa dapat bekerja di semua tatanan layanan keperawatan yang berkaitan dengan kesehatan jiwa. Oleh karena itu, perawat spesialis keperawatan jiwa dapat menggunakan terapi *Reminiscence* dalam melaksanakan praktik keperawatannya.

Terapi *Reminiscence* dapat dilaksanakan dalam beberapa pertemuan (sesi). Terapis dapat menentukan jumlah sesi yang akan digunakan dalam kegiatan terapi tersebut. Collins (2006) menetapkan prosedur pelaksanaan terapi *Reminiscence* dalam 12 sesi konseling, yaitu :

Sesi 1: Sesi ini dimulai dengan *leader* (pemimpin kelompok) memberikan pertanyaan untuk memecahkan suasana dan untuk beberapa menit saling berbagi informasi satu sama lain untuk membentuk rasa saling percaya dan kemudian menggunakan *reminiscence* kit (kotak yang diisi dengan berbagai barang-barang pada masa lalu, majalah, alat untuk memasak, membersihkan dan lain-lain), kelompok berdiskusi dan menggali, partisipan akan diikutsertakan dalam aktivitas kelompok dalam beberapa kegiatan dan berkomunikasi tentang memori tiap-tiap benda masa lalu. Bagian kedua dari sesi berfokus pada bagaimana individu, tempat dan kejadian dalam memori yang membentuk siapa mereka saat ini.

Sesi 2: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Pertanyaan dihubungkan dengan periode perkembangan masa anak-anak yang akan dijelaskan dalam kelompok. Anggota

kelompok akan didorong untuk menggambarkan bagaimana pengalaman tersebut memberikan efek pada kehidupan saat ini.

Sesi 3: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Pertanyaan dihubungkan dengan periode perkembangan masa remaja yang akan dijelaskan dalam kelompok. Anggota kelompok akan didorong untuk menggambarkan bagaimana pengalaman tersebut memberikan efek pada kehidupan saat ini.

Sesi 4: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Pertanyaan dihubungkan dengan periode perkembangan masa dewasa yang akan dijelaskan dalam kelompok. Anggota kelompok akan didorong untuk menggambarkan bagaimana pengalaman tersebut memberikan efek pada kehidupan saat ini.

Sesi 5: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Pertanyaan dihubungkan dengan keluarga dan keadaan rumah yang menjadi tujuan dalam kelompok. Anggota kelompok akan didorong untuk menggambarkan bagaimana pengalaman tersebut memberikan efek pada kehidupan saat ini.

Sesi 6: Gunakan foto-foto pribadi yang disediakan oleh anggota kelompok sebagai media untuk diskusi dan eksplorasi kelompok, anggota kelompok akan saling berbagi tentang fotonya dan kenangan yang berhubungan dengan dirinya dan akan menggambarkan bagaimana kenangan tersebut akan membentuk siapa dirinya pada saat ini.

Sesi 7: Gunakan topik: perjalanan yang dialami oleh anggota kelompok yang dialami beberapa tahun yang lalu, kenangan yang timbul akan diproses dan anggota kelompok dimotivasi untuk berbagi tentang apa yang mereka pelajari dari perjalanan tersebut dan

bagaimana akhirnya mereka menjadi individu yang berbeda terkait dengan pengalaman ini.

Sesi 8: Gunakan videoklip film atau sinema yang bervariasi yang dihubungkan dengan penuaan sebagai media diskusi dan eksplorasi kelompok. Anggota kelompok didorong untuk berbagi pikiran dan perasaan yang diperoleh dari melihat videoklip tersebut. Anggota kelompok akan dimotivasi untuk berbagi tentang masalah yang tidak terselesaikan pada masa lalu dan berlanjut hingga saat ini.

Sesi 9: Anggota kelompok akan diberi kesempatan untuk menulis atau menggambar akhir dari sesi sebelumnya (sesi 8) yang menunjukkan kenangan kebahagiaan atau kenangan yang menyedihkan. Pada sesi ini anggota kelompok akan *sharing* kembali tentang tulisan maupun gambar yang telah dibuat tadi.

Sesi 10: Gunakan musik dari generasi yang lalu sebagai media bagi kelompok untuk berdiskusi dan eksplorasi, anggota kelompok akan dimotivasi untuk berbagi tentang pikiran dan perasaan yang diperoleh dari mendengarkan musik tersebut. Anggota kelompok akan dimotivasi untuk berbagi tentang masalah yang tidak terselesaikan pada masa lalu dan berlanjut hingga saat ini.

Sesi 11: Gunakan stimulus bau yang berbeda (seperti coffee, keju, cuka), rasa (seperti coklat, jeruk, kulit pie dll), dan bahan-bahan lain untuk menstimulasi sensori sentuhan (seperti bulu binatang, wol dan flanel, pasir, lumpur dll), anggota kelompok akan diminta untuk mendiskusikan kenangan yang berhubungan dengan sensori-sensori tersebut. Pada bagian kedua dari sesi konseling anggota kelompok akan diminta untuk *sharing* kembali dengan anggota kelompok lain apa yang mereka harapkan selama proses kelompok ini.

Sesi 12: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Desain pertanyaan merupakan kesimpulan dari proses *life review* yang ditujukan pada anggota kelompok. Kemudian anggota kelompok diberi kesempatan untuk *sharing* dengan tiap anggota tentang apa yang mereka peroleh dan mereka pelajari dari pengalaman *sharing* dalam kelompok.

Terapi *Reminiscence* yang sudah dikembangkan oleh Syarniah (2010) tentang Pengaruh terapi kelompok *Reminiscence* terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha Budi Sejahtera di Kalimantan Selatan, terdiri dari 5 sesi yaitu:

Sesi 1 : Berbagi pengalaman masa anak. Kegiatan pada sesi ini adalah perkenalan antara pemimpin dengan semua anggota kelompok, pemimpin menyampaikan tujuan kelompok dan peraturan kegiatan. Kemudian dilanjutkan dengan berbagi (*sharing*) atau diskusi tentang pengalaman menyenangkan pada masa anak. Pengalaman pada masa anak lebih difokuskan pada pengalaman tentang permainan yang paling disenangi dan pengalaman tentang guru yang paling disenangi pada waktu Sekolah Dasar atau sederajat.

Sesi 2 : Berbagi pengalaman masa remaja. Sesi ini berfokus pada pengalaman masa remaja. Diskusikan tentang hobi yang dilakukan bersama teman-teman sebaya dan pengalaman rekreasi bersama teman pada masa remaja.

Sesi 3 : Pengalaman pada masa dewasa. Diskusi mengenai pekerjaan dan makanan yang paling disukai.

Sesi 4 : Berbagi pengalaman tentang keluarga dan kegiatan di rumah. Diskusi mengenai pengalaman merayakan hari raya agama bersama anggota keluarga dan bergaul dengan tetangga.

Sesi 5 : Evaluasi tentang integritas diri yang merupakan kegiatan akhir dari rangkaian terapi. Kegiatan pada sesi ini adalah mengevaluasi pencapaian integritas diri lansia. Pada kegiatan ini dirangkum pengalaman yang sudah dilakukan selama kegiatan sesi 1 sampai 4. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui mencapai peningkatan harga diri, penerimaan diri sebagai lansia dan peningkatan interaksi lansia dengan orang lain. Selanjutnya kegiatan ditutup dengan terminasi kelompok.

Dalam penelitian ini, pelaksanaan terapi *Reminiscence* pada lansia dengan depresi akan menggunakan langkah terapi yang dimodifikasi dari terapi yang sudah dikembangkan oleh Syarniah (2010) dengan jumlah sesi menjadi 6 (enam) sesi. Terapi ini akan dipadukan dengan pemberian Psikoedukasi Keluarga dengan harapan keluarga dapat mendukung lansia dalam mengatasi permasalahannya.

b. Pedoman Pelaksanaan Terapi *Reminiscence*

1) Pengertian

Menurut Bluck dan Levine (1998, dalam Collins, 2006) *Reminiscence* adalah proses yang dikehendaki atau tidak dikehendaki untuk mengumpulkan kembali kenangan seseorang akan masa lalunya. Kenangan ini merupakan suatu pengalaman hidup yang dialami individu, dapat berupa peristiwa yang tidak bisa dilupakan atau peristiwa yang sudah terlupakan.

2) Tujuan terapi Reminiscence

Fontaine (2009) mengatakan bahwa Terapi *Reminiscence* bertujuan untuk meningkatkan harga diri dan membantu individu mencapai kesadaran diri dan memahami diri, beradaptasi terhadap stres dan melihat bagian dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Bohlmeijer (2003); Haight dan Burnside, (1993, dalam Ebersole, 2010) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* tidak hanya memberikan pengalaman yang menyenangkan dan meningkatkan hubungan dengan orang lain, tetapi dapat pula memberikan stimulasi kognitif, dan menjadi terapi yang efektif untuk gejala depresi.

3) Indikasi terapi Reminiscence

Indikasi pelaksanaan terapi *Reminiscence* adalah lansia depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial (Wheeler, 2008; Stuart & Laraia, 2005; Fontaine, 2009; Jones, 2003). Indikasi keperawatan terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia yang hidup dengan keluarganya adalah lansia dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial.

4) Prosedur pelaksanaan

Adapun kegiatan pada setiap sesi adalah sebagai berikut :

Sesi 1 : Perubahan dan masalah yang dialami lansia

Seiring dengan proses menua akan terjadi perubahan-perubahan pada diri lansia baik perubahan biologis, perubahan psikologis, perubahan sosial, perubahan spiritual. Perubahan biologis dapat menyebabkan penurunan kemampuan organ pada seluruh sistem

tubuh dan penampilan diri. Perubahan psikologis akan berdampak pada kemampuan berpikir, daya ingat, dan pengambilan keputusan serta perubahan perilaku. Perubahan sosial akan berpengaruh pada perubahan peran sosial baik dalam kehidupan di dalam keluarga maupun di masyarakat. Perubahan spiritual akan dirasakan oleh lansia sebagai penurunan akan semangat hidup yang berdampak pada kegiatan keseharian lansia.

Berkaitan dengan perubahan-perubahan tersebut maka masalah yang dapat terjadi pada lansia meliputi kelemahan fisik, keterbatasan gerak, penyakit kronik, kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, kehilangan semangat dan penurunan kualitas hidup.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang terjadi pada diri lansia.
2. Mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul akibat perubahan.

Sesi 2 : Pengalaman masa usia anak. Kegiatan dalam sesi ini berfokus pada pengalaman yang menyenangkan ketika masa usia anak khususnya ketika berprestasi atau menghasilkan suatu karya dan ketika mendapatkan pujian.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak.
2. Mengenang prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak.
3. Mengenang perasaan ketika mendapat penghargaan/pujian.

Sesi 3 : Pengalaman masa usia remaja. Sesi ini berfokus pada pengalaman masa remaja dalam kaitannya dengan pencarian identitas diri, peran sosial yang dilakukan dan potensi diri yang dimiliki.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa remaja.
2. Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja.
3. Mengenang potensi diri yang dimiliki pada masa remaja.

Sesi 4 : Pengalaman masa usia dewasa. Sesi ini dikaitkan dengan perkembangan psikososial masa dewasa muda dan dewasa akhir.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa dewasa muda dan dewasa pertengahan.
2. Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa muda.
3. Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi baru pada masa dewasa pertengahan.

Sesi 5 : Pengalaman masa lansia saat ini. Topik ini berfokus pada pengalaman memasuki tahap awal masa lansia hingga saat ini.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengidentifikasi masalah yang muncul pada saat ini dan cara mengatasinya.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup yang dimiliki saat ini.
3. Mengidentifikasi harapan dan rencana hidupnya ke masa depan.

Sesi 6 : Sesi ini bertujuan untuk mengevaluasi keberhasilan terapi

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengetahui manfaat terapi *Reminiscence*.
2. Harapan dan rencana setelah mengikuti terapi *Reminiscence*.

2) Waktu pelaksanaan

Waktu pelaksanaan setiap pertemuan berlangsung sekitar 60 – 90 menit. Penetapan waktu yaitu untuk satu kali pertemuan dengan fungsi terapi rendah berkisar 20 sampai 40 menit dan untuk fungsi kelompok yang tinggi berkisar 60 sampai 120 menit. Jumlah anggota setiap kelompok minimal 7 maksimal 10 orang, merupakan kelompok ideal menurut Stuart dan Laraia (2005). Dengan jumlah anggota yang tidak terlalu besar diharapkan semua anggota kelompok mempunyai kesempatan yang sama dalam berbicara dan mengekspresikan pemikirannya.

b. Terapi Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi Keluarga merupakan suatu metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga kesehatan jiwa profesional sebagai bagian dari keseluruhan intervensi klinik untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan (Sari, 2009). Tujuan utama Psikoedukasi Keluarga adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Vascarolis, 2006). Dapat disimpulkan bahwa Psikoedukasi Keluarga bertujuan untuk meningkatkan kemandirian klien melalui peningkatan dukungan dan pengetahuan terhadap anggota keluarga dalam rangka mengurangi stres keluarga. Oleh karena itu diperlukan suatu peningkatan informasi dan pengetahuan keluarga tentang perubahan-perubahan pada lansia dengan kondisi depresi dan

peningkatan coping keluarga untuk menghadapi masalah yang dialami keluarga.

Okanovic, dkk (2009) dalam penelitian yang berjudul *Psychoeducation versus treatment as usual in diabetic patients with subthreshold depression*, mendapatkan hasil bahwa pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol terjadi penurunan depresi yang signifikan. Goldstein dan Miklowitz (2007) dalam penelitian yang berjudul *The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders*, mendapatkan hasil bahwa pemberian terapi obat ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga lebih ampuh ketimbang terapi dengan pemberian obat saja. Gonzales (2010) dalam penelitian yang berjudul *Effect of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis* mendapatkan hasil bahwa terapi ini dapat menurunkan emosional pada keluarga pasien yang pertama kali menderita psikosis. Berdasarkan ketiga meneliti tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian Psikoedukasi Keluarga dapat menolong keluarga dalam menghadapi masalah yang terjadi pada salah satu anggota keluarga dan membantu keluarga untuk mengatasi masalah tersebut.

Chien dan Wong (2007) telah meneliti tentang Efektifitas psikoedukasi dengan skizofrenia meliputi persepsi, pengetahuan, dan keterampilan keluarga tentang perawatan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia, diperoleh hasil sebagian besar keluarga melaporkan adanya perbaikan fungsi keluarga dan fungsi klien. Nurbani (2009) dalam penelitiannya berjudul Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat pasien stroke memperoleh hasil bahwa terjadi penurunan beban keluarga yang cukup bermakna. Sedangkan Sari (2009) dalam penelitiannya dengan

judul Pengaruh *family psychoeducation therapy* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung memperoleh hasil bahwa terjadi penurunan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga yang cukup bermakna. Berdasarkan kedua penelitian yang dilakukan pada keluarga pasien baik dengan masalah psikososial maupun pada keluarga dengan masalah gangguan jiwa ternyata pemberian Psikoedukasi Keluarga cukup bermakna dalam membantu keluarga dalam mengatasi masalahnya.

Menurut Clarkin, dkk. (1998, dalam Stuart & Laraia, 2005), indikasi untuk pemberian terapi ini adalah keluarga yang mengalami masalah psikososial dan gangguan jiwa. Indikasi lain, terapi ini dapat diberikan pada keluarga dengan gangguan perasaan, skizofrenia dan gangguan jiwa umum serta keluarga dengan penolakan dan beban yang tinggi. Hal ini berarti Psikoedukasi Keluarga dapat diberikan pada keluarga lansia dengan kondisi depresi untuk mengurangi penolakan keluarga dalam merawat lansia. Johnson dan Johnson (1996 dalam Purwadi, 2006) mengatakan bahwa adanya dukungan sosial sebagai bantuan dan dorongan yang diberikan orang lain akan membuat individu merasa diperhatikan dan dicintai. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan dari orang-orang yang berarti akan membuat individu merasa dihargai.

Model-model Psikoedukasi Keluarga yang dikembangkan oleh National Alliance for the Mentally III, (1999) mengembangkan 10 (sepuluh) sesi program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa yaitu :

- 1) Dasar dan tujuan program meliputi pengenalan anggota keluarga dengan tenaga kesehatan dan penjelasan program terapi.
- 2) Pengalaman keluarga tentang beban keluarga, sistem, keluarga, dan perspektif hidup keluarga.

- 3) Gangguan jiwa I tentang diagnosa, etiologi, prognosis, dan intervensi.
- 4) Gangguan jiwa II tentang gejala, pengobatan, model stres dan hasil riset terbaru.
- 5) Manajemen simptom dan masalah.
- 6) Stres, coping, dan adaptasi keluarga.
- 7) Peningkatan efektifitas klien dan keluarga I tentang manajemen perilaku, resolusi konflik, keterampilan komunikasi, dan pemecahan masalah.
- 8) Peningkatan efektifitas klien dan keluarga II tentang manajemen stres, latihan asertif, pencapaian keseimbangan keluarga, dan kebutuhan individu.
- 9) Hubungan keluarga dan tenaga kesehatan tentang jenis hubungan, hambatan dan cara mengatasi hambatan.
- 10) Sumber daya komunitas tentang advokasi konsumen, pengkajian sistem, isu-isu legal, dan sistem rujukan.

Farlane (2002, dalam Sari, 2009) mengembangkan psikoedukasi keluarga secara berkelompok yaitu *Psychoeducational Multifamily Group Treatment* (PMFGT) yang memfasilitasi *shared problem solving*, usaha pemulihan dan mengurangi stigma. Mc Farlane menyusun PMFGT ke dalam empat sesi yaitu :

Sesi 1 : terapis bertemu secara terpisah dengan klien dan anggota keluarga.

Sesi 2 : anggota keluarga mengikuti workshop sehari tentang psikoedukasi, biasanya tanpa kehadiran klien. Pada tahap ini, terapis dan anggota keluarga mengembangkan *trust* dan rasa nyaman satu sama lain, dan keluarga memperoleh informasi dan dasar pengetahuan tentang gangguan jiwa. Biasanya terapis dibantu oleh seorang co-terapis. Sebuah format tertutup digunakan untuk mengevaluasi kegiatan kelompok setiap minggu dengan terapis yang

sama.

Sesi 3: Dalam kurun waktu 1 tahun, lebih menekankan pada pencegahan kekambuhan dan rehospitasasi.

Sesi 4 : Setelah 6 – 12 bulan kemudian, program lebih menekankan pada rehabilitasi vokasional dan sosial bagi klien.

Carol Anderson, et.all. (1983, dalam Sari, 2009) yang menyusun tahapan perkembangan psikoedukasi dalam empat tahap sebagai berikut :

- 1) Tahap *Orthodoxy*, menekankan pada implementasi dan pengembangan teknik. Metode yang digunakan pada tahap ini hanya mengacu pada bagaimana cara menyelesaikan gejala saja.
- 2) Tahap *Negation*, berorientasi pada faktor biologis dan genetik dari gangguan jiwa khususnya skizofrenia. Segi psikoedukasi pada tahap ini hanya dengan memberikan leaflet sederhana kepada keluarga.
- 3) Tahap *Substitution*, tahap ini masih menjadikan keluarga sebagai objek.
- 4) Tahap *Evolution*, berfokus pada integrasi dari tahapan yang telah dilalui yang mungkin akan memberikan dampak lebih baik terhadap keluarga.

Wandaningsih (2007, dalam Sari,2009) mengembangkan Psikoedukasi Keluarga untuk klien dengan halusinasi yang disusun dalam enam sesi meliputi :

Sesi 1 (Pendahuluan) terdiri dari materi tentang gangguan jiwa di Indonesia dan beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

Sesi 2 (Cara Merawat Klien Halusinasi) terdiri dari 2 subsesi dengan

materi : konsep halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, cara komunikasi dengan klien halusinasi, dan cara merawat klien dengan halusinasi.

Sesi 3 (Manajemen Stres dan Kekambuhan) terdiri dari materi : mengatasi kekambuhan halusinasi, manajemen stres dan beban keluarga.

Sesi 4 (Mengatasi Hambatan) terdiri dari materi : hambatan dalam merawat klien halusinasi dan mengatasi stres, serta mengatasi hambatan dalam hubungan keluarga dengan tenaga kesehatan.

Sesi 5 (Tindak Lanjut) terdiri dari materi : dialog dengan puskesmas, dan pembentukan kelompok swabantu.

Model Psikoedukasi Keluarga untuk masalah psikososial yang dikembangkan oleh Nurbani, (2009) dalam penelitiannya tentang Pengaruh Psikoedukasi Keluarga pada masalah psikososial yang anggotanya mengalami stroke, ke dalam lima sesi yaitu :

Sesi 1 : Pengkajian masalah yang dialami (pengalaman keluarga selama merawat anggota keluarga dengan stroke).

Sesi 2 : Perawatan pasien dengan penyakit stroke yang terdiri dari pengertian, tanda dan gejala, etiologi, cara merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit stroke.

Sesi 3 : Manajemen ansietas yang terdiri dari tanda dan gejala, dan cara mengurangi ansietas.

Sesi 4 : Manajemen beban yang terdiri dari tanda-tanda beban dan cara mengatasi beban.

Sesi 5 : Hambatan dan pemberdayaan keluarga yang terdiri dari peran anggota keluarga dalam merawat pasien stroke dan hambatan yang akan ditemui.

North Carolina Evidence Based Practice Centre (2009, dalam Nurbani, 2009) mengembangkan model Psikoedukasi Keluarga dalam enam sesi sebagai berikut :

Sesi 1 : Mengkaji faktor presipitasi untuk melihat kejadian penyakit di masa lalu.

Sesi 2 : Melihat tanda dan gejala penyakit.

Sesi 3: Respons keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarga yang sakit.

Sesi 4 : Strategi koping dan kekuatan untuk mencapai keberhasilan

Sesi 5 : Dukungan sosial di masyarakat.

Sesi 6 : Proses berduka dan kesedihan yang berhubungan dengan penyakit dan mengembangkan rencana pengobatan selanjutnya.

Model Psikoedukasi Keluarga yang dikembangkan oleh Sari (2009) dalam penelitiannya mengenai Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan pasung, ke dalam lima sesi yaitu :

Sesi 1 : Pengkajian masalah keluarga.

Sesi 2 : Perawatan klien dengan pasung.

Sesi 3 : Manajemen stres keluarga.

Sesi 4 : Manajemen beban keluarga.

Sesi 5 : Pemberdayaan komunitas membantu keluarga.

Berdasarkan pengembangan sesi-sesi pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga tersebut di atas, maka peneliti membuat kajian agar dapat mengembangkan sesi Psikoedukasi Keluarga sesuai dengan kondisi lansia yang mengalami depresi. Kajian dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1

Kajian pengembangan sesi untuk Psikoedukasi Keluarga

No	Komponen	NA MI	Carol	Mc. Far len	War da ning sih	Sari	Carol in	Nur bani
1.	Tujuan program	x		x		x		
2.	Pengalaman keluarga	x		x	x	x	x	x
3.	Gangguan jiwa I	x	x	x	x	x	x	x
4.	Gangguan jiwa II	x	x	x	x	x	x	x
5.	Manajemen masalah	x		x	x			x
6.	Stres koping adaptasi	x	x		x		x	
7.	Peningkatan efektifitas klien dan keluarga	x				x		
8.	Manajemen keluarga	x	x		x	x		x
9.	Hubungan antara keluarga dengan tenaga kesehatan	x	x		x	x		x
10.	Sumber daya komunitas	x		x	x	x	x	
11.	Pencegahan kekambuhan			x	x		x	

Berkaitan dengan kajian di atas maka peneliti bermaksud memodifikasi pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga ke dalam empat sesi yaitu :

Sesi 1 : Masalah dalam merawat lansia.

Sesi 2 : Cara merawat lansia dengan depresi, HDR, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial (dua sub sesi).

Sesi 3 : Cara merawat *caregiver* yang mengalami stres dalam merawat lansia (dua sub sesi).

Sesi 4 : Pemberdayaan keluarga dan komunitas.

c. Pedoman Pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga

1) Pengertian



(Word to PDF Converter - Unregistered)
<http://www.Word-to-PDF-Converter.net>

Psikoedukasi Keluarga merupakan suatu metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga kesehatan jiwa profesional sebagai bagian dari keseluruhan intervensi klinik untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan (Sari, 2009).

2) Tujuan Terapi Psikoedukasi Keluarga

Tujuan utama Psikoedukasi Keluarga adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Vascarolis, 2006). Dapat disimpulkan bahwa Psikoedukasi Keluarga bertujuan untuk berbagi informasi dalam rangka meningkatkan kemandirian lansia dan peningkatan dukungan keluarga dalam merawat lansia di tengah-tengah keluarga.

3) Model Psikoedukasi Keluarga yang akan dikembangkan

Model terapi yang akan dikembangkan terkait dengan kondisi depresi pada lansia adalah :

Sesi 1: Masalah dalam merawat lansia meliputi mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang muncul dari perubahan tersebut dan mengidentifikasi masalah yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

Sesi 2: Cara merawat lansia dengan depresi, HDR, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial meliputi Perawatan lansia dengan depresi dan Perawatan *caregiver* dalam mengatasi masalah dirinya.

Sesi 3 : Cara merawat *caregiver* yang mengalami stres dalam merawat lansia.

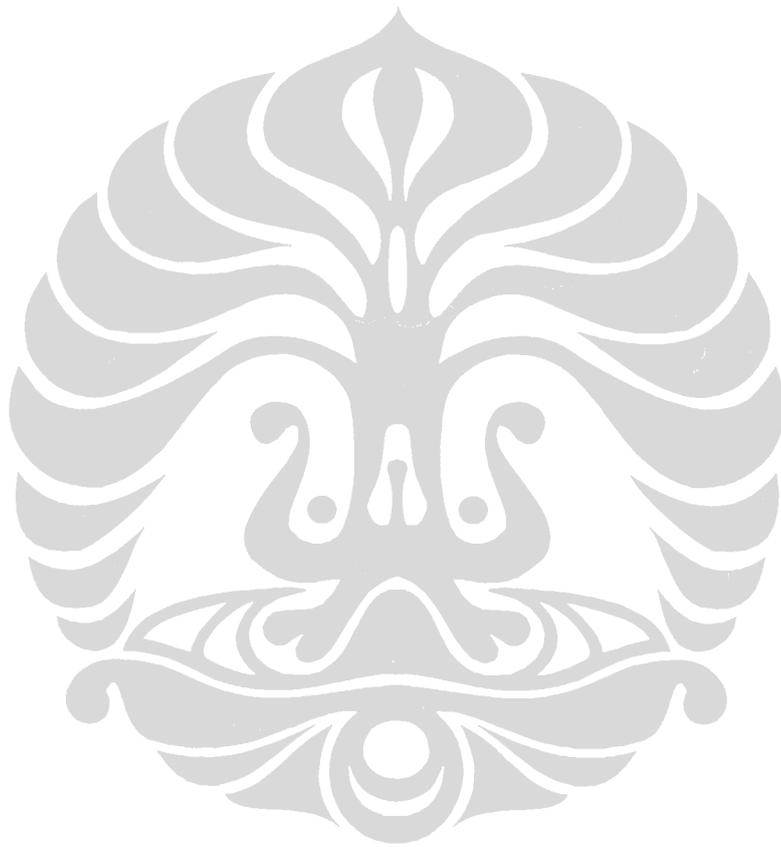
Sesi 4 : Pemberdayaan keluarga dan komunitas.

4) Waktu pelaksanaan



(Word to PDF Converter - Unregistered)
<http://www.Word-to-PDF-Converter.net>

Waktu pelaksanaan setiap pertemuan berlangsung sekitar 60 – 90 menit. Untuk fungsi kelompok yang tinggi berkisar 60 sampai 120 menit. Jumlah anggota setiap kelompok minimal 7 maksimal 10 orang yang merupakan kelompok ideal menurut Stuart dan Laraia (2005). Dengan jumlah anggota yang tidak terlalu besar diharapkan semua anggota kelompok mempunyai kesempatan yang sama dalam berbicara dan mengekspresikan pemikirannya.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini akan menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan penelitian ini.

1 Kerangka Teori Penelitian

Perubahan fisik lansia berdampak pada seluruh sistem tubuh dimana terjadi penurunan fungsi tubuh dan timbulnya penyakit-penyakit fisik. Hal ini disebabkan oleh karena proses penuaan. Tindakan keperawatan yang tepat pada penanganan masalah kesehatan fisik akan mengurangi kondisi depresi yang dialami lansia (Nugroho, 2000; Hurlock, 2004; Ebersole, 2010; Stuart, 2009; Kemkes, 2010).

Perubahan psikologis lansia melibatkan keadaan kepribadian lansia. Kepribadian lansia dibentuk sejak masa dewasa awal dan tetap stabil sampai masa lansia. Masalah yang sering timbul pada lansia adalah kecemasan, ketidakberdayaan, perasaan terabaikan, kehilangan, kesepian, risiko bunuh diri. Pada penelitian ini untuk kecemasan, perasaan terabaikan, kehilangan, kesepian, risiko bunuh diri tidak dibahas. Perubahan mental dan perilaku pada lansia menunjukkan adanya masalah psikososial yang dialami lansia yaitu depresi (Stuart, 2009; Basuki, 2009; Ebersole, 2010).

Perubahan sosial yang dialami lansia adalah perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, kehilangan pasangan hidup, serta kehilangan sistem dukungan dari keluarga, teman dan tetangga. Lansia dituntut untuk dapat bersosialisasi kembali dengan kelompoknya, lingkungannya dan dari generasi ke generasi. Sosialisasi berarti lansia meningkatkan kemampuan untuk berpartisipasi dalam kelompok sosial.

Perubahan peran dan fungsi sosial lansia dapat menyebabkan harga diri rendah dan isolasi sosial (Ebersole, 2010; Atchley & Barusch, 2004).

Perubahan seksual pada lansia juga terjadi, penyesuaian yang harus dilakukan adalah membangun hubungan yang baik dengan pasangan, jika hubungan ini berlangsung baik akan mendatangkan kebahagiaan pada lansia. Bila hubungan tidak baik maka akan terjadi kekakuan dan hubungan menjadi dingin, hal ini dapat menyebabkan terjadinya perkecokan (Ebersole, 2010; Stuart, 2009).

Perubahan-perubahan pada lansia dapat menimbulkan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial. Depresi adalah suatu keadaan kesedihan atau keputusasaan yang ekstrim yang mencapai suatu titik tertentu yang mempengaruhi aktifitas dan kualitas hidup individu. Perilaku harga diri rendah pada lansia adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktifitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri (Stuart, 2005; *Indian Womens Health*, 2009; Capernito, 2000).

Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesendirian dan merasa terbebani oleh orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam. Karakteristik diagnosa keperawatan isolasi sosial adalah tidak adanya sistem pendukung, tidak ada kontak mata, merasa sedih, merasa sendirian, tidak ada komunikasi, memperlihatkan sikap bermusuhan, menarik diri dari kehidupan sosial (NANDA, 2007).

Ketidakberdayaan adalah ekspresi verbal yang menyatakan kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu. Pada kondisi ini individu mengekspresikan tingkat energi yang fluktuatif dan tidak menentu, pasif, apatis, tidak ada partisipasi dalam perawatan atau membuat keputusan, benci, marah, merasa

bersalah, enggan dalam mengekspresikan perasaan yang benar, mengekspresikan ketidakpuasan dan frustrasi, mengekspresikan tidak ada kontrol dari luar dan menurunnya partisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007).

Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya. Karakteristik yang muncul adalah afek menurun, pasif, penurunan verbalisasi, nafsu makan menurun, gangguan tidur, kehilangan inisiatif dan aktivitas menurun (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan-perubahan pada lansia yang menyebabkan depresi adalah faktor individual dan faktor interpersonal. Pada faktor individual, lansia akan mengalami perkembangan integritas ego *versus* keputusasaan (*integrity versus despair*). Havighurst mengatakan bahwa lansia perlu menyesuaikan diri dengan adanya penurunan kekuatan fisik, kurangnya penghasilan, kematian pasangan, perlunya menjalin hubungan dengan teman sebaya, dan menyesuaikan diri dengan peran sosial yang baru (Videbeck, 2008).

Faktor interpersonal melibatkan hubungan antara lansia dengan individu lainnya. Dalam hal ini, hubungan lansia dengan anggota keluarga lainnya dan masyarakat di lingkungannya. Keluarga merupakan bagian yang tidak dapat dilepaskan dari kehidupan lansia. Kesejahteraan dan perawatan lansia merupakan tanggung jawab keluarga. Ketidaktahuan akan peran dan fungsi keluarga serta cara keluarga merawat lansia dapat menimbulkan berbagai masalah yang mengakibatkan bertambahnya beban keluarga (Friedman, 2010).

Berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lansia dan kondisi depresi ; ketidakberdayaan, keputusasaan, harga diri rendah dan isolasi sosial, ada

beberapa terapi medik maupun psikoterapi yang bisa diberikan pada lansia dan keluarganya. Namun, pada penelitian ini intervensi yang akan diberikan adalah terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga.

Terapi *Reminiscence* adalah suatu terapi yang diberikan pada lansia dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kenangan sederhana tentang kejadian dan pengalaman masa lalu serta penyelesaian masalah yang dilakukannya untuk disampaikan kepada keluarga, teman kelompok atau staf keperawatan (Mackin dan Arean, 2005; Ebersole, 2010).

Psikoedukasi Keluarga adalah salah satu elemen program perawatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Psikoedukasi Keluarga bertujuan untuk saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit yang dialami, membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarga, pengobatan yang diperlukan untuk menurunkan gejala dan lainnya (Varcarolis, 2006; Stuart & Laraia, 2005).

Berdasarkan uraian di atas, maka secara sistematis kerangka penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian

Perubahan pada lansia

Kondisi dan diagnosa keperawatan

Biologis :

- Kulit keriput
- Keterbatasan gerak
- Penyakit-penyakit sistem tubuh

Psikologis :

Penurunan kemampuan belajar, daya ingat, berpikir, menyelesaikan masalah, daya kreatif, intelegensi, keahian dan kebijaksanaan

Sosial :

- Perubahan status dan peran
- Kehilangan fungsi
- Kehilangan sistem pendukung

Spiritual :

- Sedih, sakit
- Kehilangan peran, kemampuan, status mental, semangat hidup

Seksual :

- Hubungan yang kaku dan dingin
- Percekcokan

(Nugroho,2000; Hurlock,2004; Ebersole,2010; Stuart,2009; Kemkes,2010;

Terapi medik :

- Antidepressan
- Therapy somatic
- Electro Convulsive Therapy
- Sleep Deprivation Therapy
- Photo Therapy
- Transcranial Magnetic Stimulation
- Vagal Nerve Stimulation

(Videbeck,2008; Stuart, 2005;

Psikoterapi :

- Cognitive Behavioral Therapy
 - Psychodynamic therapy
 - Interpersonal therapy
 - Psikoanalisis
 - Life Review therapy
 - Bibliotherapy
 - **Reminiscence therapy**
 - **Family Psychoeducation**
- (Indereville,2001; Mackin dan arean,2005; Ebersole,2010; Fraser, Christensen, dan Griffiths,2005)

Faktor-faktor yang mempengaruhi lansia:

- **Usia**
- **Jenis kelamin**
- **Pendidikan**
- **Status perkawinan**
- **Pengalaman kerja**
- **Penghasilan**
- **Penyakit yang dialami**

Depresi :

- Sedih
- Kurang minat dan semangat
- Kurang energi
- Negatif diri

Ketidakterdayaan :

- Pasif, apatis
- Benci, marah
- Rasa bersalah

Keputusasaan :

- Afek menurun
- Verbalisasi menurun
- Kehilangan inisiatif
- Aktivitas menurun

Harga Diri Rendah :

- Perasaan tidak mampu
- Kritik diri
- Produktivitas menurun
- Mudah tersinggung
- Perilaku destruktif

Isolasi Sosial :

- Kesendirian
- Tidak ada kontak mata
- Tidak ada komunikasi
- Sikap bermusuhan

Kecemasan

Kehilangan

Kesepian

Risiko bunuh diri

(Videbeck,2008; Dewi,2007; Watson,2003; Miller,2004;

2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini merupakan bagian dari kerangka teori penelitian yang akan menjadi pedoman dalam proses pelaksanaan penelitian. Dalam kerangka konsep penelitian ini akan diuraikan variabel dependen, variabel independen dan variabel *confounding*.

1 Variabel *Dependen* (Variabel Terikat)

Variabel dependen disebut juga sebagai variabel output, kriteria, konsekuen. Variabel *dependen* adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena variabel bebas (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010).

Variabel *dependen* dalam penelitian ini adalah kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, dan isolasi sosial pada lansia yang tinggal bersama keluarganya. Terlebih dahulu dilakukan *screening* dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) versi Indonesia yang berisi 30 pertanyaan (FK-UI, 2007). Peneliti sudah melakukan analisis GDS ini dengan GDS asli yang berisi 15 pertanyaan, hasil analisis dapat dilihat pada lampiran 3. Variabel *dependen* lainnya adalah kemampuan peningkatan kualitas hidup. Pengukuran variabel *dependen* ini dilakukan sebelum dan sesudah diberikan intervensi keperawatan.

Variabel *Independen* (Variabel Bebas)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, prediktor, sebab, mempengaruhi, risiko (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010). Variabel *independen* merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menyebabkan munculnya variabel *dependen* (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010).

Variabel *independen* dalam penelitian ini adalah terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga. Kelompok intervensi mendapat terapi

Reminiscence ditambah Psikoedukasi Keluarga, sedangkan untuk kelompok kontrol hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga. Pengukuran variabel *independen* ini dilakukan sebelum dan sesudah diberikan intervensi keperawatan.

2 **Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)**

Variabel perancu atau pengganggu (*confounding*) adalah variabel yang mengganggu hubungan antara variabel *independen* dengan variabel *dependen*. Variabel ini ada apabila terdapat faktor atau variabel ketiga yang berkaitan dengan faktor risiko atau faktor akibat (Notoatmodjo, 2010).

Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi lansia yang tinggal di Kelurahan Katulampa Bogor. Karakteristik demografi lansia yang diperkirakan menjadi *confounding* adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan, penyakit yang dialami. Karakteristik tersebut berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan Syarniah (2010).

Dalam penelitian ini, ketiga variabel tersebut akan saling mempengaruhi seperti terlihat pada hubungan antar variabel dalam skema 3.2.

Skema 3.2
Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen

<p style="text-align: center;">TERAPI KELOMPOK REMINISCENCE :</p> <p>Sesi 1 : Perubahan dan masalah yang dialami lansia</p> <p>Sesi 2 : Pengalaman masa usia anak</p> <p>Sesi 3 : Pengalaman masa usia remaja</p> <p>Sesi 4 : Pengalaman masa usia dewasa</p> <p>Sesi 5 : Pengalaman masa lansia saat ini</p> <p>Sesi 6 : Evaluasi</p>	<p style="text-align: center;">TERAPI KELOMPOK PSIKOEDUKASI KELUARGA :</p> <p>Sesi 1 : Perubahan dan masalah dalam merawat lansia</p> <p>Sesi 2 : Cara merawat lansia dengan depresi</p> <p>Sesi 3 : Cara merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stres akibat merawat lansia</p> <p>Sesi 4 : Pemberdayaan keluarga dan komunitas</p>
---	--

**Variabel
Dependen**

**Variabel
Dependen**

<p>Diagnosa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresi 2. Ketidakberdayaan 3. Keputusasaan 4. Harga Diri Rendah 5. Isolasi sosial
--

<p>Kemampuan yang diharapkan : Lansia mampu meningkatkan kualitas hidupnya</p>

<p>Diagnosa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresi 2. Ketidakberdayaan 3. Keputusasaan 4. Harga Diri Rendah 5. Isolasi sosial
--

<p>Kemampuan yang diharapkan : Lansia mampu meningkatkan kualitas hidupnya</p>

3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah suatu penelitian, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Sugiyono, 2009).

KARAKTERISTIK LANSIA

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Pendidikan
4. Pekerjaan
5. Penghasilan
6. Status perkawinan
7. Penyakit fisik yang

Rumusan hipotesis yang dapat ditegakkan dalam penelitian ini adalah :

1. Ada perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
2. Ada perbedaan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup antara kelompok yang mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dengan kelompok yang hanya mendapatkan Psikoedukasi Keluarga pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
3. Ada hubungan antara karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan, penyakit yang dialami) dengan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.

1 Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel tersebut (Notoatmodjo, 2010). Definisi operasional dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan parameter

yang dijadikan ukuran dalam penelitian ini. Definisi operasional penelitian ini disajikan pada tabel 3.1.

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

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel <i>Dependen</i>					
1.	Kondisi Depresi	Perasaan sedih dan putusasa yang dialami lansia yang dapat mempengaruhi kehidupannya	30 (tiga puluh) pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara 0– 30	Interval
2.	Harga diri rendah	Ketidak berdayaan, hilang harapan, tidak berharga dan ketidak mampuan lansia yang muncul akibat penilaian diri negatif	7 (tujuh) item pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 7	Interval
3.	Ketidak berdayaan	Ketidakpuasan dan ketidakmampuan lansia dalam melakukan aktivitas hidupnya	11 (sebelas) item pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 11	Interval
4.	Keputusan	Keadaan emosi lansia akibat dari ketidakberdayaan dan cenderung untuk pengakhiran hidupnya	8 (delapan) item pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 8	Interval

5.	Isolasi Sosial	Ketidakmampuan dalam bersosialisasi yang dialami akibat dari adanya keterbatasan fisik maupun masalah psikososial pada lansia	4 (empat) item pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 4	Interval
----	-----------------------	---	---	---	----------

Tabel 3.1 (sambungan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel <i>Dependen</i>					
6.	Kualitas hidup lansia	Kemampuan lansia dalam meningkatkan kualitas hidupnya dalam bentuk tingkah laku: kepuasan hidup, kebahagiaan dan peningkatan kepercayaan diri	17 (tujuh belas) item pertanyaan dalam kuesioner C dengan pilihan jawaban ya tidak	Seluruh jawaban r e s p o n d e n dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 17	Interval
B Variabel <i>Independen</i>					
7.	Terapi <i>Reminiscence</i>	Intervensi keperawatan pada lansia yang dilakukan secara berkelompok dengan menggunakan teknik mengenang masa lalu yang menyenangkan untuk menurunkan kondisi depresi dengan lebih memperhatikan hal-hal yang dianggap positif dan berguna bagi lansia, terdiri dari 6 sesi yaitu perubahan dan masalah yang dialami lansia,	Buku raport hasil evaluasi pelaksanaan Terapi <i>Reminiscence</i> yang dipegang oleh peneliti.	1. Tidak dilakukan Terapi <i>Reminiscence</i> . 2. Dilakukan Terapi <i>Reminiscence</i> .	Nominal

		pengalaman masa usia anak, masa usia remaja, masa dewasa, masa lansia, dan evaluasi			
--	--	---	--	--	--

Tabel 3.1 (sambungan)

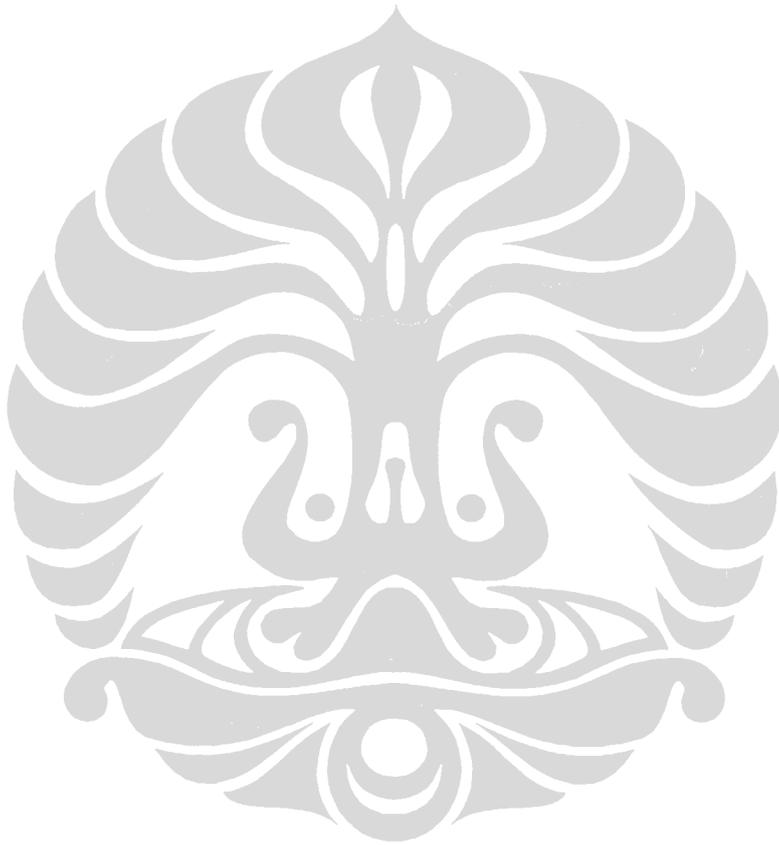
No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
B Variabel Independen					
8	Psiko edukasi Keluarga	Intervensi keperawatan pada <i>caregiver</i> (keluarga lansia) yang dilakukan secara berkelompok untuk membantu menurunkan kondisi depresi melalui dukungan keluarga, terdiri dari 4 sesi yaitu perubahan dan masalah dalam merawat lansia, cara merawat lansia dengan depresi, cara merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stres akibat merawat lansia dan pemberdayaan keluarga dan komunitas	Buku raport hasil evaluasi pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga yang dipegang oleh peneliti.	1. Tidak dilakukan Psikoedukasi Keluarga 2. Dilakukan Psikoedukasi Keluarga	Nominal
C Variabel Confounding (karakteristik demografi lansia)					
9.	Usia	Lama hidup responden dihitung sejak lahir sampai hari ulang tahun terakhir saat	1 (satu) item pertanyaan pada lembar kuesioner A	Dinyatakan dalam tahun	Interval

		menjadi responden			
10.	Jenis Kelamin	Identitas seksual responden yang dibawa sejak lahir	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Laki-laki. 2. Perempuan	Nominal
11.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang dicapai responden sesuai ijazah yang dimiliki	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Tidak sekolah 2. Sekolah (SD, SMP, SMA, PT)	Nominal

Tabel 3.1 (sambungan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
C Variabel <i>Confounding</i> (karakteristik demografi lansia)					
12.	Penghasilan	Pendapatan tetap yang diperoleh responden untuk menunjang kehidupannya	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Tidak ada 2. Ada	Nominal
13.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Tidak bekerja 2. Bekerja (PNS/POLRI /TNI/Veteran , karyawan swasta/wira Swasta	Nominal
14.	Status perkawinan	Ikatan yang syah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	1 (satu) item pertanyaan dalam kuesioner A	1. Tidak kawin (tidak menikah, janda/duda) 2. Kawin	Nominal
15.	Penyakit yang dialami	Keadaan sakit yang sedang dialami responden yang ditetapkan berdasarkan	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Sakit 2. Tidak sakit	Nominal

	diagnosa medis.			
--	-----------------	--	--	--



BAB 4

METODE PENELITIAN

1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian "*Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group*", dimana peneliti melakukan perlakuan terhadap variabel *independen*, kemudian mengukur pengaruh perlakuan tersebut pada variabel *dependen* (Notoatmodjo, 2010). Perlakuan yang diberikan adalah terapi *Reminiscence* pada lansia dan Psikoedukasi Keluarga untuk keluarga lansia.

Penelitian ini untuk mengetahui perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial pada lansia sebelum dan sesudah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga. Dalam penelitian ini akan dibandingkan antara kelompok lansia yang mengalami depresi sebagai kelompok intervensi (kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga) dengan kelompok kontrol (kelompok yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga) di Kelurahan Katulampa Bogor. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sastroasmoro dan Ismael (2008) bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek yang diberikan perlakuan dan mengukur hasil (efek) perlakuannya. Skema 4.1 memberikan gambaran tentang desain penelitian yang akan dilakukan.

Skema 4.1

**Desain Penelitian *Quasi Experimental*
Dengan pendekatan *Pre-Post Test Design***

Kelompok	Pre Test	Intervensi	Post test
Intervensi	O_1	X - Y	O_2

Kontrol	O ₃	Y	O ₄
---------	----------------	---	----------------

Keterangan :

- X : Terapi Kelompok *Reminiscence*.
- Y : Terapi Psikoedukasi Keluarga.
- O₁ : Kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₂ : Kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada kelompok intervensi setelah mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₃ : Kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada kelompok kontrol sebelum mendapatkan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₄ : Kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia pada kelompok kontrol setelah mendapatkan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₂ – O₁ : Perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada kelompok intervensi sebelum dan setelah mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₄-O₃ : Perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia pada

kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok mendapatkan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.

O₂-O₄ : Perbedaan perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia antara kelompok intervensi yang mendapat terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dengan kelompok kontrol yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.

2 Populasi dan Sampel Penelitian

1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009). Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan definisi tersebut maka yang dimaksud dengan populasi lansia adalah lansia yang mengalami depresi di Kelurahan Katulampa Bogor yang diperkirakan berjumlah 3443 orang.

2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009). Berdasarkan definisi tersebut, sampel penelitian yang dimaksud adalah lansia yang mengalami depresi yang berada di RW 01, RW 02, dan RW 09 dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Berusia 60 - 80 tahun.
- b. Lansia tinggal bersama keluarga.
- c. Bersedia menjadi responden.
- d. Bisa membaca dan menulis.
- e. Komunikatif dan kooperatif.
- f. Lansia dengan nilai $GDS \geq 11$.

Besar sampel dalam penelitian analisis numerik dengan hipotesis satu arah beda rata-rata pada 2 kelompok independen (Dahlan, 2009; Lemeshow, et, al, 1997; Ariawan 1998) dengan rumus :

$$n = \frac{2 \sigma^2 [z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}]^2}{[\mu_1 - \mu_2]^2}$$

Keterangan:

n : Besar sampel

σ^2 : Standard deviasi

$z_{1-\alpha}$: Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % ($\alpha = 0,05$), maka $z_{1-\alpha} = 1,96$

$z_{1-\beta}$: Nilai Z pada kekuatan uji $1 - \beta$ (power) adalah 90 %
maka $z_{1-\beta} = 1,28$

$(\mu_1 - \mu_2)$: selisih rerata yang dianggap bermakna

Peneliti menghitung besar sampel minimal berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya. Syarniah (2010) meneliti pengaruh terapi kelompok *reminiscence* terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan. Pada penelitian tersebut Standar deviasi (σ) dari 2 beda rata-rata populasi belum diketahui, yang diketahui yaitu standar deviasi kelompok intervensi 2,519 dengan $n = 38$ serta $\mu_1 = 2,08$ dan standar deviasi kelompok kontrol 2,958 dengan $n = 37$ serta $\mu_2 = 9,03$.

Nilai σ (Sp^2) diperkirakan dari varian gabungan kelompok 1 dan 2, yaitu:

$$Sp^2 = \frac{[(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2]}{(n_1-1) + (n_2-1)}$$

$$Sp^2 = \frac{[(37)(2,519)^2 + (36)(2,958)^2]}{(38-1) + (37-1)}$$

$$Sp^2 = \frac{234,778357 + 314,991504}{73}$$

$$Sp^2 = 7,53$$

Besar sampel minimal yang diperlukan adalah:

$$n = \frac{2\sigma^2[z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}]^2}{[\mu_1 - \mu_2]^2}$$

$$n = \frac{2(7,53)^2(1,96 + 1,28)^2}{(2,08 - 9,03)^2}$$

$$n = \frac{1190,4467}{48,3025} = 24,64 \text{ dibulatkan menjadi } 25$$

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 25 responden untuk setiap kelompok. Dalam studi *quasi eksperimental* ini, untuk mengantisipasi adanya *drop out* responden dalam proses penelitian, maka perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Rumus yang digunakan untuk mengantisipasi berkurangnya subjek penelitian seperti dikemukakan oleh Sastroasmoro dan Ismael (2010) adalah :

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

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

$1 - f$: Perkiraan proporsi drop out, diperkirakan 30 % ($f = 0,3$)

maka :

$$n' = \frac{25}{1-0,3} = 35,7 \text{ dibulatkan menjadi } 36$$

Berdasarkan penghitungan tersebut, maka jumlah sampel akhir yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 36 responden untuk setiap kelompok dengan total responden berjumlah 72 orang.

4.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik *sampling* merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Simple Random Sampling*. Setelah tempat penelitian untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol

ditentukan maka langkah selanjutnya adalah pemilihan sampel dengan teknik random secara undian dimana lansia yang mengalami depresi dan termasuk ke dalam kriteria inklusi memiliki peluang yang sama untuk dijadikan sebagai responden.

Untuk mengurangi bias, peneliti terlebih dahulu memilih tempat penelitian yang letaknya berjauhan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi berada di wilayah RW 02 dan RW 09 sedangkan kelompok kontrol berada di RW 01, langkah selanjutnya peneliti menetapkan sampel penelitian. Pemetaan jumlah sampel pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1
Pemetaan dan rincian jumlah Sampel Penelitian
di Kelurahan Katulampa

Kelompok	Posyandu	Jumlah Lansia	Hasil <i>Skreening</i>	Kriteria Inklusi	Jumlah Sampel
Kontrol	RW 01	99	52	42	36 orang
Intervensi	RW 02	45	25	21	18 orang
	RW 09	48	21	20	18 orang

Kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria inklusi yang ada di wilayah Kelurahan Katulampa Bogor. Kelompok intervensi maupun kelompok kontrol berada di kelurahan yang sama namun berbeda RW dimana jarak antara RW yang satu dengan RW lainnya berbeda jarak yang cukup jauh. Kelompok intervensi dan kontrol dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan, dengan besar sampel untuk setiap kelompoknya sebanyak 36 responden.

Wilayah RW 01, RW 02, RW 04, RW 07, dan RW 09 merupakan wilayah yang padat penduduknya. Penelitian ini dilaksanakan bersama dengan rekan peneliti lainnya dengan intervensi keperawatan jiwa yang berbeda, maka wilayah tersebut dibagi menjadi dua bagian untuk kelompok intervensi, namun untuk kelompok kontrol dikerjakan secara bersama karena intervensi keperawatan jiwa yang diberikan sama. Adapun pemetaan jumlah sampel yang diambil dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2
Pemetaan Jumlah Sampel
Di Tiap RW Kelurahan Katulampa Bogor

Kelompok	RW	Jumlah sampel per RW
Kelompok Kontrol	RW 01	36 orang
	RW 02	18 orang
Kelompok Intervensi	RW 09	18 orang

4 Tempat penelitian dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Katulampa Bogor yang sudah melaksanakan program Desa Siaga Sehat Jiwa dan merupakan tempat praktik mahasiswa S2 peminatan keperawatan jiwa Universitas Indonesia. Baik untuk kelompok intervensi di RW 02 dan RW 09 maupun kelompok kontrol di RW 01 menggunakan tempat yang tersedia di masyarakat dengan waktu yang telah disepakati di masing-masing tempat.

Kegiatan penelitian dilaksanakan mulai minggu kedua bulan Februari sampai dengan Juni 2011 yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, pelaksanaan kegiatan terapi, dan dilanjutkan dengan

pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Dapat dilihat dalam Jadwal pelaksanaan penelitian (Lampiran 13) .

5 Etika Penelitian

Untuk melindungi dan memenuhi hak asasi responden, maka proses penelitian ini melalui serangkaian uji yaitu *Ethical clearance* yang dilakukan oleh komite etik penelitian keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 8). *Uji expert validity* yaitu modul yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan dalam pelaksanaan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga telah layak untuk digunakan sebagai alat dalam penelitian (Lampiran 9). Peneliti telah dinyatakan lulus *uji kompetensi* yaitu suatu uji yang dilakukan untuk menilai kemampuan peneliti dalam memberikan intervensi terapi *Reminiscence* (Lampiran 10) dimana kedua uji tersebut dilakukan oleh pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Responden penelitian adalah lansia yang mengalami depresi beserta *caregiver* (keluarga lansia). Sebelum kegiatan penelitian dimulai maka sebelumnya peneliti menjelaskan dan memberikan penjelasan tentang kegiatan yang akan dilakukan, tujuan, dan manfaat penelitian bagi responden, perkembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan jiwa. Informasi ini diberikan melalui pertemuan resmi yang dihadiri lansia bersama *caregivernya*. (Lampiran 1). Setiap responden berhak untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani atau cap jari surat pernyataan kesediaan (*informed consent*) yang telah disiapkan oleh peneliti (Lampiran 2).

Dalam penelitian ini, peneliti memperhatikan beberapa prinsip etika penelitian yaitu *beneficence* yang menyatakan penelitian ini tidak membahayakan,

memperhatikan dan menghormati hak, dan martabat responden. Prinsip *anonimitas* yaitu menjaga kerahasiaan responden dengan tidak menuliskan nama ketika responden mengisi lembar kuesioner. *Confidentiality* dilakukan untuk menjaga rahasia identitas responden dan informasi yang diberikan, seluruh data hanya diketahui oleh peneliti dan bila penelitian ini telah selesai maka seluruh data akan dimusnahkan.

Prinsip *non maleficience* diperhatikan untuk menjaga responden bebas dari tekanan fisik maupun psikologis selama penelitian berlangsung. Prinsip *Justice* yaitu prinsip keadilan dengan tidak membedakan perlakuan pada tiap responden. Perbedaan hanya pada pemberian terapi, untuk kelompok intervensi akan diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga, sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan Psikoedukasi Keluarga dan pemberian leaflet tentang terapi *Reminiscence*.

6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari Kuesioner A mengenai data demografi responden, kuesioner B mengenai kondisi depresi lansia, dan kuesioner C mengenai kualitas hidup lansia. Kisi-kisi soal dapat dilihat pada lampiran 4.

4.6.1 Kuesioner A adalah data demografi responden yang menggambarkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kondisi depresi responden

Data demografi dalam lembar kuesioner A meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan, penyakit yang dialami (lampiran 5).

4.6.2 Kuesioner B merupakan instrumen pengukuran respons psikososial lansia. Instrumen ini untuk mengetahui kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial pada lansia. Instrumen yang digunakan adalah skala pengukuran depresi pada lansia (*Geriatric Depression Scale/GDS*) versi Indonesia yang terdiri atas 30 pertanyaan. Berdasarkan analisa yang dilakukan peneliti, pertanyaan-pertanyaan yang ada pada GDS tersebut sudah berkaitan dengan diagnosa keperawatan pada lansia dengan kondisi depresi; harga diri rendah (7 pertanyaan), ketidakberdayaan (11 pertanyaan), keputusan (8 pertanyaan), dan isolasi sosial (empat pertanyaan). Bentuk jawaban pertanyaan pada instrumen ini adalah “YA” atau “TIDAK”. Rentang nilai untuk setiap jawaban adalah antara 0 dan 1, serta penilaian kondisi depresi diperoleh dengan menjumlahkan skore (nilai) seluruh jawaban pilihan responden pada item pertanyaan no 1 – 30, kemudian di jumlahkan dan dinyatakan ada indikasi depresi jika memperoleh skore (nilai) >11 (lampiran 6).

4.6.3 Kuesioner C meliputi pengukuran kualitas hidup yang dipakai oleh peneliti berdasarkan kuesioner *Quality of Life* dari WHO yang dimodifikasi oleh peneliti. Instrumen ini digunakan untuk melihat apakah terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia depresi berhubungan dengan kualitas hidupnya. Pengukuran kemampuan ini dilakukan sebelum dan setelah diberi terapi *Reminiscence*. Instrumen terdiri dari 17 pertanyaan dengan pilihan jawaban “YA” dan “TIDAK” rentang nilai untuk setiap jawaban adalah antara 0 dan 1 (lampiran 7).

4.7 Uji Coba Instrumen Penelitian

Uji coba instrumen dilakukan untuk menilai validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum digunakan dalam penelitian. Validitas adalah kesahihan, yaitu seberapa dekat alat ukur menyatakan apa yang seharusnya

diukur (Sastroasmoro, 2010). Instrumen yang valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2009).

Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan hasil item akan dinyatakan valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected item – total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007). Bila ternyata ditemukan adanya item pertanyaan yang belum valid maka dilakukan perbaikan pada item tersebut dengan cara diganti atau direvisi biasanya berupa perbaikan kalimat namun tidak mengubah makna pertanyaan, atau item tersebut tidak dipergunakan (Notoatmodjo, 2010).

Reliabilitas adalah keandalan atau ketepatan pengukuran (Sastroasmoro, 2010). Uji instrumen yang terdiri dari uji validitas dan uji reliabilitas tidak dapat dipisahkan. Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2009). Hal ini berarti, instrumen akan reliabel apabila hasil pengukuran selalu konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas apabila nilai *Cronbach's coefficient-alpha* lebih besar dari nilai r -tabel.

Validitas internal instrumen penelitian ini dilakukan dengan konsultasi dengan pakar keperawatan jiwa dalam hal ini dengan pembimbing 1 dan pembimbing 2 dan disepakati bahwa instrumen A dan B tidak dilakukan uji coba instrumen. Untuk kuesioner A tidak dilakukan uji coba instrumen karena hanya berisi data demografi responden secara umum. Untuk kuesioner B tidak dilakukan uji coba karena sudah dilakukan uji coba sebelumnya yang menyatakan bahwa

skore GDS > 11 ada indikasi depresi dengan sensitifitas 90,19 % dan spesifisitas 83,67 %.

Validitas eksternal dilakukan dengan uji coba instrument untuk kuesioner C. Diuji cobakan di RW 03 Kelurahan Katulampa Bogor yang tidak dipergunakan untuk penelitian dan wilayah ini letaknya berjauhan dengan kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, jumlah responden yang diambil untuk uji coba instrumen sebanyak 20 orang.

Pada uji coba kuesioner C yang pertama belum menunjukkan validitas dan reliabilitas kuesioner tersebut karena masih menggunakan pernyataan asli hasil terjemahan, setelah dilakukan uji coba kedua dengan perubahan kalimat pada pernyataan maka diperoleh 17 pernyataan yang dianggap valid dan reliabel dengan Cronbachs Alpha 0,786.

4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama kurang lebih 6 minggu, terdiri dari tahap persiapan dan pelaksanaan.

4.8.1 Tahap Persiapan

a. Persiapan administrasi

Setelah dinyatakan lulus uji etik, uji *validity expert*, dan uji kompetensi. Selanjutnya persiapan dilakukan pada minggu pertama meliputi urusan ijin penelitian, rekrutment dan melatih kader kesehatan untuk mengumpulkan data, seleksi lansia sebagai responden, pengumpulan data, penetapan sampel penelitian, dan persetujuan responden penelitian. Pengurusan perijinan ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor dengan tembusan Kepala Puskesmas Bogor Timur dan Lurah Katulampa Bogor.

Peneliti mendapatkan ijin pelaksanaan penelitian dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor (lampiran 11 dan 12).

b. Persiapan responden

Pada penelitian ini peneliti bekerja sama dengan rekan sesama peneliti yang juga meneliti di Kelurahan Katulampa dan kader kesehatan jiwa. Selanjutnya peneliti melakukan rekrutmen 6 orang kader kesehatan jiwa yang akan membantu peneliti selama kegiatan berlangsung dimana sebelumnya kader diberikan penjelasan tentang cara pengumpulan data dan prosedur penelitian yang akan dilakukan.

Langkah selanjutnya adalah *screening* lansia depresi di masing-masing RW sesuai dengan kriteria inklusi. Diperoleh jumlah lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi pada kelompok kontrol sebanyak 20 lansia di RT 04, sedangkan di RT 05 sebanyak 22 lansia. Untuk kelompok intervensi dari RW 02 diperoleh sebanyak 21 lansia dan RW 09 diperoleh 20 jumlah lansia. Total jumlah responden yang diperoleh yaitu 41 lansia pada kelompok intervensi dan 42 lansia pada kelompok kontrol. Selanjutnya dilakukan undian untuk menentukan responden yang dapat diikuti sertakan dalam kegiatan penelitian, sehingga didapatkan 36 lansia pada kelompok intervensi dan 36 lansia pada kelompok kontrol.

Tahap selanjutnya, peneliti melaksanakan pertemuan dengan lansia dan *caregiver* untuk menyepakati kontrak kegiatan (waktu dan tempat), menjelaskan tujuan penelitian, menandatangani lembar persetujuan penelitian, mengisi kuesioner A (karakteristik responden) dan pembagian kelompok.

Penelitian yang dilakukan kepada kelompok intervensi yaitu pemberian terapi *Reminiscence* pada lansia dan Psikoedukasi Keluarga pada *caregiver* lansia tersebut. Kelompok lansia dibagi dalam kelompok kecil yang terdiri dari 9 orang untuk setiap kelompok demikian halnya dengan kelompok *caregiver*. Pelaksanaan kegiatan terapi pada kelompok lansia berbeda waktunya dengan terapi pada kelompok *caregiver*. Pada kelompok kontrol yang hanya diberikan Psikoedukasi Keluarga, pembagian kelompok terdiri atas 4 kelompok kecil dan setiap kelompok kecil terdiri dari 9 *caregiver*.

1 Tahap Pelaksanaan

a. *Pretest*

Pretest dilakukan sebelum kegiatan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dilakukan. Sesuai dengan kesepakatan, *pretest* dilakukan di tempat kegiatan intervensi akan dilakukan di masing-masing RW. Pelaksanaan *pre – test* dilakukan untuk kuesioner C (kualitas hidup lansia) pada kelompok intervensi dilaksanakan pada hari senin tanggal 9 Mei 2011, sedangkan kelompok kontrol pada hari selasa tanggal 10 Mei 2011. *Pretest* dilakukan pada 72 orang responden yaitu 36 responden untuk kelompok intervensi dan 36 responden untuk kelompok kontrol. Untuk kuesioner B, *skreening* depresi sekaligus digunakan untuk *pretest*.

b. Pelaksanaan Intervensi

Kegiatan intervensi secara keseluruhan dilakukan selama 5 (lima) minggu. Pada kelompok intervensi di RW 02 kegiatan dilaksanakan pada hari senin dan kamis dari pukul 13.00 -15.00 (2 kelompok lansia) dan 15.00 – 17.00 (2 kelompok *caregiver*)

bertempat di mushola. Pada kelompok intervensi di RW 09 kegiatan dilakukan pada hari Selasa dan Jumat pukul 13.00 -15.00 (2 kelompok lansia) dan 15.00 – 17.00 (2 kelompok *caregiver*) bertempat di ruang serbaguna milik keluarga ketua RW. Pada kelompok kontrol di RW 01 pelaksanaan dilakukan hari Rabu dan Sabtu pukul 13.00 -15.00 (2 kelompok *caregiver*) bertempat di rumah ketua RW (Lampiran 12).

Kegiatan terapi untuk terapi *Reminiscence* pada kelompok intervensi dilakukan sebanyak 6 (enam) sesi dengan 6 (enam) kali pertemuan dan lama kegiatan rata-rata 60 menit tiap sesinya serta 1 (satu) kali kegiatan pendampingan kepada responden. Untuk Psikoedukasi Keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan sebanyak 4 sesi dengan 6 (kali) pertemuan dengan lama kegiatan rata-rata 60 menit tiap sesinya serta 1 (satu) kali kegiatan pendampingan kepada *caregiver* responden. Adapun rincian pelaksanaan sesi-sesi pada terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga seperti terlihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3
Pelaksanaan tiap sesi pada
Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga

Sesi	Terapi <i>Reminiscence</i>	Psikoedukasi Keluarga	Frekuensi
1	Perubahan dan masalah yang dialami lansia	Perubahan pada lansia dan masalah yang terjadi akibat perubahan lansia tersebut serta masalah yang dialami <i>caregiver</i>	1 kali
2	Pengalaman masa usia anak	Cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusan	1 kali
3	Pengalaman masa usia remaja	Cara merawat lansia dengan ketidakberdayaan	1 kali

		dan isolasi social	
4	Pengalaman masa usia dewasa	Merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stres akibat merawat lansia (manajemen stress)	1 kali
5	Pengalaman masa lansia saat ini	Merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stress akibat merawat lansia (manajemen stress)	1 kali
6	Evaluasi	Pemberdayaan keluarga dan komunitas	1 kali

Selama proses kegiatan berlangsung, seluruh anggota kelompok hadir dan berpartisipasi aktif secara baik, peserta mengatakan senang dan merasa kegiatan yang diikuti bermanfaat. Tidak ada peserta yang *drop out* sampai seluruh kegiatan selesai. Kegiatan *post-test* dilakukan sesudah seluruh kegiatan sesi dan pendampingan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol selesai. *Post-test* pada kelompok intervensi dilakukan pada tanggal 9 dan 10 Juni 2011, untuk kelompok kontrol dilakukan pada tgl 11 Juni 2011 dilanjutkan dengan penyuluhan dan pembagian leaflet terapi *Reminiscence*.

8 Teknik Pengolahan Data

1 Editing Data

Seluruh kuesioner yang telah diisi oleh responden dilakukan cek ulang untuk melihat kelengkapan datanya dan kesalahan yang mungkin terjadi atau ada jawaban yang belum diisi oleh responden. Jumlah kuesioner yang masuk sebanyak 72 kuesioner dan telah terisi dengan lengkap, disertai penjelasan penelitian dan *informed consent* yang telah ditandatangani atau cap jari oleh responden, serta data demografi, kuesioner pengukuran depresi dan kualitas hidup lansia (Kuesioner A, B dan C).

2 **Coding Data**

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan (Hastono, 2007). Peneliti memberi kode pada setiap lembar kuesioner responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Selanjutnya data diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu untuk kelompok intervensi diberikan kode awal 02 dan 09 dan untuk kelompok kontrol diberikan kode awal 04 dan 05.

Pemberian kode (*coding*) juga diberikan untuk seluruh variabel katagorik, seperti jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan penyakit yang dialami sesuai dengan definisi operasional dalam tabel 3.1. Sedangkan data numerik seperti umur responden, kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup tidak diberikan pengkodean.

3 **Entry Data**

Kegiatan *entry* data yaitu memasukkan seluruh data jawaban responden pada kuesioner dalam bentuk kode ke dalam program komputer dan diproses dengan program yang sudah ada di komputer.

4 **Cleaning Data**

Cleaning data adalah suatu kegiatan pemeriksaan seluruh data secara teliti agar data-data tersebut bebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean, penulisan maupun

dalam membaca kode. Pengecekan kembali terhadap kemungkinan adanya data yang tidak valid atau *typing error* sehingga data yang salah dapat diperbaiki dan kemudian dilanjutkan untuk dilakukan analisis sesuai dengan uji statistik.

4.10 Analisis Data

Analisis data untuk dalam penelitian ini meliputi analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Pada analisis univariat ini variabel yang merupakan data numerik yaitu usia responden, skor depresi, skor harga diri rendah, skor ketidakberdayaan, skor keputusan, skor isolasi sosial dan skor kemampuan kualitas hidup lansia dianalisis untuk mean, median, standar deviasi, nilai maksimal – minimal dan *confident interval* (CI 95 %). Data kategorik yaitu jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja dan penyakit yang dialami lansia dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat hanya akan menghasilkan hubungan antara dua variabel yang bersangkutan yaitu variabel dependen dan variabel independen (Notoatmodjo, 2010). Pemilihan uji statistika yang akan digunakan dalam melakukan analisis data penelitian ini berdasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007, dalam Kristyaningsih, 2009).

Analisis bivariat bertujuan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum melakukan analisis bivariat terlebih dahulu peneliti melakukan uji kesetaraan untuk melihat varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik responden, kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis uji kesetaraan dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4
Analisis Kesetaraan Karakteristik dan
Kondisi Depresi Lansia Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

No	Kelompok intervensi	Kelompok kontrol	Cara analisis
1	Usia (Data Interval)	Usia (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>
2	Jenis Kelamin (Data Nominal)	Jenis kelamin (Data Nominal)	<i>Chi- Square</i>
3	Pendidikan (Data nominal)	Pendidikan (Data nominal)	<i>Chi- Square</i>
4	Status perkawinan (Data Nominal)	Status perkawinan (Data Nominal)	<i>Chi- Square</i>
5	Penghasilan (Data nominal)	Penghasilan (Data nominal)	<i>Chi- Square</i>
6	Pekerjaan (Data nominal)	Pekerjaan (Data nominal)	<i>Chi- Square</i>
7	Penyakit Fisik Yang Dialami (Data Nominal)	Penyakit Fisik Yang Dialami (Data Nominal)	<i>Chi-Square</i>
8	Kondisi Depresi, keputusan, ketidakberdayaan, harga diri rendah, isolasi sosial dan kualitas hidup (Data Interval)	Kondisi Depresi keputusan, ketidakberdayaan, harga diri rendah, isolasi sosial dan kualitas hidup (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>

Peneliti melakukan analisis perubahan kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada kelompok intervensi dengan menggunakan uji ***Dependent t-test (Paired sample t-test)***. Analisa perbedaan kondisi depresi setelah mendapatkan intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji ***Independent t test*** dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5
Analisis Bivariat Variabel Penelitian
Pengaruh Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga

No	Variabel	Variabel	Cara Analisis
1	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>sebelum</i> intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>setelah</i> intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	<i>Dependen t-test</i>
2	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>sebelum</i> intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>sebelum</i> intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Dependent t-test</i>
3	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>setelah</i> intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>setelah</i> intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>
4	Perbedaan Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup pada kelompok intervensi (Data Interval)	Perbedaan Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>

4.10.3 Analisis Multivariat

Analisis bivariat dilanjutkan dengan analisis multivariat. Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang dirumuskan yaitu apakah ada faktor yang berhubungan antara karakteristik lansia yang meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, penyakit fisik yang dialami, kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia dengan kondisi depresi dan kualitas hidup lansia setelah dilakukan intervensi. Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi regresi linier

(*Simple Regression Linier*). Analisis tersebut dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6
Analisis Multivariat tentang Pengaruh
Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap
Kondisi Depresi dan Kualitas Hidup Lansia

No	Variabel karakteristik Responden	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Usia (data numerik)	Kondisi Depresi Post test (data numerik)	Regresi Linier ganda
2	Jenis Kelamin (data katagorik)		
3	Pendidikan (data katagorik)		
4	Status Perkawinan (data katagorik)		
5	Pekerjaan (data katagorik)		
6	Penghasilan (data katagorik)		
7	Penyakit fisik yang dialami (data katagorik)		
8	Kondisi depresi <i>pretest</i> (Data numerik)	Kualitas hidup lansia <i>Post test</i> (Data numerik)	
9	Kualitas hidup lansia <i>pretest</i> (Data numerik)		
10.	Terapi <i>Reminiscence</i> dan Psikoedukasi Keluarga		

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi keluarga terhadap depresi dan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor yang dilaksanakan dari tanggal 9 Mei sampai dengan tanggal 11 Juni 2011 diuraikan dalam bab ini. Hasil penelitian akan diuraikan tentang karakteristik lansia, kondisi depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia dan hubungan karakteristik, kondisi depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia. Jumlah responden sebanyak 72 orang yang terdiri dari 36 orang lansia dalam kelompok intervensi dan 36 orang lansia dalam kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi peneliti memberikan terapi *Reminiscence* untuk lansia dan Psikoedukasi Keluarga untuk *caregiver*. Sedangkan pada kelompok kontrol peneliti hanya memberikan Psikoedukasi Keluarga pada *caregiver*. Baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan *pre test* sebelum terapi diberikan dan *post test* setelah terapi selesai diberikan, selanjutnya dilakukan pengukuran untuk membandingkan hasil kedua test tersebut.

Hasil penelitian ini meliputi karakteristik dan kesetaraan karakteristik lansia, kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia serta faktor yang berkontribusi terhadap kondisi depresi dan kemampuan kualitas hidup lansia.

5.1 Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, penyakit fisik yang dialami, serta kesetaraan karakteristik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

5.1.1. Usia lansia

Pengukuran usia lansia menggunakan skala ukur numerik yang dianalisis dengan menggunakan analisis eksplorasi untuk mendapatkan mean,

median, standar deviasi dan nilai minimal-maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Sedangkan uji kesetaraan usia lansia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji *independent sample t-test (Pooled t test)*. Tabel 5.1 menyajikan analisa distribusi karakteristik dan hasil uji kesetaraan usia pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 5.1
Analisa Usia Lansia Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011 (n=72)

variabel	Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-maks	t	p value
Usia	Intervensi	36	66.58	70.50	7.056	60-80	-1.553	0.125
	Kontrol	36	69.06	70.00	6.441	60-80		
	Total	72	67.82	70.25	7.007	60-80		

Keterangan : usia dalam tahun

Pada tabel 5.1 diketahui rata-rata usia lansia secara keseluruhan berusia 67.82 tahun, dengan usia muda 60 tahun dan usia tertua 80 tahun. Hasil analisis karakteristik lansia usia ini dapat disimpulkan bahwa lansia paling banyak berada pada kelompok lanjut usia (*elderly*) yaitu kelompok usia 60 tahun.

Hasil analisis uji statistik kesetaraan berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia lansia tidak ada perbedaan yang bermakna antara lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* dengan yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* dengan p value = 0,125 yang berarti rata-rata usia lansia pada kedua kelompok homogen atau setara.

5.1.2. Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, dan penyakit fisik yang dialami.

Karakteristik ini merupakan data katagorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi, dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2

Distribusi Karakteristik lansia Berdasarkan Jenis kelamin, Status perkawinan, Penghasilan, Pengalaman kerja dan Penyakit fisik yang dialami pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011 (n=72)

Variabel	Kategori	Kelompok Intervensi (n=36)		Kelompok Kontrol (n=36)		Jumlah		P value
		N	%	N	%	N	%	
Jenis kelamin	Laki-laki	0	0	13	36.1	13	18.1	0.000
	Perempuan	36	100	23	63.9	59	81.9	
Status perkawinan	Tidak kawin	18	50	16	44.4	34	47.2	0.637
	Kawin	18	50	20	55.6	38	52.8	
Penghasilan	Tidak berpenghasilan	19	52.8	26	72.2	45	62.5	0.088
	Berpenghasilan	17	47.2	10	27.8	27	37.5	
Pengalaman kerja	Tidak bekerja	21	58.3	26	72.2	47	65.3	0.216
	Bekerja	15	41.7	10	27.8	25	34.7	
Penyakit fisik yang dialami	Sakit	16	44.4	15	41.7	31	43.1	0.812
	Tidak sakit	20	55.6	21	58.3	41	56.9	

Berdasarkan hasil analisis karakteristik pada tabel 5.2 diketahui bahwa jenis kelamin secara keseluruhan paling banyak adalah perempuan yakni 59 orang (81.9%). Status perkawinan lansia paling banyak adalah dengan status kawin yaitu 38 orang (52.8 %). Penghasilan terlihat lansia lebih banyak tidak ada penghasilan yakni sebanyak 45 orang (62.5%). Berdasarkan pengalaman kerja paling banyak adalah lansia yang tidak bekerja yaitu 47 orang (65.3%). Karakteristik lansia berdasarkan penyakit fisik yang dialami lansia menunjukkan bahwa ada 41 orang (56.9%) lansia pada waktu penelitian tidak mengalami sakit fisik.

Pada tabel 5.2 diketahui bahwa ada perbedaan yang bermakna proporsi jenis kelamin, pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain variabel tersebut tidak homogen atau tidak setara ($p \text{ value} < \alpha = 0,05$).

Sedangkan untuk status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja dan penyakit fisik yang dialami lansia diketahui tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol, atau dengan kata lain kedua kelompok homogen atau setara ($p \text{ value} > \alpha = 0,05$).

2 Kondisi Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia

5.2.1 Kondisi Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial dan Kualitas hidup pada lansia sebelum dilakukan intervensi.

Gambaran harga diri rendah, , ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, komposit depresi dan kualitas hidup lansia dilakukan pada masing masing kelompok dengan menggunakan uji *t-test dependen* , dan untuk menguji kesetaraan antara kedua kelompok menggunakan uji *t-test independent*. Hasil analisis kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia sebelumj mendapat intervensi dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
 Analisis Kondisi Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia sebelum dilakukan terapi *Reminiscence* di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011 (n=72)

Karakteristik	Kelompok	N	Mean	SD	Min	t	p-value
• Harga diri rendah	Intervensi	36	4.11	1.52	1-7	-0.479	0,634
	Kontrol	36	4.28	1.42	1-7		
• Ketidakberdayaan	Intervensi	36	4.81	1.63	2-9	-1.192	0.050
	Kontrol	36	5.56	1.55	3-9		
• Keputusan	Intervensi	36	4.17	1.92	1-8	1.085	0.282
	Kontrol	36	3.69	1.77	1-7		
• Isolasi sosial	Intervensi	36	1.83	1.10	0-4	-0.309	0.758
	Kontrol	36	1.92	1.18	0-4		
Komposit depresi	Intervensi	36	14.92	4.25	11-26	-0.545	0.588
	Kontrol	36	15.44	3.96	11-23		
Kualitas hidup	Intervensi	36	14.58	2.14	9-17	5.742	0.000
	Kontrol	36	10.75	3.38	4-17		

Tabel 5.3 menunjukkan gambaran harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, komposit depresi dan kualitas hidup lansia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi. Rata-rata nilai harga diri rendah lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum diberikan terapi adalah sebesar 4.11. Nilai rata-rata harga diri rendah lansia pada kelompok yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* adalah 4.28. Uji beda nilai harga diri rendah sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired*

t-test menghasilkan nilai p sebesar 0,634. Nilai p ini lebih besar dari nilai α yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan nilai harga diri sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Untuk nilai rata-rata ketidakberdayaan lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum diberikan terapi adalah 4.81, nilai rata-rata ketidakberdayaan pada kelompok yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi dilaksanakan adalah 5.56. Uji beda nilai ketidakberdayaan sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,050. Nilai p ini sama dengan nilai α yang menunjukkan terdapat perbedaan nilai ketidakberdayaan sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisa nilai rata-rata keputusan lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi diberikan adalah 4.17. Pada lansia yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi dilaksanakan diperoleh nilai rata-rata keputusan lansia sebesar 3.69. Uji beda nilai keputusan sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,282. Nilai p ini lebih besar dari nilai α yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan nilai keputusan sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisis nilai rata-rata isolasi sosial pada lansia yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi diberikan sebesar 1.83, nilai rata-rata isolasi sosial lansia pada kelompok yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* adalah 1.92. Uji beda nilai rata-rata isolasi sosial sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,758. Nilai p ini lebih besar dari nilai α

yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan nilai isolasi sosial sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisa pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa nilai rata-rata depresi lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum diberikan terapi *Reminiscence* adalah 14.92. Pada lansia yang tidak mendapatkan terapi *Reminiscence* diperoleh nilai rata-rata kondisi depresi sebelum terapi *Reminiscence* dilakukan adalah 15.44. Uji beda rata-rata nilai depresi sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,588. Nilai p ini lebih besar dari nilai α yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan nilai depresi sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisis nilai rata kualitas hidup pada lansia yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi diberikan sebesar 14.58. Nilai rata-rata kualitas hidup lansia pada kelompok yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* adalah 10.75. Uji beda nilai kualitas hidup sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,000. Nilai p ini lebih kecil dari nilai α yang menunjukkan terdapat perbedaan nilai harga diri sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisis uji kesetaraan pada tabel 5.3 menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna harga diri rendah ($p= 0.634$), keputusan ($p= 0.282$) dan isolasi sosial ($p=0.758$), komposit depresi ($p= 0.588$) antara lansia yang mendapat dan tidak mendapat terapi *Reminiscence* sebelum dilakukan terapi *Reminiscence*, atau dengan kata lain kedua kelompok homogen atau setara . Untuk ketidakberdayaan ($p= 0.050$) dan kualitas hidup ($p=0.000$) menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara yang mendapat dan tidak mendapat terapi

Reminiscence sebelum dilakukan terapi *Reminiscence*, atau dengan kata lain kedua kelompok tidak homogen atau tidak setara

5.2.2 Perubahan kondisi Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia yang mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dengan lansia yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga.

Setelah dilakukan uji kesetaraan selanjutnya dilakukan analisis bivariat dengan uji statistik *Dependent sample t-Test (Paired t test)* untuk mengetahui penurunan ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan komposit depresi serta peningkatan harga diri dan peningkatan kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan terapi *Reminiscence* pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Analisis penurunan ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan komposit depresi serta peningkatan harga diri dan kualitas hidup antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah intervensi menggunakan uji statistik *Independen sample t-Test (Pooled t test)*.

Hasil analisis perubahan kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup pada kelompok yang mendapat intervensi dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4
 Analisa Perubahan kondisi Depresi, Harga diri rendah,
 Ketidakberdayaan,Keputusan, Isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia yang
 mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dengan lansia
 yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga Sebelum dan Sesudah
 pelaksanaan terapi *Reminiscence* di Kelurahan
 Katulampa Bogor tahun 2011 (n=36)

Variabel	Intervensi				Kontrol		Selisih	
	n	Mean	SD	P value	Mean	SD	P value	P value
Harga diri rendah								
Sebelum	36	4.11	1.52		4.28	1.42		
Sesudah	36	2.44	1.57		3.06	2.24		
Selisih	36	1.67	1.45	0.000	1.22	2.35	0.004	0.339
Ketidakterdayaan								
Sebelum	36	4.81	1.63		5.56	1.55		
Sesudah	36	4.28	1.57		4.11	1.96		
Selisih	36	0.67	1.54	0.026	1.44	2.37	0.001	0.105
Keputusan								
Sebelum	36	4.17	1.92		1.69	1.77		
Sesudah	36	2.44	1.52		2.81	1.84		
Selisih	36	1.72	1.56	0.000	0.89	1.68	0.003	0.033
Isolasi sosial								
Sebelum	36	1.83	1.10		1.92	1.18		
Sesudah	36	1.36	1.19		0.78	0.42		
Selisih	36	0.47	1.15	0.020	1.14	1.35	0.000	0.028
Komposit depresi								
Sebelum	36	14.92	4.25		15.44	3.96		
Sesudah	36	10.78	3.91		11.61	5.16		
Selisih	36	4.14	3.44	0.000	3.69	4.35	0.000	0.633
Kualitas hidup								
Sebelum	36	14.58	2.14		10.75	3.38		
Sesudah	36	15.17	1.90		11.64	3.06		
Selisih	36	0.89	2.21	0.000	0.83	4.26	0.000	0.945

Pada kelompok intervensi terlihat adanya penurunan yang bermakna pada ketidakberdayaan sebesar 0,67 point (13.9%), keputusasaan sebesar 1.72 point (41.2%), isolasi sosial sebesar 0,47 point (25,6%), komposit depresi sebesar 4,14 point (27.7%), dan peningkatan harga diri sebesar 1,67 point (40,6%), kualitas hidup sebesar 0.89 point (6.1%).

Hasil analisa statistik pada tabel 5.4 menunjukkan terjadi penurunan yang signifikan pada semua komponen depresi yaitu ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, komposit depresi dan peningkatan harga diri dan kualitas hidup pada lansia yang mendapat terapi *Reminiscence* (p value < α = 0,05) setelah intervensi diberikan.

Pada kelompok kontrol terlihat adanya penurunan yang bermakna pada ketidakberdayaan sebesar 1.44 point (25.8%), keputusasaan sebesar 0.89 point (21.4%), isolasi sosial sebesar 1.44 point (59.3%), komposit depresi sebesar 3.69 point (23.8%), dan peningkatan harga diri sebesar 1,22 point (28.5%), kualitas hidup sebesar 0.83 point (7.7%).

Hasil analisa statistik pada tabel 5.4 menunjukkan terjadi penurunan yang signifikan pada semua komponen depresi yaitu ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, komposit depresi dan peningkatan harga diri dan kualitas hidup pada lansia yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* (p value < α = 0,05).

Pada selisih kelompok intervensi dengan kelompok kontrol terlihat ada perbedaan harga diri (p=0.339) ketidakberdayaan (p=0.105), depresi (p= 0.633), dan kualitas hidup (p =0.945). Tidak ada

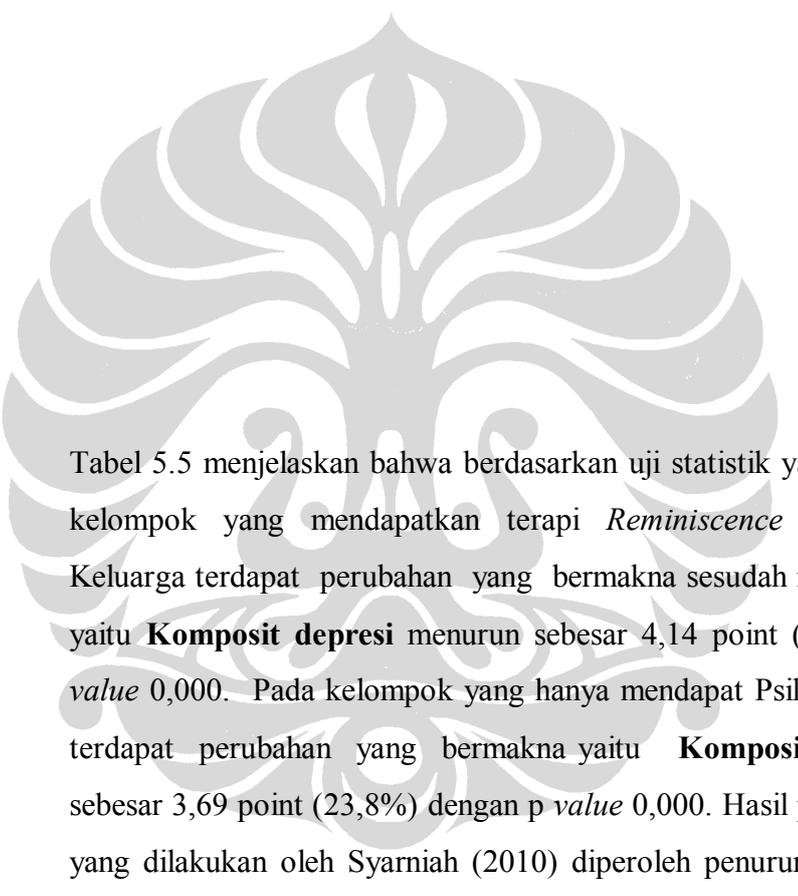
perbedaan pada keputusan ($p= 0.033$) dan isolasi sosial ($p= 0.028$).

5.2.3. Penurunan ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, komposit depresi, peningkatan harga diri dan kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Kontrol.

Penurunan ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan komposit depresi serta peningkatan harga diri dan peningkatan kualitas hidup pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *Dependen sample t-Test (Paired t Test)* yang hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
Analisa sebelum dan sesudah dilakukan
Terapi *Reminiscence* pada Kelompok Intervensi dengan
Kelompok Kontrol di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011
(n = 72)

Variabel	Kelompok	Mean Sebelum	Mean Setelah	Mean Selisih	SD Selisih	p value
Harga diri rendah	Intervensi	4,11	2,44	1,67	1,45	0,000
	Kontrol	4,28	3,06	1,22	2,35	0,004
Ketidakberdayaan	Intervensi	4,81	4,28	0,67	1,54	0,026
	Kontrol	5,56	4,11	1,44	2,37	0,000
Keputusan	Intervensi	4,17	2,44	1,72	1,56	0,000
	Kontrol	3,69	2,81	0,89	1,68	0,003
Isolasi sosial	Intervensi	1,83	1,36	0,47	1,15	0,020
	Kontrol	1,92	0,78	1,14	1,35	0,000
Komposit depresi	Intervensi	14,92	10,78	4,14	3,44	0,000
	Kontrol	15,44	11,61	3,69	4,35	0,000
Kualitas hidup	Intervensi	14,58	15,17	0,89	2,21	0,000
	Kontrol	10,75	11,64	0,83	4,26	0,000



Tabel 5.5 menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada kelompok yang mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terdapat perubahan yang bermakna sesudah mendapatkan terapi yaitu **Komposit depresi** menurun sebesar 4,14 point (27,7%) dengan *p value* 0,000. Pada kelompok yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga terdapat perubahan yang bermakna yaitu **Komposit depresi** menurun sebesar 3,69 point (23,8%) dengan *p value* 0,000. Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Syarniah (2010) diperoleh penurunan kondisi depresi sebesar 6,37 point (42,5%).

Karena adanya perbedaan instrumen GDS yang digunakan, maka dilakukan penghitungan sebagai berikut :

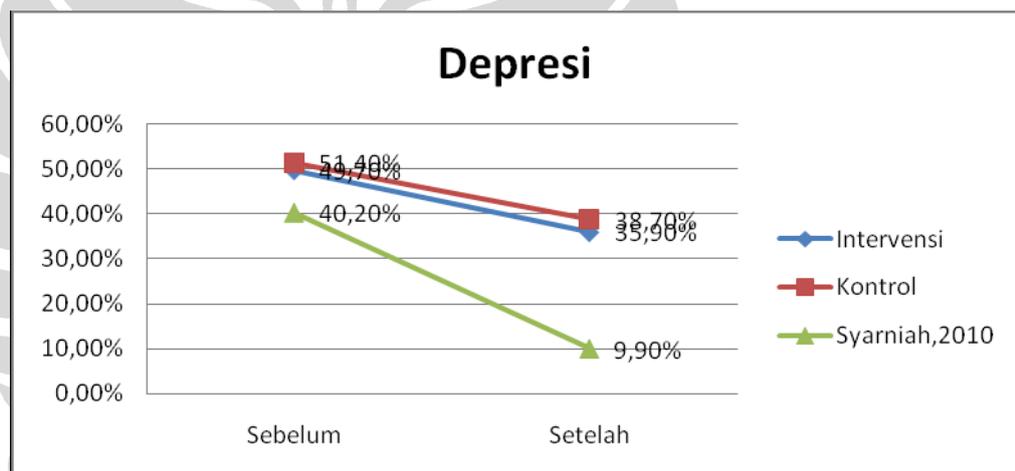
- a. Pada kelompok intervensi dan kontrol pada penelitian ini, nilai sebelum maupun sesudah terapi dibagi 30 item x 100%

- b. Pada penelitian Syarniah, nilai sebelum maupun sesudah terapi dibagi 21 item x 100 %

Untuk lebih jelasnya perbandingan hasil penurunan depresi setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada kelompok intervensi, pada kelompok kontrol yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga, serta hasil penelitian Syarniah dapat dilihat pada gambar 5.1.

Gambar 5.1

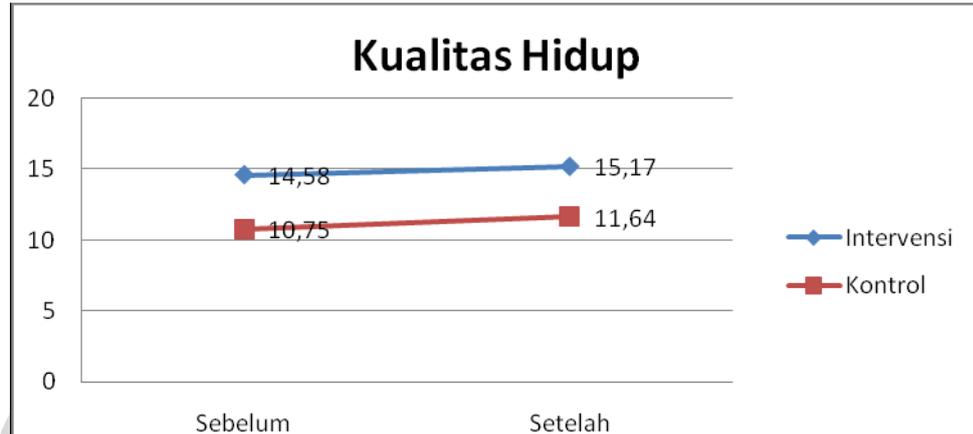
Perbandingan hasil penurunan depresi setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Intervensi, Kelompok Kontrol setelah diberikan Psikoedukasi Keluarga, dan penelitian Syarniah setelah diberikan terapi *Reminiscence*



Untuk **kualitas hidup** pada kelompok intervensi meningkat sebesar 0,89 point (6.1%) dengan *p value* $0,000 \leq \alpha 0,05$, pada kelompok kontrol meningkat sebesar 0.83 point (7.7%). Peningkatan tersebut dapat dilihat pada grafik 5.2.

Grafik 5.2

Peningkatan Kualitas Hidup setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol yang mendapat Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011



Untuk mengukur pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dalam menurunkan depresi pada lansia setelah intervensi dibandingkan dengan Psikoedukasi Keluarga saja, dapat digunakan rumus dibawah ini:

$$E = \frac{\Delta I - \Delta K}{\Delta I} \times 100\%$$

Keterangan:

ΔI = Selisih Penurunan Komposit Depresi setelah terapi pada Kelompok Intervensi.

ΔK = Selisih Penurunan Komposit Depresi setelah terapi pada Kelompok Kontrol.

Dengan penghitungan tersebut diperoleh hasil:

Pengaruh terapi *Reminiscence* dalam menurunkan depresi adalah:

$$E = \frac{4.14 - 3.69}{4.14} \times 100\% = 10.8\%$$

4.14

Diketahui penurunan depresi setelah pemberian terapi pada kelompok intervensi sebesar 13.8 %, pada kelompok kontrol sebesar 12.7 %. Dapat disimpulkan bahwa penurunan setelah terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebesar 13.8% **lebih tinggi 11%** dibandingkan dengan Psikoedukasi Keluarga yang menurunkan sebesar 12,7%.

Untuk mengukur pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pada lansia setelah intervensi, dapat digunakan rumus dibawah ini :

$$E = \frac{\Delta I - \Delta K}{\Delta I} \times 100\%$$

Keterangan:

ΔI = Peningkatan kualitas hidup setelah terapi pada Kelompok Intervensi.

ΔK = Peningkatan kualitas hidup setelah terapi pada Kelompok Kontrol.

Maka untuk peningkatan kualitas hidup dapat kita hitung sebagai berikut; Pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup dibandingkan dengan Psikoedukasi Keluarga adalah:

$$E = \frac{0.89 - 0.83}{0.89} \times 100\% = 6,7 \%$$

0.89

Diketahui peningkatan kualitas hidup setelah pemberian terapi pada kelompok intervensi sebesar 0.89 %, pada kelompok kontrol sebesar 0.59 %. Untuk mengetahui perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol digunakan rumus :

$$\frac{\text{nilai setelah terapi} - \text{nilai sebelum terapi}}{\text{nilai sebelum terapi}} \times 100\%$$

Berdasarkan perhitungan tersebut, diketahui pada kelompok intervensi 4,04 % terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 0.08% Psikoedukasi Keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup. Dapat disimpulkan bahwa peningkatan setelah terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga **hanya 6.7%** dibandingkan dengan yang mendapatkan Psikoedukasi Keluarga saja.

5.3 Hubungan karakteristik lansia dengan penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia setelah diberi terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga

Analisa faktor yang diperkirakan berkontribusi terhadap kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia adalah faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja, penyakit fisik dan terapi *Reminiscence*. Analisa faktor-faktor tersebut menggunakan uji regresi linier sederhana (*Simple Linear Regression*).

a. Karakteristik yang berpengaruh terhadap kondisi depresi pada lansia

Langkah pertama sebelum dilakukan analisis multivariat terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat terhadap variabel independent untuk mengetahui variabel yang dapat diikutsertakan dalam pemodelan. Variabel yang nilai p

Value nya $< 0,25$ dapat masuk ke analisis multivariat. Hasil seleksi variabel yang masuk analisis multivariat pada faktor yang berkontribusi terhadap penurunan depresi post pemberian intervensi dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Hasil seleksi variabel karakteristik untuk analisis mutivariat
terhadap depresi post

Variabel	p value
1. Depresi post	0.066
2. Depresi pre	0.056
3. Intervensi	0.408
4. Pendidikan	0,000
5. Status perkawinan	0.005
6. Penghasilan	0.216
7. Pekerjaan	0.192
8. Penyakit	0.066

Langkah kedua adalah pemodelan multivariat yaitu dengan memasukkan secara bersama-sama variabel yang berkontribusi terhadap depresi post, walaupun terapi *Reminiscence* memiliki p value $> 0,05$ namun variabel ini tetap dimasukkan karena berkaitan dengan depresi post. Variabel yang valid adalah variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ maka secara bertahap varibel-variabel tersebut akan dikeluarkan.

Adapun hasil analisa hubungan variabel-variabel di atas terhadap kondisi depresi post pada pemodelan pertama dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Karakteristik yang berpengaruh terhadap post depresi lansia pada pemodelan pertama di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011

Karakteristik Lansia	Post depresi					r	R ²
	B	SE	β	p			
Constant	0.688	3.803		0.857	0.608	0.370	
Depresi pre	0.615	0.119	0.551	0.000			
Intervensi	-0.808	1.080	-0.089	0.457			
Jenis kelamin	0.520	1.439	0.044	0.719			
Status	0.630	1.055	0.069	0.552			
Penghasilan	-0.064	1.721	-0.007	0.971			
Pekerjaan	0.946	1.710	0.099	0.582			
Penyakit	-0.972	0.978	-0.105	0.324			

Analisis dari pemodelan pertama diketahui bahwa kondisi depresi sebelum intervensi berpengaruh terhadap kondisi post depresi dengan nilai p sebesar 0,000 dan intervensi dengan nilai p sebesar 0,457. Variabel yang tidak berhubungan secara signifikan ($p > 0,05$) dikeluarkan dari model satu persatu secara bertahap sampai didapatkan model yang parsimoni. Model yang sudah memenuhi signifikansi ($p < 0,05$), dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8

Karakteristik yang berpengaruh terhadap depresi lansia pada pemodelan akhir di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011

Karakteristik Lansia	Post depresi					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	2.150	2.594		0.410	0.60 5	0.366
Depresi pre	0.616	0.114	0.551	0.000		
Intervensi	-0.662	0.898	-0.073	0.464		
Pekerjaan	0.950	0.967	-0.100	0.329		
Penyakit	-0.799	0.920	-0.087	0.328		

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa kondisi depresi post berhubungan dengan kondisi depresi pre (p value $0,000 \leq 0,05$) dan intervensi memiliki nilai p sebesar 0,464 lebih besar dari nilai α . Dari tabel 5.8 dapat diketahui bahwa kondisi pre depresi bersama dengan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga memiliki pengaruh yang kuat untuk menurunkan kondisi depresi setelah diberi intervensi sebesar 0.662.

b. Karakteristik yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pada lansia

Sebelum dilakukan analisis multivariat terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat terhadap variabel independen untuk mengetahui variabel yang dapat diikutsertakan dalam pemodelan. Variabel yang nilai p value kurang dari 0,25 dapat masuk ke analisis multivariat. Hasil seleksi variabel yang masuk analisis multivariat pada faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup setelah pemberian intervensi terlihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
 Hasil seleksi karakteristik variabel untuk analisis multivariat
 terhadap kualitas hidup post

Variabel	p value
1. Kualitas hidup post	0.000
2. Intervensi	0.000
3. Jenis kelamin	0.016
4. Pendidikan	0.000
5. Status	0.451
6. Penghasilan	0.101
7. Pekerjaan	0.251
8. Penyakit	0.259
9. Kualitas hidup pre	0.000

Adapun hasil analisa hubungan variabel-variabel di atas terhadap kondisi depresi post pada pada pemodelan pertama dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
 Karakteristik yang berpengaruh terhadap kualitas hidup
 lansia pada pemodelan pertama di Kelurahan
 Katulampa Bogor tahun 2011

Karakteristik Lansia	Kualitas hidup					
	B	SE	β	p	r	R ²
Constant	13.211	2.509			0.640	0.410
Intervensi	3.570	0.803	0.581	0.000		
Jenis kelamin	-1.756	0.926	-0.220	0.062		
Status	-0.700	0.690	-0.114	0.314		

Penghasilan	-0.154	1.130	-0.024	0.89 2
Kerja	-0.621	1.102	-0.096	0.57 5
Penyakit	0.907	0.630	0.146	0.15 5
Kualitas hidup pre	0.181	0.106	0.200	0.09 3

Analisis dari pemodelan pertama diketahui bahwa intervensi berpengaruh terhadap kualitas hidup post dengan nilai p sebesar 0,000 dan kualitas hidup pre dengan nilai p sebesar 0,093. Variabel yang tidak berhubungan secara signifikan ($p > 0,05$) dikeluarkan dari model satu persatu secara bertahap sampai didapatkan model yang parsimoni. Model yang sudah memenuhi signifikansi ($p < 0,05$), dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11

Karakteristik yang berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia pada pemodelan akhir di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011

Karakteristik Lansia	Post kualitas hidup					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	9.834	1.220		0.000	0.59 4	0.353
Intervensi	2.880	0.721	0.470	0.000		
Kualitas hidup pre	0.168	0.107	0.185	0.120		

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa intervensi berhubungan dengan kualitas hidup post ($p \text{ value } 0,000 \leq 0,05$) dan kualitas hidup pre memiliki nilai p sebesar 0,120 lebih besar dari nilai α . Dari tabel 5.12 dapat diketahui bahwa intervensi memiliki pengaruh yang kuat untuk meningkatkan kualitas hidup setelah diberi intervensi sebesar 2.880.

BAB 6

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dibahas tentang pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia, karakteristik yang berpengaruh terhadap depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia. Akan diuraikan juga tentang keterbatasan yang ditemui selama kegiatan penelitian baik dari aspek metodologi maupun dalam proses pelaksanaan penelitian, serta implikasi hasil penelitian pada pelayanan kesehatan jiwa, keilmuan dan kegiatan penelitian berikutnya.

6.1 Pengaruh Terapi Kelompok *Reminiscence* dan Psikoedukasi keluarga terhadap Kondisi Depresi pada Lansia

Perubahan kondisi depresi lansia pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga menunjukkan adanya penurunan yang bermakna. Hasil analisis perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan ada perbedaan yang bermakna setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga.

Penurunan kondisi depresi pada kelompok intervensi yang diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebesar 4.14 point (27.7%) dan kelompok kontrol yang hanya diberikan Psikoedukasi Keluarga sebesar 3.69 point (23.8%). Berdasarkan perhitungan diketahui efektivitas pemberian terapi terhadap penurunan depresi sebesar 10.8% . Sedangkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Syarniah (2010) yang hanya memberikan terapi *Reminiscence* menunjukkan penurunan sebesar 6.37 point (42.5%). Perbedaan penurunan depresi berdasarkan hasil

penelitian saat ini dibandingkan dengan penelitian Syarniah setelah dilakukan perhitungan dengan persentasi berdasarkan item yang ada pada kuesioner masing-masing, kedua penelitian tersebut menunjukkan penurunan yang bermakna.

Penurunan depresi pada pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga memiliki efektivitas sebesar 10.8% yang berarti kurang efektif dibandingkan dengan yang hanya diberi Psikoedukasi Keluarga. Namun bila hanya dilihat terapi *Reminiscence* saja maka penurunan depresi lebih tinggi 11% dibandingkan dengan yang hanya mendapatkan Psikoedukasi Keluarga. Berdasarkan hasil analisis, bila dilihat antara pemberian terapi *Reminiscence* ditambah Psikoedukasi Keluarga dengan yang hanya terapi *Reminiscence* dan yang hanya Psikoedukasi Keluarga dapat disimpulkan bahwa pemberian Psikoedukasi Keluarga pada *caregiver* lebih bermakna untuk menurunkan depresi pada lansia ketimbang pemberian terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga.

Hal ini ditunjang penelitian sebelumnya oleh Okanovic, dkk (2009) dalam penelitian yang berjudul *Psychoeducation versus treatment as usual in diabetic patients with subthreshold depression*, mendapatkan hasil bahwa pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol terjadi penurunan depresi yang signifikan. Sedangkan Goldstein dan Miklowitz (2007) dalam penelitian yang berjudul *The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders*, mendapatkan hasil bahwa pemberian terapi obat ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga lebih ampuh ketimbang terapi dengan pemberian obat saja.

Friedman (2010), bahwa tugas perkembangan keluarga cenderung menumbuhkan rasa tanggungjawab yang harus dicapai keluarga pada setiap tahap perkembangan keluarga. Lansia yang tinggal bersama dengan keluarganya akan mendapatkan perhatian dari keluarganya, dengan pemberian Psikoedukasi Keluarga diharapkan keluarga dapat merawat

lansia dengan baik dan membantu lansia untuk keluar dari kondisi depresinya.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya dan hasil penelitian yang peneliti dapatkan, ternyata penurunan kondisi depresi dengan pemberian Psikoedukasi Keluarga memberikan hasil yang lebih bermakna ketimbang penurunan depresi yang diberikan terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga. Sebelumnya peneliti berharap dengan pemberian terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga dapat menurunkan kondisi depresi lebih banyak ketimbang bila hanya di berikan terapi *Reminiscence* saja, namun pada kenyataannya tidak terjadi demikian. Bila dikaitkan dengan tujuan penelitian, maka diperoleh jawaban bahwa pemberian terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga kurang bermakna dalam menurunkan depresi.

Bila dilihat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, terlihat hanya sedikit perbedaan penurunan diantara kedua kelompok. Berdasarkan hasil tersebut peneliti berkesimpulan bahwa penurunan depresi pada penelitian ini lebih banyak dipengaruhi oleh pemberian Psikoedukasi Keluarga. Menurut peneliti, penurunan depresi pada kelompok kontrol dapat disebabkan karena anggota keluarga yang merawat lansia telah paham tentang perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang timbul akibat perubahan tersebut sehingga keluarga yang telah mendapat Psikoedukasi Keluarga dapat memberikan perawatan yang lebih baik pada lansia. Pemberian Psikoedukasi Keluarga membuat *caregiver* memiliki pemahaman yang benar bahwa apabila kondisi depresi tidak tertangani dengan baik dapat berdampak pada keputusan dan kecenderungan bunuh diri pada lansia.

Hal ini terbukti dalam proses pemberian terapi dimana pada kelompok kontrol anggota keluarga lansia (*caregiver*) berumur lebih tua dibandingkan dengan *caregiver* pada kelompok intervensi, dengan usia ini

maka kesadaran untuk merawat lansia menjadi lebih baik. Sedangkan pada *caregiver* yang lebih muda perhatian terhadap lansia kurang sepenuhnya dapat diberikan karena *caregiver* memiliki masalahnya sendiri seperti kesibukan mengurus anak dan rumah tangga. Keluarga berperan penting dalam merawat lansia dengan depresi sehingga lansia dapat menikmati hidupnya dan mengisi hari-hari di masa lansia dengan tenang serta tetap dapat melakukan berbagai aktivitas hidup sesuai dengan kemampuannya bersama anak dan cucunya.

Dengan demikian dukungan keluarga sangat diperlukan untuk menurunkan depresi ketimbang terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia yang mengalami depresi akibat perubahan yang terjadi dan masalah yang muncul akibat pada proses menua.

DSM-IV-TR (2000, dalam Videbeck, 2008), depresi dapat terjadi bukan hanya karena satu sebab melainkan karena banyak sebab yang saling berkaitan yaitu aspek biologik, psikologik, dan sosial. Adanya perubahan fisik karena proses menua menyebabkan lansia tidak dapat lagi melakukan berbagai kegiatan seperti yang dilakukannya pada masa muda. Perubahan biologis pada seluruh sistem tubuh dapat menyebabkan munculnya berbagai penyakit fisik seperti hipertensi, penyakit jantung dan penyakit lainnya. Kondisi ini dapat menyebabkan lansia merasa dirinya lemah, depresi, tidak berdaya, putus asa, dan menarik diri dari kehidupan sosial.

Basuki (2007), secara umum depresi ditandai oleh suasana perasaan murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya. Adanya penyakit fisik yang serius khususnya yang berkaitan dengan otak dapat menyebabkan lansia mengalami perubahan perilaku (Ebersol, 2010). Yohannes dan Baldwin (2008) menyatakan bahwa kondisi depresi yang tidak tertangani dengan baik akan mengakibatkan penurunan kualitas hidup, penurunan kemampuan perawatan diri, dan penurunan kemampuan untuk beraktivitas.

Terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia bertujuan untuk mengenang kembali peristiwa yang menyenangkan pada masa usia anak sampai dengan masa dewasa agar kemampuan yang dilakukan pada masa-masa tersebut masih dapat tetap diaplikasikan dalam kehidupan masa lansia saat ini. Terapi *Reminiscence* yang diberikan secara berkelompok akan memberikan kesempatan pada lansia untuk bersosialisasi, mengalihkan kesedihan, dan membangkitkan hal yang menyenangkan, dan mengurangi depresi (Gold, 1998). Sedangkan Hsieh, dkk (2009) dalam penelitiannya tentang terapi *Reminiscence* pada depresi dan apatis menunjukkan adanya penurunan yang bermakna pada kondisi depresi lansia. Demikian halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Falot dalam penelitian eksperimental mengenai terapi *Reminiscence* sebagai alat terapeutik pada 30 wanita dari berbagai usia. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan *mood* yang positif setelah mendapat terapi *Reminiscence* (University, 2011).

Pada penelitian ini, kondisi depresi sebelum terapi bersama dengan terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga memiliki pengaruh yang kuat untuk menurunkan depresi setelah diberi intervensi sebesar 0.662. Kondisi ini dimungkinkan karena jumlah pertemuan untuk tiap sesi hanya dilakukan 1 kali dan modul yang digunakan berbeda dengan modul pada penelitian Syarniah.

6.2 Pengaruh Terapi Kelompok *Reminiscence* dan Psikoedukasi keluarga terhadap Harga Diri , Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial pada Lansia

Harga diri, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial merupakan diagnosa keperawatan yang tergabung dalam kondisi depresi. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan yang bermakna pada ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan peningkatan harga diri pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Pada penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Syarniah (2010) ternyata dengan pemberian terapi *Reminiscence* ketidakberdayaan, keputusaasaan, dan isolasi sosial dapat diturunkan dan harga diri lansia dapat ditingkatkan secara bermakna. Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang meneliti tentang terapi *Reminiscence*.

Berdasarkan hasil analisis perbedaan selisih pada kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusaasaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup diketahui hanya keputusaasaan dan isolasi sosial yang yang tidak bermakna.

Penelitian yang dilakukan Fontaine dan Fletcher (2003) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* bertujuan untuk meningkatkan harga diri dan membantu individu mencapai kesadaran diri dan memahami diri, beradaptasi terhadap stres dan melihat bagian dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Falot (1980) menghubungkan antara terapi *Reminiscence* dengan stres-adaptasi pada 24 orang responden. Hasil penelitian menyatakan bahwa *Reminiscence* yang bermakna akan konsisten pada konsep diri lansia.

Cappliez, dkk (2007) dalam penelitiannya tentang Fungsi *Reminiscence* dan regulasi emosi pada lansia meliputi pemecahan masalah, persiapan kematian, pengalaman kehidupan, kegagalan masa lalu, kebosanan dan memelihara keakrabaan. Berdasarkan penelitian tersebut maka kondisi ketidakberdayaan dapat diatasi dengan pemberian terapi *Reminiscence* yang bertujuan untuk mengembalikan kondisi lansia pada keberdayaan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki saat ini. Hasil penelitian yang dilakukan Boylin, Gordon, dan Nahrke (1976), meneliti hubungan terapi *Reminiscence* dengan integritas diri pada 41 lansia di panti. Hasil penelitian menunjukkan korelasi positif yang tinggi antara terapi *Reminiscence* dengan integritas diri, hal ini akan membuat lansia tetap

bersemangat dalam menjalani kehidupannya sekalipun telah terjadi perubahan-perubahan dalam dirinya (University, 2011).

Fontaine dan Fletcher (2003) mengatakan bahwa *Reminiscence* adalah kemampuan lansia untuk mengingat kembali ingatan akan masa lalu yang dibimbing oleh seorang profesional untuk selanjutnya ‘disharingkan’ kepada keluarga, kelompok atau staf keperawatan. Glod (1998) mendefinisikan terapi *Reminiscence* adalah penggunaan kenangan sederhana dan informatif sebagai intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial. Meiner dan Lueckenotte (2006) menjelaskan bahwa terapi *Reminiscence* adalah terapi yang diterapkan pada lansia melalui proses motivasi dan diskusikan tentang pengalaman masa lalu yang dialami. Nussbaum (2000) menyatakan bahwa terapi *Reminiscence* adalah menciptakan kebersamaan kelompok dan meningkatkan keintiman sosial. Pendapat tersebut menunjukkan bahwa terapi *Reminiscence* dapat digunakan untuk menolong lansia yang mengalami isolasi sosial.

Dilihat dari p value nilai selisih antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol diketahui adanya kebermaknaan pemberian terapi *Reminiscence* ditambah Psikoedukasi keluarga pada penurunan ketidakberdayaan, kondisi depresi, dan peningkatan harga diri pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sedangkan untuk keputusan tidak bermakna pada kelompok intervensi, dan isolasi sosial pada kelompok kontrol. Hal ini tidak sejalan dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa terapi *Reminiscence* bermakna pada integritas diri dan peningkatan keintiman sosial.

Singer dan Ryff (dalam Friedman, 2010) menyatakan bahwa fungsi afektif lebih diarahkan kepada fungsi internal keluarga meliputi pemberian perlindungan psikososial dan dukungan kepada anggota keluarga yang berpengaruh positif pada kepribadian dan keterikatan keluarga serta kesejahteraan individu. Penelitian yang dilakukan oleh Chien dan Wong

(2007) tentang efektivitas psikoedukasi pada keluarga dengan skizofrenia melaporkan bahwa sebagian besar keluarga menyatakan adanya perbaikan fungsi keluarga dan fungsi klien.

Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga tidak menurunkan keputusan dan isolasi sosial pada lansia. Berarti, lansia yang tinggal bersama dengan keluarga belum mendapatkan perhatian yang baik dari keluarganya. Hal ini tidak sejalan dengan Loveland dan Cherry (1996, dalam Friedman, 2010) yang mengatakan bahwa hubungan afeksi diantara keluarga akan menciptakan suasana emosional pengasuhan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan serta kompetensi individu.

Keputusan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya (NANDA, 2007). Karakteristik diagnosa keperawatan keputusan adalah afek menurun, pasif, penurunan verbalisasi, nafsu makan menurun, gangguan tidur, kehilangan inisiatif dan aktivitas menurun (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007).

Keputusan terjadi bila individu tidak dapat menerima suatu perubahan yang terjadi dalam dirinya. Pada lansia perubahan yang terjadi akibat proses menua dan penyakit menahun yang dideritanya dapat menimbulkan keputusan dalam dirinya. Melalui terapi *Reminiscence* lansia dapat mempromosikan diri, melestarikan kenangan pribadi maupun kenangan bersama, mengatasi kekurangan materi dan keterbatasan fisik, mengidentifikasi tema universal tentang kehidupan manusia, dan memperkuat mekanisme pertahanan diri. Terapi *Reminiscence* yang diberikan secara berkelompok dapat membangkitkan kembali semangat hidup lansia, melalui *sharing* yang dilakukan dalam kelompok dimana

lansia termotivasi untuk menolong dirinya dari keputusasaan dan dapat berbagi pengalaman mengenai cara mengatasi keputusasaan.

Putusasa berkaitan dengan adanya kelemahan fisik dan ketidakberdayaan. Karena rata-rata usia lansia yang masuk dalam penelitian lebih banyak berusia 60 tahun maka keputusasaan tidak dirasakan sebagai suatu hal yang dialaminya. Melalui terapi *Reminiscence* lansia diajak untuk mengenang masa lalu yang menyenangkan saat lansia penuh semangat dalam menjalani kehidupan ini dengan demikian diharapkan lansia memiliki motivasi yang kuat untuk mengisi hari tuanya dengan hal-hal yang positif. Untuk mencegah kesepian, ketidakberdayaan, dan putusasa pada lansia maka peran serta keluarga dalam merawat lansia dengan cara pemberdayaan seluruh anggota keluarga akan membantu lansia untuk tetap mandiri dan terjaga kesehatannya.

Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesendirian dan merasa terbebani oleh orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA, 2007). Karakteristik diagnosa keperawatan isolasi sosial adalah tidak adanya sistem pendukung, tidak ada kontak mata, merasa sedih, merasa sendirian, tidak ada komunikasi, memperlihatkan sikap bermusuhan, menarik diri dari kehidupan sosial (NANDA, 2007).

Merasa sendirian dan kesepian pada masa lansia merupakan hal yang tidak menyenangkan. Dalam proses pemberian terapi *Reminiscence*, lansia dimotivasi untuk mengemukakan masalah yang dihadapinya kepada kelompok, dengan demikian tiap lansia dapat berkomunikasi dengan sesama lansia dan mengetahui masalah-masalah yang dihadapi lansia. Adanya jalinan komunikasi diantara lansia akan membuat lansia tidak merasa sendirian dan terisolasi, melalui kegiatan kelompok ini ikatan pertemanan diantara lansia dapat tetap terjalin. Dengan demikian terapi

Reminiscence yang diberikan pada lansia akan lebih efektif bila diberikan secara berkelompok ketimbang bila diberikan secara individu.

Dengan adanya kebersamaan antara lansia dengan anggota keluarga lainnya yang hidup bersama dalam satu rumah akan membuat lansia tidak merasa kesepian. Keterlibatan lansia dalam merawat cucu juga merupakan hal yang positif sehingga lansia dapat mengalihkan kesepiannya, dengan demikian lansia tidak mengisolasi dirinya dari kehidupan di lingkungannya. Melalui Psikoedukasi Keluarga diharapkan tercipta suasana emosional yang baik diantara anggota keluarga terutama bila keluarga telah mengetahui masalah-masalah yang dialami oleh lansia sehingga lansia dan keluarga akan tetap menjaga komunikasi yang baik sehingga lansia tidak merasa terabaikan dan menarik diri dari aktifitas sosial.

6.3 Pengaruh Terapi Kelompok *Reminiscence* dan Psikoedukasi keluarga terhadap kualitas hidup pada lansia

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan terapi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Hasil penelitian secara statistik menunjukkan adanya peningkatan kualitas hidup lansia setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga, namun dirasakan kurang berpengaruh karena peningkatannya tidak tinggi, hal ini disebabkan karena pada awalnya kedua kelompok tidak setara.

Peningkatan kualitas hidup pada pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga memiliki efektifitas sebesar 6.7%. Namun bila hanya dilihat terapi *Reminiscence* saja maka peningkatan kualitas hidup sebesar 4.04%, sedangkan pada pemberian Psikoedukasi Keluarga saja hanya meningkat sebesar 0.08%. Pemberian terapi *Reminiscence* bersama Psikoedukasi Keluarga memiliki pengaruh yang kuat untuk meningkatkan kualitas hidup setelah diberi intervensi sebesar 2.880. Dapat disimpulkan

bahwa terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup lansia, hal ini sejalan dengan penelitian-penelitian sebelumnya.

Dharmono (2008, dalam Nita, 2008) kualitas hidup lansia harus tetap terjaga agar lansia dapat tetap aktif, sehat, dan mandiri. Penurunan kualitas hidup menunjukkan tanda dan gejala seperti tingkat partisipasi rendah, kehilangan minat untuk beraktivitas, gangguan tidur, gangguan fungsi kognitif semu, selera makan menurun, perubahan sikap dan perilaku, dan ansietas.

Cappliez, dkk (2007) dalam penelitiannya tentang fungsi *Reminiscence* dan regulasi emosi pada lansia meliputi pemecahan masalah, persiapan kematian, pengalaman kehidupan, kegagalan masa lalu, kebosanan dan memelihara keakrabaan. Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan emosi positif pada lansia yang berpengaruh secara signifikan terhadap kecemasan, depresi dan kualitas hidup. Thorgrimsen, dkk (2001) dalam penelitiannya tentang Evaluasi terapi *Reminiscence* pada demensia yang berhubungan dengan kondisi stres menemukan hasil adanya peningkatan rentang perhatian dan pengalaman klinis yang menunjukkan peningkatan kualitas hidup. Penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa pemberian terapi *Reminiscence* pada lansia dapat meningkatkan kualitas hidup lansia dimana lansia akan merasakan kepuasan di dalam hidupnya, dapat menjalani masa hidup di hari tuanya dengan lebih tenang, dapat memecahkan masalah yang dihadapinya dengan lebih bijaksana bahkan dapat mempersiapkan dirinya terhadap datangnya kematian.

Gonzales (2010) dalam penelitian yang berjudul *Effect of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis* mendapatkan hasil bahwa terapi ini dapat menurunkan emosional pada keluarga pasien yang pertama kali menderita psikosis. Pada keluarga dengan lansia yang mengalami depresi Psikoedukasi

Keluarga dapat diberikan dalam upaya membantu keluarga untuk mengatasi kondisi depresi yang dialami lansia, dengan demikian bila kondisi depresi dapat teratasi dengan baik maka kualitas hidup lansia dapat meningkat.

Dalam proses terapi, lansia dimotivasi untuk menilai dirinya dan keberhasilan serta kepuasan hidupnya. Sesuai dengan perubahan spiritual maka lansia lebih dapat menerima diri apa adanya dan mengisi hari tuanya dengan pendekatan diri pada Tuhan. Lansia merasakan dirinya sudah sejahtera, keberadaan keluarga didekatnya membuat lansia merasa tenang dan tidak khawatir akan hidupnya. Dukungan keluarga kepada lansia dapat membantu meningkatkan kualitas hidup lansia agar lansia dapat hidup lebih tenang dan damai.

Konflik diantara anggota keluarga dapat terjadi karena tidak semua anggota keluarga mau merawat lansia. Untuk itu diperlukan adanya seorang pendamping (*caregiver*) yang dapat merawat lansia dengan baik untuk mengurangi depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Pemberian Psikoedukasi Keluarga dimaksudkan agar anggota keluarga memahami perubahan yang terjadi dan masalah yang dialami lansia. Pemberdayaan anggota keluarga dalam merawat lansia diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. Dapat disimpulkan bahwa dengan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga maka kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan.

6.4 Karakteristik lansia yang berhubungan terhadap penurunan kondisi depresi dan peningkatan kualitas hidup pada lansia

Karakteristik lansia yang diteliti dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja, dan penyakit fisik yang dialami. Variabel lainnya adalah kondisi depresi sebelum intervensi, dan kualitas hidup lansia sebelum intervensi.

6.4.1 Usia

Rata-rata usia lansia dalam penelitian ini adalah 67.82 tahun. Hasil penelitian tidak menunjukkan bahwa variabel ini dapat memperbaiki atau menurunkan kondisi depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia.

6.4.2 Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan proporsi terbesar adalah perempuan. Jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap penurunan kondisi depresi maupun kualitas hidup lansia. Nita (2008), menyatakan bahwa wanita cenderung mengalami depresi dua kali lebih banyak dibandingkan dengan pria.

6.4.3 Status perkawinan

Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan antara status perkawinan dengan penurunan kondisi depresi maupun peningkatan kualitas hidup lansia. Dalam penelitian ini terlihat lebih banyak lansia yang masih memiliki pasangan hidup. Sesuai dengan pernyataan Mohr (2006) bahwa sebagian lansia yang tinggal di masyarakat masih memiliki pasangan sehingga setiap permasalahan yang dihadapi dapat dibicarakan dengan pasangannya, hal ini tidak mempengaruhi kondisi depresi dan kualitas hidup lansia.

6.4.4 Penghasilan

Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan antara penghasilan dengan penurunan kondisi depresi maupun peningkatan kualitas hidup lansia. Hal ini tidak sesuai dengan Duvall dan Miller (1985, dalam Friedman, 2010), tahap akhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiunya salah satu atau kedua pasangan, yang berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan. Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa penganiayaan pada lansia dapat berupa penganiayaan fisik,

seksual penganiayaan psikologis, pengabaian, eksploitasi finansial, dan penolakan terapi medis yang adekuat.

Dapat disimpulkan bahwa lansia yang tidak penghasilan atau sudah pensiun akan mengalami kesedihan karena tidak dapat memenuhi kebutuhan hidupnya, namun karena lansia tinggal bersama dengan keluarga maka kebutuhan akan biaya hidup yang diperlukan dapat diatasi oleh keluarga sehingga variabel ini tidak berpengaruh terhadap depresi maupun kualitas hidup lansia.

6.4.5 Pengalaman kerja

Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan antara pengalaman kerja dengan penurunan kondisi depresi maupun peningkatan kualitas hidup lansia. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Blazer (1993, dalam Miller, 2004) bahwa salah satu penyebab terjadinya depresi adalah kehilangan pekerjaan. Kemungkinan ini bisa terjadi karena responden dalam penelitian ini lebih banyak perempuan yang memang sejak masa remaja tidak sempat bekerja karena menikah diusia muda.

6.4.6 Penyakit yang dialami

Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan antara penyakit yang dialami dengan penurunan kondisi depresi maupun peningkatan kualitas hidup lansia.

Teori yang terkait dengan perubahan pada sistem tubuh adalah teori *error* yaitu akumulasi kesalahan sintesis dalam tingkatan DNA dan RNA, teori *pakai dan buang* yaitu kelelahan sel karena penggunaan dan trauma, dan teori *penuaan terprogram* dimana suatu sel terlahir dengan kemampuan untuk melakukan duplikasi dengan jumlah tertentu dan selanjutnya akan mati. (Taffet & Lakata, 2003 dalam Ebersole, 2010; Kementerian Kesehatan RI, 2010). Proses menua

yang berkaitan dengan sistem tubuh dapat menimbulkan berbagai masalah pada kesehatan fisik. Tidak adanya hubungan antara penyakit yang dialami dengan kondisi depresi dan kualitas hidup dapat disebabkan karena lebih banyak lansia yang tidak mengalami penyakit.

Untuk melihat hubungan antara karakteristik lansia dengan kondisi depresi post maka variabel depresi pre, terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Demikian juga untuk melihat kualitas hidup post maka kualitas hidup pre, terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedua variabel tersebut mempunyai hubungan yang kuat baik terhadap depresi post dan kualitas hidup post setelah diberi terapi.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan suatu penelitian merupakan suatu risiko terhadap kelemahan penelitian. Pada penelitian ini terdapat beberapa hal yang dirasakan yaitu :

6.5.1 Waktu Pelaksanaan

Pengisian lembar kuesioner B dan kuesioner C memerlukan waktu yang cukup lama karena lansia perlu memahami setiap pertanyaan. Pada waktu pengisian kuesioner, peneliti bersama kader kesehatan jiwa mendampingi lansia.

6.5.2 Proses Pelaksanaan

Kendala yang ditemui peneliti ketika melaksanakan terapi adalah faktor bahasa yaitu penggunaan bahasa Sunda. Kendala dapat diatasi dengan cara meminta bantuan pada kader kesehatan yang mendampingi selama proses kegiatan berlangsung untuk menterjemahkan bahasa tersebut agar mudah dimengerti.

6.6 Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian pada pelayanan keperawatan, keilmuan dan pendidikan keperawatan serta kepentingan penelitian adalah :

6.6.1 Pelayanan keperawatan

Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dapat digunakan sebagai salah satu terapi keperawatan jiwa untuk menurunkan kondisi depresi dan meningkatkan kualitas hidup pada lansia, di berbagai wahana praktik yang termasuk lingkup psikososial. Terapi ini dapat baik secara individu maupun kelompok.

6.6.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Walaupun hasil penelitian tidak menunjukkan tingkat kebermaknaan yang tinggi namun terapi ini dapat dipergunakan sebagai salah satu intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada lansia dengan masalah psikososial.

6.6.3 Kepentingan Penelitian

Penelitian tentang terapi *Reminiscence* pada lansia telah dilakukan di wahana panti wredha dan komunitas. Untuk penelitian selanjutnya dapat dilakukan pada klien dengan demensia atau klien dengan ansietas. Pelaksanaan terapi dapat dikombinasikan dengan terapi keperawatan lainnya seperti pada pasien demensia maka pemberian terapi *Reminiscence* dapat dikombinasi dengan terapi kognitif dan perilaku. Penelitian kualitatif juga diperlukan guna meneliti lebih mendalam tentang pengaruh terapi *Reminiscence* terhadap peningkatan kualitas hidup lansia di masyarakat.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan dan saran-saran yang dapat peneliti sampaikan berdasarkan hasil penelitian adalah :

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik lansia rata-rata berusia 67.82 tahun dengan umur temuda 60 tahun dan tertua 80 tahun. Jenis kelamin paling banyak adalah perempuan (81.9%). Kawin (52.8%), tidak memiliki penghasilan (62.5%), tidak pernah bekerja (65.3%) dan tidak mengalami sakit fisik (56.95%), depresi pre pada kelompok intervensi 14.92, sedangkan pada kelompok kontrol 15.44, dan kualitas hidup pre pada kelompok intervensi 14.58, sedangkan pada kelompok kontrol 10.75.
- 7.1.2 Penurunan kondisi depresi pada kelompok yang diberi terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebesar 4.14 point (27.7%), dan peningkatan kualitas hidup sebesar 0,89 point (6.1%).
- 7.1.3 Penurunan kondisi depresi pada kelompok yang hanya diberi Psikoedukasi Keluarga sebesar 3.69 point (23.8%) dan peningkatan kualitas hidup sebesar 0,83 point (7.7%).
- 7.1.4 Diketahui pengaruh yang kuat kondisi depresi pre bersama dengan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga untuk menurunkan depresi setelah diberi intervensi sebesar 0.662 dan meningkatkan kualitas hidup lansia setelah diberi intervensi sebesar 2.880.
- 7.1.5 Tidak ada pengaruh karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja, dan penyakit yang dialami dengan penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia.

7.2 Saran-saran

Saran-saran yang dapat peneliti sampaikan berdasarkan hasil temuan pada penelitian adalah sebagai berikut :

7.2.1 Aplikasi Keperawatan

- a. Dinas Kesehatan Kota Bogor melalui Puskesmas kelurahan Katulampa dapat melanjutkan kegiatan keperawatan kesehatan jiwa khususnya pelayanan psikososial bagi lansia dalam menangani kondisi depresi maupun diagnosa keperawatan lainnya dengan memberikan tindakan keperawatan tingkat dasar (generalis) maupun tindakan keperawatan tingkat spesialis. Memfasilitasi tenaga keperawatan untuk meningkatkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi seperti lulusan D III Keperawatan dapat melanjutkan pendidikan ke S1 Keperawatan, lulusan S1 Keperawatan dapat melanjutkan pendidikan ke S2 Keperawatan spesialis keperawatan jiwa.
- b. Bagi perawat spesialis jiwa terbuka kesempatan yang cukup besar untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa lansia di komunitas baik secara individu maupun kelompok melalui penerapan salah satu terapi keperawatan maupun kombinasi beberapa terapi keperawatan.
- c. Pemberi pelayanan keperawatan jiwa lansia melalui program CMHN dapat melibatkan anggota keluarga lansia secara aktif untuk membantu memelihara kondisi psikososial lansia yang hidup bersama dengan keluarganya.
- d. Terapi *Reminiscence* dapat digunakan untuk menurunkan kondisi depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Terapi ini dapat diberikan secara individu maupun kelompok.

7.2.2 Pengembangan Keilmuan

- a. Institusi pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menjadikan terapi *Reminiscence* sebagai salah satu kompetensi yang dikuasai mahasiswa spesialis keperawatan jiwa dalam kegiatan praktik di wahana keperawatan jiwa.

7.2.3 Penelitian berikutnya

- a. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk melihat efektifitas terapi *Reminiscence* dan dukungan keluarga dalam menurunkan kondisi depresi lansia serta efektifitas terapi tersebut dalam meningkatkan kualitas hidup lansia baik bagi lansia yang tinggal bersama keluarga maupun lansia yang tinggal di panti.
- b. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk melihat karakteristik *caregiver* yang dapat mempengaruhi penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia baik pada lansia yang tinggal bersama keluarga maupun lansia yang hidup di panti.
- c. Perlu dilakukan peninjauan kembali konten yang ada pada modul terapi *Reminiscence* untuk menurunkan depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia dan jumlah pertemuan pada tiap sesi.
- d. Perlu dilakukan penelitian-penelitian lebih lanjut mengenai Psikoedukasi Keluarga dalam kaitannya dengan masalah psikososial pada lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I. (1998). *Besar sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta : FKM-UI. (tidak dipublikasikan).
- Asosiasi Kesehatan Jiwa dan Anak dan Remaja Indonesia. (2010). *Kumpulan makalah Seminar Nasional Masalah Emosional Pada Anak dan Remaja*. Jakarta.
- Ayuningsih. (2010). *Psikologi Perkembangan Anak*. Pustaka Larasati. Jakarta.
- Bidang Data Peserta Didik, PTK, Pusat Data Statistik Pendidikan KEMDIKNAS (2011). *Data Pokok Pendidikan Wilayah Dinas Pendidikan Kota Depok Periode 2010 / 2011*.
<http://depok.dapodik.org/rekap.php?data=&ref=siswa&tipe=2&limit=200&hal>
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Dahlan, D. (2009). *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. Bandung PT Remaja Rosdakarya.
- Depkes RI. (2006). *Stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar*. Jakarta.
- Depkes. (2003). *Buku pedoman kesehatan jiwa*. Jakarta : Depkes.
- Feist, J and Feist,J.G. (2008). *Theories of Personality* (6th ed). The McGraw Hill Companies, Inc., 1221 Aveneu of the Americas, New York.
- Fortinash, K.M. and Holoday, P.A. (2004). *Psychiatric mental health nursing. Third edition,,* St. Louis Missouri: Mosby – Year Book Inc.
- Friedman.W.M, Vicky R. B & Elaine G.J (2010). *Keperawatan Keluarga Riset, Teori Dan Praktik*. EGC. Jakarta.
- Hamid. (2009). *Bunga Rampai. Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta: EGC.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Hidayat,A.A.(2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*.Salemba Medika.Jakarta

- Hurlock, E.B. (2004). *Psikologi Perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan (edisi kelima.)*. Penerbit Erlangga. Jakarta.
- Indragiri,A.(2010). *Kecerdasan Optimal Cara Ampuh Memaksimalkan Kecerdasan Anak*. Star Books. Jogjakarta.
- Kaplan, H.L., and Saddock, B. J. (1995). *Comprehensive text book of psychiatry*. (Vol. 1. 6th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H.L., Saddock, B.J., and Grebb, S.A. (1996). *Synopsis of psychiatry behavioural sciences clinical psychiatry*. (7th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kekhususan Keperawatan Jiwa FIK UI. (2009). *Draft terapi spesialis keperawatn jiwa yang telah diriset*. Jakarta: FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Keliat dan Akemat. (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*. Jakarta: EGC.
- Keliat.B.A, Helena.N, Farida.P. (2011). *Manajemen keperawatan Psikososial & Kader Kesehatan Jiwa*. EGC. Jakarta.
- Keliat.B.A, Panjaitan.R.U, Riasmini,M. (2010). *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga*.EGC.Jakarta.
- Kneisl, C.R. dkk.(2004). *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Lemeshow, Hosmer, Klar and Lwanga, (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta. UGM Press.
- Mahfuzh,J.M.(2009). *Psikologi Anak dan Remaja Muslim*. Pustaka Al-Kautsar. Jakarta.
- Mohr.WK, (2006). *Psychiatric mental health nursing (6 th edition)*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Notoatmojo, S.(2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuryantinoviana, (2010). *Gambaran Kesehatan Jiwa Anak Dan remaja*.
<http://nuryantinoviana.wordpress.com/2010/04/24>. Diakses pada tanggal 25 Februari 2010.

- Papalia, Olds and Feldman (2009). *Human Development* (10th ed). The McGraw Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York.
- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing : concept, process, and practice*, Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Rumini dan Sundari. (2004). *Perkembangan Anak dan Remaja*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Salaby R.M, (1994). *Masalah Anak Dan Penanggulangannya*. Pustaka Widayarsana. Medan.
- Sarwono, J. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif*. Graha Ilmu. Jogjakarta.
- Saryono. (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Mitra Cendekia. Jogjakarta.
- Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (2th ed), Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Shives, L.R. (1998). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (4th ed), Philadelphia: Lippincott.
- Sjarkawi. (2006). *Pembentukan Kepribadian Anak*. Bumi Aksara. Jambi.
- Soetjipto & Kosasi, R. (2002). *Profesi Keguruan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Stuart, G.W and Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby.
- Sugiono, (2009). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & B*. Alfabeta: Bandung.
- Sundeen, J. (2005). *Psychiatric rehabilitation and recovery*, dalam Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed), (hlm. 239 - 255). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Tim Pembina UKS Pusat UKS. *Pedoman Pembinaan dan pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*. (2007). Jakarta.
- Tohirin. (2008). *Psikologi Pembelajaran Pendidikan Agama Islam*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Trihadi, Keliat dan Hastono. (2009). *Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Memberikan Stimulasi Perkembangan Dini Usia Kanak - Kanak Di Kelurahan Bubulak Kota Bogor Tahun 2009*. Tidak di publikasikan.

Undang-undang No 14 Tahun 2005. *Himpunan Perundang-undangan Republik Indonesia*. Nuansa Alam. Bandung.

Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Widi,R.K.(2009). *Asas Metodologi Penelitian*. Graha Ilmu. Surabaya.

Wong, D.L. et.el (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. EGC. Jakarta.

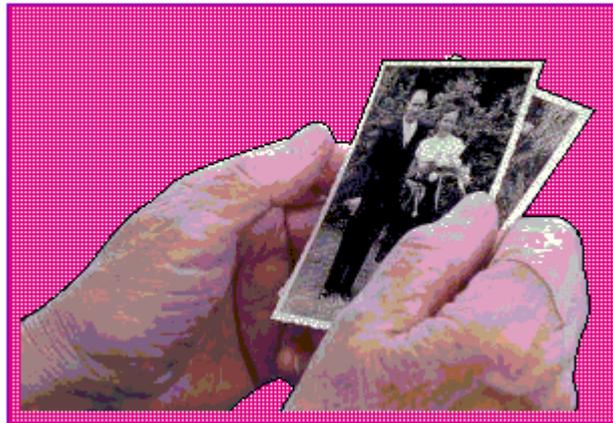
Yusuf, S. (2009). *Psikologi Perkembangan anak dan remaja*. Bandung PT Remaja

Zahra,S.(2009). *Membimbing Spiritual Anak*. Darul Hikmah. Jogjakarta.



BUKU KERJA

TERAPI REMINISCENCE/KENANGAN



TIM PENYUSUN :

Ns. Endang Banon, S.Kep

Dr . Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011

BUKU KERJA
TERAPI REMINISCENCE/KENANGAN

NAMA LANSIA :
ALAMAT :
KELOMPOK :

UNIVERSITAS INDONESIA

BUKU KERJA

PSIKOEDUKASI KELUARGA

DALAM MERAHWAT LANSIA DEPRESI



TIM PENYUSUN :

Ns. Endang Banon, S.Kep

Ns. Fathra Annis Nauli, S.Kep

Dr . Budi Anna Keliat ,S.Kp.,M.APP.Sc

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011

BUKU KERJA CAREGIVER
PSIKOEDUKASI KELUARGA
DALAM MERAWAT LANSIA DEPRESI

NAMA CAREGIVER :

NAMA LANSIA :

ALAMAT :

KELOMPOK :

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011

KATA PENGANTAR

Keluarga merupakan unit terdekat bagi lansia yang dapat merawat dan melayani kebutuhan-kebutuhan lansia. Untuk dapat merawat lansia dengan baik, diperlukan pengetahuan keluarga tentang perubahan-perubahan dan masalah yang terjadi pada lansia. Kondisi depresi yang terjadi pada lansia akan mempengaruhi hubungan antar anggota keluarga. Oleh karena itu, diperlukan adanya pengertian diantara anggota keluarga agar masalah keluarga yang timbul akibat merawat lansia dengan depresi dapat diatasi dengan baik. Keluarga hendaknya sepakat untuk menunjuk seorang anggota keluarga (*caregiver*) dalam merawat lansia secara khusus, sekaligus memahami masalah yang dapat timbul pada diri *caregiver* akibat merawat lansia dengan depresi dalam waktu yang lama. Selain itu, diperlukan juga adanya keterlibatan anggota keluarga yang lain dalam merawat lansia dan pemberdayaan komunitas ketika lansia memerlukan perawatan lebih lanjut.

Buku kerja ini adalah buku penyerta modul psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia dengan depresi yang diperuntukkan bagi *caregiver* (pengasuh) lansia tersebut. Buku kerja ini terdiri dari 4 (empat) bagian sesuai dengan 4 sesi pertemuan pada modul psikoedukasi keluarga. Untuk tiap-tiap bagian, berisi informasi kegiatan dari masing - masing sesi yang akan dilakukan *caregiver* dalam kegiatan psikoedukasi keluarga. *Caregiver* diharapkan dapat menuliskan tindakan apa yang dilakukan terkait dengan kegiatan psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia dengan depresi.

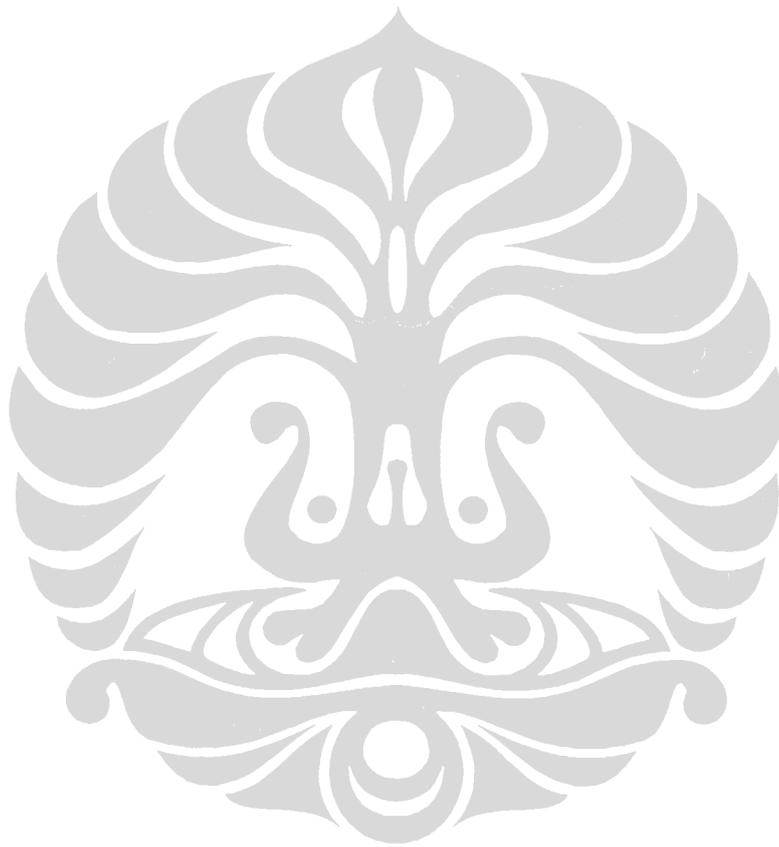
Buku kerja ini merupakan pegangan bagi *caregiver* selama merawat lansia. Hal-hal yang terjadi pada diri lansia maupun diri *caregiver* hendaknya tercatat dengan baik dalam buku ini agar perkembangan kondisi kesehatan khususnya kesehatan jiwa lansia dan kesehatan *caregiver* dapat terpantau. Dalam buku ini, terdapat tindakan-tindakan yang dapat

dipelajari *caregiver* untuk membantunya dalam mengatasi stres yang dialami dalam merawat lansia yang mengalami depresi.

Di akhir kegiatan, diharapkan dapat terbentuk kelompok suportif yang dapat menjadi wadah untuk *caregiver* dalam berbagi pengalaman/informasi dalam merawat lansia.

Depok, April 2011

Tim Penyusun



DAFTAR ISI

Halaman

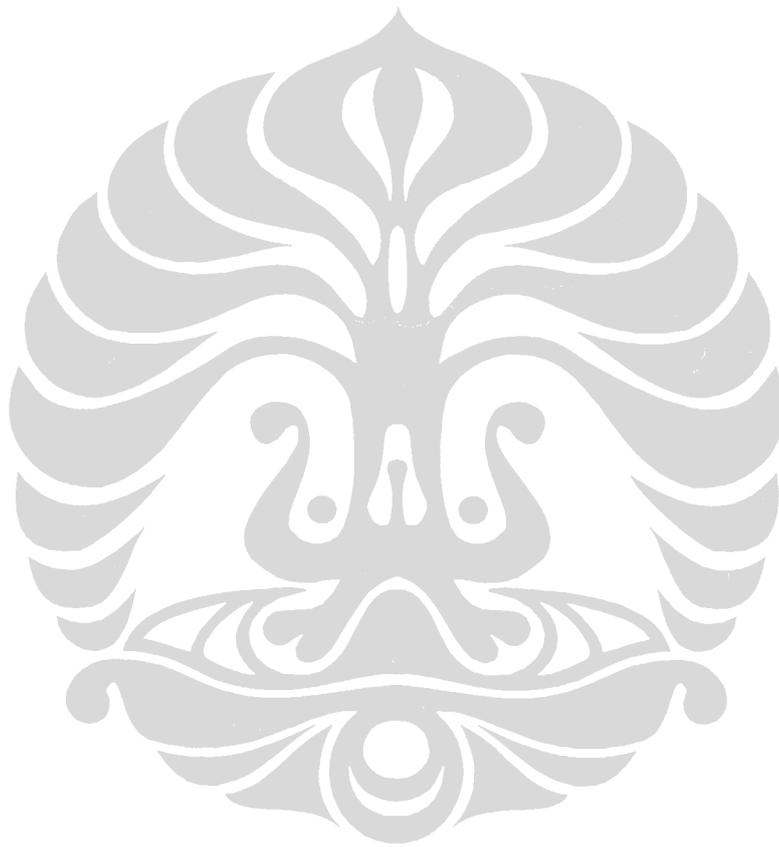
Halaman Judul	1
Kata Pengantar	3
Daftar isi	4
Pelaksanaan Kegiatan Psikoedukasi Keluarga	
Evaluasi Sesi 1	5
Evaluasi Sesi 2 pertemuan 1	17
Evaluasi Sesi 2 pertemuan 2	24
Evaluasi Sesi 3 pertemuan 1	31
Evaluasi Sesi 3 pertemuan 2	37
Evaluasi Sesi 4	43



SESI 1 : Perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat perubahan tersebut serta masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh)

Tujuan: *Caregiver* mampu mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat dari perubahan tersebut.

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :



1. Mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat dari

Perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia:

Proses perubahan yang terjadi pada lanjut usia merupakan proses alamiah/ normal sesuai dengan peningkatan usia seseorang dalam bentuk penuaan. Proses menua dialami oleh individu yang telah mencapai usia lanjut (lansia). Pada proses menua ini akan terjadi perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia antara lain:

- **Perubahan Fisik/ tubuh:** fungsi penglihatan berkurang, fungsi pendengaran berkurang, mudah lupa, fungsi penciuman dan perasa berkurang, sensitive/ peka terhadap suhu udara, mudah lelah/ capek, mudah terserang penyakit, gigi mulai ompong, rambut berubah dan menipis (rontok), kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit, gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan), badan mulai kurus atau gemuk, mudah terserang penyakit, lemah, cepat terasa lelah/ capek, waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur, mengompol, susah buang air besar, dan lain – lain.
- **Perubahan psikologis/ kejiwaan:** berupa perubahan pada kemampuan berpikir dan emosi misalnya penurunan kemampuan mengingat, kemampuan belajar, berpikir, menyelesaikan masalah, daya kreativitas, perubahan kepribadian, mudah tersinggung, lebih cepat sedih, perubahan perilaku seperti kanak – kanak, mudah cemas, mudah marah, mudah curiga, ingin tetap diakui di masyarakat, pikun, mudah lupa dan lain – lain.
- **Perubahan sosial:** kehilangan pekerjaan, pendapatan berkurang, kehilangan status/ jabatan, kehilangan teman/ kenalan, kehilangan pekerjaan/ kegiatan, kehilangan pasangan hidup serta lebih memilih untuk bergaul dengan seusia

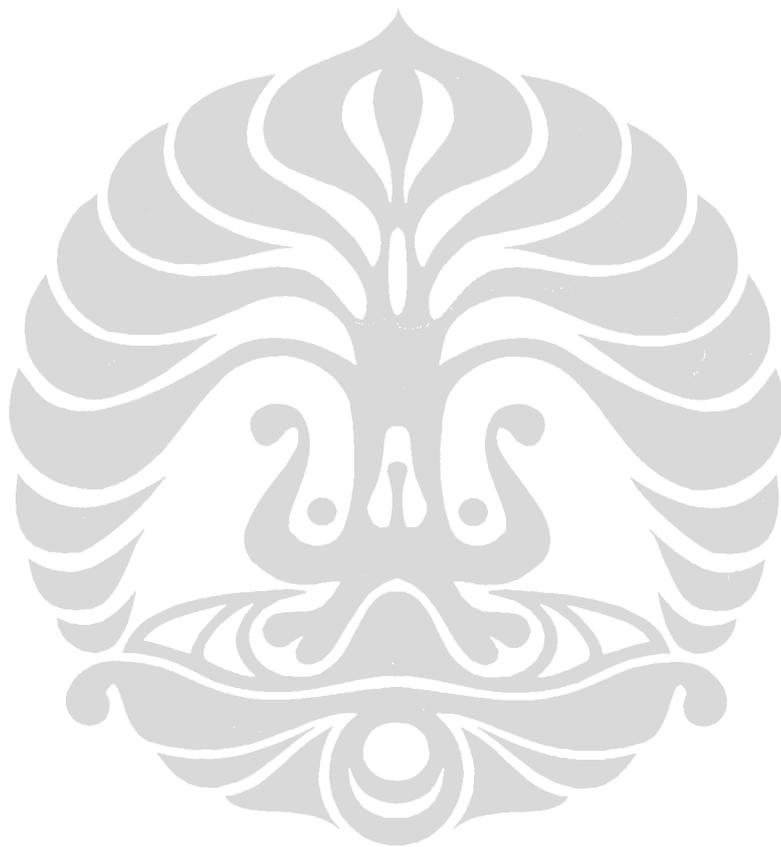
perubahan tersebut

- **Perubahan sosial:** kehilangan pekerjaan, pendapatan berkurang, kehilangan status/ jabatan, kehilangan teman/ kenalan, kehilangan pekerjaan/ kegiatan, kehilangan pasangan hidup serta lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia.
- **Perubahan tingkat spiritual/ Keagamaan:** semakin giat beribadah, suka mengikuti kegiatan keagamaan, lebih mendekatkan diri pada Tuhan dan menolong sesama manusia.

Perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia yaitu perubahan biologis/ fisik, psikologis, sosial ekonomi dan spiritual akan menjadi suatu pemicu masalah jika lansia tidak mampu untuk beradaptasi terhadap perubahan yang dialaminya sehingga tidak tercapai kekuatan (integritas) hati yang utuh dan makna dari kehidupan lansia tersebut.

Adapun masalah akibat dari perubahan yang terjadi pada lansia:

- Depresi ditandai dengan penurunan harga diri, tidak berdaya, mudah putus asa, menarik diri, gangguan tidur (lebih sering tidur atau bahkan susah tidur), menurunnya nafsu makan, berat badan menurun, menurunnya keinginan dan motivasi dalam melakukan kegiatan, mudah merasa letih dan sakit. kehilangan rasa percaya diri, perasaan yang sangat sensitif, mudah tersinggung, mudah marah, curiga pada orang lain, mudah sedih dan lebih suka menyendiri, merasa diri tidak berguna. perasaan bersalah, perasaan terbebani, serta tidak memiliki tujuan hidup.
- Harga diri rendah ditandai dengan perasaan terhadap diri yang negatif, tidak berdaya, tidak ada harapan, lemah, penurunan kegiatan sehari – hari, merasa diri tidak berharga, merasa bersalah, tidak mau mencoba hal baru, tidak percaya diri.
- Ketidakberdayaan: merasa lemah, menurunnya aktivitas, tidak mampu membuat keputusan, tidak mau mencari informasi (pasrah), mudah marah, perasaan tidak berguna, merasa bersalah serta tidak mau interaksi dengan orang lain.



- Ketidakberdayaan: merasa lemah, menurunnya aktivitas, tidak mampu membuat keputusan, tidak mau mencari informasi (pasrah), mudah marah, perasaan tidak berguna, merasa bersalah serta tidak mau interaksi dengan orang lain.
- Keputusasaan: gangguan fisik berupa gangguan tidur, tidak nafsu makan, mudah lelah, merasa sedih, merasa bersalah, merasa tidak berharga, kurang inisiatif serta tidak mau berinteraksi dengan orang lain, kecenderungan mengakhiri kehidupan.
- Menarik diri (isolasi sosial): menurunnya/menolak untuk melakukan aktivitas, tidak memiliki tujuan hidup, merasa bersalah, kurang inisiatif, ingin selalu sendiri, tidak mau berinteraksi serta menolak untuk melakukan komunikasi dengan orang lain

SETELAH

MENDENGAR DAN MEMBACA PENJELASAN DIATAS, SEKARANG MARILAH KITA MELIHAT KONDISI PADA ANGGOTA KELUARGA KITA YAITU LANSIA, KEMUDIAN BERI TANDA CHECKLIST (V) SESUAI DENGAN KONDISI YANG DIALAMI LANSIA TERSEBUT.

PERUBAHAN – PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANSIA

1.1 PERUBAHAN FISIK/TUBUH

NO	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa, peraba)						
2	Mudah lupa						
3	Mudah lelah/ capek,						
4	Mudah terserang penyakit						
5	Gigi mulai ompong						
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)						
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit						
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)						

9	Badan mulai kurus atau gemuk								
10	Mudah terserang penyakit								
NO	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL							
11	lemah, cepat terasa lelah/ capek								
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur, Mengompol atau susah buang air								
13									

Catatan:

checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan - perubahan fisik/ tubuh yang dialami

1.2 PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN

NO	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/ KEJIWAAN YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
	Perubahan pada kemampuan berpikir						
1	Daya ingat (pelupa)						
2	Belajar						
3	Mengambil keputusan						
4	Menyelesaikan masalah						
5	Daya kreatifitas						
	Perubahan emosi/ perasaan						
6	Marah						
7	Tersinggung						
8	Curiga						
9	Sedih						
10	Cemas						
11	Takut						
	Perubahan Perilaku						
12	Seperti anak – anak lagi						
13	Ingin diperhatikan						
14	Ingin diakui						
15							

--	--	--	--	--	--	--	--

**Catatan: checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan -
 perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami**

3 PERUBAHAN SOSIAL/PERGAULAN

NO	PERUBAHAN SOSIAL/PERGAULAN YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
1	Kehilangan pekerjaan						
2	Pendapatan berkurang						
3	Kehilangan teman/ kenalan/ pasangan hidup						
4	Lebih memilih bergaul dengan seusia lansia						
5							

Catatan: checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan - perubahan sosial/pergaulan yang dialami

1.4 PERUBAHAN SPIRITUAL/KEAGAMAAN

NO	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
1	Giat beribadah						
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/pengajian						
3	Suka menolong						
4	Suka menasehati						
5							

Catatan: checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan - perubahan spiritual/keagamaan yang dialami

SETELAH MENGETAHUI PERUBAHAN – PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANSIA KARENA PROSES MENUA, SEKARANG SILAHKAN CHECKLIST MASALAH – MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI TERSEBUT

2. MASALAH YANG TERLIHAT PADA LANSIA AKIBAT PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANSIA TERSEBUT

NO	MASALAH YANG TERLIHAT PADA LANSIA AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA	CHECKLIST (V)					
1	Penurunan harga diri (malu/minder)						
2	Tidak berdaya						
3	Putus asa						
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)						
5	Malas						
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan						
7	Berat badan menurun						
8	Menurunnya keinginan						
9	Tidak bersemangat						
10	Kehilangan rasa percaya diri						
11	Perasaan tidak berguna						
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan						
13	Tidak memiliki tujuan hidup						
14	Tidak puas dengan kehidupan						
15	Merasa bosan						
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan						
17	Perasaan terhadap diri yang negatif						
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele						
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain						
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri						
21	Tidak ada harapan dalam hidup,						
22	Selalu dihantui perasaan bersalah						
23	Tidak mau mencoba hal baru						

24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

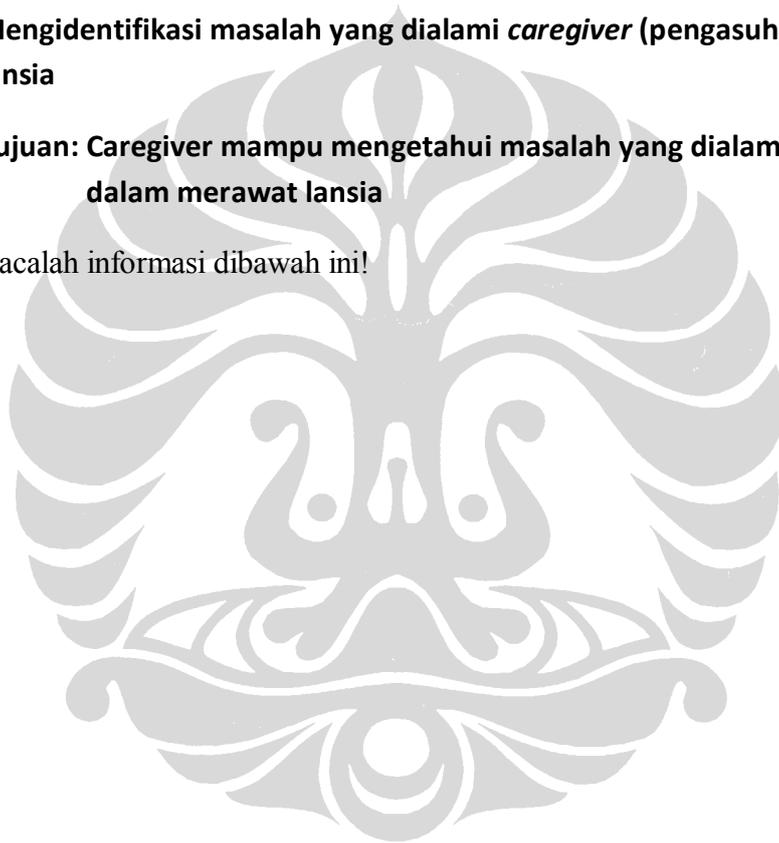
Catatan: Checklist dan tuliskan lagi jika menemukan masalah yang terlihat pada lansia akibat perubahan yang dialami lansia

NO	TANGGAL	MASALAH YANG TERLIHAT PADA LANSIA AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA

3. Mengidentifikasi masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh) dalam merawat lansia

Tujuan: Caregiver mampu mengetahui masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh) dalam merawat lansia

Bacalah informasi dibawah ini!



Keluarga merupakan komunitas kecil yang terdekat bagi lansia dan sumber pendukung utama dalam memberikan perawatan terhadap lansia yang tinggal di rumah. Peran keluarga sangat penting bagi lansia yang mengalami masalah kesehatan jiwa khususnya depresi. Kondisi ini dapat memicu timbulnya masalah pada keluarga karena keluarga tidak/kurang mengetahui atau memahami tentang kebutuhan/apa yang diinginkan lansia tersebut

Peran keluarga dalam merawat lansia dengan menjadi penting karena dapat mempengaruhi pola hubungan dalam keluarga dan cara keluarga bersikap terhadap lingkungan. Adanya lansia yang mengalami depresi secara tidak langsung akan menimbulkan konflik dan masalah internal di dalam keluarga baik secara fisik, mental dan finansial. Secara fisik keluarga (*caregiver*) mengalami kelelahan dalam merawat lansia, dan *caregiver* (pengasuh) bisa menjadi sakit. Secara mental (perasaan) *caregiver* akan merasa bosan, jenuh, stress, cemas karena terus memikirkan kondisi lansia yang dirawatnya, juga dapat menimbulkan masalah bagi *caregiver* (pengasuh) sendiri akibat merawat lansia dengan depresi.

Pada *Caregiver* yang merawat lansia dengan depresi akan terjadi perubahan yang dapat mempengaruhi fungsi keluarga dalam menjalani kehidupan berkeluarga terutama fungsi afektif dan fungsi perawatan kesehatan. Pada sesi ini *Caregiver* dapat mengidentifikasi masalah yang dirasakan *Caregiver* dalam merawat lansia

Tanpa disadari merawat usia lanjut dapat membuat *caregiver* sangat lelah, stres, kecemasan, tegang, bosan, sedih menurunkan kualitas pelayanan & beresiko terjadi *elder abuse* (Widyastuti dan Yunira, 2011). Perasaan ini bisa diekspresikan dalam sikap tidak sabar, frustrasi, tidak ramah, depresi, marah, bimbang, cemas, rasa bersalah, khawatir atau apatis (Seaward dkk, 2004 dalam Rochmawati, 2009). Perasaan ini akan memberikan dampak pada *caregiver* dalam memberikan perawatan kepada lansia serta hubungan *caregiver* dengan keluarga yang lainnya. Apabila tidak dicegah atau diatasi sebelumnya akan mengakibatkan munculnya masalah lain seperti gangguan fisik, emosi dan gangguan perilaku sampai dengan depresi bagi *caregiver*. Tanda dan gejala dari *caregiver* yang dapat berupa keluhan fisik yang tampak pada *caregiver* yang mengalami ansietas (kecemasan) bisa berupa sakit kepala, kelelahan, sakit maag, pusing, sesak nafas, susah tidur, gemetar, tidak mampu berkonsentrasi selain keluhan fisik terhadap emosi juga tampak seperti perasaan sedih, marah, kesal, kecewa, cemas, takut dan lain – lain sehingga perilaku yang ditunjukkan bisa berupa menangis, menyakiti diri sendiri, orang lain atau lingkungan, penurunan aktivitas dalam melakukan kegiatan sehari – hari.



UNTUK ITU, SEKARANG MARILAH KITA MELIHAT KE DIRI KITA TENTANG:

1. Masalah *caregiver* (Pengasuh) dalam merawat lansia

Catat semua masalah tersebut dalam format di bawah ini :

Masalah yang dialami *caregiver* (Pengasuh) dalam merawat lansia

Tanggal	No	Masalah yang dialami <i>caregiver</i> (pengasuh)

Catatan: Tuliskan lagi jika menemukan masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh) sendiri dalam merawat lansia

SESI 2 (Pertemuan Pertama)

Cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

1. Perawatan lansia dengan depresi, harga diri rendah dan Keputusasaan

Depresi

Depresi adalah suatu keadaan kesedihan atau keputusasaan yang sering terlihat dan dapat mempengaruhi aktifitas dan kualitas hidup seseorang. Depresi juga dapat dikatakan gangguan kesedihan atau kurangnya minat dalam aktivitas tanda gejala dari depresi tampak pada perubahan berat badan, gangguan tidur, lemas, kurang konsentrasi, murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya. Selain itu depresi merupakan keadaan kondisi umum yang terjadi pada lansia dan alasan terjadinya biasanya karena kondisi sosialekonomi, kejadian buruk atau trauma dan masalah penyakit fisik pada lansia.

Harga diri rendah

Harga diri adalah perasaan seseorang tentang dirinya yang tidak sesuai dengan kondisi yang diharapkan seseorang tersebut sehingga seseorang tersebut akan menganggap dirinya tidak memiliki kelebihan atas kemampuannya, selalu berfikir orang lain lebih baik dari dirinya serta menganggap dirinya negative (berpikir yang buruk tentang dirinya). Perilaku harga diri rendah pada lansia terlihat pada perasaan tidak mampu, tidak mengakui akan kelebihannya, merasa tidak mampu melakukan padahal seseorang tersebut mampu, tidak percaya diri, selalu mengkritik/ menjelek - jelekkan diri sendiri, berprasangka buruk pada dirinya, penurunan kegiatan sehari - hari, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, tidak mau bergaul karena merasa orang lain lebih baik daripada dirinya.

3. Keputusasaan

Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan

Keputusasaan

Keputusasaan merupakan keadaan perasaan seseorang yang melihat keterbatasan atau tidak ada pilihan sehingga seseorang tersebut tidak dapat melakukan sesuatu dan tidak memiliki semangat yang dipengaruhi oleh perasaan seseorang tersebut. Lansia yang mengalami keputusasaan tampak selalu murung, tidak mau bicara atau sedikit berbicara, nafsu makan menurun, gangguan tidur, tidak mau melakukan atas keinginan sendiri serta menurunnya kegiatan yang biasa dilakukan sehari – hari.

Tindakan yang dapat diberikan keluarga pada lansia depresi, harga diri rendah dan keputusasaan bertujuan agar keluarga mampu merawat lansia di rumah. Adapun tahapan yang dapat diberikan keluarga dalam merawat lansia di rumah adalah mengajarkan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara berkomunikasi dengan lansia

Petunjuk :

Saudara sudah membaca dan mendapat penjelasan tentang pengertian depresi, harga diri rendah dan keputusasaan. Sekarang marilah kita demonstrasikan teknik komunikasi yang dapat kita lakukan dalam merawat lansia dengan menggunakan bahasa saudara sendiri

Contoh cara berkomunikasi dengan lansia depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan

- Merawat lansia dengan depresi

Tujuannya agar lansia mampu kembali ceria dan bersemangat serta membantu lansia mengoptimalkan kemampuannya.

“Sejak kapan bpk/ibu mengalami kesedihan dan kemurungan seperti ini? Apa yang menyebabkan kesedihan tersebut, coba ceritakan pada saya. Kegiatan apa saja yang bpk/ibu senangi? Bagaimana kalau kita pilih salah satu kegiatan yang bisa membuat bpk/ibu kembali senang. Bagus, ayo kita cari lagi kegiatan yang menyenangkan lainnya untuk kita lakukan besok”

- Merawat lansia dengan harga diri rendah

Tujuannya agar lansia kembali memiliki nilai positif pada dirinya dan membantu lansia mengoptimalkan kemampuannya.

“Coba kita diskusikan kemampuan positif apa yang bpk/ibu miliki pada masa-masa yang lalu. Bagaimana kalau kita sekarang melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang bpk/ibu miliki tersebut. Bapak/ibu mau melakukan kegiatan yang mana? Ayo sekarang kita coba. Bagus sekali, untuk besok kita akan lakukan kembali kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki lainnya. Bagaimana kalau kita buat jadwal kegiatan-kegiatan tersebut? Besok kita coba lagi ya”

- Merawat lansia dengan keputusasaan

Tujuannya agar lansia kembali memiliki kepercayaan dan kebanggaan pada dirinya dan membantu lansia mengoptimalkan kemampuannya.

“Apa yang menyebabkan bpk/ibu tampak tidak bersemangat dan putus asa? Mari kita diskusikan hal-hal yang bpk/ibu miliki untuk meningkatkan kembali kepercayaan dan kebanggaan diri. Coba ceritakan pengalaman masa lalu yang membuat bpk/ibu bangga karena dapat melakukannya dengan baik dan berprestasi. Bagus itu, Bagaimana kalau kita catat hal-hal yang membanggakan lainnya yang akan kita diskusikan untuk besok. ”



SETELAH MEMBACA DAN MENDENGAR PENJELASAN DARI PERAWAT, SEKARANG MARILAH KITA MENINGAT DAN MELIHAT KONDISI YANG TERJADI PADA KELUARGA KITA YAITU LANSIA.

1. CARA MERAWAT LANSIA YANG MENGALAMI DEPRESI, HARGA DIRI RENDAH DAN KEPUTUSASAAN

- a. Tanda dan gejala yang tampak pada diri lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah dan keputusasaan.

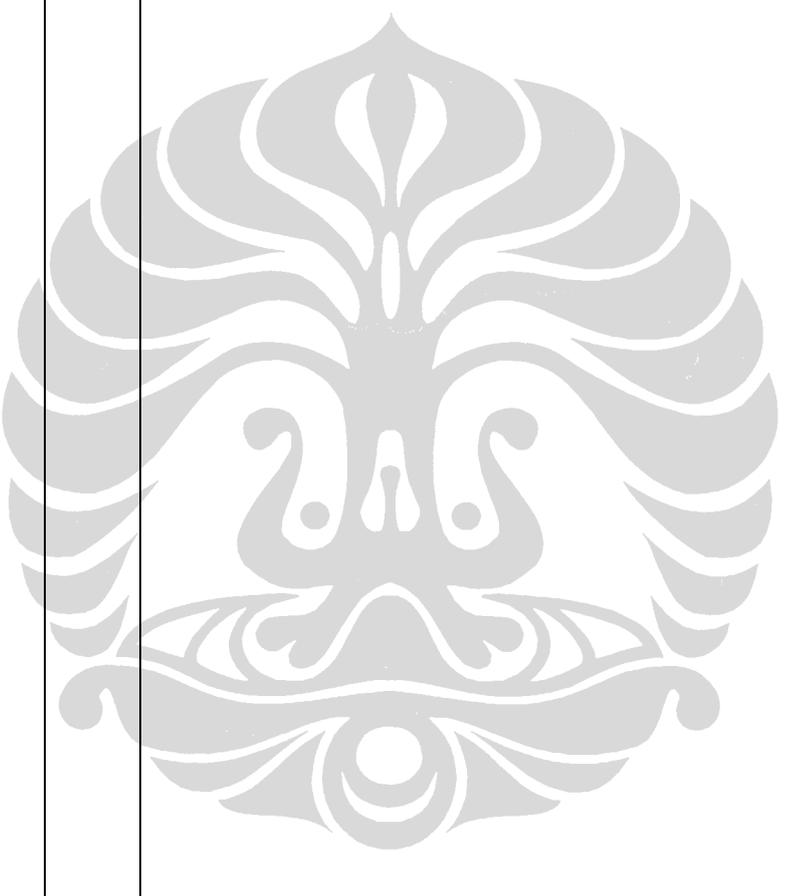
Catat semua tanda dan gejala yang terlihat pada lansia dalam format di bawah ini :

NO	TANDA DAN GEJALA	TANGGAL					
Depresi							
1	Barat badan menurun						
2	Gangguan tidur						
3	Kurang energi/tenaga						
4	Kurang konsentrasi						
5	Kehilangan semangat						
6	Sedih						
7	Lesu, lemah						
8	Tidak berdaya						
9	Cemas						
10	Pikiran kosong						
11	Perasaan negatif tentang diri						
12	Cenderung bunuh diri						
13	Mudah putus asa						
14	Kurang nafsu makan						
15	Mudah tersinggung						
16	Mudah marah						
17	Curiga pada orang lain						
Harga Diri Rendah							
1	Merasa tidak mampu						
2	Menolak kemampuan diri						
3	Minder/malu						
4	Perasaan negatif tentang tubuh						
5	Penurunan produktifitas						
6	Mengkritik diri sendiri						
7							

Keputusan		TANGGAL					
1	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki						
2	Perasaan kosong						
3	Pasif						
4	Menghindari pembicaraan						
5	Kehilangan inisiatif						
6	Penurunan kegiatan						
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Catatan untuk di rumah:

Tuliskan pada kotak di bawah ini jika menemukan tanda dan gejala lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah dan keputusan selain dari yang tertulis diatas.

Tanggal	No	Tanda dan gejala yang ditemukan
		

b. Cara Merawat Lansia depresi, harga diri rendah dan Keputusan

NO	CARA MERAWAT LANSIA YANG MENGALAMI DEPRESI, HARGA DIRI RENDAH DAN KEPUTUSASAAN	TANGGAL									
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi										
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah										
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusan										

SESI 2 (Pertemuan Kedua)

Cara merawat lansia depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

1. Perawatan lansia depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial

Ketidakberdayaan (*Powerlessness*)

Ketidakberdayaan (*Powerlessness*) adalah perkataan seseorang terhadap ketidakmampuan seseorang tersebut dalam melakukan suatu tindakan karena adanya kelemahan tubuh/ fisik sehingga mempengaruhi terhadap hasil dan situasi saat ini dan yang akan terjadi.

Kondisi ketidakberdayaan dapat dipengaruhi oleh lingkungan kesehatan, penyakit, cara seseorang tersebut berinteraksi dengan orang lain serta perilaku seseorang tersebut. Lansia dengan kondisi ketidakberdayaan ini terlihat merasa lelah, menurunnya kegiatan, tidak mampu membuat keputusan atau memilih, tidak mau berusaha mencari informasi, tidak peduli terhadap dirinya serta tidak memiliki kemauan untuk melakukan sesuatu.

Perasaan yang tampak pada kondisi ketidakberdayaan ini antara lain diam tanpa sebab yang jelas, marah, membenci, frustrasi terhadap kondisi dirinya, tidak mampu melakukan aktivitas seperti sebelumnya, ketakutan, adanya perasaan tidak berguna, perasaan bersalah serta enggan mengungkapkan apa yang diinginkan. Perilaku dalam pergaulan tampak berdiam diri tanpa sebab yang jelas, penurunan keinginan untuk berinteraksi dengan orang lain

Tindakan yang dapat dilakukan keluarga pada lansia depresi dengan ketidakberdayaan adalah keluarga (*caregiver*) mampu mengetahui kemampuan yang dimiliki lansia dan membantu lansia untuk mengetahui atau mengoptimalkan kemampuannya. Dapat dilakukan seperti yang dijelaskan di bawah ini:

- a. *Caregiver* bersama dengan lansia mendiskusikan tentang kemampuan yang pernah dimiliki lansia sesuai dengan kondisi saat ini
- b. *Caregiver* bersama dengan lansia membantu dalam memilih kemampuan yang masih bisa dilakukan lansia saat ini
- c. Menganjurkan *caregiver* dan keluarga lain untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki lansia
- d. Menganjurkan *caregiver* dan keluarga untuk membantu lansia dalam melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki
- e. Menganjurkan *caregiver* dan keluarga untuk memberikan pujian jika lansia melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan yang sudah dibuat.

Isolasi Sosial

Isolasi sosial (memisahkan diri) adalah kesepian yang dialami seseorang dan dirasakan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam. Isolasi sosial (memisahkan diri) dapat terjadi dan dipengaruhi oleh perubahan status mental (kejiwaan), gangguan penampilan fisik/ tubuh, gangguan kondisi kesehatan/ penyakit yang diderita, pengalaman buruk/ trauma terhadap suatu pergaulan, hubungan pergaulan yang tidak memuaskan, perilaku sosial yang tidak diterima serta adanya nilai sosial yang tidak diterima. Lansia yang memiliki perilaku memisahkan diri (isolasi sosial) terlihat pada penurunan aktivitas/ kegiatan, perasaan sedih, tidak memiliki tujuan hidup yang jelas, merasa bersalah, kurang inisiatif, perasaan dangkal, sering mengungkapkan perasaan kesendirian, mengungkapkan penolakan dalam berinteraksi dengan orang lain serta tidak percaya diri.

1. Gejala sosial yaitu tidak memiliki dukungan yang dianggap penting, menunjukkan

Tindakan yang dapat diberikan keluarga (*caregiver*) pada lansia depresi dengan isolasi sosial (memisahkan diri) bertujuan agar keluarga (*caregiver*) mampu merawat lansia dengan isolasi sosial di rumah. Adapun tahapan yang dapat diberikan keluarga dalam merawat lansia isolasi sosial di rumah meliputi:

1. Mengajak lansia untuk berkomunikasi dengan keluarga lainnya serta orang disekitar lansia
2. Mengajarkan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara berkomunikasi dengan lansia

Pet
unj
uk

:

Setelah membaca dan mendapat penjelasan tentang ketidakberdayaan dan isolasi sosial. Sekarang marilah kita demonstrasikan (Praktekkan) cara berkomunikasi (berbicara) yang dapat kita lakukan dalam merawat lansia dengan masalah ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

- Merawat lansia dengan ketidak berdayaan

Tujuannya agar lansia mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki dan membantu lansia mengoptimalkan kemampuannya yaitu “mengajak lansia berkomunikasi sambil menanyakan dengan pertanyaan:

“Apa saja kemampuan atau hal positif yang dimiliki oleh orang tua bapak/ibu sebelum ini”, aktivitas apa yang biasanya dilakukan oleh beliau sebelumnya? menurut bapak/ibu masih adakah dari kegiatan sebelumnya tersebut yang bisa dilakukan beliau saat ini”, “ Menurut bapak/ibu kegiatan apa yang dapat membuat orang tua bapak/ibu bahagia dan masih bisa dilakukan sampai saat ini ? misalnya: mengikuti kegiatan dilingkungan bapak/ibu, pengajian, panguyuban dan atau bisa berupa kegiatan sehari – hari dirumah seperti membaca, menanam, memasak, bermain dengan cucu dan lain-lain” Jangan lupa untuk selalu memberikan pujian bila lansia mampu melakukannya.



- Merawat lansia dengan isolasi sosial

Tindakan yang dapat diberikan keluarga pada lansia depresi dengan isolasi sosial bertujuan agar keluarga mampu merawat lansia dengan isolasi sosial di rumah dengan mengajak berkomunikasi dan interaksi kepada lansia tersebut.

“Untuk menghadapi keadaan lansia yang demikian keluarga harus sabar. Pertama keluarga harus membina hubungan saling percaya caranya adalah bersikap peduli dengan lansia, memperhatikan apa yang dibutuhkannya dan jangan membohong – bohongi atau ingkar janji. Kedua, keluarga perlu memberikan semangat dan dorongan kepada lansia untuk bisa melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang lain, keluarga dan jangan biarkan lansia menyendiri dan termenung. Kemudian berilah pujian yang wajar pada lansia jika lansia mampu melakukannya.”Seperti ini cara memberikan pujian : Bagus ... Bagus, bapak/ ibu sudah mampu bergaul dengan teman-teman di sekitar rumah ini, sudah mau menegur orang yang ada disekitar rumah!”

Coba Bpk/Ibu peragakan ! Selanjutnya jangan biarkan lansia sendiri. Buat rencana atau jadwal untuk menemani lansia bercakap-cakap. Misalnya setelah sholat bersama, makan bersama, rekreasi bersama, melakukan kegiatan rumah tangga bersama.”

SETELAH MEMBACA DAN MENDENGAR PENJELASAN DARI PERAWAT, SEKARANG MARILAH KITA MENINGAT DAN MELIHAT KONDISI YANG TERJADI PADA KELUARGA KITA YAITU LANSIA.

1. CARA MERAWAT LANSIA YANG MENGALAMI KETIDAKBERDAYAAN DAN ISOLASI SOSIAL

- a. Tanda dan gejala yang tampak pada diri lansia yang mengalami ketidakberdayaan dan isolasi sosial

Catat semua tanda dan gejala yang terlihat pada lansia dalam format di bawah ini :

NO	TANDA DAN GEJALA	TANGGAL									
Ketidakberdayaan											
1	Merasa lelah										
2	Tidak memiliki kemauan untuk ADL										
3	Tidak mampu membuat keputusan										
4	frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya										
5	penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain										
6	Enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.										
Isolasi Sosial											
1	Penurunan aktivitas										
2	Kurang inisiatif										
3	Mengungkapkan perasaan kesendirian										
4	Mengungkapkan penolakan untuk berinteraksi dengan orang lain										
5	keinginan untuk menyendiri										
6	Tidak mau diajak berkomunikasi										
7	Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima orang lain										
8	Mudah tersinggung										
9	Mudah marah										
10	Curiga pada orang lain										



Catatan untuk di rumah:

Tuliskan pada kotak di bawah ini jika menemukan tanda dan gejala lansia yang mengalami ketidakberdayaan dan isolasi sosial selain dari yang tertulis diatas.

Tanggal	No	Tanda dan gejala yang ditemukan

Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara yang sudah diajarkan dalam merawat lansia dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

**Kemampuan Cara Merawat Lansia Depresi
 Dengan Ketidakberdayaan Dan Isolasi Sosial**

NO	Kemampuan <i>caregiver</i> Merawat lansia	TANGGAL									
Ketidakberdayaan											
1	Menyebutkan tanda dan gejala dari ketidakberdayaan										
2	Menyebutkan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
3	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
Isolasi Sosial											
1	Menyebutkan tanda dan gejala dari isolasi sosial										
2	Menyebutkan cara merawat lansia yang mengalami isolasi sosial										
3	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami isolasi sosial										

**Sesi 3: Merawat *caregiver* yang mengalami stres akibat merawat lansia
(Manajemen Stress)**

Pertemuan Pertama: Mengajarkan teknik nafas dalam dan hipnotis 5 (lima) jari



Keluarga (*Caregiver*) yang merawat lansia dengan depresi akan mengalami stres. Stres yang dialami dapat berupa ansietas (kecemasan), kemarahan, kelelahan. Pada pertemuan ini bertujuan untuk mempersiapkan keluarga (*Caregiver*) dalam mengatasi stres yang dialami dalam merawat lansia dengan depresi. Salah satunya yaitu dengan melakukan manajemen stress. Ada beberapa cara dalam menangani stress antara lain melalui teknik nafas dalam, hipnotis lima jari, relaksasi progresif dan penghentian pikiran.

Adapun cara yang dilakukan pada sesi 3 pertemuan pertama adalah sebagai berikut :

a. Teknik nafas dalam (nafas lega)

Latihan ini berupa latihan pernapasan, apabila mengalami gejala-gejala seperti cepat marah, cepat tersinggung, tegang dan lelah. Lakukan langkah-langkah sebagai berikut : duduk nyaman mungkin, atau berdiri tegak, tarik napas dalam dan tahan (sampai hitungan ketiga), hembuskan napas perlahan-lahan dengan suara kelegaan. Ulangi latihan ini sampai empat kali

b. Teknik hipnotis 5 (lima) jari

- Pejamkan mata, tenangkan pikiran, rilekskan badan
- Sentuh ibu jari dengan telunjuk. Kenang saat anda sehat, fisik menyenangkan, segar, habis olah raga, jalan-jalan (kenang semua keadaan fisik yang menyenangkan)
- Sentuh ibu jari dengan jari tengah. Kenang saat anda jatuh cinta, kasmaran, kehangatan, atau percakapan intim (kenangan manis dengan orang yang dicintai)
- Sentuh ibu jari dengan jari manis. Kenang saat anda mendapat pujian, penghargaan, prestasi, dan anda sangat berterimakasih (kenang semua keberhasilan dan prestasi)
- Sentuh ibu jari dengan kelingking. Kenang semua tempat terindah yang pernah dikunjungi, bayangkan anda berada di sana beberapa saat

Lakukan latihan dengan teknik tersebut secara berulang - ulang

Sediakan waktu Saudara untuk membaca informasi dibawah ini

SEBELUM MELAKUKAN TEKNIK YANG DIAJARKAN, COBA KEMBALI MENINGAT DAN IDENTIFIKASI STRES YANG DIALAMI CAREGIVER (PENGASUH).

Catat semua hal tersebut dalam format di bawah ini :

1. Identifikasi stres yang dialami *caregiver* (pengasuh)

Tujuan: *Caregiver* mengenal stress yang dialami dalam merawat lansia

Tanggal	No	Stres yang dialami

***Catatan untuk di rumah:
Lakukan latihan di rumah cara mengenal stress yang dialami caregiver (pengasuh) dalam merawat lansia kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.***

Tanggal	No	Stres yang dialami

1.

MEMPRAKTEKKAN TEKNIK MANAJEMEN STRESS

Tujuan: Caregiver (pengasuh) mampu mengatasi stress yang dialami dengan menggunakan teknik nafas dalam

a. Latihan teknik nafas dalam

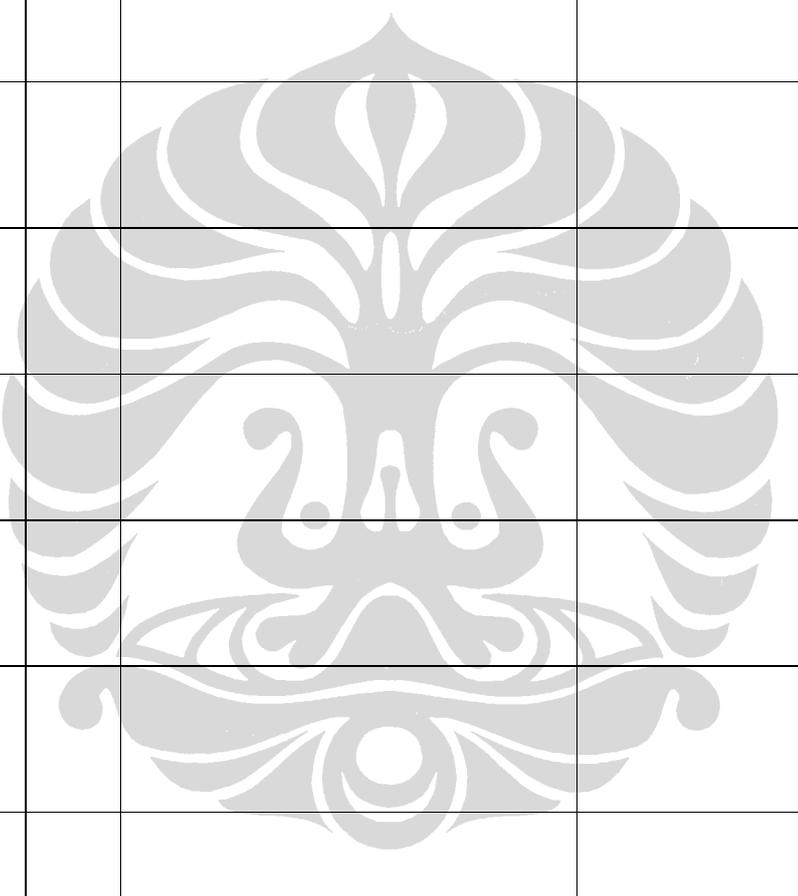
Tanggal	No	Latihan Teknik Nafas Dalam	Hasil

Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara mengatasi stress dengan menggunakan teknik nafas dalam yang sudah diajarkan dan kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

a. Latihan teknik nafas dalam

Tanggal	No	Latihan Teknik Nafas Dalam	Hasil



b. Hipnotis 5 (lima) jari

Tanggal	No	Latihan Hipnotis 5 (lima) jari	Hasil

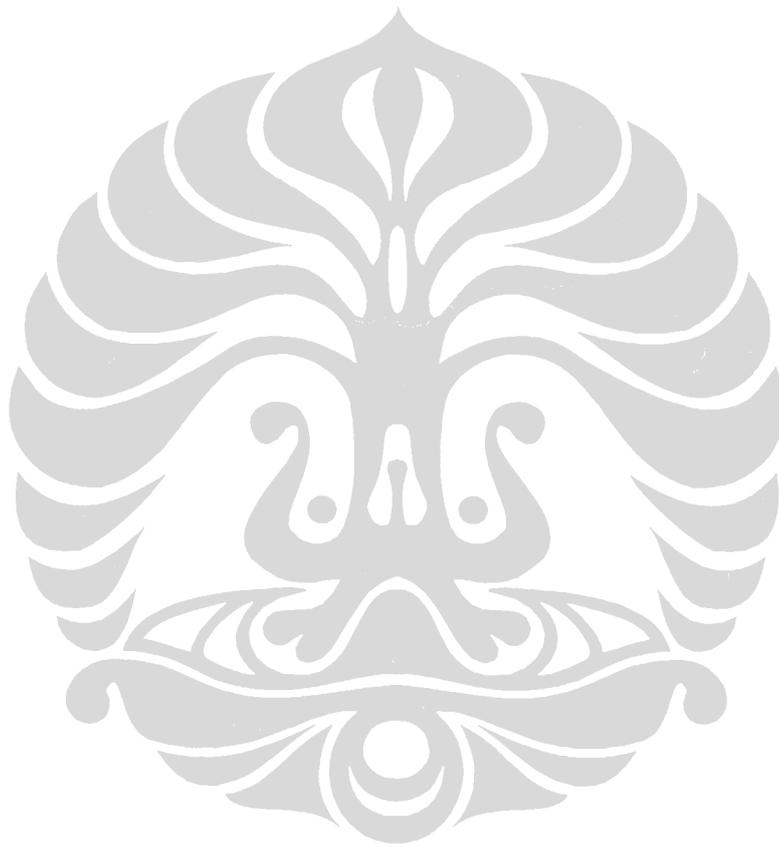
Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara mengatasi stress dengan menggunakan hipnotis 5 (lima) jari yang sudah diajarkan dan kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

Sesi 3: Merawat *caregiver* yang mengalami stres akibat merawat lansia

(Manajemen Stress)

Pertemuan Kedua: Mengajarkan teknik relaksasi progresif dan penghentian pikiran



Keluarga (*Caregiver*) yang merawat lansia dengan depresi akan mengalami stres. Stres yang dialami dapat berupa ansietas (kecemasan), kemarahan, kelelahan. Pada pertemuan ini akan diajarkan cara untuk mengatasi stres yang kedua yaitu dengan latihan fisik/ tubuh (relaksasi progresif) dan penghentian pikiran.

Adapun cara yang dilakukan pada sesi 3 pertemuan kedua ini adalah sebagai berikut :

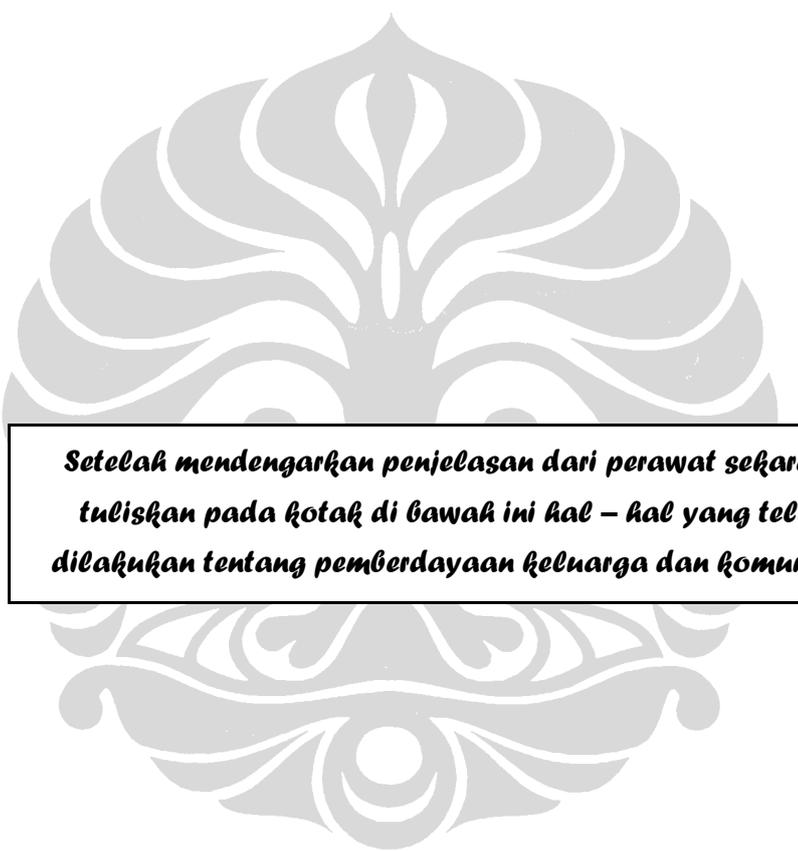
1. Latihan fisik/ tubuh (relaksasi progresif)

Cara ini dapat digunakan apabila muncul tanda – tanda seperti lelah, kram (kaku) otot, nyeri leher dan punggung, tegang, sukar tidur, dan cemas. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut :

- a Kerutkan dahi dan pejamkan mata dengan kencang (sampai hitungan ketiga-4) kemudian lemaskan
- b Monyongkan mulut kedepan (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- c Tarik pipi kesamping (hitungan 3-4) lemaskan
- d Tarik dagu sampai sampai menyentuh dada (sampai hitungan 3-4), angkat dagu mendongak kedepan (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- e Angkat kedua bahu setinggi mungkin (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- f Kepalkan kedua telapak tangan, kencangkan lengan bawah dan lengan atas kearah depan atau kesamping (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
Dalam posisi duduk tarik ibu jari kaki, kencangkan betis, paha dan bokong (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan.
- g Lengkungkan punggung kebelakang sambil membusungkan dada (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- h Tarik napas dalam, kempiskan perut (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- i Dalam posisi duduk tarik ibu jari kaki, kencangkan betis, paha dan bokong (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan

Sediakan waktu Saudara untuk membaca informasi dibawah ini

Sesi 4: Pemberdayaan keluarga dan komunitas



*Setelah mendengarkan penjelasan dari perawat sekarang
tuliskan pada kotak di bawah ini hal – hal yang telah
dilakukan tentang pemberdayaan keluarga dan komunitas*

2. Teknik Penghentian Pikiran

Adapun cara yang dapat dilakukan adalah:

- a. Buat daftar pikiran yang tidak menyenangkan/ mengganggu
- b. Pilihlah dari daftar tersebut pikiran yang paling tidak menyenangkan
- c. Kemudian lemaskan otot badan, tarik napas dalam, kosongkan pikiran
- d. Bayangkan pikiran yang paling tidak menyenangkan dan coba berpikir rasional dan normal (dengan menutup mata)
- e. Putuskan pikiran tersebut dengan bantuan set alarm jam tiga menit atau hitung 1 sampai 5 atau 1 sampai 10. Pada saat alarm atau hitungan berakhir katakan “STOP” atau dengan kejutan.
- f. Putuskan tanpa bantuan. Pada saat membayangkan pikiran yang tidak menyenangkan, katakan “STOP”
- g. Ganti pikiran : pada saat muncul pikiran yang tidak menyenangkan, lalu dilawan atau diganti secara atentif/positif dan rasional. Misalnya: “Saya kesal dan tidak sanggup lagi merawat lansia”, langsung katakan pada diri : “Tapi pada waktu yang lalu saya bisa merawat dengan baik, saya senang hati merawatnya karena saya sayang padanya”

***LAKUKAN TEKNIK MENGATASI STRESS YANG SUDAH DIAJARKAN DENGAN
BERULANG - ULANG***

SETELAH MEMBACA DAN MENDENGARKAN PENJELASAN DARI PERAWAT, SEKARANG LAKUKAN LATIHAN MENGATASI STRES YANG DIALAMI DENGAN MENGGUNAKAN CARA YANG SUDAH DIAJARKAN YAITU RELAKSASI PROGRESIF DAN PENGHENTIAN PIKIRAN

MEMPRAKTEKKAN TEKNIK MANAJEMEN STRESS

Tujuan: Caregiver (pengasuh) mampu mengatasi stress yang dialami dengan menggunakan teknik relaksasi progresif dan penghentian pikiran

a. Latihan teknik relaksasi progresif

Tanggal	No	Latihan Teknik relaksasi progresif	Hasil

--	--	--	--

Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara mengatasi stress dengan menggunakan teknik relaksasi proresif yang sudah diajarkan dan kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

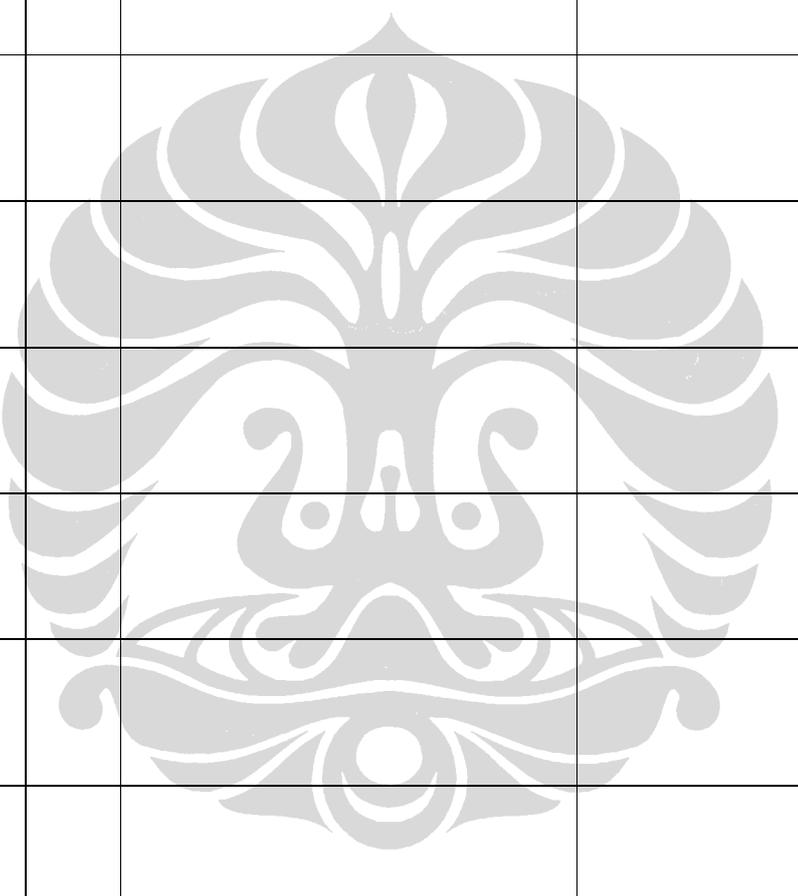
Latihan relaksasi progresif

Tanggal	No	Latihan relaksasi progresif	Hasil

--	--	--	--

b. Penghentian Pikiran

Tanggal	No	Latihan Penghentian Pikiran	Hasil



Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara mengatasi stress dengan menggunakan teknik penghentian pikiran yang sudah diajarkan dan kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

Latihan Penghentian Pikiran

Tanggal	No	Latihan Penghentian Pikiran	Hasil

SESI 4: Pemberdayaan keluarga dan komunitas

Hari/Tanggal :

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

Lansia dengan depresi dapat menimbulkan berbagai masalah dalam kehidupan keluarganya. Oleh karena itu, diperlukan adanya kesadaran dan keterlibatan anggota keluarga dalam merawat lansia. Hal ini bisa dilakukan dengan cara pembagian peran dalam merawat lansia yang dilakukan oleh anggota keluarga. Dengan demikian diharapkan keluarga dapat memelihara kesehatan jiwanya secara mandiri. Bila dirasakan keluarga tidak sanggup lagi untuk merawat lansia maka keterlibatan tenaga kesehatan dalam merawat lansia dapat dilakukan.

Pemberdayaan keluarga dan komunitas yaitu memberdayakan seluruh anggota keluarga maupun komunitas dalam merawat lansia dengan depresi di rumah, bagaimana berhubungan dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan layanan kesehatan bagi lansia serta mencari dukungan untuk pembentukan kelompok suportif

Petunjuk :

Saudara sudah membaca dan mendapat penjelasan tentang bagaimana cara memberdayakan seluruh anggota keluarga untuk berperan aktif dalam merawat lansia dan bagaimana memberdayakan komunitas. Sekarang marilah kita tuliskan cara pemberdayaan tersebut dalam kolom yang tersedia di bawah ini

Tujuan: *Caregiver* mampu melakukan pemberdayaan keluarga (pembagian tugas dan tanggung jawab) dalam merawat lansia di rumah serta pemberdayaan komunitas (masyarakat dan petugas kesehatan)

1. Pemberdayaan anggota keluarga dalam merawat lansia

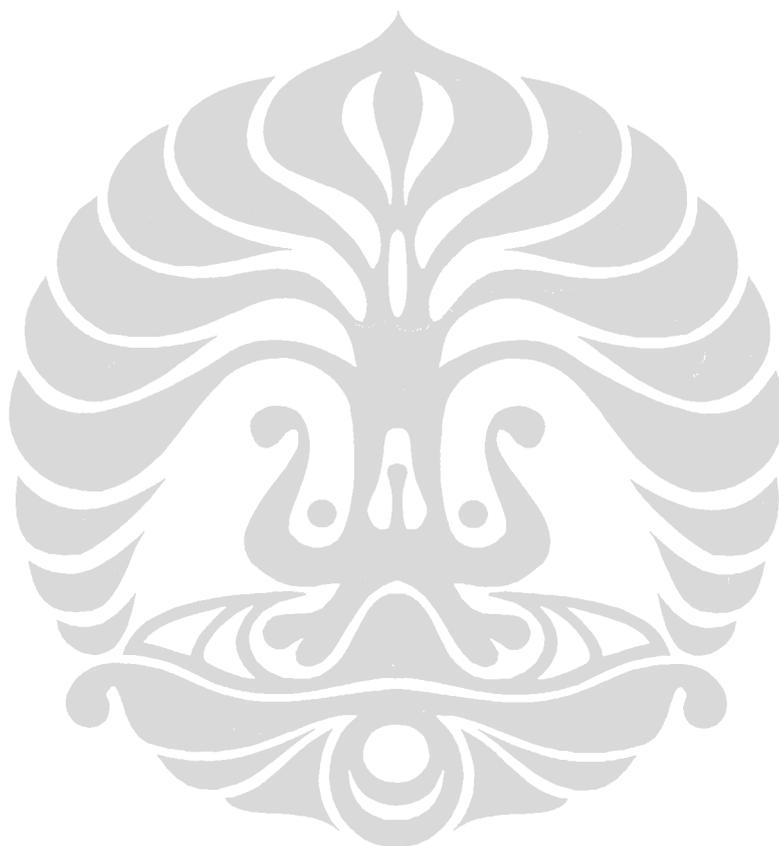
Tanggal	No.	Nama anggota keluarga	Peran dan tanggungjawab

Lakukan latihan di rumah cara yang sudah diajarkan dalam merawat lansia dengan melakukan pemberdayaan keluarga dan tuliskan kembali pada kotak dibawah ini.

1. Pemberdayaan anggota keluarga dalam merawat lansia

Tanggal	No.	Nama anggota keluarga	Peran dan tanggungjawab

2.

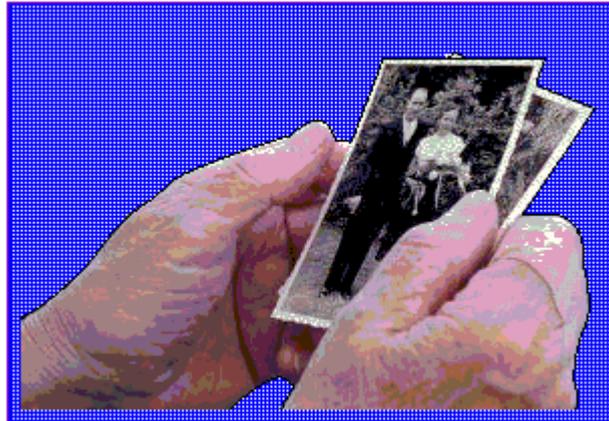


Pemberdayaan komunitas (petugas kesehatan) dalam menolong lansia

Tanggal	No.	Peristiwa	Pertolongan yang diberikan

Setelah mengikuti seluruh kegiatan dalam psikoedukasi keluarga diharapkan *caregiver* dapat secara mandiri menerapkan setiap sesi yang telah dipelajari dalam kehidupan sehari-hari khususnya dalam merawat lansia dengan depresi. Dilanjutkan dengan rencana pembentukan kelompok suportif (swabantu) agar setiap masalah yang ditemukan oleh *caregiver* dapat diatasi berdasarkan informasi atau dukungan yang diperoleh dari sesama *caregiver*. Pembentukan kelompok hendaknya melibatkan seluruh *caregiver* beserta kader kesehatan jiwa dan aparat desa yang ada di lingkungan tersebut.

BUKU EVALUASI TERAPI REMINISCENCE



TIM PENYUSUN :

Ns. Endang Banon, S.Kep.

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp.,M.App.Sc.

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011

KATA PENGANTAR

Evaluasi merupakan proses penilaian tentang keberhasilan atau kemajuan suatu kegiatan yang telah dilakukan. Penilaian yang dilakukan terdiri dari penilaian proses ketika kegiatan telah selesai dilaksanakan dan penilaian berkelanjutan dari proses-proses kegiatan selanjutnya. Pada sesi 1, hal yang dinilai adalah proses kegiatan dan tugas yang diberikan berkaitan dengan kegiatan tersebut. Selanjutnya pada sesi kedua, penilaian dilakukan dengan diawali evaluasi terhadap tugas, kemudian proses dari sesi yang dilakukan, diakhiri dengan pemberian tugas kembali yang berhubungan dengan proses tersebut. Demikian, proses penilaian dilakukan secara berkesinambungan dengan harapan dapat mengobservasi setiap kegiatan dengan baik.

Buku evaluasi ini adalah buku penyerta dari modul dan buku kerja terapi *Reminiscence* untuk lansia dengan depresi yang diperuntukkan bagi perawat spesialis keperawatan jiwa. Buku ini terdiri dari 6 (enam) bagian sesuai dengan 6 (enam) sesi pertemuan pada buku modul dan buku kerja terapi *Reminiscence* .

Buku evaluasi ini merupakan pegangan bagi perawat spesialis keperawatan jiwa dalam memberikan terapi *Reminiscence* untuk lansia dengan depresi. Hal-hal yang terjadi selama proses kegiatan hendaknya dinilai dan dicatat dengan baik dalam buku evaluasi ini agar perkembangan proses pemberian terapi dapat terpantau dan berhasil optimal.

Di akhir kegiatan, diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa dapat menilai perubahan kondisi depresi pada lansia yang menuju kepada peningkatan kualitas hidup lansia tersebut.

Depok, April 2011

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	1
Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi	3
Pelaksanaan Evaluasi Proses Kegiatan	
Sesi 1	4
Sesi 2	5
Sesi 3	11
Sesi 4	18
Sesi 5	25
Sesi 6	32

PELAKSANAAN EVALUASI PROSES KEGIATAN

EVALUASI SESI 1

Hari/Tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

Evaluasi Proses Sesi 1

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 1 (satu) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia							
1	Mengungkapkan perasaan pada awal pertemuan								
2	Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang terjadi								

Buku Evaluasi Terapi Reminiscence

	pada diri lansia													
3	Mengidentifikasi masalah-masalah yang dialami lansia													
4	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan mengidentifikasi perubahan yang terjadi dan masalah yang dialami lansia													

TUGAS 1 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Perubahan-perubahan yang terjadi pada diri lansia
2. Masalah-masalah yang dialami lansia

EVALUASI SESI 2

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

- a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia												
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput													
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin													
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi													
4	Badan membungkuk													
5	Otot mengecil													

6	Gerakan menjadi lamban																		
7	Tulang mudah patah																		
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung																		
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang																		
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba																		
11	Jumlah gigi berkurang																		
12	Penurunan produksi air ludah																		
13	Mudah terkena infeksi penyakit																		
14	Mudah lelah/capek																		
15	Rambut beruban dan menipis																		
16	Badan mulai kurus atau gemuk																		
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja																		
18	Sulit tidur																		
19	Kurang nafsu makan																		
20	Penurunan berat badan																		
21	Kurang energi/tenaga																		

a. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Nama Lansia							
1	Sulit untuk mengingat								
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah								
3	Kreativitas menurun								
4	Mudah tersinggung								
5	Mudah sedih, murung								
6	Cemas								
7	Perilaku kembali seperti anak – anak								
8	Mudah marah								
9	Mudah curiga								
10	Ingin tetap diakui di masyarakat								
11	Pikun, mudah lupa								
12	Penurunan konsentrasi								
13	Pikiran kosong								
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri								
15	Mudah putusasa								

c. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Nama Lansia																		
1	Kehilangan semangat																			
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup																			
3	Giat beribadah																			
4	Mengikuti kegiatan keagamaan																			
5	Suka menolong orang lain																			
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan																			
7	Suka menolong																			
8	Suka menasehati																			
9	Siap menerima datangnya kematian																			

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia																		
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang																			
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan																			
3	Sering merasa bosan																			
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan																			
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																			

6	Kurangnya semangat hidup																			
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																			
8	Kurang merasa bahagia																			
9	Merasa tidakberdaya																			
10	Sering gelisah/gugup																			
11	Lebih sering tinggal di rumah																			
12	Sering merasa ingin menangis																			
13	Penurunan daya ingat																			
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																			
15	Mudah murung dan sedih																			
16	Merasa tidak berharga																			
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																			
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																			
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																			

2. Evaluasi Proses Sesi 2

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 2 (dua) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia							
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak								

2	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak																			
3	Mengenang prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																			
4	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																			
5	Mengenang perasaan yang dialami ketika mendapatkan penghargaan/pujian pada masa usia anak																			
6	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang perasaan ketika mendapat penghargaan/pujian pada masa usia anak																			
7	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan mengenang dan berbagi pengalaman masa usia anak																			

TUGAS 2 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Pengalaman yang menyenangkan pada usia anak
2. Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak
3. Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian

EVALUASI SESI 3

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

Buku Evaluasi Terapi Reminiscence

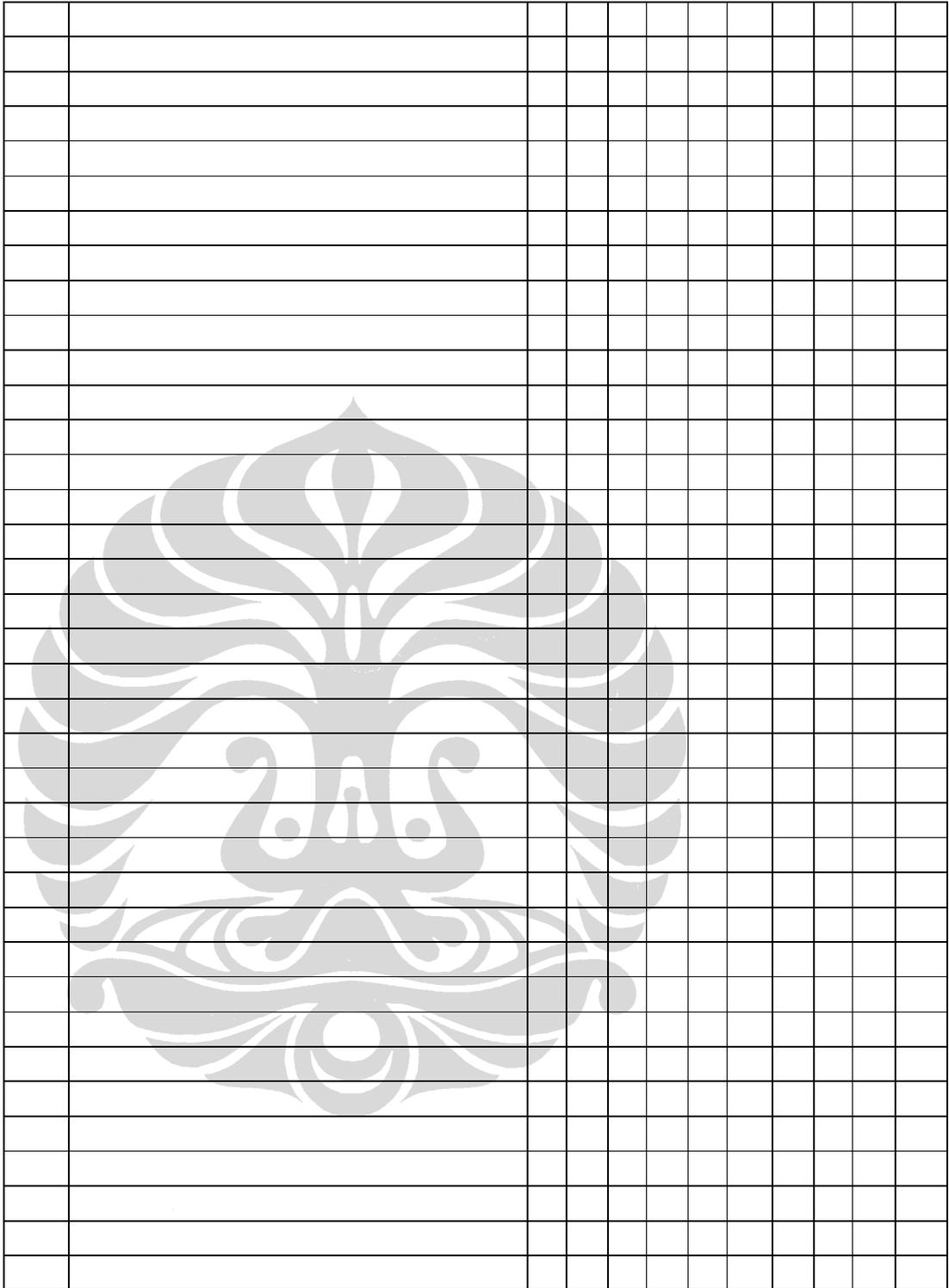
1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia									
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput										
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin										
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi										
4	Badan membungkuk										
5	Otot mengecil										
6	Gerakan menjadi lamban										
7	Tulang mudah patah										
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung										
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang										
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba										
11	Jumlah gigi berkurang										
12	Penurunan produksi air ludah										
13	Mudah terkena infeksi penyakit										
14	Mudah lelah/capek										
15	Rambut beruban dan menipis										
16	Badan mulai kurus atau gemuk										
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja										
18	Sulit tidur										
19	Kurang nafsu makan										
20	Penurunan berat badan										
21	Kurang energi/tenaga										



a. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Nama Lansia									
1	Sulit untuk mengingat										
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah										
3	Kreativitas menurun										
4	Mudah tersinggung										
5	Mudah sedih, murung										
6	Cemas										
7	Perilaku kembali seperti anak – anak										
8	Mudah marah										
9	Mudah curiga										
10	Ingin tetap diakui di masyarakat										
11	Pikun, mudah lupa										
12	Penurunan konsentrasi										
13	Pikiran kosong										
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri										
15	Mudah putusasa										
16	Tegang										
17	Merasa tidakberdaya										
18	Penolakan terhadap kemampuan diri										
19	Minder/malu										
20	Perilaku merusak diri sendiri										

c. Perubahan sosial/pergaulan

No	Perubahan sosial/pergaulan yang dialami	Nama Lansia									
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok										
2	Kehilangan pasangan hidup										
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga										
4	Kehilangan penghasilan										
5	Penurunan harga diri										
6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia										
7	Lebih suka menyendiri										

d. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Nama Lansia									
1	Kehilangan semangat										
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup										
3	Giat beribadah										
4	Mengikuti kegiatan keagamaan										
5	Suka menolong orang lain										
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan										
7	Suka menolong										
8	Suka menasehati										
9	Siap menerima datangnya kematian										

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia																	
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang																		
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan																		
3	Sering merasa bosan																		
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan																		
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																		
6	Kurangnya semangat hidup																		
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																		
8	Kurang merasa bahagia																		
9	Merasa tidakberdaya																		
10	Sering gelisah/gugup																		
11	Lebih sering tinggal di rumah																		
12	Sering merasa ingin menangis																		
13	Penurunan daya ingat																		
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																		
15	Mudah murung dan sedih																		
16	Merasa tidak berharga																		
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																		
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																		
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																		

1. **Evaluasi tugas 2**

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																		
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak																			
2	Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																			
3	Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian																			

1. **Evaluasi Proses Sesi 3**

Evaluasi kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 3 (tiga) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																		
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa remaja																			
2	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang pengalaman yang menyenangkan pada masa remaja																			
3	Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja																			
4	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial																			

	pada masa remaja																		
5	Mengenang potensi diri yang dimiliki pada masa remaja																		
6	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang potensi diri yang dimiliki pada masa remaja																		
7	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan mengenang dan berbagi pengalaman masa remaja																		

TUGAS 3:

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Pengalaman yang menyenangkan pada usia remaja
2. Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja
3. Potensi diri yang dimiliki pada masa remaja

EVALUASI SESI 4

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

- a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia									
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput										
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin										
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi										

14	Pikiran negatif tentang diri sendiri																		
15	Mudah putus asa																		
16	Tegang																		
17	Merasa tidak berdaya																		
18	Penolakan terhadap kemampuan diri																		
19	Minder/malu																		
20	Perilaku merusak diri sendiri																		

c. Perubahan sosial/pergaulan

No	Perubahan sosial/pergaulan yang dialami	Nama Lansia																	
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok																		
2	Kehilangan pasangan hidup																		
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga																		
4	Kehilangan penghasilan																		
5	Penurunan harga diri																		
6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia																		
7	Lebih suka menyendiri																		

d. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Nama Lansia														
1	Kehilangan semangat															
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup															
3	Giat beribadah															
4	Mengikuti kegiatan keagamaan															
5	Suka menolong orang lain															
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan															
7	Suka menolong															
8	Suka menasehati															
9	Siap menerima datangnya kematian															

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia														
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang															
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan															
3	Sering merasa bosan															
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan															

5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																		
6	Kurangnya semangat hidup																		
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																		
8	Kurang merasa bahagia																		
9	Merasa tidakberdaya																		
10	Sering gelisah/gugup																		
11	Lebih sering tinggal di rumah																		
12	Sering merasa ingin menangis																		
13	Penurunan daya ingat																		
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																		
15	Mudah murung dan sedih																		
16	Merasa tidak berharga																		
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																		
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																		
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																		

2. Evaluasi tugas 2

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia							
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak								

2	Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																
3	Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian																

3. Evaluasi tugas 3

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia															
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia remaja																
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja																
3	Potensi diri yang dimiliki pada masa remaja																

1. Evaluasi Proses Sesi 4

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 4 (empat) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia															
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa dewasa																
2	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang pengalaman yang menyenangkan pada masa dewasa																
3	Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal																
4	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal																
5	Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan																

	generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan																		
6	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan																		
7	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan mengenang dan berbagi pengalaman masa dewasa																		

TUGAS 4 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Pengalaman yang menyenangkan pada usia dewasa
2. Kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal
3. Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan

EVALUASI SESI 5

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia									
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput										
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin										
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi										
4	Badan membungkuk										
5	Otot mengecil										
6	Gerakan menjadi lamban										
7	Tulang mudah patah										
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung										
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang										
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba										
11	Jumlah gigi berkurang										
12	Penurunan produksi air ludah										
13	Mudah terkena infeksi penyakit										
14	Mudah lelah/capek										
15	Rambut beruban dan menipis										
16	Badan mulai kurus atau gemuk										
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja										
18	Sulit tidur										
19	Kurang nafsu makan										

20	Penurunan berat badan																		
21	Kurang energi/tenaga																		

a. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Nama Lansia									
1	Sulit untuk mengingat										
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah										
3	Kreativitas menurun										
4	Mudah tersinggung										
5	Mudah sedih, murung										
6	Cemas										
7	Perilaku kembali seperti anak – anak										
8	Mudah marah										
9	Mudah curiga										
10	Ingin tetap diakui di masyarakat										
11	Pikun, mudah lupa										
12	Penurunan konsentrasi										
13	Pikiran kosong										
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri										
15	Mudah putusasa										
16	Tegang										
17	Merasa tidakberdaya										
18	Penolakan terhadap kemampuan diri										
19	Minder/malu										
20	Perilaku merusak diri sendiri										

c. Perubahan sosial/ pergaulan

No	Perubahan sosial/ pergaulan yang dialami	Nama Lansia																		
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok																			
2	Kehilangan pasangan hidup																			
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga																			
4	Kehilangan penghasilan																			
5	Penurunan harga diri																			
6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia																			
7	Lebih suka menyendiri																			

d. Perubahan spiritual/ keagamaan

No	Perubahan spiritual/ keagamaan yang dialami	Nama Lansia																		
1	Kehilangan semangat																			
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup																			
3	Giat beribadah																			
4	Mengikuti kegiatan keagamaan																			
5	Suka menolong orang lain																			
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan																			
7	Suka menolong																			

8	Suka menasehati																		
9	Siap menerima datangnya kematian																		

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia																	
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang																		
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan																		
3	Sering merasa bosan																		
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan																		
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																		
6	Kurangnya semangat hidup																		
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																		
8	Kurang merasa bahagia																		
9	Merasa tidakberdaya																		
10	Sering gelisah/gugup																		
11	Lebih sering tinggal di rumah																		
12	Sering merasa ingin menangis																		
13	Penurunan daya ingat																		
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																		
15	Mudah murung dan sedih																		
16	Merasa tidak berharga																		
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																		
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																		
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																		

2. Evaluasi tugas 2

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak										
2	Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak										
3	Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian										

3. Evaluasi tugas 3

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia remaja										
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja										
3	Potensi diri yang dimiliki pada masa remaja										

4. Evaluasi tugas 4

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia							
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia dewasa								
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal								
3	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan								

5. Evaluasi Proses Sesi 5

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 5 (lima) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia							
1	Mengidentifikasi masalah yang muncul pada saat ini dan cara mengatasinya								
2	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang masalah yang muncul pada saat ini dan cara mengatasinya								
3	Mengidentifikasi kualitas hidup yang dimiliki pada saat ini								
4	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang kualitas hidup yang dimiliki pada saat ini								
4	Menyampaikan tentang harapan dan rencana hidup di masa depan								
5	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan pengalaman masa lansia saat ini								

TUGAS 5 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Masalah yang muncul saat ini dan cara mengatasinya
2. Kualitas hidup yang dimiliki saat ini
3. Harapan dan rencana hidup di masa depan

EVALUASI SESI 6

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

- a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia									

1	Penipisan kulit, kering, dan keriput																					
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin																					
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi																					
4	Badan membungkuk																					
5	Otot mengecil																					
6	Gerakan menjadi lamban																					
7	Tulang mudah patah																					
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung																					
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang																					
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba																					
11	Jumlah gigi berkurang																					
12	Penurunan produksi air ludah																					
13	Mudah terkena infeksi penyakit																					
14	Mudah lelah/capek																					
15	Rambut beruban dan menipis																					
16	Badan mulai kurus atau gemuk																					
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja																					
18	Sulit tidur																					
19	Kurang nafsu makan																					
20	Penurunan berat badan																					
21	Kurang energi/tenaga																					

a. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Nama Lansia								
1	Sulit untuk mengingat									
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah									
3	Kreativitas menurun									
4	Mudah tersinggung									
5	Mudah sedih, murung									
6	Cemas									
7	Perilaku kembali seperti anak – anak									
8	Mudah marah									
9	Mudah curiga									
10	Ingin tetap diakui di masyarakat									

11	Pikun, mudah lupa																			
12	Penurunan konsentrasi																			
13	Pikiran kosong																			
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri																			
15	Mudah putus asa																			
16	Tegang																			
17	Merasa tidakberdaya																			
18	Penolakan terhadap kemampuan diri																			
19	Minder/malu																			
20	Perilaku merusak diri sendiri																			

c. Perubahan sosial/ pergaulan

No	Perubahan sosial/ pergaulan yang dialami	Nama Lansia																			
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok																				
2	Kehilangan pasangan hidup																				
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga																				
4	Kehilangan penghasilan																				
5	Penurunan harga diri																				

6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia																		
7	Lebih suka menyendiri																		

d. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Nama Lansia																	
1	Kehilangan semangat																		
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup																		
3	Giat beribadah																		
4	Mengikuti kegiatan keagamaan																		
5	Suka menolong orang lain																		
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan																		
7	Suka menolong																		
8	Suka menasehati																		
9	Siap menerima datangnya kematian																		

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia																	
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang																		
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan																		

3	Sering merasa bosan																			
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan																			
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																			
6	Kurangnya semangat hidup																			
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																			
8	Kurang merasa bahagia																			
9	Merasa tidakberdaya																			
10	Sering gelisah/gugup																			
11	Lebih sering tinggal di rumah																			
12	Sering merasa ingin menangis																			
13	Penurunan daya ingat																			
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																			
15	Mudah murung dan sedih																			
16	Merasa tidak berharga																			
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																			
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																			
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																			

2. Evaluasi tugas 2

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																		

1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak																		
2	Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																		
3	Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian																		

3. Evaluasi tugas 3

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																	
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia remaja																		
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja																		
3	Potensi diri yang dimiliki pada masa remaja																		

4. Evaluasi tugas 4

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																	
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia dewasa																		
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal																		
3	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan																		

5. Evaluasi tugas 5

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Masalah yang muncul saat ini dan cara mengatasinya										
2	Kualitas hidup yang dimiliki saat ini										
3	Harapan dan rencana hidup di masa depan										

6. Evaluasi Proses Sesi 6

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 6 (enam) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Menyampaikan manfaat yang dirasakan dari terapi <i>Reminiscence</i>										
2	Menyampaikan harapan dan rencana setelah mengikuti terapi <i>Reminiscence</i>										
3	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan evaluasi										

TUGAS 6 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Manfaat yang dirasakan dari terapi *Reminiscence*
2. Harapan dan rencana setelah mengikuti terapi *Reminiscence*



**BUKU EVALUASI
PSIKOEDUKASI KELUARGA
DALAM MERAWAT LANSIA DEPRESI**



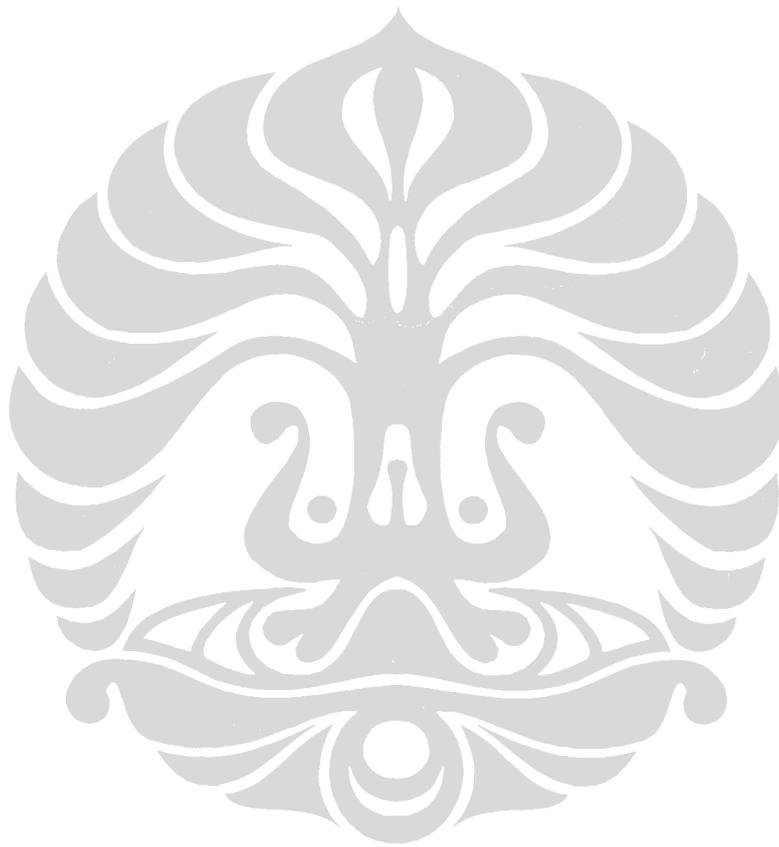
TIM PENYUSUN :

Ns. Endang Banon, S.Kep

Ns. Fathra Annis Nauli, S.Kep

Dr . Budi Anna Keliat ,S.Kp.,M.App.Sc

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011



KATA PENGANTAR

Evaluasi merupakan proses penilaian tentang keberhasilan atau kemajuan suatu kegiatan yang telah dilakukan. Penilaian yang dilakukan terdiri dari penilaian proses ketika kegiatan telah selesai dilaksanakan dan penilaian berkelanjutan dari proses-proses kegiatan selanjutnya. Pada sesi 1, hal yang dinilai adalah proses kegiatan dan tugas yang diberikan berkaitan dengan kegiatan tersebut. Selanjutnya pada sesi kedua, penilaian dilakukan dengan diawali evaluasi terhadap tugas, kemudian proses dari sesi yang dilakukan, diakhiri dengan pemberian tugas kembali yang berhubungan dengan proses tersebut. Demikian, proses penilaian dilakukan secara berkesinambungan dengan harapan dapat mengobservasi setiap kegiatan dengan baik.

Buku evaluasi ini adalah buku penyerta dari modul dan buku kerja psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia dengan depresi yang diperuntukkan bagi perawat spesialis. Buku ini terdiri dari 4 (empat) bagian sesuai dengan 4 sesi pertemuan pada modul dan buku kerja psikoedukasi keluarga.

Buku evaluasi ini merupakan pegangan bagi perawat spesialis keperawatan jiwa dalam memberikan psikoedukasi keluarga. Hal-hal yang terjadi selama proses kegiatan hendaknya dinilai dan dicatat dengan baik dalam buku evaluasi ini agar perkembangan proses pemberian psikoedukasi keluarga dapat terpantau dan berhasil optimal.

Di akhir kegiatan, diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa dapat menilai kemandirian keluarga/*caregiver* dalam merawat lansia depresi.

Depok, April 2011

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul	1
Kata Pengantar	2
Daftar isi	3
Pelaksanaan Kegiatan Evaluasi	
Evaluasi Sesi 1	4
Evaluasi Sesi 2 Pertemuan 1	5
Evaluasi Sesi 2 Pertemuan 2	12
Evaluasi Sesi 3 Pertemuan 1	20
Evaluasi Sesi 3 Pertemuan 2	30
Evaluasi Sesi 4	41

PELAKSANAAN KEGIATAN EVALUASI

EVALUASI SESI 1 :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi Proses Sesi 1 :

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 1 (satu) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama peserta							
1	Mengungkapkan perasaan pada awal pertemuan								
2	Menyampaikan perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang ditimbulkan dari perubahan tersebut								
3	Menyampaikan masalah yang dialami <i>caregiver</i> dalam merawat lansia dengan depresi								
4	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan sesi 1								

TUGAS 1 :

Caregiver diharapkan untuk menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang

:

1. Perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang ditimbulkan pada perubahan tersebut
2. Masalah yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi

EVALUASI SESI 2 (pertemuan pertama) :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan Fisik/ Tubuh

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA										
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)										
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek										
3	Mudah lupa										
4	Mudah lelah/ capek,										
5	Mudah terserang penyakit										
6	Rambut berubah dan menipis (rontok)										
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit										
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)										
9	Badan mulai kurus atau gemuk										
10	Mudah terserang penyakit										
11	Mengompol atau susah buang air besar										
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur										
13											
14											
15											
16											
17											

18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA												
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA													
Perubahan kemampuan berpikir														
1	Daya ingat (pelupa)													
2	Belajar													
3	Mengambil keputusan													
4	Menyelesaikan masalah													
5	Daya kreatifitas													
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
Perubahan emosi/perasaan														
1	Marah													
2	Tersinggung													
3	Curiga													
4	Sedih													
5	Cemas													

6	Takut																			
7	Gelisah																			

Perubahan perilaku

1	Seperti anak – anak lagi																			
2	Ingin diperhatikan																			
3	Ingin diakui/ dianggap																			

c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																			
1	Kehilangan pekerjaan																			
2	Pendapatan berkurang																			
3	Kehilangan teman/ kenalan																			
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																			
5																				

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

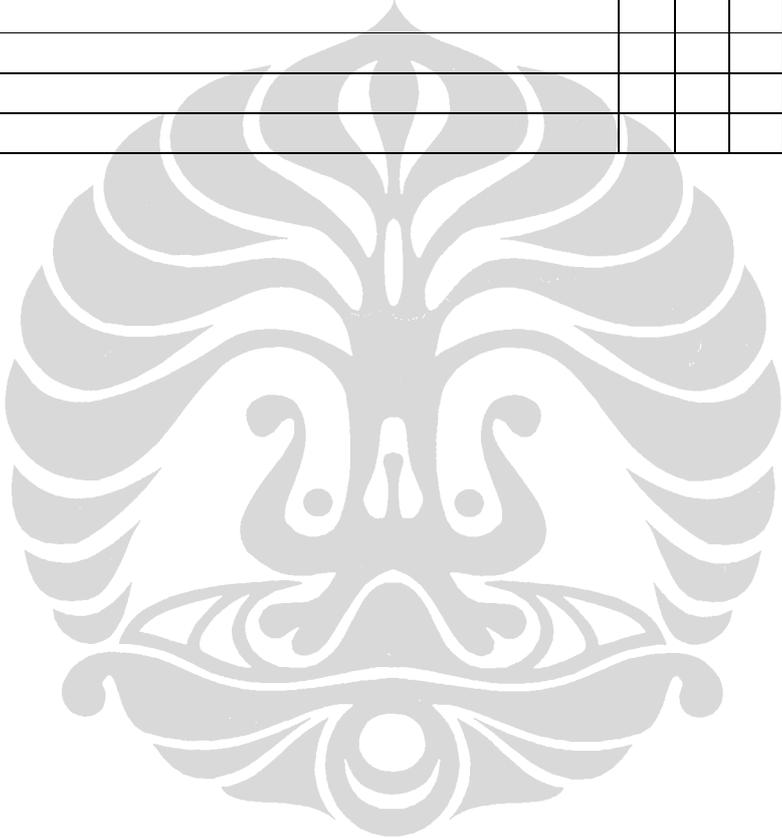
NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																			
	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA																				
1	Giat beribadah																				
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian																				
3	Suka menolong																				
4	Suka menasehati																				
5	Siap menerima datangnya kematian																				

2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA										
1	Penurunan harga diri (malu)										
2	Tidak berdaya										
3	Putus asa										
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)										
5	Malas										
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan										
7	Berat badan menurun										
8	Menurunnya keinginan										
9	Tidak bersemangat										
10	Kehilangan rasa percaya diri										
11	Perasaan tidak berguna										
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan										
13	Tidak memiliki tujuan hidup										
14	Tidak puas dengan kehidupan										
15	Merasa bosan										
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan										
17	Perasaan terhadap diri yang negatif										
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele										
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain										
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri										
21	Tidak ada harapan dalam hidup,										
22	Selalu dihantui perasaan bersalah										
23	Tidak mau mencoba hal baru										
24											

25																				

3.



Masalah Yang Dialami *Caregiver* Dalam Merawat Lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG DIALAMI <i>CAREGIVER</i> DALAM MERAWAT LANSIA										

Evaluasi Proses Sesi 2 (Pertemuan Pertama)

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 2 (dua) pertemuan pertama dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	NAMA PESERTA									
1	Mengidentifikasi tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan										
2	Menyampaikan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan										
3	Mempraktekkan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan										
4	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan										

TUGAS 2 (sesi 2 pertemuan pertama)

Caregiver diharapkan untuk menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan pada lansia yang masih belum ditemukan
2. Mempraktekkan cara merawat lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah dan keputusasaan

EVALUASI SESI 2 (pertemuan kedua) :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan Fisik/ Tubuh

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA										
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)										
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek										
3	Mudah lupa										
4	Mudah lelah/ capek,										
5	Mudah terserang penyakit										
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)										
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit										
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)										
9	Badan mulai kurus atau gemuk										
10	Mudah terserang penyakit										
11	Mengompol atau susah buang air besar										
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur										
13											
14											
15											
16											
17											
18											

19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	ASPEK YANG DI NILAI		NAMA PESERTA										
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA												
Perubahan kemampuan berpikir													
1	1	Daya ingat (pelupa)											
2	2	Belajar											
3	3	Mengambil keputusan											
4	4	Menyelesaikan masalah											
5	5	Daya kreatifitas											
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
Perubahan emosi/perasaan													
1	1	Marah											
2	2	Tersinggung											
3	3	Curiga											
4	4	Sedih											
5	5	Cemas											
6	6	Takut											

7	Gelisah																			

Perubahan Perilaku

1	Seperti anak – anak lagi																			
2	Ingin diperhatikan																			
3	Ingin diakui/ dianggap																			

c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																			
1	Kehilangan pekerjaan																			
2	Pendapatan berkurang																			
3	Kehilangan teman/ kenalan																			
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																			
5																				

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																	
	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA																		
1	Giat beribadah																		
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian																		
3	Suka menolong																		
4	Suka menasehati																		
5	Siap menerima datangnya kematian																		

2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA										
1	Penurunan harga diri (malu)										
2	Tidak berdaya										
3	Putus asa										
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)										
5	Malas										
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan										
7	Berat badan menurun										
8	Menurunnya keinginan										
9	Tidak bersemangat										
10	Kehilangan rasa percaya diri										
11	Perasaan tidak berguna										
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan										
13	Tidak memiliki tujuan hidup										
14	Tidak puas dengan kehidupan										
15	Merasa bosan										
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan										
17	Perasaan terhadap diri yang negatif										
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele										
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain										
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri										
21	Tidak ada harapan dalam hidup,										
22	Selalu dihantui perasaan bersalah										

23	Tidak mau mencoba hal baru														
24															
25															

3. Masalah Yang Dialami *Caregiver* Dalam Merawat Lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA														
	MASALAH YANG DIALAMI <i>CAREGIVER</i> DALAM MERAWAT LANSIA															

Pengaruh terapi..., Endang Banon, FIK UI, 2011

Evaluasi tugas 2 : (sesi 2 pertemuan pertama)

- Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusan pada lansia yang masih belum disampaikan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	TANDA DAN GEJALA																			
	Depresi																			
	Barat badan menurun																			
	Gangguan tidur																			
	Kurang energi/tenaga																			
	Kurang konsentrasi																			
	Kehilangan semangat																			
	Sedih																			
	Lesu, lemah																			
	Tidak berdaya																			
	Cemas																			
	Pikiran kosong																			
	Perasaan negatif tentang diri																			
	Cenderung bunuh diri																			
	Mudah putus asa																			

	Kurang nafsu makan																		
	Mudah tersinggung																		
	Mudah marah																		
	Curiga pada orang lain																		
Harga Diri Rendah																			
	Merasa tidak mampu																		
	Menolak kemampuan diri																		
	Minder/malu																		
	Perasaan negatif tentang tubuh																		
	Penurunan produktifitas																		
	Mengkritik diri sendiri																		
Keputusan																			
	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki																		
	Perasaan kosong																		
	Pasif																		
	Menghindari pembicaraan																		
	Kehilangan inisiatif																		
	Penurunan kegiatan																		

- Kemampuan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																	
	Cara merawat lansia yang mengalami depresi																		
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi																		
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah																		
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusan																		

Evaluasi Proses Sesi 2 Pertemuan Kedua:

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 2 (dua) pertemuan kedua dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	NAMA PESERTA									
1	Mengidentifikasi tanda dan gejala depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial										
2	Menyampaikan cara merawat lansia depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial										
3	Mempraktekkan cara merawat lansia depresi dengan depresi dan isolasi sosial										
4	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan										

TUGAS 3 : (sesi 2 pertemuan kedua)

Caregiver diharapkan untuk menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Tanda dan gejala depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial pada lansia yang masih belum ditemukan
2. Mempraktekkan cara merawat lansia yang mengalami depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial

EVALUASI SESI 3 (pertemuan pertama) :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

- a. Perubahan Fisik/ Tubuh

No	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									

	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA													
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)													
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek													
3	Mudah lupa													
4	Mudah lelah/ capek,													
5	Mudah terserang penyakit													
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)													
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit													
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)													
9	Badan mulai kurus atau gemuk													
10	Mudah terserang penyakit													
11	Mengompol atau susah buang air besar													
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur													
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA												
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA													
Perubahan kemampuan berpikir														
1	Daya ingat (pelupa)													
2	Belajar													
3	Mengambil keputusan													
4	Menyelesaikan masalah													
5	Daya kreatifitas													
6														
7														

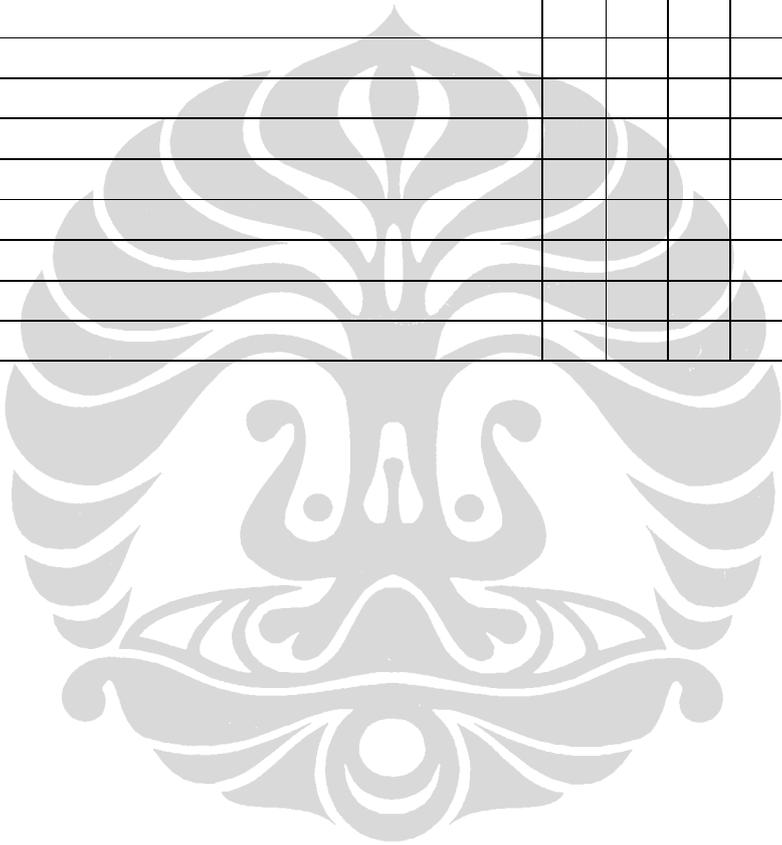
c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																			
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																				
1	Kehilangan pekerjaan																				
2	Pendapatan berkurang																				
3	Kehilangan teman/ kenalan																				
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																				
5																					

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																			
	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA																				
1	Giat beribadah																				
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian																				
3	Suka menolong																				

4	Suka menasehati																							
5	Siap menerima datangnya kematian																							



2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA											
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA												
1	Penurunan harga diri (malu)												

2	Tidak berdaya													
3	Putus asa													
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)													
5	Malas													
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan													
7	Berat badan menurun													
8	Menurunnya keinginan													
9	Tidak bersemangat													
10	Kehilangan rasa percaya diri													
11	Perasaan tidak berguna													
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan													
13	Tidak memiliki tujuan hidup													
14	Tidak puas dengan kehidupan													
15	Merasa bosan													
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan													
17	Perasaan terhadap diri yang negatif													
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele													
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain													
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri													
21	Tidak ada harapan dalam hidup,													
22	Selalu dihantui perasaan bersalah													
23	Tidak mau mencoba hal baru													
24														
25														

3. Masalah yang dialami Caregiver dalam merawat lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA

MASALAH YANG DIALAMI CAREGIVER DALAM MERAWAT LANSIA																					

Evaluasi tugas 2 : (sesi 2 pertemuan pertama)

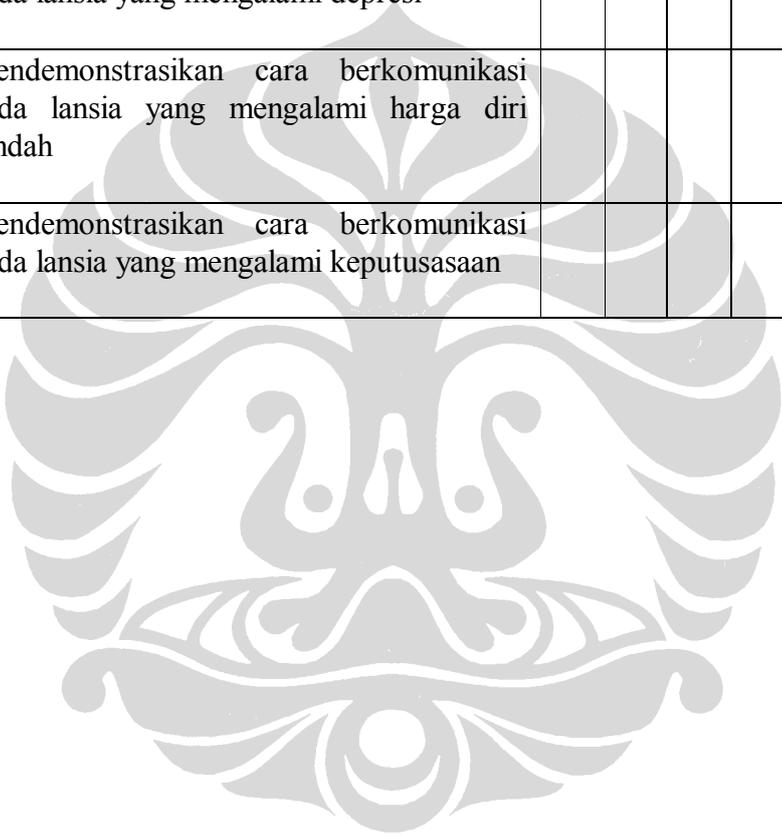
- **Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusan pada lansia yang masih belum disampaikan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	TANDA DAN GEJALA										
Depresi											
	Barat badan menurun										
	Gangguan tidur										
	Kurang energi/tenaga										
	Kurang konsentrasi										
	Kehilangan semangat										
	Sedih										
	Lesu, lemah										
	Tidak berdaya										
	Cemas										
	Pikiran kosong										
	Perasaan negatif tentang diri										
	Cenderung bunuh diri										
	Mudah putus asa										
	Kurang nafsu makan										
	Mudah tersinggung										
	Mudah marah										
	Curiga pada orang lain										
Harga Diri Rendah											
	Merasa tidak mampu										
	Menolak kemampuan diri										
	Minder/malu										
	Perasaan negatif tentang tubuh										
	Penurunan produktifitas										
	Mengkritik diri sendiri										
Keputusan											
	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki										
	Perasaan kosong										
	Pasif										
	Menghindari pembicaraan										
	Kehilangan inisiatif										

Penurunan kegiatan														

- **Kemampuan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA												
	Cara merawat lansia yang mengalami depresi													
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi													
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah													
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusasaan													



Evaluasi Tugas 3 : (sesi 2 pertemuan kedua)

- **Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala ketidakberdayaan dan Isolasi Sosial pada lansia yang masih belum disampaikan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	TANDA DAN GEJALA										
Ketidakberdayaan											
1	Merasa lelah										
2	Tidak memiliki kemauan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari (ADL)										
3	Tidak mampu membuat keputusan										
4	frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya										
5	penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain										
6	Enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.										
Isolasi Sosial											
1	Penurunan aktivitas										
2	Kurang inisiatif										
3	Mengungkapkan perasaan kesendirian										
4	Mengungkapkan penolakan untuk berinteraksi dengan orang lain										
5	keinginan untuk menyendiri										
6	Tidak mau diajak berkomunikasi										
7	Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima orang lain										
8	Mudah tersinggung										
9	Mudah marah										
10	Curiga pada orang lain										

- **Kemampuan Cara Merawat Lansia Depresi Dengan Ketidakberdayaan Dan Isolasi Sosial**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Kemampuan <i>caregiver</i> Merawat lansia										
1	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
2	Mendemonstrasikan cara merawat lansia										

yang mengalami isolasi sosial													
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Evaluasi Proses Sesi 3 Pertemuan Pertama

Kemampuan Saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 3 (pertemuan pertama) Dalam Kelompok

No	Aspek yang dinilai	NAMA PESERTA											
1	Menyampaikan kondisi psikologis yang dialami <i>caregiver</i>												
2	Menyebutkan tentang cara mengatasi stres dengan menggunakan tehnik nafas dalam												
3	Memperagakan cara tarik napas dalam												
4	Menyebutkan tentang cara mengatasi stres dengan menggunakan hipnotis 5 (lima) jari												
5	Memperagakan tentang cara mengatasi stres dengan menggunakan hipnotis 5 (lima) jari												
6	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan												

TUGAS 4 (sesi 3 pertemuan pertama)

Caregiver diharapkan untuk berlatih menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Demonstrasi teknik napas dalam (napas lega)
2. Demonstrasi cara hipnotis 5 (lima) jari

EVALUASI SESI 3 (pertemuan kedua) :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan Fisik/ Tubuh

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA										
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)										
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek										
3	Mudah lupa										
4	Mudah lelah/ capek,										
5	Mudah terserang penyakit										
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)										
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit										
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)										
9	Badan mulai kurus atau gemuk										
10	Mudah terserang penyakit										
11	Mengompol atau susah buang air besar										
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur										
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

21															
22															
23															
24															
25															

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA															
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA																
Perubahan kemampuan berpikir																	
1	Daya ingat (pelupa)																
2	Belajar																
3	Mengambil keputusan																
4	Menyelesaikan masalah																
5	Daya kreatifitas																
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
Perubahan emosi/perasaan																	
1	Marah																
2	Tersinggung																
3	Curiga																
4	Sedih																
5	Cemas																
6	Takut																
7	Gelisah																

Perubahan Perilaku

1	Seperti anak – anak lagi																				
2	Ingin diperhatikan																				
3	Ingin diakui/ dianggap																				

c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																			
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																				
1	Kehilangan pekerjaan																				
2	Pendapatan berkurang																				
3	Kehilangan teman/ kenalan																				
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																				
5																					

2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA										
1	Penurunan harga diri (malu)										
2	Tidak berdaya										
3	Putus asa										
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)										
5	Malas										
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan										
7	Berat badan menurun										
8	Menurunnya keinginan										
9	Tidak bersemangat										
10	Kehilangan rasa percaya diri										
11	Perasaan tidak berguna										
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan										
13	Tidak memiliki tujuan hidup										
14	Tidak puas dengan kehidupan										
15	Merasa bosan										
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan										
17	Perasaan terhadap diri yang negatif										
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele										
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain										
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri										
21	Tidak ada harapan dalam hidup,										
22	Selalu dihantui perasaan bersalah										
23	Tidak mau mencoba hal baru										
24											

25																	

3. Masalah Yang Dialami Caregiver Dalam Merawat Lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																
	MASALAH YANG DIALAMI CAREGIVER DALAM MERAWAT LANSIA																	

Pengaruh terapi..., Endang Banon, FIK UI, 2011

Evaluasi tugas 2 : (sesi 2 pertemuan pertama)

- Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusan pada lansia yang masih belum disampaikan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA											
	TANDA DAN GEJALA												
Depresi													
	Barat badan menurun												
	Gangguan tidur												
	Kurang energi/tenaga												
	Kurang konsentrasi												
	Kehilangan semangat												
	Sedih												
	Lesu, lemah												
	Tidak berdaya												
	Cemas												
	Pikiran kosong												
	Perasaan negatif tentang diri												
	Cenderung bunuh diri												
	Mudah putus asa												
	Kurang nafsu makan												
	Mudah tersinggung												

	Mudah marah																		
	Curiga pada orang lain																		
Harga Diri Rendah																			
	Merasa tidak mampu																		
	Menolak kemampuan diri																		
	Minder/malu																		
	Perasaan negatif tentang tubuh																		
	Penurunan produktifitas																		
	Mengkritik diri sendiri																		
Keputusan																			
	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki																		
	Perasaan kosong																		
	Pasif																		
	Menghindari pembicaraan																		
	Kehilangan inisiatif																		
	Penurunan kegiatan																		

- **Kemampuan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Cara merawat lansia yang mengalami depresi										
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi										
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah										
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusan										

Evaluasi Tugas 3 (sesi 2 pertemuan kedua)

- **Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala ketidakberdayaan dan Isolasi Sosial pada lansia yang masih belum disampaikan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	TANDA DAN GEJALA										
Ketidakberdayaan											
1	Merasa lelah										
2	Tidak memiliki kemauan untuk melakukan kegiatan sehari-hari (ADL)										
3	Tidak mampu membuat keputusan										
4	Frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya										
5	Penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain										
6	Enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.										
Isolasi Sosial											
1	Penurunan aktivitas										
2	Kurang inisiatif										
3	Mengungkapkan perasaan kesendirian										
4	Mengungkapkan penolakan untuk berinteraksi dengan orang lain										
5	Keinginan untuk menyendiri										
6	Tidak mau diajak berkomunikasi										
7	Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima orang lain										
8	Mudah tersinggung										
9	Mudah marah										
10	Curiga pada orang lain										

- **Kemampuan Cara Merawat Lansia Depresi Dengan Ketidakberdayaan Dan Isolasi Sosial**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Kemampuan <i>caregiver</i> Merawat lansia										
1	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
2	Mendemonstrasikan cara merawat lansia										

yang mengalami isolasi sosial																			
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Evaluasi Tugas 4 (sesi 3 pertemuan pertama)

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	Tehnik yang diajarkan untuk mengatasi stres dalam merawat lansia																			
Tehnik nafas dalam																				
1	Menyebutkan kondisi stress yang dialami dalam merawat lansia																			
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam tehnik nafas dalam																			
3	Mendemonstrasikan tehnik nafas dalam kegiatan sehari – hari																			
Hipnotis 5 (lima) jari																				
1	Menyebutkan kondisi stres yang dialami dalam merawat lansia																			
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam hipnotis 5 (lima) jari																			
3	Mendemonstrasikan tehnik hipnotis 5 (lima) jari di kegiatan sehari – hari																			

Evaluasi Proses Sesi 3 Pertemuan Kedua

Kemampuan Saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 3(Pertemuan pertama) Dalam Kelompok

No	Aspek yang dinilai	NAMA PESERTA									
1	Menyampaikan kondisi psikologis yang dialami <i>caregiver</i>										
2	Menyebutkan tentang cara mengatasi stres dengan menggunakan tehnik relaksasi progresif										
3	Memperagakan cara relaksasi progresif										
4	Menyebutkan tentang cara mengatasi stres dengan penghentian pikiran										
5	Memperagakan tentang cara mengatasi stres dengan penghentian pikiran										
6	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan										

TUGAS 5 (sesi 3 pertemuan kedua)

Caregiver diharapkan untuk berlatih menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Demonstrasi cara relaksasi progresif
2. Demonstrasi cara menghentikan pikiran

EVALUASI SESI 4 :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan Fisik/ Tubuh

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA										
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)										
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek										
3	Mudah lupa										
4	Mudah lelah/ capek,										
5	Mudah terserang penyakit										
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)										
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit										
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)										
9	Badan mulai kurus atau gemuk										
10	Mudah terserang penyakit										
11	Mengompol atau susah buang air besar										
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur										
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											

22											
23											
24											
25											

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA										
Perubahan kemampuan berpikir											
1	Daya ingat (pelupa)										
2	Belajar										
3	Mengambil keputusan										
4	Menyelesaikan masalah										
5	Daya kreatifitas										
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
Perubahan emosi/perasaan											
1	Marah										
2	Tersinggung										
3	Curiga										
4	Sedih										
5	Cemas										
6	Takut										
7	Gelisah										

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA																			
1	Giat beribadah																			
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian																			
3	Suka menolong																			
4	Suka menasehati																			
5	Siap menerima datangnya kematian																			

2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA										
1	Penurunan harga diri (malu)										
2	Tidak berdaya										
3	Putus asa										
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)										
5	Malas										
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan										
7	Berat badan menurun										
8	Menurunnya keinginan										
9	Tidak bersemangat										
10	Kehilangan rasa percaya diri										
11	Perasaan tidak berguna										
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan										
13	Tidak memiliki tujuan hidup										
14	Tidak puas dengan kehidupan										
15	Merasa bosan										
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan										
17	Perasaan terhadap diri yang negatif										
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele										
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain										
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri										
21	Tidak ada harapan dalam hidup,										
22	Selalu dihantui perasaan bersalah										
23	Tidak mau mencoba hal baru										
24											
25											

3. Masalah Yang Dialami *Caregiver* Dalam Merawat Lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																									
	MASALAH YANG DIALAMI <i>CAREGIVER</i> DALAM MERAWAT LANSIA																										

Evaluasi tugas 2 : (sesi 2 pertemuan pertama)

- Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusan pada lansia yang masih belum disampaikan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA												
	TANDA DAN GEJALA													
Depresi														
	Barat badan menurun													
	Gangguan tidur													
	Kurang energi/tenaga													
	Kurang konsentrasi													
	Kehilangan semangat													
	Sedih													
	Lesu, lemah													
	Tidak berdaya													
	Cemas													
	Pikiran kosong													
	Perasaan negatif tentang diri													
	Cenderung bunuh diri													
	Mudah putus asa													
	Kurang nafsu makan													
	Mudah tersinggung													
	Mudah marah													

	Curiga pada orang lain																		
Harga Diri Rendah																			
	Merasa tidak mampu																		
	Menolak kemampuan diri																		
	Minder/malu																		
	Perasaan negatif tentang tubuh																		
	Penurunan produktifitas																		
	Mengkritik diri sendiri																		
Keputusan																			
	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki																		
	Perasaan kosong																		
	Pasif																		
	Menghindari pembicaraan																		
	Kehilangan inisiatif																		
	Penurunan kegiatan																		

- **Kemampuan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																	
	Cara merawat lansia yang mengalami depresi																		
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi																		
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah																		
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusan																		

Evaluasi Tugas 3 (sesi 2 pertemuan kedua)

- **Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala ketidakberdayaan dan Isolasi Sosial pada lansia yang masih belum disampaikan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	TANDA DAN GEJALA										
Ketidakberdayaan											
1	Merasa lelah										
2	Tidak memiliki kemauan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari (ADL)										
3	Tidak mampu membuat keputusan										
4	frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya										
5	penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain										
6	Enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.										
Isolasi Sosial											
1	Penuruan aktivitas										
2	Kurang inisiatif										
3	Mengungkapkan perasaan kesendirian										
4	Mengungkapkan penolakan untuk berinteraksi dengan orang lain										
5	keinginan untuk menyendiri										
6	Tidak mau diajak berkomunikasi										
7	Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima orang lain										
8	Mudah tersinggung										
9	Mudah marah										
10	Curiga pada orang lain										

- **Kemampuan Cara Merawat Lansia Depresi Dengan Ketidakberdayaan Dan Isolasi Sosial**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Kemampuan <i>caregiver</i> Merawat lansia										
1	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
2	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami isolasi sosial										

Evaluasi Tugas 4 (sesi 3 pertemuan pertama)

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
		Tehnik yang diajarkan untuk mengatasi stres dalam merawat lansia									
Tehnik nafas dalam											
1	Menyebutkan kondisi stress yang dialami dalam merawat lansia										
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam tehnik nafas dalam										
3	Mendemonstrasikan tehnik nafas dalam kegiatan sehari – hari										
Hipnotis 5 (lima) jari											
1	Menyebutkan kondisi stres yang dialami dalam merawat lansia										
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam hipnotis 5 (lima) jari										
3	Mendemonstrasikan tehnik hipnotis 5 (lima) jari di kegiatan sehari – hari										

Evaluasi Tugas 5 (sesi 3 pertemuan kedua)

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
		Tehnik yang diajarkan untuk mengatasi stres dalam merawat lansia									
Tehnik relaksasi progresif											
1	Menyebutkan kondisi stress yang dialami dalam merawat lansia										
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam tehnik relaksasi progresif										
3	Mendemonstrasikan relaksasi progresif dalam kegiatan sehari – hari										
Tehnik penghentian pikiran											
1	Menyebutkan kondisi stress yang dialami dalam merawat lansia										
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam penghentian pikiran										
3	Mendemonstrasikan penghentian pikiran dalam kegiatan sehari – hari										

Evaluasi Proses Sesi 4:

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 4 (empat) dalam kelompok

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Pemberdayaan keluarga dan komunitas										
1	Menyampaikan pengalaman memberdayakan keluarga										
2	Menyampaikan pengalaman tentang kesulitan dalam mencari pelayanan kesehatan										
3	Mengetahui tentang cara pemberian dukungan melalui kelompok										

TUGAS 6:

Caregiver diharapkan untuk menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Pengalaman pemberdayaan anggota keluarga dalam merawat lansia
2. Pengalaman tentang kesulitan dalam berhubungan dengan tenaga kesehatan
3. Memotivasi *Caregiver* untuk rencana pembentukan kelompok suportif



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap depresi pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur.

Peneliti : Endang Banon

Nomor telepon : 081310711607

Saya, Endang Banon S.B (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap depresi pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur.

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

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

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

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden adalah diri saudara sendiri

Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Bogor, Mei 2011

Peneliti,

Endang Banon S.B

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca dan mendapat penjelasan langsung dari peneliti tentang maksud dan tujuan penelitian ini dan mendapat jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, saya memahami dan mengerti bahwa penelitian ini akan berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa. Saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

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

Dengan menandatangani atau memberikan cap jempol ibu jari saya pada surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Bogor,

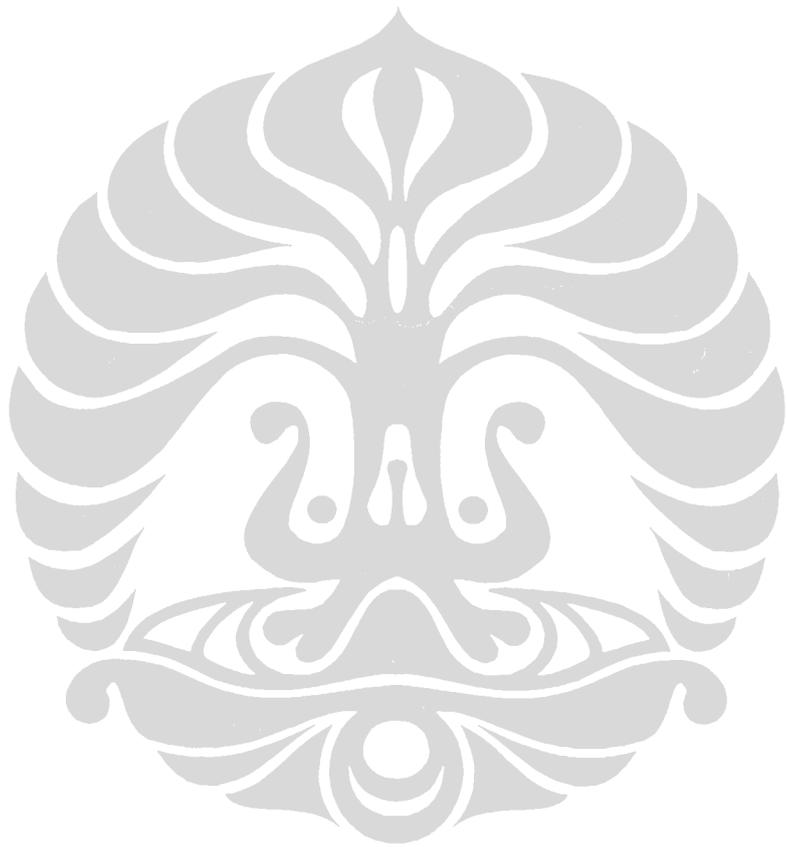
2011

Peneliti,

Responden,

Endang Banon
NPM. 0906621552

.....
Nama Jelas



ANALISIS KUESIONER DEPRESI (KUESIONER B)

No.	Pertanyaan	GDS 15 item pertanyaan	GDS versi Indonesia	Diagnosa keperawatan untuk depresi			
				HDR	Tdk berdaya	Putus asa	Isolasi sosial
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?	1	1	v			
2	Apakah anda sudah banyak meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?	2	2				v
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	3	3			v	
4	Apakah anda sering merasa bosan?	4	4		v		
5	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan?	14	5			v	
6	Apakah anda diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ungkapkan?	15	6	v			
7	Apakah anda punya semangat baik sepanjang waktu?	5	7		v		
8	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	6	8	v			
9	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda?	7	9		v		
10	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	10	10		v		
11	Apakah anda sering merasa gelisah dan resah/gugup?	8	11	v			
12	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	9	12				v
13	Apakah anda seringkali kuatir akan masa depan?	14	13			v	
14	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	10	14		v		
15	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?	11	15			v	
16	Apakah anda merasa murung dan sedih?	11	16			v	

17	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	12	17	v			
18	Apakah anda sangat khawatir tentang kejadian-kejadian masa lalu?	3	18	v			
19	Apakah anda merasa bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan/menarik?	11	19		v		
20	Apakah anda merasa berat untuk memulai proyek/pekerjaan baru?	8	20		v		
21	Apakah anda merasa penuh semangat?	13	21				v
22	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	14	22			v	
23	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	15	23	v			
24	Apakah anda seringkali kesal terhadap hal-hal yang sepele?	4	24		v		
25	Apakah anda seringkali ingin menangis?	7	25			v	
26	Apakah anda mempunyai kesulitan dalam berkonsentrasi?	10	26		v		
27	Apakah anda senang bangun di pagi hari?	5	27		v		
28	Apakah anda lebih senang menghindari kegiatan sosial?	4	28				v
29	Apakah mudah bagi anda untuk mengambil keputusan?	13	29		v		
30	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya?	10	30			v	
	J u m l a h	15	30	7	11	8	4

Penilaian GDS versi Indonesia:

- Jawaban **tidak** untuk butir nomor 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, dan 30 mendapat skor 1 (satu)
- Jawaban **ya** untuk butir nomor 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, dan 30 mendapat skor (nol)
- Butir-butir pertanyaan lainnya bila dijawab **ya** mendapat skor 1(satu) dan bila dijawab **tidak** mendapat skor 0 (nol)
- Skore GDS > 11 : ada indikasi depresi (sensitifitas 90,19%, spesifisitas 83,67%)



KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No.	Pokok Bahasan Materi Pertanyaan	Jumlah Soal	No. Soal
I.	Data Demografi Responden	7	Kuesioner A
1.	Usia Responden	1	2
2.	Jenis Kelamin	1	3
3.	Pendidikan	1	4
4.	Status perkawinan	1	5
5.	Penghasilan	1	6
6.	Pengalaman kerja	1	7
7.	Penyakit fisik yang dialami	1	8
II	Instrumen Pengukuran Kondisi Depresi	30	Kuesioner B
1.	Kondisi Depresi	30	1 - 30
2.	Harga diri rendah	7	1,6,8,11,17,18,23
3.	Ketidakterdayaan	11	4,7,9,10,14,19,20,24,26,27,29
4.	Keputusan	8	3,5,13,15,16,22,25,30
5.	Isolasi sosial	4	2,12,21,28
III	Instrumen Pengukuran Kualitas Hidup	17	Kuesioner C

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN (Kuesioner A)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Jawablah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberi tanda cek (\checkmark) pada kolom yang telah disediakan.
3. Pada pertanyaan isian, berilah jawaban sesuai isi pertanyaan.

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama :
2. Usia : tahun
3. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan terakhir pasien :
Tidak Sekolah SMU
SD Diploma/ Perguruan Tinggi
SLTP
5. Status perkawinan :
Tidak kawin Kawin Janda / Duda
6. Penghasilan:
Ada Tidak ada
7. Pengalaman kerja dan kapan berhenti bekerja :
PNS/POLRI/TNI/Veteran Tahun/Usia :/.....
Karyawan swasta Tahun/Usia :/.....
Wiraswasta (petani, pedagang, dll) Tahun/Usia :/.....
Tidak bekerja Tahun/Usia :/.....
8. Penyakit fisik yang sedang dialami :
Sakit : lama sakit
- Tidak sakit

INSTRUMEN PENGUKURAN KONDISI DEPRESI (Kuesioner B)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Isilah jawaban pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda cek (√).

No	Pertanyaan	Ya	Tdk
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?		
2	Apakah anda sudah banyak meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?		
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?		
4	Apakah anda sering merasa bosan?		
5	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan?		
6	Apakah anda diganggu oleh pikran-pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ungkapkan?		
7	Apakah anda punya semangat baik sepanjang waktu?		
8	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		
9	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda?		
10	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?		
11	Apakah anda sering merasa gelisah dan resah/gugup?		
12	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		
13	Apakah anda seringkali khawatir akan masa depan?		
14	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya		

	ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?		
15	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?		
16	Apakah anda merasa murung dan sedih?		
17	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?		
18	Apakah anda sangat khawatir tentang kejadian-kejadian masa lalu?		
19	Apakah anda merasa bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan/menarik?		
20	Apakah anda merasa berat untuk memulai proyek/pekerjaan baru?		
21	Apakah anda merasa penuh semangat?		
22	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?		
23	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?		
24	Apakah anda seringkali kesal terhadap hal-hal yang sepele?		
25	Apakah anda seringkali merasa ingin menangis?		
26	Apakah anda mempunyai kesulitan dalam berkonsentrasi?		
27	Apakah anda senang bangun di pagi hari?		
28	Apakah anda lebih senang menghindari kegiatan sosial?		
29	Apakah mudah bagi anda untuk mengambil keputusan?		
30	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya?		

Penilaian GDS versi Indonesia :

- Jawaban **tidak** untuk butir nomor 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, dan 30 mendapat skor 1 (satu)
- Jawaban **ya** untuk butir nomor 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, dan 30 mendapat skor 0 (nol)
- Butir-butir pertanyaan lainnya bila dijawab **ya** mendapat skor 1 (satu) dan bila dijawab **tidak** mendapat skor 0 (nol)

Skore GDS > 11 : ada indikasi depresi (sensitivitas 90,19 %, spesifisitas 83,67)

INSTRUMEN PENGUKURAN KUALITAS HIDUP (KUESIONER C)

No. Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Pertanyaan ini untuk menilai kondisi dan perasaan saudara 2 minggu terakhir
3. Jawablah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberi tanda cek (√) pada kolom yang telah disediakan.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Saya merasa hidup saya sudah sejahtera		
2.	Saya puas dengan keadaan kesehatan saya		
3.	Saya menikmati hidup saya sekarang ini		
4.	Saya merasa hidup saya berguna bagi orang lain		
5.	Saya dapat mengingat peristiwa dengan baik		
6.	Saya merasa hidup saya menyenangkan		
7.	Saya merasa senang karena lingkungan saya sehat		
8.	Saya merasa sehat untuk melakukan kegiatan		
9.	Saya merasa cukup dengan keuangan yang saya punya		
10.	Saya punya banyak waktu untuk melakukan kesenangan saya		
11.	Saya merasa tidur saya terganggu		
12.	Saya merasa puas dengan kemampuan saya		
13.	Saya merasa diri saya tidak minder		
14.	Saya merasa puas dapat berbicara dengan orang lain		
15.	Saya puas dengan pelayanan kesehatan yang ada		
16.	Saya merasa kesulitan untuk datang ke pelayanan kesehatan		
17.	Saya merasa mudah sedih, tidak berdaya dan putusasa		

JADWAL PELAKSANAAN INTERVENSI TERAPI REMINISCENCE DAN PSIKOEDUKASI KELUARGA

JAM	MINGGU I (PRE -TEST)						MINGGU II						MINGGU III					
	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
08.00-09.00	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1
09.00-10.00	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2
10.00-11.00	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3
11.00-12.00	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4

JAM	MINGGU IV						MINGGU V						MINGGU VI (POST-TEST)					
	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
08.00-09.00	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1	LA 1	LA 3	KK1
09.00-10.00	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2	LA2	LA4	KK2
10.00-11.00	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3	KLA1	KLA3	KK3
11.00-12.00	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4	KLA2	KLA4	KK4

Keterangan :

- LA 1 dan LA2 : Lansia kelompok intervensi di RW 02
 LA3 dan LA4 : Lansia kelompok intervensi di RW 09
 KLA1 dan KLA2 : Keluarga lansia kelompok intervensi di RW 02

KLA3 dan KLA4 : Keluarga lansia kelompok intervensi di RW 09

KK1, KK2, KK3, KK4 : Kelompok kontrol di RW 01

Minggu pertama dilakukan pre test

Minggu keenam dilakukan post test



Lampiran 14

JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN
 PENGARUH TERAPI REMINISCENCE DAN PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP LANSIA DENGAN DEPRESI
 DI KELURAHAN KATULAMPA BOGOR TIMUR

No	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2011)																									
		Februari				Maret					April				Mei				Juni								
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5				
1	Penyusunan dan Uji Proposal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
2	Perbaikan, Uji Etik dan Kompetensi										■	■															
3	Pengurusan Ijin Administrasi Penelitian											■															
4	Pengumpulan Data												■	■	■	■	■	■									
5	Analisis dan Penafsiran Data																	■	■								
6	Penyusunan Laporan Akhir																		■	■							
7	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																					■					
8	Perbaikan Hasil Seminar Penelitian																					■					
9	Sidang Tesis																						■				
10	Perbaikan Hasil Sidang Tesis																										■
11	Pengumpulan Tesis																										■

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata :

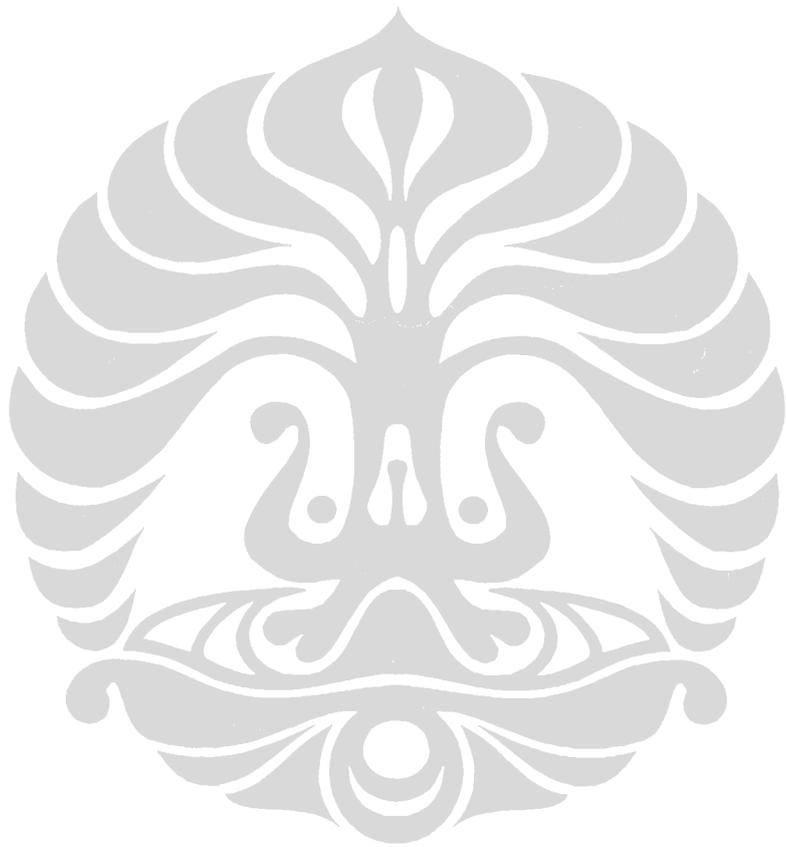
Nama : Endang Banon Sri Bharaty
Tempat / tanggal lahir : Jakarta, 13 April 1960
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes KemKes Jakarta III
Alamat Instansi : Poltekkes Kem.Kes. Jakarta III
Jl. Terusan JOOR Jati Asih Bekasi
Alamat Rumah : Kompleks RS Persahabatan No. 23 RT 016 RW 013
Rawamangun Jakarta Timur

Riwayat Pendidikan

FIK Universitas Indonesia : Lulus tahun 2004
IKIP Jakarta : Lulus tahun 1997
Akademi Keperawatan Dep.Kes. RI Jakarta : Lulus tahun 1986
SMA Karya Bahari : Lulus tahun 1984
Sekolah Guru Perawat Bandung : Lulus tahun 1981
Sekolah Perawat Kesehatan Cipto Mangunkusumo : Lulus tahun 1979
SMPN 73 : Lulus tahun 1975
SDN 01 Tebet Barat : Lulus tahun 1972

Riwayat Pekerjaan

Staf pengajar Sekolah Perawat Kesehatan Persahabatan : 1980-2000
Staf Pengajar Akademi Perawat Dep.Kes. RI Persahabatan : 2001-2005
Staf Pengajar Jurusan Keperawatan Poltekkes Dep.Kes Jakarta III : 2005-sekarang
Staf Akademik dan Kemahasiswaan Jurusan Keperawatan
Poltekkes Jakarta III : 2006-2007
Kepala Urusan Kemahasiswaan Poltekkes Dep.Kes. Jakarta III : 2007-2009



DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I. (1998). *Besar sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta : FKM-UI. (tidak dipublikasikan).
- Asosiasi Kesehatan Jiwa dan Anak dan Remaja Indonesia. (2010). *Kumpulan makalah Seminar Nasional Masalah Emosional Pada Anak dan Remaja*. Jakarta.
- Ayuningsih. (2010). *Psikologi Perkembangan Anak*. Pustaka Larasati. Jakarta.
- Bidang Data Peserta Didik, PTK, Pusat Data Statistik Pendidikan KEMDIKNAS (2011). Data Pokok Pendidikan Wilayah Dinas Pendidikan Kota Depok Periode 2010 / 2011 .
<http://depok.dapodik.org/rekap.php?data=&ref=siswa&tipe=2&limit=200&hal>
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Dahlan, D. (2009). *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. Bandung PT Remaja Rosdakarya.
- Depkes RI. (2006). *Stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar*. Jakarta.
- Depkes. (2003). *Buku pedoman kesehatan jiwa*. Jakarta : Depkes.
- Feist, J and Feist,J.G. (2008). *Theories of Personality* (6th ed). The McGraw Hill Companies, Inc., 1221 Aveneu of the Americas, New York.
- Fortinash, K.M. and Holoday, P.A. (2004). *Psychiatric mental health nursing. Third edition,,* St. Louis Missouri: Mosby – Year Book Inc.
- Friedman.W.M, Vicky R. B & Elaine G.J (2010). *Keperawatan Keluarga Riset, Teori Dan Praktik*. EGC. Jakarta.
- Hamid. (2009). *Bunga Rampai. Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta: EGC.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Hidayat,A.A.(2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*.Salemba Medika.Jakarta

- Hurlock, E.B. (2004). *Psikologi Perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan (edisi kelima.)*. Penerbit Erlangga. Jakarta.
- Indragiri,A.(2010). *Kecerdasan Optimal Cara Ampuh Memaksimalkan Kecerdasan Anak*. Star Books. Jogjakarta.
- Kaplan, H.L., and Saddock, B. J. (1995). *Comprehensive text book of psychiatry*. (Vol. 1. 6th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H.L., Saddock, B.J., and Grebb, S.A. (1996). *Synopsis of psychiatry behavioural sciences clinical psychiatry*. (7th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kekhususan Keperawatan Jiwa FIK UI. (2009). *Draft terapi spesialis keperawatn jiwa yang telah diriset*. Jakarta: FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Keliat dan Akemat. (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*. Jakarta: EGC.
- Keliat.B.A, Helena.N, Farida.P. (2011). *Manajemen keperawatan Psikososial & Kader Kesehatan Jiwa*. EGC. Jakarta.
- Keliat.B.A, Panjaitan.R.U, Riasmini,M. (2010). *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga*.EGC.Jakarta.
- Kneisl, C.R. dkk.(2004). *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Lemeshow, Hosmer, Klar and Lwanga, (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta. UGM Press.
- Mahfuzh,J.M.(2009). *Psikologi Anak dan Remaja Muslim*. Pustaka Al-Kautsar. Jakarta.
- Mohr.WK, (2006). *Psychiatric mental health nursing (6 th edition)*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Notoatmojo, S.(2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuryantinoviana, (2010). *Gambaran Kesehatan Jiwa Anak Dan remaja*.
<http://nuryantinoviana.wordpress.com/2010/04/24>. Diakses pada tanggal 25 Februari 2010.

- Papalia, Olds and Feldman (2009). *Human Development* (10th ed). The McGraw Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York.
- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing : concept, process, and practice*, Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Rumini dan Sundari. (2004). *Perkembangan Anak dan Remaja*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Salaby R.M, (1994). *Masalah Anak Dan Penanggulangannya*. Pustaka Widayarsana. Medan.
- Sarwono, J. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif*. Graha Ilmu. Jogjakarta.
- Saryono. (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Mitra Cendekia. Jogjakarta.
- Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (2th ed), Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Shives, L.R. (1998). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (4th ed), Philadelphia: Lippincott.
- Sjarkawi. (2006). *Pembentukan Kepribadian Anak*. Bumi Aksara. Jambi.
- Soetjipto & Kosasi, R. (2002). *Profesi Keguruan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Stuart, G.W and Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby.
- Sugiono, (2009). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & B*. Alfabeta: Bandung.
- Sundeen, J. (2005). *Psychiatric rehabilitation and recovery*, dalam Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed), (hlm. 239 - 255). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Tim Pembina UKS Pusat UKS. *Pedoman Pembinaan dan pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*. (2007). Jakarta.
- Tohirin. (2008). *Psikologi Pembelajaran Pendidikan Agama Islam*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Trihadi, Keliat dan Hastono. (2009). *Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Memberikan Stimulasi Perkembangan Dini Usia Kanak - Kanak Di Kelurahan Bubulak Kota Bogor Tahun 2009*. Tidak di publikasikan.

Undang-undang No 14 Tahun 2005. *Himpunan Perundang-undangan Republik Indonesia*. Nuansa Alam. Bandung.

Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Widi, R.K. (2009). *Asas Metodologi Penelitian*. Graha Ilmu. Surabaya.

Wong, D.L. et.al (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. EGC. Jakarta.

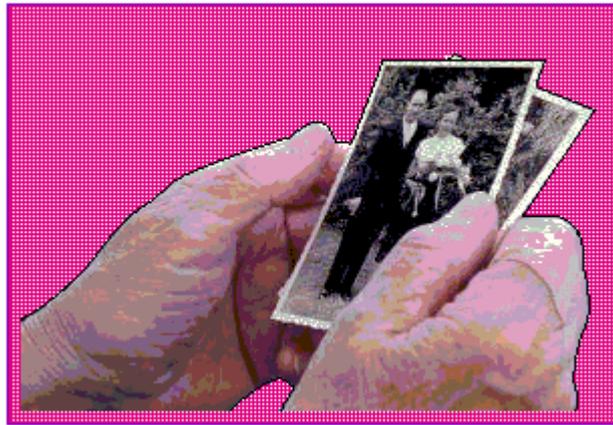
Yusuf, S. (2009). *Psikologi Perkembangan anak dan remaja*. Bandung PT Remaja

Zahra, S. (2009). *Membimbing Spiritual Anak*. Darul Hikmah. Jogjakarta.



BUKU KERJA

TERAPI REMINISCENCE/KENANGAN



TIM PENYUSUN :

Ns. Endang Banon, S.Kep

Dr . Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011

BUKU KERJA
TERAPI REMINISCENCE/KENANGAN

NAMA LANSIA :
ALAMAT :
KELOMPOK :

UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

2011

KATA PENGANTAR

Menjadi tua merupakan suatu kebahagiaan karena tidak semua manusia berkesempatan menjadi lansia. Proses kehidupan seseorang yang diawali sejak masa bayi akan terus berlangsung sampai usia tua bila orang tersebut dapat merawat dirinya dengan baik. Peristiwa demi peristiwa yang terjadi dalam kehidupan seseorang akan tercatat dalam memori dengan baik dan dikenang sepanjang hidupnya apabila peristiwa dan kenangan akan masa tersebut merupakan sesuatu yang menyenangkan.

Seiring dengan terjadinya proses menua akan muncul perubahan-perubahan pada diri lansia baik pada fisik, psikologis, sosial, dan spiritual yang dapat menimbulkan berbagai masalah pada lansia seperti depresi, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial. Kondisi tersebut dapat menurunkan kualitas dan kepuasan hidup lansia.

Buku kerja ini adalah buku penyerta modul terapi *reminiscence*/kenangan pada lansia dengan depresi yang diperuntukkan bagi lansia. Buku kerja ini terdiri dari 6 (enam) sesi pertemuan seperti yang terdapat pada modul terapi *reminiscence*. Keenam sesi tersebut menjelaskan tentang kegiatan kerja lansia dalam mengenang peristiwa masa lalu meliputi perubahan dan masalah yang dialami lansia, pengalaman masa usia anak, pengalaman masa remaja, pengalaman masa dewasa, pengalaman masa lansia saat ini dan evaluasi. Lansia diharapkan dapat mengenang peristiwa masa lalu yang menyenangkan dan hal penting yang berkaitan dengan tiap masa serta menuliskannya dalam buku ini.

Buku kerja ini merupakan pegangan bagi lansia dengan depresi, dengan tujuan membantu lansia menemukan kembali nilai positif yang ada pada dirinya guna mengatasi depresi yang dialami dan menemukan integritas dirinya.

Di akhir kegiatan, diharapkan lansia dapat meningkatkan kualitas hidupnya dalam kehidupan sehari-hari, memiliki kelompok suportif yang dapat membantu dan mendukungnya.

Depok, April 2011

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	1
Kata Pengantar	3
Pelaksanaan Terapi Reminiscence	
Sesi 1 Perubahan dan masalah yang dialami lansia	5
Sesi 2 Pengalaman masa usia anak	18
Sesi 3 Pengalaman masa remaja	22
Sesi 4 Pengalaman masa dewasa	26
Sesi 5 Pengalaman masa lansia saat ini	30
Sesi 6 Evaluasi	33

PELAKSANAAN TERAPI REMINISCENCE

SESI 1: Perubahan dan masalah yang dialami lansia

Tanggal pertemuan :

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

1. Mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada lansia

Perubahan yang terjadi pada diri lansia yaitu perubahan biologis, perubahan psikologis, perubahan sosial, dan perubahan spiritual

- Perubahan biologis/fisik/tubuh dapat menyebabkan penurunan kemampuan organ pada seluruh sistem tubuh dan penampilan diri seperti : penipisan kulit, kekeringan, dan keriput, tidak tahan perubahan suhu yang sangat panas atau sangat dingin, penurunan kekuatan tulang, badan membungkuk, otot mengecil, gerakan menjadi lamban, tulang mudah patah, gangguan/penyakit pernapasan dan jantung, penglihatan berkurang bila melihat pada tempat yang remang dan bila melihat warna-warna yang terang, pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba, jumlah gigi berkurang, penurunan produksi air ludah, mudah terkena infeksi penyakit, mudah lelah/ capek, rambut berubah dan menipis

(rontok), badan mulai kurus atau gemuk, sulit mengendalikan buang air besar dan buang air kecil dan gangguan fisik lainnya

- Perubahan psikologis/kejiwaan akan berdampak pada kemampuan berpikir, daya ingat, dan pengambilan keputusan serta perubahan perilaku seperti : sulit untuk mengingat, sulit untuk belajar, berpikir, dan menyelesaikan masalah, kreativitas menurun, mudah tersinggung, mudah sedih, cemas, perilaku kembali seperti anak – anak, mudah marah, mudah curiga, ingin tetap diakui di masyarakat, pikun, mudah lupa dan perubahan lainnya
- Perubahan sosial/pergaulan akan berpengaruh pada perubahan peran sosial baik dalam kehidupan di dalam keluarga maupun di masyarakat seperti : kehilangan status dan peran dalam kelompok, kehilangan pasangan hidup, kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga, kehilangan penghasilan, kehilangan jabatan/kedudukan, penurunan harga diri, lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia, lebih suka menyendiri.
- Perubahan spiritual/keagamaan akan dirasakan oleh lansia sebagai penurunan akan semangat hidup yang berdampak pada kegiatan keseharian lansia seperti : kehilangan semangat, makna, dan tujuan hidup, penurunan kemampuan penyesuaian diri, giat beribadah dan mengikuti acara keagamaan, suka menolong orang lain, lebih mendekatkan diri pada Tuhan dan siap menerima datangnya kematian.

Setelah membaca dan mendapat penjelasan, sekarang marilah kita lihat perubahan-perubahan yang terjadi pada diri kita masing-masing. Berilah tanda checklist (V) pada pernyataan dalam kolom yang tersedia, bila tidak ada pernyataan yang sesuai, tulislah pada kolom kosong yang tersedia.

PERUBAHAN – PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANSIA

1. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Pertemuan									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput										
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin										
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi										
4	Badan membungkuk										
5	Otot mengecil										
6	Gerakan menjadi lamban										
7	Tulang mudah patah										
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung										
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang										

	dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang																		
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba																		
11	Jumlah gigi berkurang																		
12	Penurunan produksi air ludah																		
13	Mudah terkena infeksi penyakit																		
14	Mudah lelah/capek																		
15	Rambut beruban dan menipis																		
16	Badan mulai kurus atau gemuk																		
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja																		
18	Sulit tidur																		
19	Kurang nafsu makan																		
20	Penurunan berat badan																		
21	Kurang energi/tenaga																		
22	Lain- lain, sebutkan :																		

Tuliskan perubahan fisik/tubuh lainnya yang dialami

Tanggal	No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami

Catatan : checklist dan tuliskan lagi bila menemukan perubahan fisik/tubuh lainnya yang dialami

2. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Pertemuan									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Sulit untuk mengingat										
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah										
3	Kreativitas menurun										
4	Mudah tersinggung										
5	Mudah sedih, murung										
6	Cemas										
7	Perilaku kembali seperti anak – anak										
8	Mudah marah										
9	Mudah curiga										
10	Ingin tetap diakui di masyarakat										
11	Pikun, mudah lupa										
12	Penurunan konsentrasi										
13	Pikiran kosong										
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri										
15	Mudah putusasa										
16	Tegang										

17	Merasa tidakberdaya																		
18	Penolakan terhadap kemampuan diri																		
19	Minder/malu																		
20	Perilaku merusak diri sendiri																		
21	Lain-lain, sebutkan :																		

Tuliskan perubahan psikologis/kejiwaan lainnya yang dialami

Tanggal	No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami

Catatan : checklist dan tuliskan lagi bila menemukan perubahan psikologis/kejiwaan lainnya yang dialami

3. Perubahan sosial/pergaulan

No	Perubahan sosial/pergaulan yang dialami	Pertemuan									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok										
2	Kehilangan pasangan hidup										
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga										
4	Kehilangan penghasilan										
5	Penurunan harga diri										
6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia										
7	Lebih suka menyendiri										
8	Lain-lain, sebutkan :										

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tuliskan perubahan sosial/ pergaulan lainnya yang dialami

Tanggal	No	Perubahan sosial/ pergaulan yang dialami

Catatan : checklist dan tuliskan lagi bila menemukan perubahan sosial/pergaulan lainnya yang dialami

4. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Pertemuan									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Kehilangan semangat										
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup										
3	Giat beribadah										
4	Mengikuti kegiatan keagamaan										
5	Suka menolong orang lain										
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan										
7	Suka menolong										
8	Suka menasehati										
9	Siap menerima datangnya										

	kematian																			
10	Lain-lain, sebutkan :																			

Tuliskan perubahan spiritual/keagamaan lainnya yang dialami

Tanggal	No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami

Catatan : checklist dan tuliskan lagi bila menemukan perubahan sosial/pergaulan lainnya yang dialami

2. Mengidentifikasi masalah yang dialami lansia

Masalah-masalah yang dialami lansia :

- Depresi dapat menimbulkan masalah baru baik fisik, psikis, dan sosial. Depresi dapat menurunkan kualitas hidup lansia; penurunan kemampuan fisik dan perawatan diri, penurunan interaksi sosial. Depresi pada lansia dapat menyebabkan timbulnya berbagai keluhan fisik, penyalahgunaan obat, alkohol, dan nikotin, serta angka kematian yang tinggi. Tanda dan gejala depresi adalah : penurunan berat badan, gangguan tidur, kurang energi/tenaga, penurunan konsentrasi, kehilangan

semangat, murung, sedih, lemah, lesu, tidak berdaya, cemas, penurunan harga diri, pikiran kosong, perasaan negatif pada diri sendiri, kecenderungan untuk bunuh diri, mudah putus asa, kurang nafsu makan, mudah tersinggung, mudah marah, curiga pada orang lain

- Harga diri rendah ditandai dengan merasa tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan diri, minder/malu, perasaan negatif tentang tubuhnya, penurunan produktifitas, mudah tersinggung, menghindari pergaulan, mengkritik diri sendiri, tegang, perilaku merusak pada diri sendiri dan orang lain
- Ketidakberdayaan : kehilangan kontrol terhadap diri, kekuatan tenaga tidak menentu, pasif, apatis, benci, marah, perasaan bersalah, enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya, merasa tidak puas dan frustrasi, menurunnya kegiatan sehari-hari
- Keputusan ditandai dengan tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki, perasaan kosong, pasif, menghindari pembicaraan, nafsu makan menurun, gangguan tidur, kehilangan inisiatif, penurunan kegiatan
- Menarik diri (isolasi sosial): tidak adanya sistem pendukung, tidak ada kontak mata, merasa sedih, merasa sendirian, tidak mau berkomunikasi, sikap bermusuhan, menarik diri dari kehidupan sosial

Setelah mengetahui perubahan-perubahan tersebut, dapat kita ketahui juga masalah-masalah yang dialami sebagai akibat dari perubahan-perubahan yang terjadi. Berilah tanda checklist (V) pada pernyataan dalam kolom yang tersedia, bila tidak ada pernyataan yang sesuai, tulislah pada kolom kosong.

MASALAH YANG DIALAMI LANSIA AKIBAT PERUBAHAN

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia							
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang								
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan								
3	Sering merasa bosan								
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan								
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan								
6	Kurangnya semangat hidup								
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk								
8	Kurang merasa bahagia								
9	Merasa tidakberdaya								
10	Sering gelisah/gugup								
11	Lebih sering tinggal di rumah								
12	Sering merasa ingin menangis								
13	Penurunan daya ingat								
14	Hidup terasa tidak menyenangkan								
15	Mudah murung dan sedih								
16	Merasa tidak berharga								
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu								
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru								
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara								
20	Lain-lain, sebutkan :								

--	--

Tuliskan masalah lainnya yang dialami akibat perubahan

Tanggal	No	Masalah lainnya yang dialami akibat perubahan

Catatan : checklist dan tuliskan lagi bila menemukan perubahan sosial/pergaulan lainnya yang dialami

SESI 2 : Pengalaman masa usia anak

Tanggal pertemuan :

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

A. Masa usia anak

Anak dengan usia 6 – 11 tahun termasuk ke dalam kelompok ini. Pada usia ini anak memiliki keinginan yang besar untuk mempelajari keterampilan dan alat-alat yang produktif serta menghasilkan karya yang dapat dibanggakan. Anak akan bermain, belajar dan memperoleh pengalaman dengan anak seusianya. Keberhasilan diperoleh berdasarkan prestasi dan pujian yang diberikan kepada anak. Berbagi pengalaman usia anak dimaksudkan untuk mengenang peristiwa menyenangkan yang dialami lansia ketika berada di usia tersebut dengan harapan lansia memiliki keyakinan bahwa dirinya mampu berprestasi/karya atau menghasilkan sesuatu yang positif atau membanggakan seperti apa yang telah dilakukannya pada masa tersebut

B. Kegiatan yang dikenang

Masa usia anak (usia sekolah) merupakan masa usia produktif (usia berkarya) dimana anak senang melakukan berbagai kegiatan secara kreatif dan penuh energi, mampu bersaing dengan baik dan gemar mempelajari hal-hal yang baru. Pada masa ini, anak akan dengan bangga menceritakan kegiatan dan karya yang dihasilkannya dan berdampak pada peningkatan harga dirinya. Hal yang perlu dikenang meliputi : pengalaman yang menyenangkan ketika masa usia anak, prestasi atau hasil karya yang diperoleh, perasaan yang dialami ketika mendapatkan penghargaan/pujian.

Kemampuan yang perlu dilatih :

1. Lansia mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak yang sudah dialaminya dengan tujuan membangkitkan kembali nilai positif yang ada pada dirinya dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 1 :

- a. Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh
- b. Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut, lakukan sebanyak 3 kali

- c. Pusatkan pikiran pada pengalaman yang menyenangkan ketika masa usia anak
- d. Buka mata secara perlahan-lahan
- e. Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

Tanggal ketika latihan	N o N o N o	Pengalaman yang dikenang	Perasaan

1. Lansia mengenang prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak dengan tujuan membangkitkan kembali kebanggaan pada dirinya akan produktivitas/prestasi/karyanya pada masa tersebut dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 2 :

- a. Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh
- b. Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut, lakukan sebanyak 3 kali
- c. Pusatkan pikiran pada prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak
- d. Buka mata secara perlahan-lahan
- e. Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

Tanggal ketika latihan	No	Kegiatan	Karya yang dihasilkan

--	--	--	--

1. Lansia mengenang perasaannya ketika mendapatkan penghargaan/pujian pada masa usia anak dengan tujuan membangkitkan kembali harga dirinya dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 3 :

- a. Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh
 Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut, lakukan sebanyak 3 kali
- b. Pusatkan pikiran pada perasaan ketika mendapatkan penghargaan/pujian pada masa usia anak
- c. Buka mata secara perlahan-lahan
- d. Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

Tanggal ketika latihan	No	Peristiwa	Perasaan yang dialami
	No		

SESI 3 : Pengalaman masa usia remaja

Tanggal pertemuan :

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

A. Masa remaja

Individu berusia 11 – 20 tahun termasuk ke dalam kelompok ini. Masa ini ditandai dengan perubahan fisik yang berkaitan dengan kematangan seksual (akil balik). Remaja di usia ini lebih senang memperhatikan penampilan dan bentuk tubuh. Masa ini menjadi penting karena remaja berada dalam masa mencari identitas diri dan bergaul dengan kelompoknya serta memisahkan diri dari orang tua. Anak akan bermain, belajar dan memperoleh pengalaman bersama teman-teman dalam kelompoknya dalam berbagai kegiatan. Berbagi pengalaman masa remaja dimaksudkan untuk mengenang peristiwa menyenangkan yang dialami lansia ketika berada di usia tersebut dengan harapan lansia memiliki keyakinan bahwa dirinya mampu melakukan berbagai aktivitas bersama dengan orang lain seperti apa yang telah dilakukannya pada masa tersebut

B. Kegiatan yang dikenang

Masa remaja adalah masa pencarian identitas diri. Remaja akan menunjukkan bahwa dirinya mampu menyampaikan pendapat, membuat penilaian, mempertanyakan hal yang tidak sesuai dengan nilai yang dianutnya, merubah aturan yang ada, tidak mudah putus asa, mampu mengatasi kecemasan, terbuka, berani, jujur, memiliki konsep diri yang positif, memiliki motivasi tinggi untuk mengembangkan dirinya, dan dapat berpartisipasi dalam kegiatan

bermasyarakat. Hal yang perlu dikenang meliputi : pengalaman yang menyenangkan pada masa remaja, kegiatan yang dilakukan dalam rangka mencari identitas diri dan peran sosial, serta potensi diri yang dimiliki.

Kemampuan yang perlu dilatih :

1. Lansia mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa remaja dengan tujuan membangkitkan kembali kemampuan beraktivitas dimasyarakat dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 1 :

- a. Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh
- b. Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut, lakukan sebanyak 3 kali
- c. Pusatkan pikiran pada pengalaman yang menyenangkan ketika masa remaja
- d. Buka mata secara perlahan-lahan
- e. Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

Tanggal ketika latihan	N o N o N o	Pengalaman yang dikenang	Perasaan

2. Lansia mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja dengan tujuan membangkitkan kembali pengakuan diri dan perannya di masyarakat dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 2 :

- a) Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh
- b) Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut, lakukan sebanyak 3 kali secara perlahan-lahan
- c) Pusatkan pikiran pada kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja
- d) Buka mata secara perlahan-lahan
- e) Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

	N o	Kegiatan	Peran sosial
Tanggal ketika latihan	N o		

3. Lansia mengenang potensi diri yang dimiliki pada masa remaja dengan tujuan membangkitkan kembali kemampuan-kemampuan yang dimiliki dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 3 :

- a) Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh
- b) Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut, lakukan sebanyak 3 kali
- c) Pusatkan pikiran pada potensi diri yang dimiliki pada masa remaja
- d) Buka mata secara perlahan-lahan
- e) Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

Tanggal ketika latihan	N o N o N o	Peristiwa	Perasaan yang dialami

SESI 4 : Pengalaman masa dewasa

Tanggal pertemuan :

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

A. Masa dewasa

Masa ini terbagi 2 bagian yaitu dewasa muda dan dewasa pertengahan. Pada usia dewasa muda, individu telah berhasil membangun identitas dirinya, memperdalam kasih sayang dan peduli pada orang lain. Hubungan pertemanan dengan orang lain semakin erat terjalin dan mulai memilih pasangan hidupnya. Sedangkan pada usia dewasa pertengahan sudah berfokus pada pemberian dukungan pada generasi berikutnya. Keberhasilan dalam mengembangkan diri dan keterlibatan dalam kegiatan di masyarakat menjadi hal yang penting pada masa ini. Berbagi pengalaman masa dewasa dimaksudkan untuk mengenang peristiwa menyenangkan yang dialami lansia ketika berada di usia tersebut dengan harapan lansia memiliki hubungan yang

intim/akrab dengan orang lain, mencari pasangan hidup dan mempersiapkan generasi selanjutnya dengan baik seperti apa yang telah dilakukannya pada masa tersebut

B. Kegiatan yang dikenang

Masa dewasa merupakan masa dimana individu sudah memiliki kemampuan komunikasi yang lebih kompleks, membedakan baik dan buruk berdasarkan hati nurani, memiliki kepribadian yang matang, melakukan hal-hal yang positif, memiliki pendapatan dan mandiri dalam ekonomi, memiliki tanggung jawab dalam pekerjaan, menjalin hubungan dengan lawan jenis dan membentuk keluarga baru, membimbing dan menyiapkan generasi berikutnya, merasa puas dengan hidupnya, memiliki inisiatif dan ide-ide yang bermanfaat, merasa nyaman dengan pasangan hidupnya. Hal yang perlu dikenang meliputi : pengalaman yang menyenangkan pada masa dewasa, cara menjalin keintiman/keakraban, dan cara mempersiapkan generasi selanjutnya.

Kemampuan yang perlu dilatih :

1. Lansia mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa dewasa muda dan dewasa pertengahan dengan tujuan membangkitkan kembali hal-hal positif yang telah dilakukannya dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 1 :

- a) Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh
- b) Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut, lakukan sebanyak 3 kali
- c) Pusatkan pikiran pada pengalaman yang menyenangkan ketika masa dewasa muda dan masa dewasa pertengahan
- d) Buka mata secara perlahan-lahan
- e) Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

Tanggal ketika latihan	N o N o N o	Pengalaman yang dikenang	Perasaan

1. Lansia mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal dengan tujuan membangkitkan kembali interaksi sosial melalui keintiman/keakraban yang pernah dijalinnya dengan teman/sahabat maupun pasangan hidupnya dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 2 :

- a. Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh

Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut,
lakukan sebanyak 3 kali

- b. Pusatkan pikiran pada kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban dengan teman/sabahat dan pasangan hidup
- c. Buka mata secara perlahan-lahan
- d. Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

Tanggal ketika latihan	N o N o N o	Kegiatan	Cara menjalin keintiman/keakraban

1. Lansia mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan dengan tujuan membangkitkan kembali semangat hidupnya melalui upaya yang dilakukan

dalam membina rumah tangga, cara merawat dan menyiapkan anak-anak sesuai dengan harapannya dan menuliskannya dalam buku kerja dengan panduan berikut ini

Latihan 3 :

- a. Tutup mata, tenangkan pikiran, rilekskan tubuh
Tarik napas dalam dari hidung, hembuskan pelan-pelan dari mulut, lakukan sebanyak 3 kali
- b. Pusatkan pikiran pada kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya
- c. Buka mata secara perlahan-lahan
- d. Tuliskan kenangan tersebut dalam kolom di bawah ini

Tanggal ketika latihan	N o N o N o	Kegiatan	Cara mempersiapkan

SESI 5 : Pengalaman masa lansia saat ini

Tanggal pertemuan :

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

A. Masa lansia

Perubahan fisik, psikis, sosial dan spiritual merupakan proses alami yang terjadi pada lansia. Pada masa ini lansia sudah merasa puas terhadap kehidupannya walaupun pernah ada kekurangan/ kesalahan pada masa sebelumnya. Masa lansia merupakan masa akhir dari rangkaian rentang kehidupan manusia. Lansia sudah memiliki banyak pengalaman yang dapat dijadikan pelajaran untuk kematangan diri, memiliki pedoman hidup yang realistis, menilai bahwa kehidupannya berarti, dan memiliki nilai-nilai religi yang baik.

Pada masa ini diharapkan lansia memiliki integritas diri yang utuh, memperoleh keberhasilan dan kepuasan hidup, memiliki pengharapan dan rencana hidup yang diinginkan dalam menjalani hari tua.

B. Kegiatan yang dilakukan

Masa lansia adalah masa menentukan integritas diri dan memperoleh kepuasan hidup. Lansia yang sudah mencapai integritas diri akan memiliki harga diri tinggi, menilai kehidupannya berarti, memandang sesuatu hal secara keseluruhan (tuntutan dan makna hidup), menerima nilai dan keunikan orang lain serta menerima datangnya kematian . Hal yang dilakukan adalah mengidentifikasi masalah-masalah yang muncul pada saat ini dan cara mengatasinya, identifikasi kualitas hidup yang dimiliki, menerima nilai dan keunikan orang lain, kegiatan positif yang dilakukan di rumah maupun di masyarakat, mempersiapkan diri untuk menerima datangnya kematian.

Kemampuan yang perlu dilatih :

1. Lansia dapat identifikasi masalah-masalah yang muncul pada saat ini dan cara mengatasinya kemudian menuliskannya dalam buku kerja

Masalah yang dialami	Cara mengatasi
Gangguan kebutuhan istirahat dan tidur	
Gangguan kebutuhan nutrisi	
Gangguan kebutuhan kebersihan diri	
Gangguan kebutuhan buang air besar dan buang air kecil	
Kecemasan	

--	--

2. Lansia dapat mengidentifikasi kualitas hidup yang dimiliki pada saat ini.

Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia, bila tidak ada pernyataan yang sesuai, tuliskan pada kolom kosong

No	Aspek yang dinilai	Checklist (v)
1	Saya merasa hidup saya sudah sejahtera	
2	Saya merasa puas dengan kesehatan saya saat ini	
3	Saya dapat menerima perubahan yang terjadi dalam diri saya	
4	Saya tidak terganggu dengan penyakit saya	
5	Saya menikmati hidup saya sekarang ini	
6	Saya merasa hidup saya berguna bagi orang lain	
7	Saya dapat mengingat pengalaman hidup saya dengan baik	
8	Saya merasa hidup saya menyenangkan	
9	Saya merasa senang dengan lingkungan hidup saya	
10	Saya merasa sehat untuk melakukan kegiatan	
11	Saya dapat melakukan kegiatan hidup sehari-hari	
12	Saya merasa cukup dengan keuangan yang saya miliki	
13	Saya punya waktu luang untuk melakukan kesenangan/hobby saya	
14	Saya merasa tidur saya cukup baik	
15	Saya merasa puas dengan kemampuan yang saya miliki	
16	Saya merasa puas dengan hasil kerja saya	
17	Saya tidak merasa minder/malu dalam bergaul	
18	Saya merasa puas dapat berkomunikasi dengan orang lain	
19	Saya merasa puas hidup bersama suami/istri saya	
20	Saya merasa senang karena keluarga/teman mau menolong saya	
21	Saya merasa puas dengan tempat tinggal saya sekarang	
22	Saya merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang saya terima	
23	Saya tidak mudah sedih dan tidak putus asa	
24	Lain-lain, sebutkan :	

--	--

Masa lansia merupakan masa yang menyenangkan, banyak pengalaman hidup yang sudah dialami. Dalam menjalani dan mengisi hari tua, tentunya kita memiliki harapan dan rencana-rencana yang akan kita lakukan agar bisa menolong diri sendiri dan juga berguna bagi orang lain. Dapat menerima orang lain apa adanya, dapat melakukan kegiatan yang positif sampai akhir hidup merupakan halo yang kita inginkan.

3. Lansia dapat menyatakan rencana dan harapan hidupnya ke depan. Tuliskanlah keinginan, harapan, dan rencana apa yang akan kita lakukan untuk menjalani dan mengisi hari tua yang menyenangkan pada kolom di bawah ini.

Tanggal	Keinginan	Rencana	Harapan

--	--	--	--

Tanggal	Keinginan	Rencana	Harapan

--	--	--	--

SESI 6 : Evaluasi

Tanggal pertemuan :

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

A. Evaluasi

Sesi ini bertujuan untuk mengevaluasi keberhasilan terapi *reminiscence*. Pada tahap akhir ini diharapkan lansia dapat mengevaluasi manfaat terapi, harapan dan rencananya setelah mengikuti kegiatan. Walaupun kegiatan terapi kelompok telah selesai, diharapkan lansia masih tetap menggunakan buku kerja ini untuk dijadikan pedoman dalam menjalani kehidupannya sehari-hari.

B. Kemampuan yang perlu dilatih :

1. Mengetahui manfaat terapi *Reminiscence*
2. Mengetahui harapan dan rencananya setelah mengikuti rangkaian kegiatan terapi *Reminiscence*

Latihan :

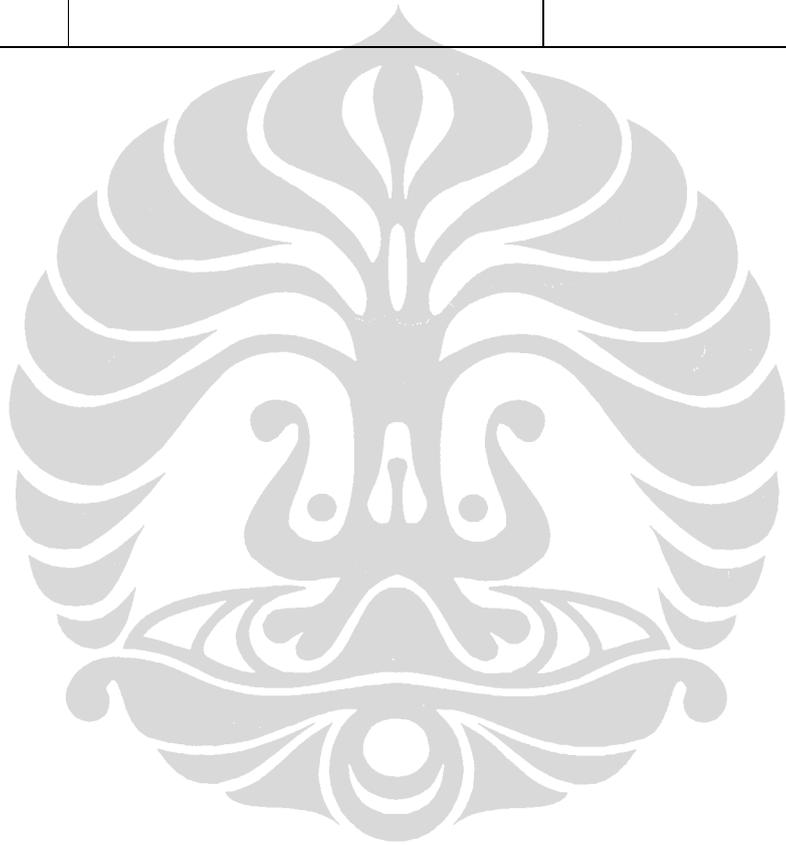
1. Lansia merasakan manfaat terapi *Reminiscence* yang sudah diterima dan menuliskannya dalam buku kerja

Tanggal	No.	Manfaat terapi

2. Lansia memiliki harapan dan rencana setelah mengikuti terapi dan menuliskannya dalam buku kerja

No	Harapan	Rencana

--	--	--



BUKU KERJA

PSIKOEDUKASI KELUARGA

DALAM MERAHWAT LANSIA DEPRESI



TIM PENYUSUN :

Ns. Endang Banon, S.Kep

Ns. Fathra Annis Nauli, S.Kep

Dr . Budi Anna Keliat ,S.Kp.,M.APP.Sc

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011

BUKU KERJA CAREGIVER
PSIKOEDUKASI KELUARGA
DALAM MERAWAT LANSIA DEPRESI

NAMA CAREGIVER :

NAMA LANSIA :

ALAMAT :

KELOMPOK :

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011

KATA PENGANTAR

Keluarga merupakan unit terdekat bagi lansia yang dapat merawat dan melayani kebutuhan-kebutuhan lansia. Untuk dapat merawat lansia dengan baik, diperlukan pengetahuan keluarga tentang perubahan-perubahan dan masalah yang terjadi pada lansia. Kondisi depresi yang terjadi pada lansia akan mempengaruhi hubungan antar anggota keluarga. Oleh karena itu, diperlukan adanya pengertian diantara anggota keluarga agar masalah keluarga yang timbul akibat merawat lansia dengan depresi dapat diatasi dengan baik. Keluarga hendaknya sepakat untuk menunjuk seorang anggota keluarga (*caregiver*) dalam merawat lansia secara khusus, sekaligus memahami masalah yang dapat timbul pada diri *caregiver* akibat merawat lansia dengan depresi dalam waktu yang lama. Selain itu, diperlukan juga adanya keterlibatan anggota keluarga yang lain dalam merawat lansia dan pemberdayaan komunitas ketika lansia memerlukan perawatan lebih lanjut.

Buku kerja ini adalah buku penyerta modul psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia dengan depresi yang diperuntukkan bagi *caregiver* (pengasuh) lansia tersebut. Buku kerja ini terdiri dari 4 (empat) bagian sesuai dengan 4 sesi pertemuan pada modul psikoedukasi keluarga. Untuk tiap-tiap bagian, berisi informasi kegiatan dari masing - masing sesi yang akan dilakukan *caregiver* dalam kegiatan psikoedukasi keluarga. *Caregiver* diharapkan dapat menuliskan tindakan apa yang dilakukan terkait dengan kegiatan psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia dengan depresi.

Buku kerja ini merupakan pegangan bagi *caregiver* selama merawat lansia. Hal-hal yang terjadi pada diri lansia maupun diri *caregiver* hendaknya tercatat dengan baik dalam buku ini agar perkembangan kondisi kesehatan khususnya kesehatan jiwa lansia dan kesehatan *caregiver* dapat terpantau. Dalam buku ini, terdapat tindakan-tindakan yang dapat

dipelajari *caregiver* untuk membantunya dalam mengatasi stres yang dialami dalam merawat lansia yang mengalami depresi.

Di akhir kegiatan, diharapkan dapat terbentuk kelompok suportif yang dapat menjadi wadah untuk *caregiver* dalam berbagi pengalaman/informasi dalam merawat lansia.

Depok, April 2011

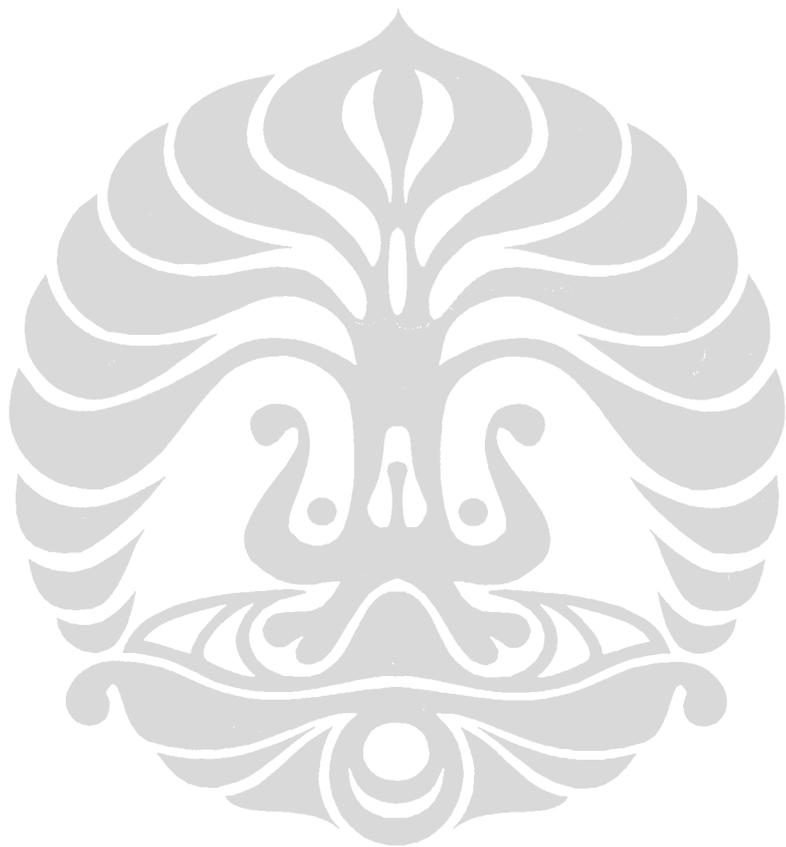
Tim Penyusun



DAFTAR ISI

Halaman

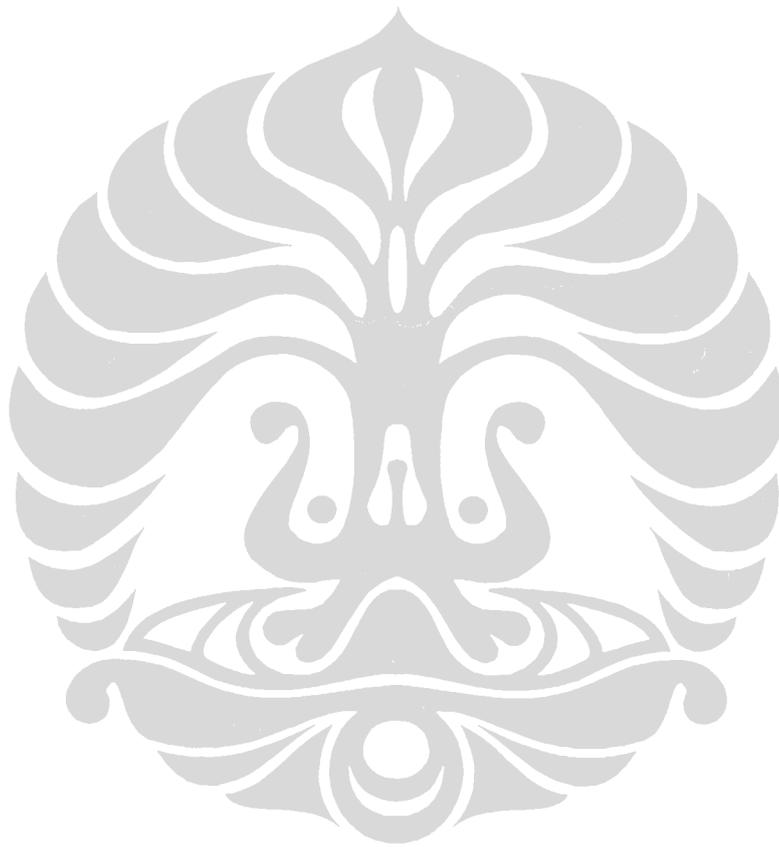
Halaman Judul	1
Kata Pengantar	3
Daftar isi	4
Pelaksanaan Kegiatan Psikoedukasi Keluarga	
Evaluasi Sesi 1	5
Evaluasi Sesi 2 pertemuan 1	17
Evaluasi Sesi 2 pertemuan 2	24
Evaluasi Sesi 3 pertemuan 1	31
Evaluasi Sesi 3 pertemuan 2	37
Evaluasi Sesi 4	43



SESI 1 : Perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat perubahan tersebut serta masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh)

Tujuan: *Caregiver* mampu mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat dari perubahan tersebut.

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :



1. Mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat dari

Perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia:

Proses perubahan yang terjadi pada lanjut usia merupakan proses alamiah/ normal sesuai dengan peningkatan usia seseorang dalam bentuk penuaan. Proses menua dialami oleh individu yang telah mencapai usia lanjut (lansia). Pada proses menua ini akan terjadi perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia antara lain:

- **Perubahan Fisik/ tubuh:** fungsi penglihatan berkurang, fungsi pendengaran berkurang, mudah lupa, fungsi penciuman dan perasa berkurang, sensitive/ peka terhadap suhu udara, mudah lelah/ capek, mudah terserang penyakit, gigi mulai ompong, rambut berubah dan menipis (rontok), kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit, gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan), badan mulai kurus atau gemuk, mudah terserang penyakit, lemah, cepat terasa lelah/ capek, waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur, mengompol, susah buang air besar, dan lain – lain.
- **Perubahan psikologis/ kejiwaan:** berupa perubahan pada kemampuan berpikir dan emosi misalnya penurunan kemampuan mengingat, kemampuan belajar, berpikir, menyelesaikan masalah, daya kreativitas, perubahan kepribadian, mudah tersinggung, lebih cepat sedih, perubahan perilaku seperti kanak – kanak, mudah cemas, mudah marah, mudah curiga, ingin tetap diakui di masyarakat, pikun, mudah lupa dan lain – lain.
- **Perubahan sosial:** kehilangan pekerjaan, pendapatan berkurang, kehilangan status/ jabatan, kehilangan teman/ kenalan, kehilangan pekerjaan/ kegiatan, kehilangan pasangan hidup serta lebih memilih untuk bergaul dengan seusia

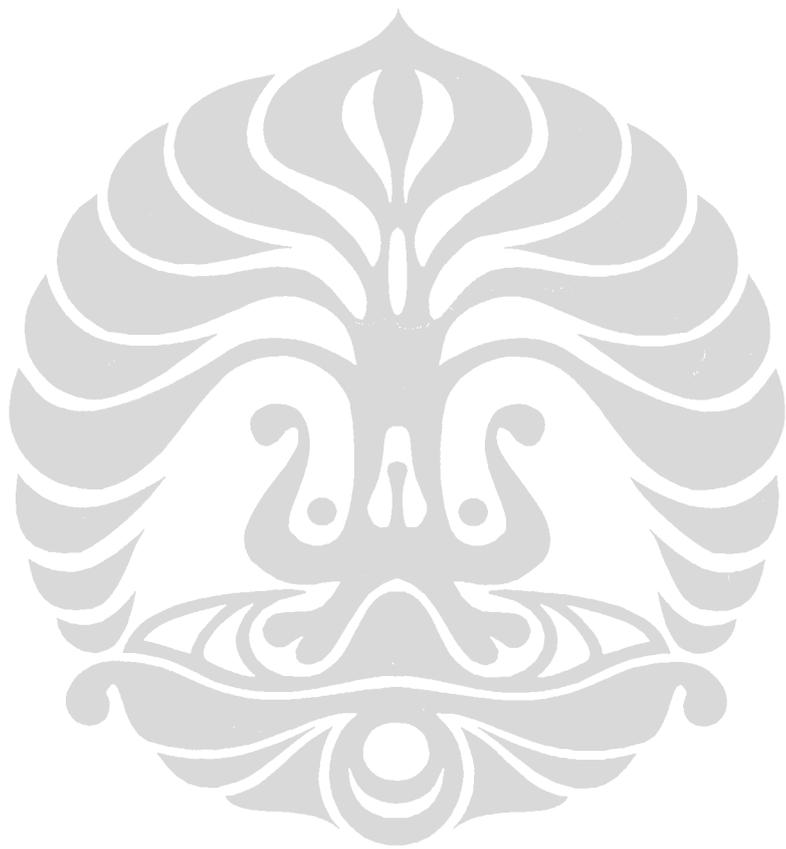
perubahan tersebut

- **Perubahan sosial:** kehilangan pekerjaan, pendapatan berkurang, kehilangan status/ jabatan, kehilangan teman/ kenalan, kehilangan pekerjaan/ kegiatan, kehilangan pasangan hidup serta lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia.
- **Perubahan tingkat spiritual/ Keagamaan:** semakin giat beribadah, suka mengikuti kegiatan keagamaan, lebih mendekatkan diri pada Tuhan dan menolong sesama manusia.

Perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia yaitu perubahan biologis/ fisik, psikologis, sosial ekonomi dan spiritual akan menjadi suatu pemicu masalah jika lansia tidak mampu untuk beradaptasi terhadap perubahan yang dialaminya sehingga tidak tercapai kekuatan (integritas) hati yang utuh dan makna dari kehidupan lansia tersebut.

Adapun masalah akibat dari perubahan yang terjadi pada lansia:

- Depresi ditandai dengan penurunan harga diri, tidak berdaya, mudah putus asa, menarik diri, gangguan tidur (lebih sering tidur atau bahkan susah tidur), menurunnya nafsu makan, berat badan menurun, menurunnya keinginan dan motivasi dalam melakukan kegiatan, mudah merasa letih dan sakit. kehilangan rasa percaya diri, perasaan yang sangat sensitif, mudah tersinggung, mudah marah, curiga pada orang lain, mudah sedih dan lebih suka menyendiri, merasa diri tidak berguna. perasaan bersalah, perasaan terbebani, serta tidak memiliki tujuan hidup.
- Harga diri rendah ditandai dengan perasaan terhadap diri yang negatif, tidak berdaya, tidak ada harapan, lemah, penurunan kegiatan sehari – hari, merasa diri tidak berharga, merasa bersalah, tidak mau mencoba hal baru, tidak percaya diri.
- Ketidakberdayaan: merasa lemah, menurunnya aktivitas, tidak mampu membuat keputusan, tidak mau mencari informasi (pasrah), mudah marah, perasaan tidak berguna, merasa bersalah serta tidak mau interaksi dengan orang lain.



- Ketidakberdayaan: merasa lemah, menurunnya aktivitas, tidak mampu membuat keputusan, tidak mau mencari informasi (pasrah), mudah marah, perasaan tidak berguna, merasa bersalah serta tidak mau interaksi dengan orang lain.
- Keputusasaan: gangguan fisik berupa gangguan tidur, tidak nafsu makan, mudah lelah, merasa sedih, merasa bersalah, merasa tidak berharga, kurang inisiatif serta tidak mau berinteraksi dengan orang lain, kecenderungan mengakhiri kehidupan.
- Menarik diri (isolasi sosial): menurunnya/menolak untuk melakukan aktivitas, tidak memiliki tujuan hidup, merasa bersalah, kurang inisiatif, ingin selalu sendiri, tidak mau berinteraksi serta menolak untuk melakukan komunikasi dengan orang lain

SETELAH

MENDENGAR DAN MEMBACA PENJELASAN DIATAS, SEKARANG MARILAH KITA MELIHAT KONDISI PADA ANGGOTA KELUARGA KITA YAITU LANSIA, KEMUDIAN BERI TANDA CHECKLIST (V) SESUAI DENGAN KONDISI YANG DIALAMI LANSIA TERSEBUT.

PERUBAHAN – PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANSIA

1.1 PERUBAHAN FISIK/TUBUH

NO	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa, peraba)						
2	Mudah lupa						
3	Mudah lelah/ capek,						
4	Mudah terserang penyakit						
5	Gigi mulai ompong						
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)						
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit						
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)						

9	Badan mulai kurus atau gemuk						
10	Mudah terserang penyakit						
NO	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
11	lemah, cepat terasa lelah/ capek						
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur, Mengompol atau susah buang air						
13							

Catatan:

checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan - perubahan fisik/ tubuh yang dialami

1.2 PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN

NO	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/ KEJIWAAN YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
Perubahan pada kemampuan berpikir							
1	Daya ingat (pelupa)						
2	Belajar						
3	Mengambil keputusan						
4	Menyelesaikan masalah						
5	Daya kreatifitas						
Perubahan emosi/ perasaan							
6	Marah						
7	Tersinggung						
8	Curiga						
9	Sedih						
10	Cemas						
11	Takut						
Perubahan Perilaku							
12	Seperti anak – anak lagi						
13	Ingin diperhatikan						
14	Ingin diakui						
15							

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Catatan: checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan - perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami

3 PERUBAHAN SOSIAL/PERGAULAN

NO	PERUBAHAN SOSIAL/PERGAULAN YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
1	Kehilangan pekerjaan						
2	Pendapatan berkurang						
3	Kehilangan teman/ kenalan/ pasangan hidup						
4	Lebih memilih bergaul dengan seusia lansia						
5							

Catatan: checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan - perubahan sosial/pergaulan yang dialami

1.4 PERUBAHAN SPIRITUAL/KEAGAMAAN

NO	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI	CHECKLIST (V) DAN TANGGAL					
1	Giat beribadah						
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/pengajian						
3	Suka menolong						
4	Suka menasehati						
5							

Catatan: checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan - perubahan spiritual/keagamaan yang dialami

SETELAH MENGETAHUI PERUBAHAN – PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANSIA KARENA PROSES MENUA, SEKARANG SILAHKAN CHECKLIST MASALAH – MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI TERSEBUT

2. MASALAH YANG TERLIHAT PADA LANSIA AKIBAT PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANSIA TERSEBUT

NO	MASALAH YANG TERLIHAT PADA LANSIA AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA	CHECKLIST (V)					
1	Penurunan harga diri (malu/minder)						
2	Tidak berdaya						
3	Putus asa						
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)						
5	Malas						
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan						
7	Berat badan menurun						
8	Menurunnya keinginan						
9	Tidak bersemangat						
10	Kehilangan rasa percaya diri						
11	Perasaan tidak berguna						
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan						
13	Tidak memiliki tujuan hidup						
14	Tidak puas dengan kehidupan						
15	Merasa bosan						
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan						
17	Perasaan terhadap diri yang negatif						
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele						
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain						
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri						
21	Tidak ada harapan dalam hidup,						
22	Selalu dihantui perasaan bersalah						
23	Tidak mau mencoba hal baru						

24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

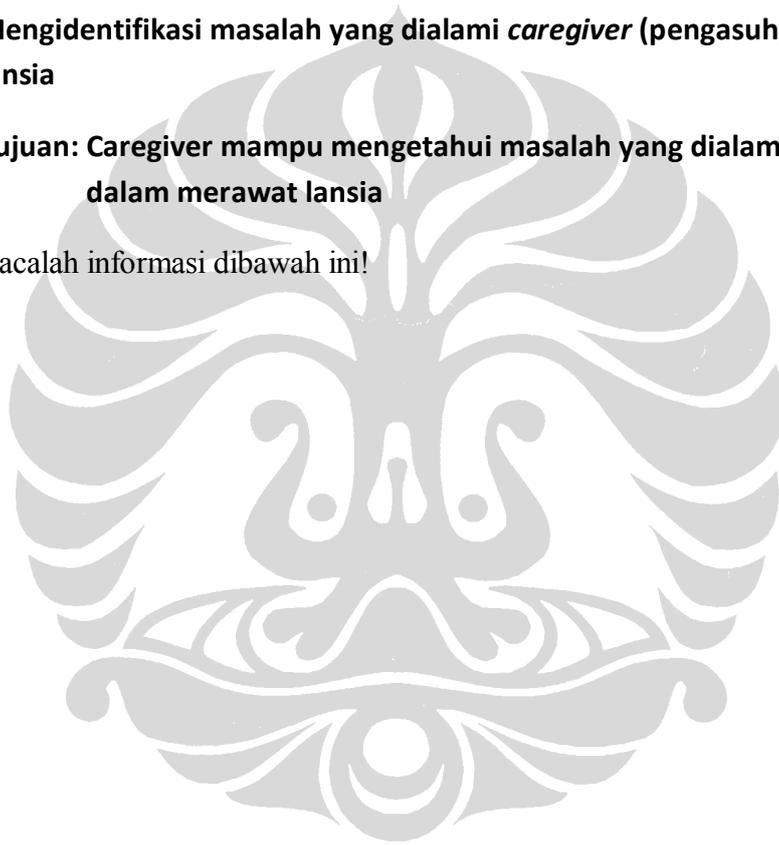
Catatan: Checklist dan tuliskan lagi jika menemukan masalah yang terlihat pada lansia akibat perubahan yang dialami lansia

NO	TANGGAL	MASALAH YANG TERLIHAT PADA LANSIA AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA

3. Mengidentifikasi masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh) dalam merawat lansia

Tujuan: Caregiver mampu mengetahui masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh) dalam merawat lansia

Bacalah informasi dibawah ini!



Keluarga merupakan komunitas kecil yang terdekat bagi lansia dan sumber pendukung utama dalam memberikan perawatan terhadap lansia yang tinggal di rumah. Peran keluarga sangat penting bagi lansia yang mengalami masalah kesehatan jiwa khususnya depresi. Kondisi ini dapat memicu timbulnya masalah pada keluarga karena keluarga tidak/kurang mengetahui atau memahami tentang kebutuhan/apa yang diinginkan lansia tersebut

Peran keluarga dalam merawat lansia dengan menjadi penting karena dapat mempengaruhi pola hubungan dalam keluarga dan cara keluarga bersikap terhadap lingkungan. Adanya lansia yang mengalami depresi secara tidak langsung akan menimbulkan konflik dan masalah internal di dalam keluarga baik secara fisik, mental dan finansial. Secara fisik keluarga (*caregiver*) mengalami kelelahan dalam merawat lansia, dan *caregiver* (pengasuh) bisa menjadi sakit. Secara mental (perasaan) *caregiver* akan merasa bosan, jenuh, stress, cemas karena terus memikirkan kondisi lansia yang dirawatnya, juga dapat menimbulkan masalah bagi *caregiver* (pengasuh) sendiri akibat merawat lansia dengan depresi.

Pada *Caregiver* yang merawat lansia dengan depresi akan terjadi perubahan yang dapat mempengaruhi fungsi keluarga dalam menjalani kehidupan berkeluarga terutama fungsi afektif dan fungsi perawatan kesehatan. Pada sesi ini *Caregiver* dapat mengidentifikasi masalah yang dirasakan *Caregiver* dalam merawat lansia

Tanpa disadari merawat usia lanjut dapat membuat *caregiver* sangat lelah, stres, kecemasan, tegang, bosan, sedih menurunkan kualitas pelayanan & beresiko terjadi *elder abuse* (Widyastuti dan Yunira, 2011). Perasaan ini bisa diekspresikan dalam sikap tidak sabar, frustrasi, tidak ramah, depresi, marah, bimbang, cemas, rasa bersalah, khawatir atau apatis (Seaward dkk, 2004 dalam Rochmawati, 2009). Perasaan ini akan memberikan dampak pada *caregiver* dalam memberikan perawatan kepada lansia serta hubungan *caregiver* dengan keluarga yang lainnya. Apabila tidak dicegah atau diatasi sebelumnya akan mengakibatkan munculnya masalah lain seperti gangguan fisik, emosi dan gangguan perilaku sampai dengan depresi bagi *caregiver*. Tanda dan gejala dari *caregiver* yang dapat berupa keluhan fisik yang tampak pada *caregiver* yang mengalami ansietas (kecemasan) bisa berupa sakit kepala, kelelahan, sakit maag, pusing, sesak nafas, susah tidur, gemetar, tidak mampu berkonsentrasi selain keluhan fisik terhadap emosi juga tampak seperti perasaan sedih, marah, kesal, kecewa, cemas, takut dan lain – lain sehingga perilaku yang ditunjukkan bisa berupa menangis, menyakiti diri sendiri, orang lain atau lingkungan, penurunan aktivitas dalam melakukan kegiatan sehari – hari.



UNTUK ITU, SEKARANG MARILAH KITA MELIHAT KE DIRI KITA TENTANG:

1. Masalah *caregiver* (Pengasuh) dalam merawat lansia

Catat semua masalah tersebut dalam format di bawah ini :

Masalah yang dialami *caregiver* (Pengasuh) dalam merawat lansia

Tanggal	No	Masalah yang dialami <i>caregiver</i> (pengasuh)

Catatan: Tuliskan lagi jika menemukan masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh) sendiri dalam merawat lansia

SESI 2 (Pertemuan Pertama)

Cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

1. Perawatan lansia dengan depresi, harga diri rendah dan Keputusasaan

Depresi

Depresi adalah suatu keadaan kesedihan atau keputusasaan yang sering terlihat dan dapat mempengaruhi aktifitas dan kualitas hidup seseorang. Depresi juga dapat dikatakan gangguan kesedihan atau kurangnya minat dalam aktivitas tanda gejala dari depresi tampak pada perubahan berat badan, gangguan tidur, lemas, kurang konsentrasi, murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya. Selain itu depresi merupakan keadaan kondisi umum yang terjadi pada lansia dan alasan terjadinya biasanya karena kondisi sosialekonomi, kejadian buruk atau trauma dan masalah penyakit fisik pada lansia.

Harga diri rendah

Harga diri adalah perasaan seseorang tentang dirinya yang tidak sesuai dengan kondisi yang diharapkan seseorang tersebut sehingga seseorang tersebut akan menganggap dirinya tidak memiliki kelebihan atas kemampuannya, selalu berfikir orang lain lebih baik dari dirinya serta menganggap dirinya negative (berpikir yang buruk tentang dirinya). Perilaku harga diri rendah pada lansia terlihat pada perasaan tidak mampu, tidak mengakui akan kelebihannya, merasa tidak mampu melakukan padahal seseorang tersebut mampu, tidak percaya diri, selalu mengkritik/ menjelek - jelekkan diri sendiri, berprasangka buruk pada dirinya, penurunan kegiatan sehari - hari, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, tidak mau bergaul karena merasa orang lain lebih baik daripada dirinya.

3. Keputusasaan

Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan

Keputusasaan

Keputusasaan merupakan keadaan perasaan seseorang yang melihat keterbatasan atau tidak ada pilihan sehingga seseorang tersebut tidak dapat melakukan sesuatu dan tidak memiliki semangat yang dipengaruhi oleh perasaan seseorang tersebut. Lansia yang mengalami keputusasaan tampak selalu murung, tidak mau bicara atau sedikit berbicara, nafsu makan menurun, gangguan tidur, tidak mau melakukan atas keinginan sendiri serta menurunnya kegiatan yang biasa dilakukan sehari – hari.

Tindakan yang dapat diberikan keluarga pada lansia depresi, harga diri rendah dan keputusasaan bertujuan agar keluarga mampu merawat lansia di rumah. Adapun tahapan yang dapat diberikan keluarga dalam merawat lansia di rumah adalah mengajarkan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara berkomunikasi dengan lansia

Petunjuk :

Saudara sudah membaca dan mendapat penjelasan tentang pengertian depresi, harga diri rendah dan keputusasaan. Sekarang marilah kita demonstrasikan teknik komunikasi yang dapat kita lakukan dalam merawat lansia dengan menggunakan bahasa saudara sendiri

Contoh cara berkomunikasi dengan lansia depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan

- Merawat lansia dengan depresi

Tujuannya agar lansia mampu kembali ceria dan bersemangat serta membantu lansia mengoptimalkan kemampuannya.

“Sejak kapan bpk/ibu mengalami kesedihan dan kemurungan seperti ini? Apa yang menyebabkan kesedihan tersebut, coba ceritakan pada saya. Kegiatan apa saja yang bpk/ibu senangi? Bagaimana kalau kita pilih salah satu kegiatan yang bisa membuat bpk/ibu kembali senang. Bagus, ayo kita cari lagi kegiatan yang menyenangkan lainnya untuk kita lakukan besok”

- Merawat lansia dengan harga diri rendah

Tujuannya agar lansia kembali memiliki nilai positif pada dirinya dan membantu lansia mengoptimalkan kemampuannya.

“Coba kita diskusikan kemampuan positif apa yang bpk/ibu miliki pada masa-masa yang lalu. Bagaimana kalau kita sekarang melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang bpk/ibu miliki tersebut. Bapak/ibu mau melakukan kegiatan yang mana? Ayo sekarang kita coba. Bagus sekali, untuk besok kita akan lakukan kembali kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki lainnya. Bagaimana kalau kita buat jadwal kegiatan-kegiatan tersebut? Besok kita coba lagi ya”

- Merawat lansia dengan keputusasaan

Tujuannya agar lansia kembali memiliki kepercayaan dan kebanggaan pada dirinya dan membantu lansia mengoptimalkan kemampuannya.

“Apa yang menyebabkan bpk/ibu tampak tidak bersemangat dan putus asa? Mari kita diskusikan hal-hal yang bpk/ibu miliki untuk meningkatkan kembali kepercayaan dan kebanggaan diri. Coba ceritakan pengalaman masa lalu yang membuat bpk/ibu bangga karena dapat melakukannya dengan baik dan berprestasi. Bagus itu, Bagaimana kalau kita catat hal-hal yang membanggakan lainnya yang akan kita diskusikan untuk besok. ”



SETELAH MEMBACA DAN MENDENGAR PENJELASAN DARI PERAWAT, SEKARANG MARILAH KITA MENINGAT DAN MELIHAT KONDISI YANG TERJADI PADA KELUARGA KITA YAITU LANSIA.

1. CARA MERAWAT LANSIA YANG MENGALAMI DEPRESI, HARGA DIRI RENDAH DAN KEPUTUSASAAN

- a. Tanda dan gejala yang tampak pada diri lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah dan keputusasaan.

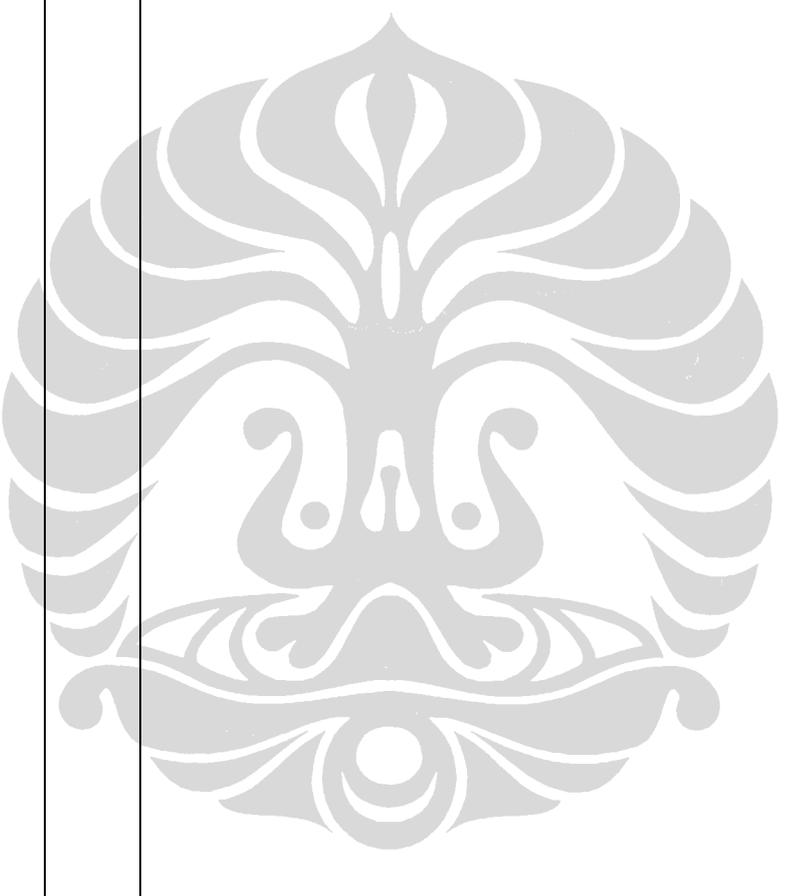
Catat semua tanda dan gejala yang terlihat pada lansia dalam format di bawah ini :

NO	TANDA DAN GEJALA	TANGGAL					
Depresi							
1	Barat badan menurun						
2	Gangguan tidur						
3	Kurang energi/tenaga						
4	Kurang konsentrasi						
5	Kehilangan semangat						
6	Sedih						
7	Lesu, lemah						
8	Tidak berdaya						
9	Cemas						
10	Pikiran kosong						
11	Perasaan negatif tentang diri						
12	Cenderung bunuh diri						
13	Mudah putus asa						
14	Kurang nafsu makan						
15	Mudah tersinggung						
16	Mudah marah						
17	Curiga pada orang lain						
Harga Diri Rendah							
1	Merasa tidak mampu						
2	Menolak kemampuan diri						
3	Minder/malu						
4	Perasaan negatif tentang tubuh						
5	Penurunan produktifitas						
6	Mengkritik diri sendiri						
7							

Keputusan		TANGGAL					
1	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki						
2	Perasaan kosong						
3	Pasif						
4	Menghindari pembicaraan						
5	Kehilangan inisiatif						
6	Penurunan kegiatan						
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Catatan untuk di rumah:

Tuliskan pada kotak di bawah ini jika menemukan tanda dan gejala lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah dan keputusan selain dari yang tertulis diatas.

Tanggal	No	Tanda dan gejala yang ditemukan
		

b. Cara Merawat Lansia depresi, harga diri rendah dan Keputusan

NO	CARA MERAWAT LANSIA YANG MENGALAMI DEPRESI, HARGA DIRI RENDAH DAN KEPUTUSASAAN	TANGGAL									
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi										
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah										
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusan										

SESI 2 (Pertemuan Kedua)

Cara merawat lansia depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

1. Perawatan lansia depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial

Ketidakberdayaan (*Powerlessness*)

Ketidakberdayaan (*Powerlessness*) adalah perkataan seseorang terhadap ketidakmampuan seseorang tersebut dalam melakukan suatu tindakan karena adanya kelemahan tubuh/ fisik sehingga mempengaruhi terhadap hasil dan situasi saat ini dan yang akan terjadi.

Kondisi ketidakberdayaan dapat dipengaruhi oleh lingkungan kesehatan, penyakit, cara seseorang tersebut berinteraksi dengan orang lain serta perilaku seseorang tersebut. Lansia dengan kondisi ketidakberdayaan ini terlihat merasa lelah, menurunnya kegiatan, tidak mampu membuat keputusan atau memilih, tidak mau berusaha mencari informasi, tidak peduli terhadap dirinya serta tidak memiliki kemauan untuk melakukan sesuatu.

Perasaan yang tampak pada kondisi ketidakberdayaan ini antara lain diam tanpa sebab yang jelas, marah, membenci, frustrasi terhadap kondisi dirinya, tidak mampu melakukan aktivitas seperti sebelumnya, ketakutan, adanya perasaan tidak berguna, perasaan bersalah serta enggan mengungkapkan apa yang diinginkan. Perilaku dalam pergaulan tampak berdiam diri tanpa sebab yang jelas, penurunan keinginan untuk berinteraksi dengan orang lain

Tindakan yang dapat dilakukan keluarga pada lansia depresi dengan ketidakberdayaan adalah keluarga (*caregiver*) mampu mengetahui kemampuan yang dimiliki lansia dan membantu lansia untuk mengetahui atau mengoptimalkan kemampuannya. Dapat dilakukan seperti yang dijelaskan di bawah ini:

- a. *Caregiver* bersama dengan lansia mendiskusikan tentang kemampuan yang pernah dimiliki lansia sesuai dengan kondisi saat ini
- b. *Caregiver* bersama dengan lansia membantu dalam memilih kemampuan yang masih bisa dilakukan lansia saat ini
- c. Menganjurkan *caregiver* dan keluarga lain untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki lansia
- d. Menganjurkan *caregiver* dan keluarga untuk membantu lansia dalam melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki
- e. Menganjurkan *caregiver* dan keluarga untuk memberikan pujian jika lansia melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan yang sudah dibuat.

Isolasi Sosial

Isolasi sosial (memisahkan diri) adalah kesepian yang dialami seseorang dan dirasakan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam. Isolasi sosial (memisahkan diri) dapat terjadi dan dipengaruhi oleh perubahan status mental (kejiwaan), gangguan penampilan fisik/ tubuh, gangguan kondisi kesehatan/ penyakit yang diderita, pengalaman buruk/ trauma terhadap suatu pergaulan, hubungan pergaulan yang tidak memuaskan, perilaku sosial yang tidak diterima serta adanya nilai sosial yang tidak diterima. Lansia yang memiliki perilaku memisahkan diri (isolasi sosial) terlihat pada penurunan aktivitas/ kegiatan, perasaan sedih, tidak memiliki tujuan hidup yang jelas, merasa bersalah, kurang inisiatif, perasaan dangkal, sering mengungkapkan perasaan kesendirian, mengungkapkan penolakan dalam berinteraksi dengan orang lain serta tidak percaya diri.

1. Gejala sosial yaitu tidak memiliki dukungan yang dianggap penting, menunjukkan

Tindakan yang dapat diberikan keluarga (*caregiver*) pada lansia depresi dengan isolasi sosial (memisahkan diri) bertujuan agar keluarga (*caregiver*) mampu merawat lansia dengan isolasi sosial di rumah. Adapun tahapan yang dapat diberikan keluarga dalam merawat lansia isolasi sosial di rumah meliputi:

1. Mengajak lansia untuk berkomunikasi dengan keluarga lainnya serta orang disekitar lansia
2. Mengajarkan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara berkomunikasi dengan lansia

Pet
unj
uk

:

Setelah membaca dan mendapat penjelasan tentang ketidakberdayaan dan isolasi sosial. Sekarang marilah kita demonstrasikan (Praktekkan) cara berkomunikasi (berbicara) yang dapat kita lakukan dalam merawat lansia dengan masalah ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

- Merawat lansia dengan ketidak berdayaan

Tujuannya agar lansia mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki dan membantu lansia mengoptimalkan kemampuannya yaitu “mengajak lansia berkomunikasi sambil menanyakan dengan pertanyaan:

“Apa saja kemampuan atau hal positif yang dimiliki oleh orang tua bapak/ibu sebelum ini”, aktivitas apa yang biasanya dilakukan oleh beliau sebelumnya? menurut bapak/ibu masih adakah dari kegiatan sebelumnya tersebut yang bisa dilakukan beliau saat ini”, “ Menurut bapak/ibu kegiatan apa yang dapat membuat orang tua bapak/ibu bahagia dan masih bisa dilakukan sampai saat ini ? misalnya: mengikuti kegiatan dilingkungan bapak/ibu, pengajian, panguyuban dan atau bisa berupa kegiatan sehari – hari dirumah seperti membaca, menanam, memasak, bermain dengan cucu dan lain-lain” Jangan lupa untuk selalu memberikan pujian bila lansia mampu melakukannya.



- Merawat lansia dengan isolasi sosial

Tindakan yang dapat diberikan keluarga pada lansia depresi dengan isolasi sosial bertujuan agar keluarga mampu merawat lansia dengan isolasi sosial di rumah dengan mengajak berkomunikasi dan interaksi kepada lansia tersebut.

“Untuk menghadapi keadaan lansia yang demikian keluarga harus sabar. Pertama keluarga harus membina hubungan saling percaya caranya adalah bersikap peduli dengan lansia, memperhatikan apa yang dibutuhkannya dan jangan membohong – bohongi atau ingkar janji. Kedua, keluarga perlu memberikan semangat dan dorongan kepada lansia untuk bisa melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang lain, keluarga dan jangan biarkan lansia menyendiri dan termenung. Kemudian berilah pujian yang wajar pada lansia jika lansia mampu melakukannya.”Seperti ini cara memberikan pujian : Bagus ... Bagus, bapak/ ibu sudah mampu bergaul dengan teman-teman di sekitar rumah ini, sudah mau menegur orang yang ada disekitar rumah!”

Coba Bpk/Ibu peragakan ! Selanjutnya jangan biarkan lansia sendiri. Buat rencana atau jadwal untuk menemani lansia bercakap-cakap. Misalnya setelah sholat bersama, makan bersama, rekreasi bersama, melakukan kegiatan rumah tangga bersama.”

SETELAH MEMBACA DAN MENDENGAR PENJELASAN DARI PERAWAT, SEKARANG MARILAH KITA MENINGAT DAN MELIHAT KONDISI YANG TERJADI PADA KELUARGA KITA YAITU LANSIA.

1. CARA MERAWAT LANSIA YANG MENGALAMI KETIDAKBERDAYAAN DAN ISOLASI SOSIAL

- a. Tanda dan gejala yang tampak pada diri lansia yang mengalami ketidakberdayaan dan isolasi sosial

Catat semua tanda dan gejala yang terlihat pada lansia dalam format di bawah ini :

NO	TANDA DAN GEJALA	TANGGAL									
Ketidakberdayaan											
1	Merasa lelah										
2	Tidak memiliki kemauan untuk ADL										
3	Tidak mampu membuat keputusan										
4	frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya										
5	penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain										
6	Enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.										
Isolasi Sosial											
1	Penurunan aktivitas										
2	Kurang inisiatif										
3	Mengungkapkan perasaan kesendirian										
4	Mengungkapkan penolakan untuk berinteraksi dengan orang lain										
5	keinginan untuk menyendiri										
6	Tidak mau diajak berkomunikasi										
7	Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima orang lain										
8	Mudah tersinggung										
9	Mudah marah										
10	Curiga pada orang lain										



Catatan untuk di rumah:

Tuliskan pada kotak di bawah ini jika menemukan tanda dan gejala lansia yang mengalami ketidakberdayaan dan isolasi sosial selain dari yang tertulis diatas.

Tanggal	No	Tanda dan gejala yang ditemukan

Catatan untuk di rumah:

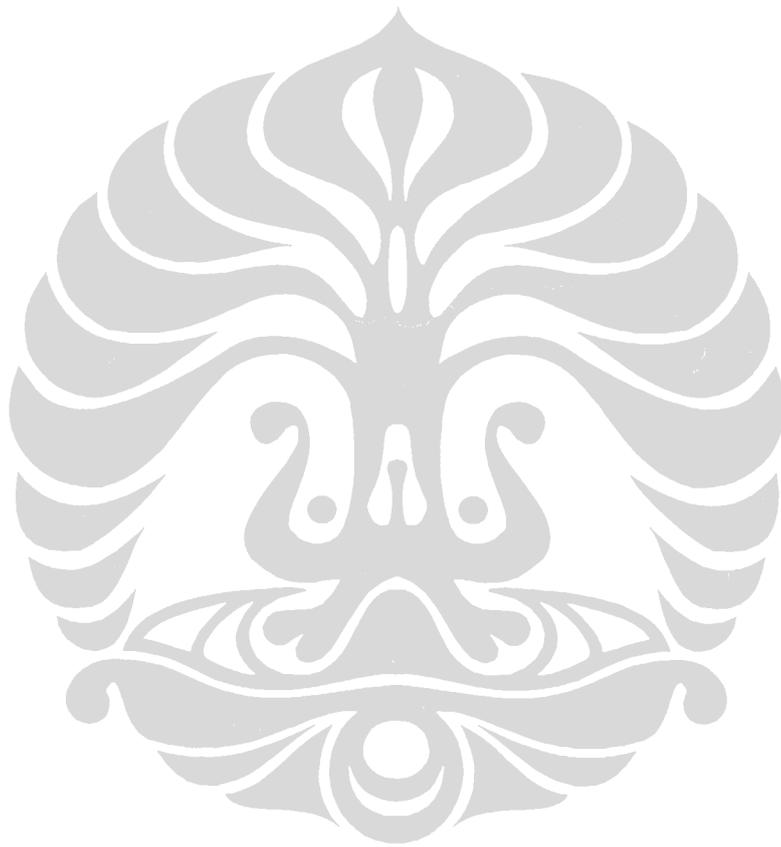
Lakukan latihan di rumah cara yang sudah diajarkan dalam merawat lansia dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

**Kemampuan Cara Merawat Lansia Depresi
 Dengan Ketidakberdayaan Dan Isolasi Sosial**

NO	Kemampuan <i>caregiver</i> Merawat lansia	TANGGAL									
Ketidakberdayaan											
1	Menyebutkan tanda dan gejala dari ketidakberdayaan										
2	Menyebutkan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
3	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
Isolasi Sosial											
1	Menyebutkan tanda dan gejala dari isolasi sosial										
2	Menyebutkan cara merawat lansia yang mengalami isolasi sosial										
3	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami isolasi sosial										

**Sesi 3: Merawat *caregiver* yang mengalami stres akibat merawat lansia
(Manajemen Stress)**

Pertemuan Pertama: Mengajarkan teknik nafas dalam dan hipnotis 5 (lima) jari



Keluarga (*Caregiver*) yang merawat lansia dengan depresi akan mengalami stres. Stres yang dialami dapat berupa ansietas (kecemasan), kemarahan, kelelahan. Pada pertemuan ini bertujuan untuk mempersiapkan keluarga (*Caregiver*) dalam mengatasi stres yang dialami dalam merawat lansia dengan depresi. Salah satunya yaitu dengan melakukan manajemen stress. Ada beberapa cara dalam menangani stress antara lain melalui teknik nafas dalam, hipnotis lima jari, relaksasi progresif dan penghentian pikiran.

Adapun cara yang dilakukan pada sesi 3 pertemuan pertama adalah sebagai berikut :

a. Teknik nafas dalam (nafas lega)

Latihan ini berupa latihan pernapasan, apabila mengalami gejala-gejala seperti cepat marah, cepat tersinggung, tegang dan lelah. Lakukan langkah-langkah sebagai berikut : duduk nyaman mungkin, atau berdiri tegak, tarik napas dalam dan tahan (sampai hitungan ketiga), hembuskan napas perlahan-lahan dengan suara kelegaan. Ulangi latihan ini sampai empat kali

b. Teknik hipnotis 5 (lima) jari

- Pejamkan mata, tenangkan pikiran, rilekskan badan
- Sentuh ibu jari dengan telunjuk. Kenang saat anda sehat, fisik menyenangkan, segar, habis olah raga, jalan-jalan (kenang semua keadaan fisik yang menyenangkan)
- Sentuh ibu jari dengan jari tengah. Kenang saat anda jatuh cinta, kasmaran, kehangatan, atau percakapan intim (kenangan manis dengan orang yang dicintai)
- Sentuh ibu jari dengan jari manis. Kenang saat anda mendapat pujian, penghargaan, prestasi, dan anda sangat berterimakasih (kenang semua keberhasilan dan prestasi)
- Sentuh ibu jari dengan kelingking. Kenang semua tempat terindah yang pernah dikunjungi, bayangkan anda berada di sana beberapa saat

Lakukan latihan dengan teknik tersebut secara berulang - ulang

Sediakan waktu Saudara untuk membaca informasi dibawah ini

SEBELUM MELAKUKAN TEKNIK YANG DIAJARKAN, COBA KEMBALI MENINGAT DAN IDENTIFIKASI STRES YANG DIALAMI CAREGIVER (PENGASUH).

Catat semua hal tersebut dalam format di bawah ini :

1. Identifikasi stres yang dialami caregiver (pengasuh)

Tujuan: Caregiver mengenal stress yang dialami dalam merawat lansia

Tanggal	No	Stres yang dialami

***Catatan untuk di rumah:
Lakukan latihan di rumah cara mengenal stress yang dialami caregiver (pengasuh) dalam merawat lansia kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.***

Tanggal	No	Stres yang dialami

1.

MEMPRAKTEKKAN TEKNIK MANAJEMEN STRESS

Tujuan: Caregiver (pengasuh) mampu mengatasi stress yang dialami dengan menggunakan teknik nafas dalam

a. Latihan teknik nafas dalam

Tanggal	No	Latihan Teknik Nafas Dalam	Hasil

Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara mengatasi stress dengan menggunakan teknik nafas dalam yang sudah diajarkan dan kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

a. Latihan teknik nafas dalam

Tanggal	No	Latihan Teknik Nafas Dalam	Hasil

b. Hipnotis 5 (lima) jari

Tanggal	No	Latihan Hipnotis 5 (lima) jari	Hasil

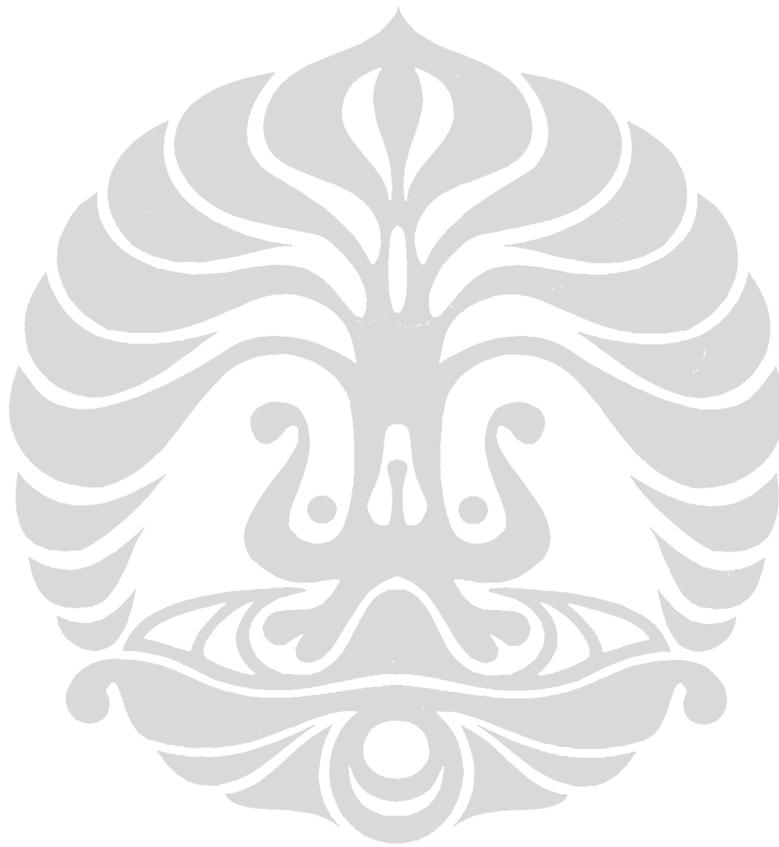
Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara mengatasi stress dengan menggunakan hipnotis 5 (lima) jari yang sudah diajarkan dan kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

Sesi 3: Merawat *caregiver* yang mengalami stres akibat merawat lansia

(Manajemen Stress)

Pertemuan Kedua: Mengajarkan teknik relaksasi progresif dan penghentian pikiran



Keluarga (*Caregiver*) yang merawat lansia dengan depresi akan mengalami stres. Stres yang dialami dapat berupa ansietas (kecemasan), kemarahan, kelelahan. Pada pertemuan ini akan diajarkan cara untuk mengatasi stres yang kedua yaitu dengan latihan fisik/ tubuh (relaksasi progresif) dan penghentian pikiran.

Adapun cara yang dilakukan pada sesi 3 pertemuan kedua ini adalah sebagai berikut :

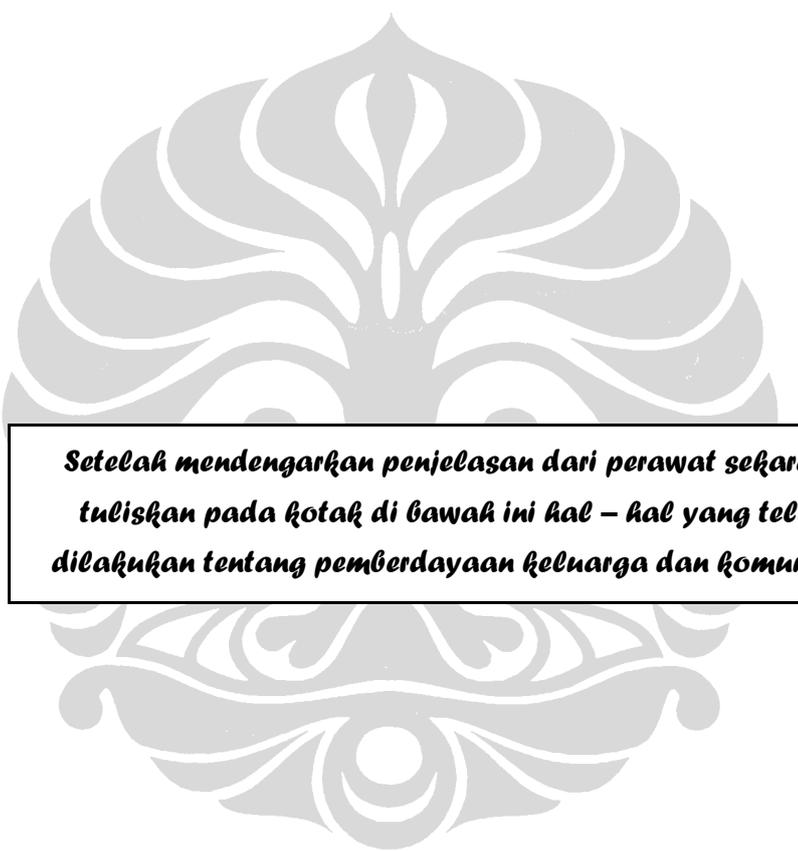
1. Latihan fisik/ tubuh (relaksasi progresif)

Cara ini dapat digunakan apabila muncul tanda – tanda seperti lelah, kram (kaku) otot, nyeri leher dan punggung, tegang, sukar tidur, dan cemas. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut :

- a Kerutkan dahi dan pejamkan mata dengan kencang (sampai hitungan ketiga-4) kemudian lemaskan
- b Monyongkan mulut kedepan (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- c Tarik pipi kesamping (hitungan 3-4) lemaskan
- d Tarik dagu sampai sampai menyentuh dada (sampai hitungan 3-4), angkat dagu mendongak kedepan (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- e Angkat kedua bahu setinggi mungkin (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- f Kepalkan kedua telapak tangan, kencangkan lengan bawah dan lengan atas kearah depan atau kesamping (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
Dalam posisi duduk tarik ibu jari kaki, kencangkan betis, paha dan bokong (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan.
- g Lengkungkan punggung kebelakang sambil membusungkan dada (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- h Tarik napas dalam, kempiskan perut (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan
- i Dalam posisi duduk tarik ibu jari kaki, kencangkan betis, paha dan bokong (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan

Sediakan waktu Saudara untuk membaca informasi dibawah ini

Sesi 4: Pemberdayaan keluarga dan komunitas



*Setelah mendengarkan penjelasan dari perawat sekarang
tuliskan pada kotak di bawah ini hal – hal yang telah
dilakukan tentang pemberdayaan keluarga dan komunitas*

2. Teknik Penghentian Pikiran

Adapun cara yang dapat dilakukan adalah:

- a. Buat daftar pikiran yang tidak menyenangkan/ mengganggu
- b. Pilihlah dari daftar tersebut pikiran yang paling tidak menyenangkan
- c. Kemudian lemaskan otot badan, tarik napas dalam, kosongkan pikiran
- d. Bayangkan pikiran yang paling tidak menyenangkan dan coba berpikir rasional dan normal (dengan menutup mata)
- e. Putuskan pikiran tersebut dengan bantuan set alarm jam tiga menit atau hitung 1 sampai 5 atau 1 sampai 10. Pada saat alarm atau hitungan berakhir katakan “STOP” atau dengan kejutan.
- f. Putuskan tanpa bantuan. Pada saat membayangkan pikiran yang tidak menyenangkan, katakan “STOP”
- g. Ganti pikiran : pada saat muncul pikiran yang tidak menyenangkan, lalu dilawan atau diganti secara atentif/positif dan rasional. Misalnya: “Saya kesal dan tidak sanggup lagi merawat lansia”, langsung katakan pada diri : “Tapi pada waktu yang lalu saya bisa merawat dengan baik, saya senang hati merawatnya karena saya sayang padanya”

***LAKUKAN TEKNIK MENGATASI STRESS YANG SUDAH DIAJARKAN DENGAN
BERULANG - ULANG***

SETELAH MEMBACA DAN MENDENGARKAN PENJELASAN DARI PERAWAT, SEKARANG LAKUKAN LATIHAN MENGATASI STRES YANG DIALAMI DENGAN MENGGUNAKAN CARA YANG SUDAH DIAJARKAN YAITU RELAKSASI PROGRESIF DAN PENGHENTIAN PIKIRAN

MEMPRAKTEKKAN TEKNIK MANAJEMEN STRESS

Tujuan: Caregiver (pengasuh) mampu mengatasi stress yang dialami dengan menggunakan teknik relaksasi progresif dan penghentian pikiran

a. Latihan teknik relaksasi progresif

Tanggal	No	Latihan Teknik relaksasi progresif	Hasil

--	--	--	--

Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara mengatasi stress dengan menggunakan teknik relaksasi progresif yang sudah diajarkan dan kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

Latihan relaksasi progresif

Tanggal	No	Latihan relaksasi progresif	Hasil

--	--	--	--

b. Penghentian Pikiran

Tanggal	No	Latihan Penghentian Pikiran	Hasil

Catatan untuk di rumah:

Lakukan latihan di rumah cara mengatasi stress dengan menggunakan teknik penghentian pikiran yang sudah diajarkan dan kemudian tuliskan pada kotak di bawah ini.

Latihan Penghentian Pikiran

Tanggal	No	Latihan Penghentian Pikiran	Hasil

SESI 4: Pemberdayaan keluarga dan komunitas

Hari/Tanggal :

Sediakan waktu saudara untuk membaca informasi ini :

Lansia dengan depresi dapat menimbulkan berbagai masalah dalam kehidupan keluarganya. Oleh karena itu, diperlukan adanya kesadaran dan keterlibatan anggota keluarga dalam merawat lansia. Hal ini bisa dilakukan dengan cara pembagian peran dalam merawat lansia yang dilakukan oleh anggota keluarga. Dengan demikian diharapkan keluarga dapat memelihara kesehatan jiwanya secara mandiri. Bila dirasakan keluarga tidak sanggup lagi untuk merawat lansia maka keterlibatan tenaga kesehatan dalam merawat lansia dapat dilakukan.

Pemberdayaan keluarga dan komunitas yaitu memberdayakan seluruh anggota keluarga maupun komunitas dalam merawat lansia dengan depresi di rumah, bagaimana berhubungan dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan layanan kesehatan bagi lansia serta mencari dukungan untuk pembentukan kelompok suportif

Petunjuk :

Saudara sudah membaca dan mendapat penjelasan tentang bagaimana cara memberdayakan seluruh anggota keluarga untuk berperan aktif dalam merawat lansia dan bagaimana memberdayakan komunitas. Sekarang marilah kita tuliskan cara pemberdayaan tersebut dalam kolom yang tersedia di bawah ini

Tujuan: *Caregiver* mampu melakukan pemberdayaan keluarga (pembagian tugas dan tanggung jawab) dalam merawat lansia di rumah serta pemberdayaan komunitas (masyarakat dan petugas kesehatan)

1. Pemberdayaan anggota keluarga dalam merawat lansia

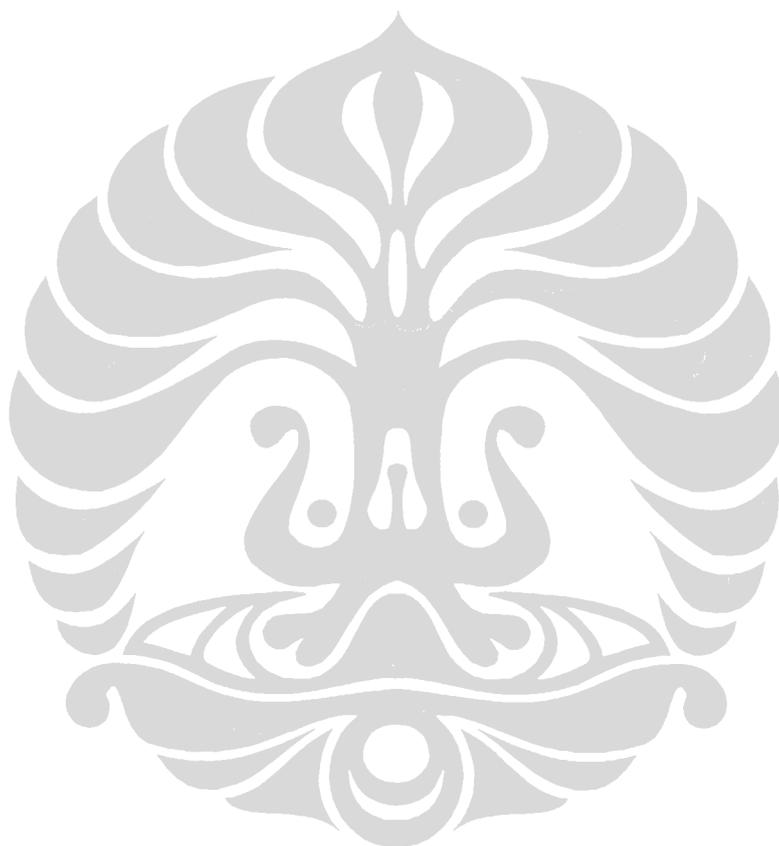
Tanggal	No.	Nama anggota keluarga	Peran dan tanggungjawab

Lakukan latihan di rumah cara yang sudah diajarkan dalam merawat lansia dengan melakukan pemberdayaan keluarga dan tuliskan kembali pada kotak dibawah ini.

1. Pemberdayaan anggota keluarga dalam merawat lansia

Tanggal	No.	Nama anggota keluarga	Peran dan tanggungjawab

2.

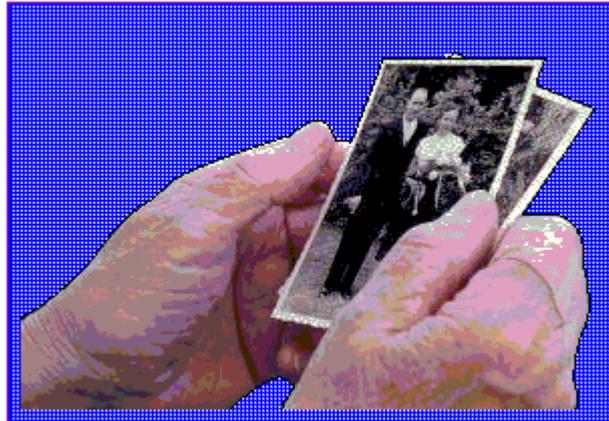


Pemberdayaan komunitas (petugas kesehatan) dalam menolong lansia

Tanggal	No.	Peristiwa	Pertolongan yang diberikan

Setelah mengikuti seluruh kegiatan dalam psikoedukasi keluarga diharapkan *caregiver* dapat secara mandiri menerapkan setiap sesi yang telah dipelajari dalam kehidupan sehari-hari khususnya dalam merawat lansia dengan depresi. Dilanjutkan dengan rencana pembentukan kelompok suportif (swabantu) agar setiap masalah yang ditemukan oleh *caregiver* dapat diatasi berdasarkan informasi atau dukungan yang diperoleh dari sesama *caregiver*. Pembentukan kelompok hendaknya melibatkan seluruh *caregiver* beserta kader kesehatan jiwa dan aparat desa yang ada di lingkungan tersebut.

BUKU EVALUASI TERAPI REMINISCENCE



TIM PENYUSUN :

Ns. Endang Banon, S.Kep.

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp.,M.App.Sc.

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011

KATA PENGANTAR

Evaluasi merupakan proses penilaian tentang keberhasilan atau kemajuan suatu kegiatan yang telah dilakukan. Penilaian yang dilakukan terdiri dari penilaian proses ketika kegiatan telah selesai dilaksanakan dan penilaian berkelanjutan dari proses-proses kegiatan selanjutnya. Pada sesi 1, hal yang dinilai adalah proses kegiatan dan tugas yang diberikan berkaitan dengan kegiatan tersebut. Selanjutnya pada sesi kedua, penilaian dilakukan dengan diawali evaluasi terhadap tugas, kemudian proses dari sesi yang dilakukan, diakhiri dengan pemberian tugas kembali yang berhubungan dengan proses tersebut. Demikian, proses penilaian dilakukan secara berkesinambungan dengan harapan dapat mengobservasi setiap kegiatan dengan baik.

Buku evaluasi ini adalah buku penyerta dari modul dan buku kerja terapi *Reminiscence* untuk lansia dengan depresi yang diperuntukkan bagi perawat spesialis keperawatan jiwa. Buku ini terdiri dari 6 (enam) bagian sesuai dengan 6 (enam) sesi pertemuan pada buku modul dan buku kerja terapi *Reminiscence* .

Buku evaluasi ini merupakan pegangan bagi perawat spesialis keperawatan jiwa dalam memberikan terapi *Reminiscence* untuk lansia dengan depresi. Hal-hal yang terjadi selama proses kegiatan hendaknya dinilai dan dicatat dengan baik dalam buku evaluasi ini agar perkembangan proses pemberian terapi dapat terpantau dan berhasil optimal.

Di akhir kegiatan, diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa dapat menilai perubahan kondisi depresi pada lansia yang menuju kepada peningkatan kualitas hidup lansia tersebut.

Depok, April 2011

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	1
Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi	3
Pelaksanaan Evaluasi Proses Kegiatan	
Sesi 1	4
Sesi 2	5
Sesi 3	11
Sesi 4	18
Sesi 5	25
Sesi 6	32

PELAKSANAAN EVALUASI PROSES KEGIATAN

EVALUASI SESI 1

Hari/Tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

Evaluasi Proses Sesi 1

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 1 (satu) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Mengungkapkan perasaan pada awal pertemuan										
2	Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang terjadi										

Buku Evaluasi Terapi Reminiscence

	pada diri lansia													
3	Mengidentifikasi masalah-masalah yang dialami lansia													
4	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan mengidentifikasi perubahan yang terjadi dan masalah yang dialami lansia													

TUGAS 1 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Perubahan-perubahan yang terjadi pada diri lansia
2. Masalah-masalah yang dialami lansia

EVALUASI SESI 2

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

- a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia												
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput													
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin													
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi													
4	Badan membungkuk													
5	Otot mengecil													

6	Gerakan menjadi lamban																		
7	Tulang mudah patah																		
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung																		
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang																		
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba																		
11	Jumlah gigi berkurang																		
12	Penurunan produksi air ludah																		
13	Mudah terkena infeksi penyakit																		
14	Mudah lelah/capek																		
15	Rambut beruban dan menipis																		
16	Badan mulai kurus atau gemuk																		
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja																		
18	Sulit tidur																		
19	Kurang nafsu makan																		
20	Penurunan berat badan																		
21	Kurang energi/tenaga																		

a. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Nama Lansia													
1	Sulit untuk mengingat														
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah														
3	Kreativitas menurun														
4	Mudah tersinggung														
5	Mudah sedih, murung														
6	Cemas														
7	Perilaku kembali seperti anak – anak														
8	Mudah marah														
9	Mudah curiga														
10	Ingin tetap diakui di masyarakat														
11	Pikun, mudah lupa														
12	Penurunan konsentrasi														
13	Pikiran kosong														
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri														
15	Mudah putus asa														

16	Tegang																			
17	Merasa tidakberdaya																			
18	Penolakan terhadap kemampuan diri																			
19	Minder/malu																			
20	Perilaku merusak diri sendiri																			

b. Perubahan sosial/pergaulan

No	Perubahan sosial/pergaulan yang dialami	Nama Lansia																			
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok																				
2	Kehilangan pasangan hidup																				
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga																				
4	Kehilangan penghasilan																				
5	Penurunan harga diri																				
6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia																				
7	Lebih suka menyendiri																				

c. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Nama Lansia																		
1	Kehilangan semangat																			
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup																			
3	Giat beribadah																			
4	Mengikuti kegiatan keagamaan																			
5	Suka menolong orang lain																			
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan																			
7	Suka menolong																			
8	Suka menasehati																			
9	Siap menerima datangnya kematian																			

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia																		
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang																			
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan																			
3	Sering merasa bosan																			
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan																			
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																			

6	Kurangnya semangat hidup																			
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																			
8	Kurang merasa bahagia																			
9	Merasa tidakberdaya																			
10	Sering gelisah/gugup																			
11	Lebih sering tinggal di rumah																			
12	Sering merasa ingin menangis																			
13	Penurunan daya ingat																			
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																			
15	Mudah murung dan sedih																			
16	Merasa tidak berharga																			
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																			
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																			
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																			

2. *Evaluasi Proses Sesi 2*

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 2 (dua) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																			
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak																				

2	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak																		
3	Mengenang prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																		
4	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																		
5	Mengenang perasaan yang dialami ketika mendapatkan penghargaan/pujian pada masa usia anak																		
6	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang perasaan ketika mendapat penghargaan/pujian pada masa usia anak																		
7	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan mengenang dan berbagi pengalaman masa usia anak																		

TUGAS 2 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Pengalaman yang menyenangkan pada usia anak
2. Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak
3. Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian

EVALUASI SESI 3

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

Buku Evaluasi Terapi Reminiscence

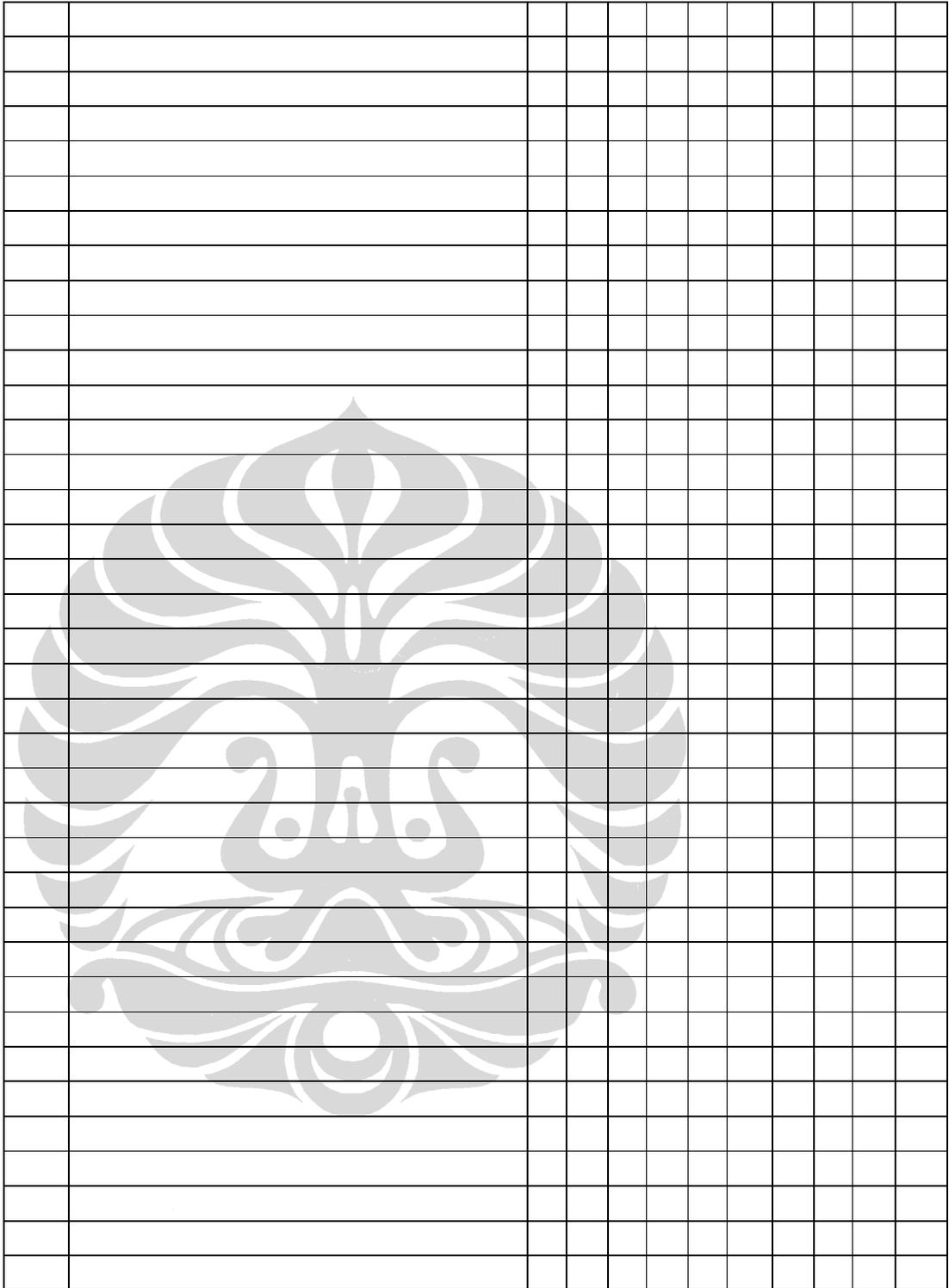
1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia									
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput										
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin										
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi										
4	Badan membungkuk										
5	Otot mengecil										
6	Gerakan menjadi lamban										
7	Tulang mudah patah										
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung										
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang										
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba										
11	Jumlah gigi berkurang										
12	Penurunan produksi air ludah										
13	Mudah terkena infeksi penyakit										
14	Mudah lelah/capek										
15	Rambut beruban dan menipis										
16	Badan mulai kurus atau gemuk										
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja										
18	Sulit tidur										
19	Kurang nafsu makan										
20	Penurunan berat badan										
21	Kurang energi/tenaga										



a. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Nama Lansia									
1	Sulit untuk mengingat										
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah										
3	Kreativitas menurun										
4	Mudah tersinggung										
5	Mudah sedih, murung										
6	Cemas										
7	Perilaku kembali seperti anak – anak										
8	Mudah marah										
9	Mudah curiga										
10	Ingin tetap diakui di masyarakat										
11	Pikun, mudah lupa										
12	Penurunan konsentrasi										
13	Pikiran kosong										
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri										
15	Mudah putusasa										
16	Tegang										
17	Merasa tidakberdaya										
18	Penolakan terhadap kemampuan diri										
19	Minder/malu										
20	Perilaku merusak diri sendiri										

c. Perubahan sosial/pergaulan

No	Perubahan sosial/pergaulan yang dialami	Nama Lansia									
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok										
2	Kehilangan pasangan hidup										
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga										
4	Kehilangan penghasilan										
5	Penurunan harga diri										
6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia										
7	Lebih suka menyendiri										

d. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Nama Lansia									
1	Kehilangan semangat										
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup										
3	Giat beribadah										
4	Mengikuti kegiatan keagamaan										
5	Suka menolong orang lain										
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan										
7	Suka menolong										
8	Suka menasehati										
9	Siap menerima datangnya kematian										

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia												
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang													
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan													
3	Sering merasa bosan													
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan													
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan													
6	Kurangnya semangat hidup													
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk													
8	Kurang merasa bahagia													
9	Merasa tidakberdaya													
10	Sering gelisah/gugup													
11	Lebih sering tinggal di rumah													
12	Sering merasa ingin menangis													
13	Penurunan daya ingat													
14	Hidup terasa tidak menyenangkan													
15	Mudah murung dan sedih													
16	Merasa tidak berharga													
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu													
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru													
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara													

1. **Evaluasi tugas 2**

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																		
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak																			
2	Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																			
3	Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian																			

1. **Evaluasi Proses Sesi 3**

Evaluasi kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 3 (tiga) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																		
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa remaja																			
2	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang pengalaman yang menyenangkan pada masa remaja																			
3	Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja																			
4	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial																			

	pada masa remaja																		
5	Mengenang potensi diri yang dimiliki pada masa remaja																		
6	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang potensi diri yang dimiliki pada masa remaja																		
7	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan mengenang dan berbagi pengalaman masa remaja																		

TUGAS 3:

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Pengalaman yang menyenangkan pada usia remaja
2. Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja
3. Potensi diri yang dimiliki pada masa remaja

EVALUASI SESI 4

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

- a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia									
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput										
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin										
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi										

4	Badan membungkuk													
5	Otot mengecil													
6	Gerakan menjadi lamban													
7	Tulang mudah patah													
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung													
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang													
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba													
11	Jumlah gigi berkurang													
12	Penurunan produksi air ludah													
13	Mudah terkena infeksi penyakit													
14	Mudah lelah/capek													
15	Rambut beruban dan menipis													
16	Badan mulai kurus atau gemuk													
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja													
18	Sulit tidur													
19	Kurang nafsu makan													
20	Penurunan berat badan													
21	Kurang energi/tenaga													

a. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Nama Lansia																			
1	Sulit untuk mengingat																				
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah																				
3	Kreativitas menurun																				
4	Mudah tersinggung																				
5	Mudah sedih, murung																				
6	Cemas																				
7	Perilaku kembali seperti anak – anak																				
8	Mudah marah																				
9	Mudah curiga																				
10	Ingin tetap diakui di masyarakat																				
11	Pikun, mudah lupa																				
12	Penurunan konsentrasi																				
13	Pikiran kosong																				

14	Pikiran negatif tentang diri sendiri																		
15	Mudah putusasa																		
16	Tegang																		
17	Merasa tidakberdaya																		
18	Penolakan terhadap kemampuan diri																		
19	Minder/malu																		
20	Perilaku merusak diri sendiri																		

c. Perubahan sosial/pergaulan

No	Perubahan sosial/pergaulan yang dialami	Nama Lansia																		
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok																			
2	Kehilangan pasangan hidup																			
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga																			
4	Kehilangan penghasilan																			
5	Penurunan harga diri																			
6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia																			
7	Lebih suka menyendiri																			

d. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Nama Lansia									
1	Kehilangan semangat										
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup										
3	Giat beribadah										
4	Mengikuti kegiatan keagamaan										
5	Suka menolong orang lain										
6	Lebih mendekati diri pada Tuhan										
7	Suka menolong										
8	Suka menasehati										
9	Siap menerima datangnya kematian										

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia									
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang										
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan										
3	Sering merasa bosan										
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan										

5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																			
6	Kurangnya semangat hidup																			
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																			
8	Kurang merasa bahagia																			
9	Merasa tidakberdaya																			
10	Sering gelisah/gugup																			
11	Lebih sering tinggal di rumah																			
12	Sering merasa ingin menangis																			
13	Penurunan daya ingat																			
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																			
15	Mudah murung dan sedih																			
16	Merasa tidak berharga																			
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																			
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																			
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																			

2. Evaluasi tugas 2

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																		
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak																			

2	Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																
3	Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian																

3. Evaluasi tugas 3

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia															
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia remaja																
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja																
3	Potensi diri yang dimiliki pada masa remaja																

1. Evaluasi Proses Sesi 4

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 4 (empat) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia															
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa dewasa																
2	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang pengalaman yang menyenangkan pada masa dewasa																
3	Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal																
4	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal																
5	Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan																

	generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan																		
6	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan																		
7	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan mengenang dan berbagi pengalaman masa dewasa																		

TUGAS 4 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Pengalaman yang menyenangkan pada usia dewasa
2. Kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal
3. Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan

EVALUASI SESI 5

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia									
1	Penipisan kulit, kering, dan keriput										
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin										
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi										
4	Badan membungkuk										
5	Otot mengecil										
6	Gerakan menjadi lamban										
7	Tulang mudah patah										
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung										
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang										
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba										
11	Jumlah gigi berkurang										
12	Penurunan produksi air ludah										
13	Mudah terkena infeksi penyakit										
14	Mudah lelah/capek										
15	Rambut beruban dan menipis										
16	Badan mulai kurus atau gemuk										
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja										
18	Sulit tidur										
19	Kurang nafsu makan										

20	Penurunan berat badan											
21	Kurang energi/tenaga											

a. Perubahan psikologis/kejiwaan

No	Perubahan psikologis/kejiwaan yang dialami	Nama Lansia									
1	Sulit untuk mengingat										
2	Sulit untuk berpikir, dan menyelesaikan masalah										
3	Kreativitas menurun										
4	Mudah tersinggung										
5	Mudah sedih, murung										
6	Cemas										
7	Perilaku kembali seperti anak – anak										
8	Mudah marah										
9	Mudah curiga										
10	Ingin tetap diakui di masyarakat										
11	Pikun, mudah lupa										
12	Penurunan konsentrasi										
13	Pikiran kosong										
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri										
15	Mudah putusasa										
16	Tegang										
17	Merasa tidakberdaya										
18	Penolakan terhadap kemampuan diri										
19	Minder/malu										
20	Perilaku merusak diri sendiri										

c. Perubahan sosial/ pergaulan

No	Perubahan sosial/ pergaulan yang dialami	Nama Lansia																		
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok																			
2	Kehilangan pasangan hidup																			
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga																			
4	Kehilangan penghasilan																			
5	Penurunan harga diri																			
6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia																			
7	Lebih suka menyendiri																			

d. Perubahan spiritual/ keagamaan

No	Perubahan spiritual/ keagamaan yang dialami	Nama Lansia																		
1	Kehilangan semangat																			
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup																			
3	Giat beribadah																			
4	Mengikuti kegiatan keagamaan																			
5	Suka menolong orang lain																			
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan																			
7	Suka menolong																			

8	Suka menasehati																		
9	Siap menerima datangnya kematian																		

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia																	
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang																		
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan																		
3	Sering merasa bosan																		
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan																		
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																		
6	Kurangnya semangat hidup																		
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																		
8	Kurang merasa bahagia																		
9	Merasa tidakberdaya																		
10	Sering gelisah/gugup																		
11	Lebih sering tinggal di rumah																		
12	Sering merasa ingin menangis																		
13	Penurunan daya ingat																		
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																		
15	Mudah murung dan sedih																		
16	Merasa tidak berharga																		
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																		
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																		
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																		

2. **Evaluasi tugas 2**

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak										
2	Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak										
3	Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian										

3. **Evaluasi tugas 3**

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia remaja										
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja										
3	Potensi diri yang dimiliki pada masa remaja										

4. **Evaluasi tugas 4**

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia							
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia dewasa								
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal								
3	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan								

5. Evaluasi Proses Sesi 5

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 5 (lima) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia							
1	Mengidentifikasi masalah yang muncul pada saat ini dan cara mengatasinya								
2	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang masalah yang muncul pada saat ini dan cara mengatasinya								
3	Mengidentifikasi kualitas hidup yang dimiliki pada saat ini								
4	Berdiskusi dan <i>sharing</i> tentang kualitas hidup yang dimiliki pada saat ini								
4	Menyampaikan tentang harapan dan rencana hidup di masa depan								
5	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan pengalaman masa lansia saat ini								

TUGAS 5 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Masalah yang muncul saat ini dan cara mengatasinya
2. Kualitas hidup yang dimiliki saat ini
3. Harapan dan rencana hidup di masa depan

EVALUASI SESI 6

Hari/tanggal :

Kelompok :

PETUNJUK :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika lansia melakukannya
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut dalam kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1

Evaluasi perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

- a. Perubahan fisik/tubuh

No	Perubahan fisik /tubuh yang dialami	Nama Lansia							

1	Penipisan kulit, kering, dan keriput																			
2	Tidak tahan suhu sangat panas atau sangat dingin																			
3	Penurunan kekuatan tulang, nyeri sendi																			
4	Badan membungkuk																			
5	Otot mengecil																			
6	Gerakan menjadi lamban																			
7	Tulang mudah patah																			
8	Gangguan /penyakit pernapasan dan jantung																			
9	Penglihatan berkurang bila melihat di tempat yang remang dan tidak bisa melihat warna-warna yang terang																			
10	Pendengaran berkurang, penurunan daya rasa, daya penciuman, dan daya raba																			
11	Jumlah gigi berkurang																			
12	Penurunan produksi air ludah																			
13	Mudah terkena infeksi penyakit																			
14	Mudah lelah/capek																			
15	Rambut berubah dan menipis																			
16	Badan mulai kurus atau gemuk																			
17	Sulit mengendalikan air seni dan tinja																			
18	Sulit tidur																			
19	Kurang nafsu makan																			
20	Penurunan berat badan																			
21	Kurang energi/tenaga																			

11	Pikun, mudah lupa																		
12	Penurunan konsentrasi																		
13	Pikiran kosong																		
14	Pikiran negatif tentang diri sendiri																		
15	Mudah putus asa																		
16	Tegang																		
17	Merasa tidakberdaya																		
18	Penolakan terhadap kemampuan diri																		
19	Minder/malu																		
20	Perilaku merusak diri sendiri																		

c. Perubahan sosial/ pergaulan

No	Perubahan sosial/ pergaulan yang dialami	Nama Lansia																		
1	Kehilangan status dan peran dalam kelompok																			
2	Kehilangan pasangan hidup																			
3	Kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga																			
4	Kehilangan penghasilan																			
5	Penurunan harga diri																			

6	Lebih memilih untuk bergaul dengan sesama lansia																		
7	Lebih suka menyendiri																		

d. Perubahan spiritual/keagamaan

No	Perubahan spiritual/keagamaan yang dialami	Nama Lansia																	
1	Kehilangan semangat																		
2	Kehilangan makna dan tujuan hidup																		
3	Giat beribadah																		
4	Mengikuti kegiatan keagamaan																		
5	Suka menolong orang lain																		
6	Lebih mendekatkan diri pada Tuhan																		
7	Suka menolong																		
8	Suka menasehati																		
9	Siap menerima datangnya kematian																		

Masalah yang dialami lansia akibat perubahan

No	Masalah yang dialami	Nama Lansia																	
1	Tidak puas dengan kehidupan sekarang																		
2	Meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan																		

3	Sering merasa bosan																			
4	Tidak punya harapan/kuatir akan masa depan																			
5	Terganggu oleh pikiran yang tidak dapat diungkapkan																			
6	Kurangnya semangat hidup																			
7	Takut akan terjadi sesuatu yang buruk																			
8	Kurang merasa bahagia																			
9	Merasa tidakberdaya																			
10	Sering gelisah/gugup																			
11	Lebih sering tinggal di rumah																			
12	Sering merasa ingin menangis																			
13	Penurunan daya ingat																			
14	Hidup terasa tidak menyenangkan																			
15	Mudah murung dan sedih																			
16	Merasa tidak berharga																			
17	Kuatir tentang kejadian masa lalu																			
18	Merasa berat untuk melakukan kegiatan yang baru																			
19	Berpikir bahwa orang lain lebih baik dari saudara																			

2. Evaluasi tugas 2

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																		

1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak																		
2	Prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak																		
3	Perasaan yang dialami ketika mendapat penghargaan/pujian																		

3. Evaluasi tugas 3

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																	
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia remaja																		
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja																		
3	Potensi diri yang dimiliki pada masa remaja																		

4. Evaluasi tugas 4

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia																	
1	Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia dewasa																		
2	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa awal																		
3	Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi selanjutnya pada masa dewasa pertengahan																		

5. Evaluasi tugas 5

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Masalah yang muncul saat ini dan cara mengatasinya										
2	Kualitas hidup yang dimiliki saat ini										
3	Harapan dan rencana hidup di masa depan										

6. Evaluasi Proses Sesi 6

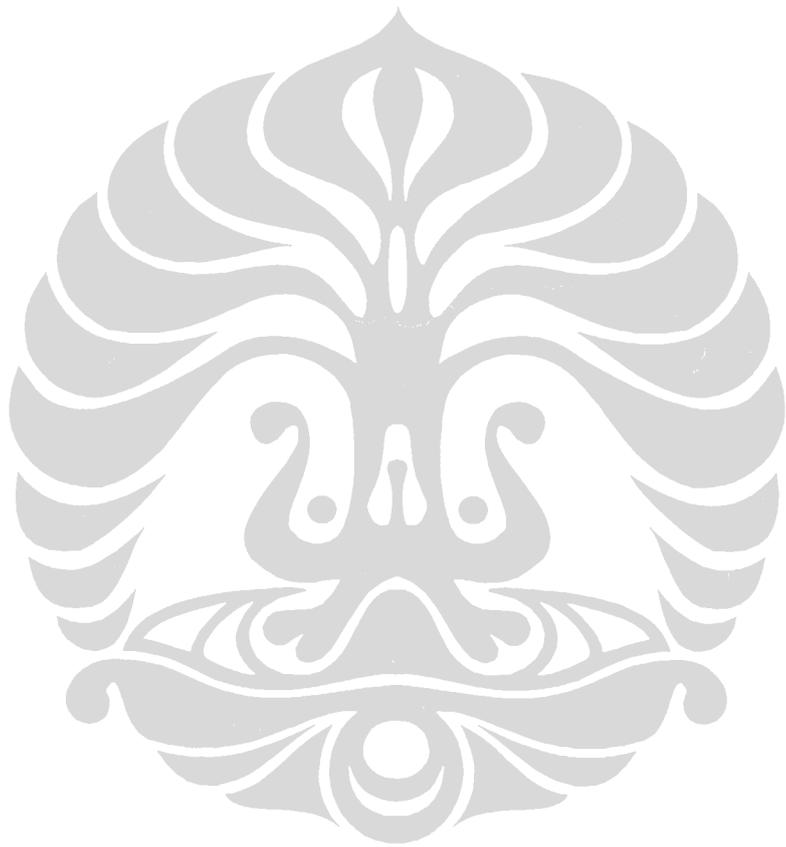
Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 6 (enam) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama Lansia									
1	Menyampaikan manfaat yang dirasakan dari terapi <i>Reminiscence</i>										
2	Menyampaikan harapan dan rencana setelah mengikuti terapi <i>Reminiscence</i>										
3	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan evaluasi										

TUGAS 6 :

Diharapkan lansia dapat menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang :

1. Manfaat yang dirasakan dari terapi *Reminiscence*
2. Harapan dan rencana setelah mengikuti terapi *Reminiscence*



**BUKU EVALUASI
PSIKOEDUKASI KELUARGA
DALAM MERAWAT LANSIA DEPRESI**



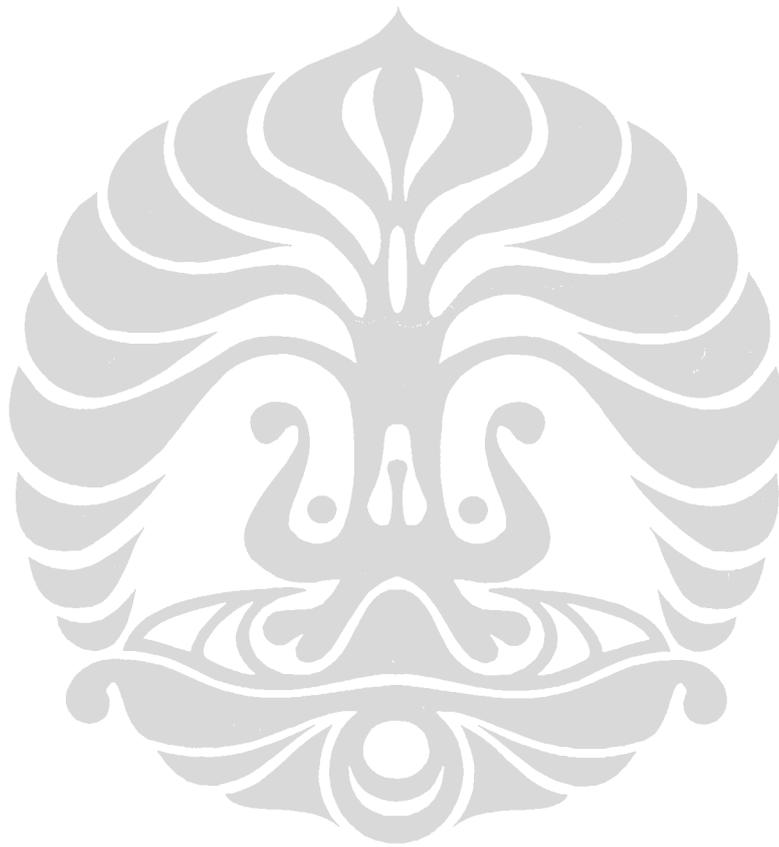
TIM PENYUSUN :

Ns. Endang Banon, S.Kep

Ns. Fathra Annis Nauli, S.Kep

Dr . Budi Anna Keliat ,S.Kp.,M.App.Sc

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
2011



KATA PENGANTAR

Evaluasi merupakan proses penilaian tentang keberhasilan atau kemajuan suatu kegiatan yang telah dilakukan. Penilaian yang dilakukan terdiri dari penilaian proses ketika kegiatan telah selesai dilaksanakan dan penilaian berkelanjutan dari proses-proses kegiatan selanjutnya. Pada sesi 1, hal yang dinilai adalah proses kegiatan dan tugas yang diberikan berkaitan dengan kegiatan tersebut. Selanjutnya pada sesi kedua, penilaian dilakukan dengan diawali evaluasi terhadap tugas, kemudian proses dari sesi yang dilakukan, diakhiri dengan pemberian tugas kembali yang berhubungan dengan proses tersebut. Demikian, proses penilaian dilakukan secara berkesinambungan dengan harapan dapat mengobservasi setiap kegiatan dengan baik.

Buku evaluasi ini adalah buku penyerta dari modul dan buku kerja psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia dengan depresi yang diperuntukkan bagi perawat spesialis. Buku ini terdiri dari 4 (empat) bagian sesuai dengan 4 sesi pertemuan pada modul dan buku kerja psikoedukasi keluarga.

Buku evaluasi ini merupakan pegangan bagi perawat spesialis keperawatan jiwa dalam memberikan psikoedukasi keluarga. Hal-hal yang terjadi selama proses kegiatan hendaknya dinilai dan dicatat dengan baik dalam buku evaluasi ini agar perkembangan proses pemberian psikoedukasi keluarga dapat terpantau dan berhasil optimal.

Di akhir kegiatan, diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa dapat menilai kemandirian keluarga/*caregiver* dalam merawat lansia depresi.

Depok, April 2011

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul	1
Kata Pengantar	2
Daftar isi	3
Pelaksanaan Kegiatan Evaluasi	
Evaluasi Sesi 1	4
Evaluasi Sesi 2 Pertemuan 1	5
Evaluasi Sesi 2 Pertemuan 2	12
Evaluasi Sesi 3 Pertemuan 1	20
Evaluasi Sesi 3 Pertemuan 2	30
Evaluasi Sesi 4	41

PELAKSANAAN KEGIATAN EVALUASI

EVALUASI SESI 1 :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi Proses Sesi 1 :

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 1 (satu) dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	Nama peserta							
1	Mengungkapkan perasaan pada awal pertemuan								
2	Menyampaikan perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang ditimbulkan dari perubahan tersebut								
3	Menyampaikan masalah yang dialami <i>caregiver</i> dalam merawat lansia dengan depresi								
4	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan sesi 1								

TUGAS 1 :

Caregiver diharapkan untuk menuliskan pada buku kerja jika ada yang ditemukan lagi tentang

:

1. Perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang ditimbulkan pada perubahan tersebut
2. Masalah yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi

EVALUASI SESI 2 (pertemuan pertama) :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

1. Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan Fisik/ Tubuh

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA										
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)										
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek										
3	Mudah lupa										
4	Mudah lelah/ capek,										
5	Mudah terserang penyakit										
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)										
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit										
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)										
9	Badan mulai kurus atau gemuk										
10	Mudah terserang penyakit										
11	Mengompol atau susah buang air besar										
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur										
13											
14											
15											
16											
17											

18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA													
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA														
Perubahan kemampuan berpikir															
1	Daya ingat (pelupa)														
2	Belajar														
3	Mengambil keputusan														
4	Menyelesaikan masalah														
5	Daya kreatifitas														
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
Perubahan emosi/perasaan															
1	Marah														
2	Tersinggung														
3	Curiga														
4	Sedih														
5	Cemas														

6	Takut																			
7	Gelisah																			

Perubahan perilaku

1	Seperti anak – anak lagi																			
2	Ingin diperhatikan																			
3	Ingin diakui/ dianggap																			

c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																			
1	Kehilangan pekerjaan																			
2	Pendapatan berkurang																			
3	Kehilangan teman/ kenalan																			
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																			
5																				

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA												
	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA													
1	Giat beribadah													
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian													
3	Suka menolong													
4	Suka menasehati													
5	Siap menerima datangnya kematian													

Pengaruh terapi..., Endang Banon, FIK UI, 2011

2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA										
1	Penurunan harga diri (malu)										
2	Tidak berdaya										
3	Putus asa										
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)										
5	Malas										
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan										
7	Berat badan menurun										
8	Menurunnya keinginan										
9	Tidak bersemangat										
10	Kehilangan rasa percaya diri										
11	Perasaan tidak berguna										
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan										
13	Tidak memiliki tujuan hidup										
14	Tidak puas dengan kehidupan										
15	Merasa bosan										
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan										
17	Perasaan terhadap diri yang negatif										
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele										
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain										
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri										
21	Tidak ada harapan dalam hidup,										
22	Selalu dihantui perasaan bersalah										
23	Tidak mau mencoba hal baru										
24											

Masalah Yang Dialami *Caregiver* Dalam Merawat Lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA										
	MASALAH YANG DIALAMI CAREGIVER DALAM MERAWAT LANSIA											

Evaluasi Proses Sesi 2 (Pertemuan Pertama)

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 2 (dua) pertemuan pertama dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	NAMA PESERTA									
1	Mengidentifikasi tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan										
2	Menyampaikan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan										
3	Mempraktekkan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan										
4	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan										

TUGAS 2 (sesi 2 pertemuan pertama)

Caregiver diharapkan untuk menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan pada lansia yang masih belum ditemukan
2. Mempraktekkan cara merawat lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah dan keputusasaan

EVALUASI SESI 2 (pertemuan kedua) :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan Fisik/ Tubuh

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA										
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)										
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek										
3	Mudah lupa										
4	Mudah lelah/ capek,										
5	Mudah terserang penyakit										
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)										
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit										
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)										
9	Badan mulai kurus atau gemuk										
10	Mudah terserang penyakit										
11	Mengompol atau susah buang air besar										
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur										
13											
14											
15											
16											
17											
18											

19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA														
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA															
Perubahan kemampuan berpikir																
1	Daya ingat (pelupa)															
2	Belajar															
3	Mengambil keputusan															
4	Menyelesaikan masalah															
5	Daya kreatifitas															
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
Perubahan emosi/perasaan																
1	Marah															
2	Tersinggung															
3	Curiga															
4	Sedih															
5	Cemas															
6	Takut															

7	Gelisah																		

Perubahan Perilaku

1	Seperti anak – anak lagi																		
2	Ingin diperhatikan																		
3	Ingin diakui/ dianggap																		

c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																	
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																		
1	Kehilangan pekerjaan																		
2	Pendapatan berkurang																		
3	Kehilangan teman/ kenalan																		
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																		
5																			

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA												
	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA													
1	Giat beribadah													
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian													
3	Suka menolong													
4	Suka menasehati													
5	Siap menerima datangnya kematian													

2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA										
1	Penurunan harga diri (malu)										
2	Tidak berdaya										
3	Putus asa										
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)										
5	Malas										
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan										
7	Berat badan menurun										
8	Menurunnya keinginan										
9	Tidak bersemangat										
10	Kehilangan rasa percaya diri										
11	Perasaan tidak berguna										
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan										
13	Tidak memiliki tujuan hidup										
14	Tidak puas dengan kehidupan										
15	Merasa bosan										
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan										
17	Perasaan terhadap diri yang negatif										
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele										
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain										
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri										
21	Tidak ada harapan dalam hidup,										
22	Selalu dihantui perasaan bersalah										

23	Tidak mau mencoba hal baru											
24												
25												

3. Masalah Yang Dialami Caregiver Dalam Merawat Lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA											
	MASALAH YANG DIALAMI CAREGIVER DALAM MERAWAT LANSIA												

Evaluasi tugas 2 : (sesi 2 pertemuan pertama)

- Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusan pada lansia yang masih belum disampaikan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																			
	TANDA DAN GEJALA																				
	Depresi																				
	Barat badan menurun																				
	Gangguan tidur																				
	Kurang energi/tenaga																				
	Kurang konsentrasi																				
	Kehilangan semangat																				
	Sedih																				
	Lesu, lemah																				
	Tidak berdaya																				
	Cemas																				
	Pikiran kosong																				
	Perasaan negatif tentang diri																				
	Cenderung bunuh diri																				
	Mudah putus asa																				

	Kurang nafsu makan																		
	Mudah tersinggung																		
	Mudah marah																		
	Curiga pada orang lain																		
Harga Diri Rendah																			
	Merasa tidak mampu																		
	Menolak kemampuan diri																		
	Minder/malu																		
	Perasaan negatif tentang tubuh																		
	Penurunan produktifitas																		
	Mengkritik diri sendiri																		
Keputusan																			
	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki																		
	Perasaan kosong																		
	Pasif																		
	Menghindari pembicaraan																		
	Kehilangan inisiatif																		
	Penurunan kegiatan																		

- Kemampuan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																	
	Cara merawat lansia yang mengalami depresi																		
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi																		
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah																		
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusan																		

Evaluasi Proses Sesi 2 Pertemuan Kedua:

Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 2 (dua) pertemuan kedua dalam kelompok

No	Aspek yang dinilai	NAMA PESERTA									
1	Mengidentifikasi tanda dan gejala depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial										
2	Menyampaikan cara merawat lansia depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial										
3	Mempraktekkan cara merawat lansia depresi dengan depresi dan isolasi sosial										
4	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan										

TUGAS 3 : (sesi 2 pertemuan kedua)

Caregiver diharapkan untuk menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Tanda dan gejala depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial pada lansia yang masih belum ditemukan
2. Mempraktekkan cara merawat lansia yang mengalami depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial

EVALUASI SESI 3 (pertemuan pertama) :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

- a. Perubahan Fisik/ Tubuh

No	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									

	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA																		
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)																		
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek																		
3	Mudah lupa																		
4	Mudah lelah/ capek,																		
5	Mudah terserang penyakit																		
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)																		
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit																		
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)																		
9	Badan mulai kurus atau gemuk																		
10	Mudah terserang penyakit																		
11	Mengompol atau susah buang air besar																		
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur																		
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA																			
Perubahan kemampuan berpikir																				
1	Daya ingat (pelupa)																			
2	Belajar																			
3	Mengambil keputusan																			
4	Menyelesaikan masalah																			
5	Daya kreatifitas																			
6																				
7																				

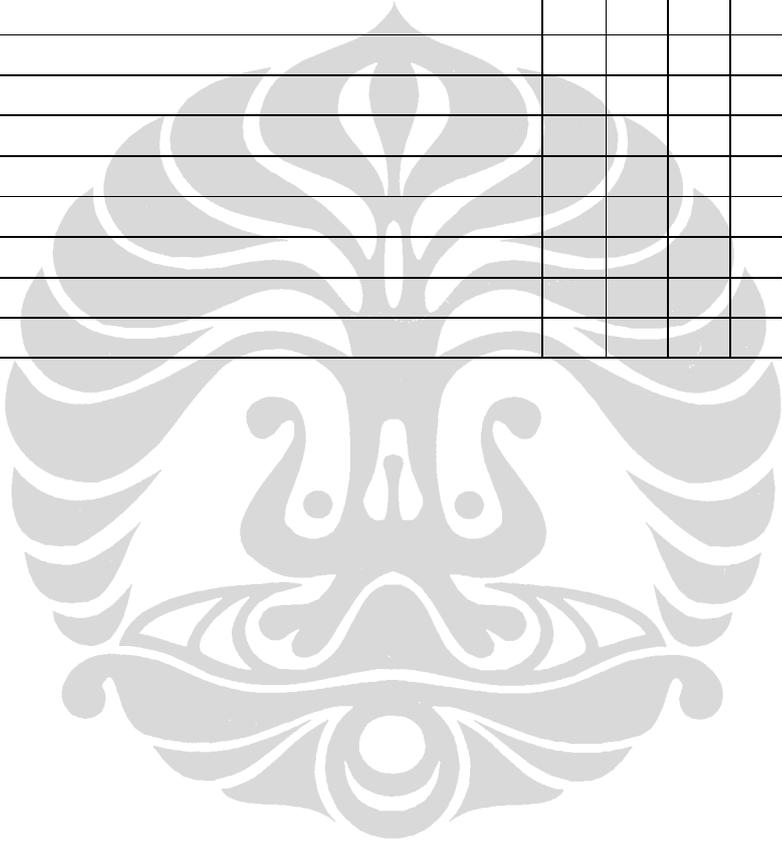
c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																			
1	Kehilangan pekerjaan																			
2	Pendapatan berkurang																			
3	Kehilangan teman/ kenalan																			
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																			
5																				

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA																			
1	Giat beribadah																			
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian																			
3	Suka menolong																			

4	Suka menasehati														
5	Siap menerima datangnya kematian														



2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA													
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA														
1	Penurunan harga diri (malu)														

	MASALAH YANG DIALAMI CAREGIVER DALAM MERAWAT LANSIA													

Evaluasi tugas 2 : (sesi 2 pertemuan pertama)

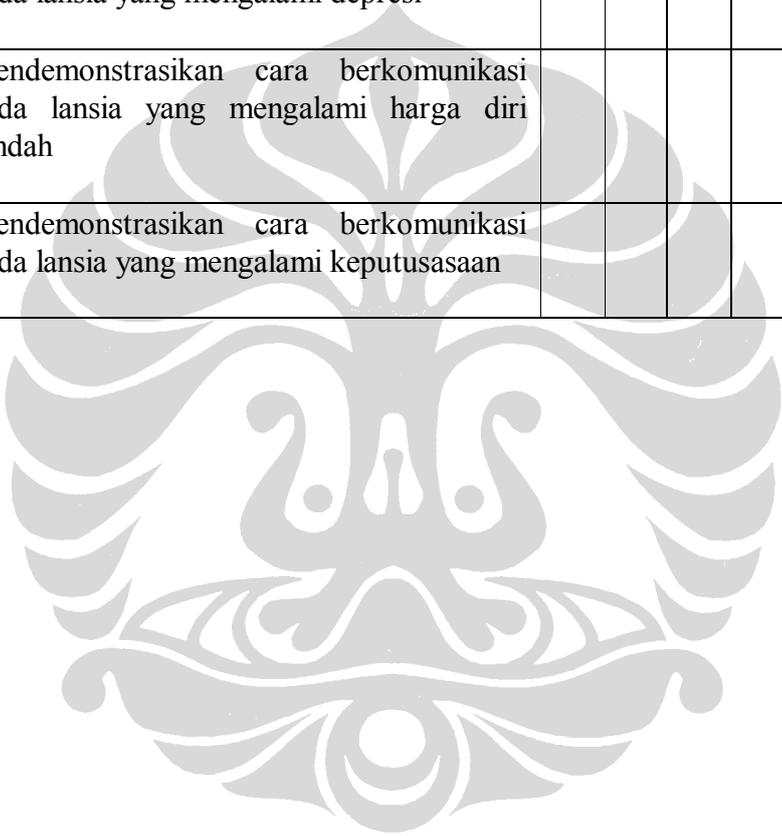
- **Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusan pada lansia yang masih belum disampaikan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	TANDA DAN GEJALA										
Depresi											
	Barat badan menurun										
	Gangguan tidur										
	Kurang energi/tenaga										
	Kurang konsentrasi										
	Kehilangan semangat										
	Sedih										
	Lesu, lemah										
	Tidak berdaya										
	Cemas										
	Pikiran kosong										
	Perasaan negatif tentang diri										
	Cenderung bunuh diri										
	Mudah putus asa										
	Kurang nafsu makan										
	Mudah tersinggung										
	Mudah marah										
	Curiga pada orang lain										
Harga Diri Rendah											
	Merasa tidak mampu										
	Menolak kemampuan diri										
	Minder/malu										
	Perasaan negatif tentang tubuh										
	Penurunan produktifitas										
	Mengkritik diri sendiri										
Keputusan											
	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki										
	Perasaan kosong										
	Pasif										
	Menghindari pembicaraan										
	Kehilangan inisiatif										

Penurunan kegiatan														

- **Kemampuan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA												
	Cara merawat lansia yang mengalami depresi													
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi													
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah													
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusasaan													



Evaluasi Tugas 3 : (sesi 2 pertemuan kedua)

- **Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala ketidakberdayaan dan Isolasi Sosial pada lansia yang masih belum disampaikan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	TANDA DAN GEJALA										
Ketidakberdayaan											
1	Merasa lelah										
2	Tidak memiliki kemauan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari (ADL)										
3	Tidak mampu membuat keputusan										
4	frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya										
5	penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain										
6	Enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.										
Isolasi Sosial											
1	Penurunan aktivitas										
2	Kurang inisiatif										
3	Mengungkapkan perasaan kesendirian										
4	Mengungkapkan penolakan untuk berinteraksi dengan orang lain										
5	keinginan untuk menyendiri										
6	Tidak mau diajak berkomunikasi										
7	Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima orang lain										
8	Mudah tersinggung										
9	Mudah marah										
10	Curiga pada orang lain										

- **Kemampuan Cara Merawat Lansia Depresi Dengan Ketidakberdayaan Dan Isolasi Sosial**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Kemampuan <i>caregiver</i> Merawat lansia										
1	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
2	Mendemonstrasikan cara merawat lansia										

yang mengalami isolasi sosial																			
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Evaluasi Proses Sesi 3 Pertemuan Pertama

Kemampuan Saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 3 (pertemuan pertama) Dalam Kelompok

No	Aspek yang dinilai	NAMA PESERTA																		
1	Menyampaikan kondisi psikologis yang dialami <i>caregiver</i>																			
2	Menyebutkan tentang cara mengatasi stres dengan menggunakan tehnik nafas dalam																			
3	Memperagakan cara tarik napas dalam																			
4	Menyebutkan tentang cara mengatasi stres dengan menggunakan hipnotis 5 (lima) jari																			
5	Memperagakan tentang cara mengatasi stres dengan menggunakan hipnotis 5 (lima) jari																			
6	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan																			

TUGAS 4 (sesi 3 pertemuan pertama)

Caregiver diharapkan untuk berlatih menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Demonstrasi teknik napas dalam (napas lega)
2. Demonstrasi cara hipnotis 5 (lima) jari

EVALUASI SESI 3 (pertemuan kedua) :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan Fisik/ Tubuh

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA										
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)										
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek										
3	Mudah lupa										
4	Mudah lelah/ capek,										
5	Mudah terserang penyakit										
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)										
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit										
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)										
9	Badan mulai kurus atau gemuk										
10	Mudah terserang penyakit										
11	Mengompol atau susah buang air besar										
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur										
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

21													
22													
23													
24													
25													

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA														
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA															
Perubahan kemampuan berpikir																
1	Daya ingat (pelupa)															
2	Belajar															
3	Mengambil keputusan															
4	Menyelesaikan masalah															
5	Daya kreatifitas															
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
Perubahan emosi/perasaan																
1	Marah															
2	Tersinggung															
3	Curiga															
4	Sedih															
5	Cemas															
6	Takut															
7	Gelisah															

Perubahan Perilaku

1	Seperti anak – anak lagi																		
2	Ingin diperhatikan																		
3	Ingin diakui/ dianggap																		

c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																			
1	Kehilangan pekerjaan																			
2	Pendapatan berkurang																			
3	Kehilangan teman/ kenalan																			
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																			
5																				

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA	NAMA PESERTA														
1	Giat beribadah															
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian															
3	Suka menolong															
4	Suka menasehati															
5	Siap menerima datangnya kematian															

2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA										
1	Penurunan harga diri (malu)										
2	Tidak berdaya										
3	Putus asa										
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)										
5	Malas										
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan										
7	Berat badan menurun										
8	Menurunnya keinginan										
9	Tidak bersemangat										
10	Kehilangan rasa percaya diri										
11	Perasaan tidak berguna										
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan										
13	Tidak memiliki tujuan hidup										
14	Tidak puas dengan kehidupan										
15	Merasa bosan										
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan										
17	Perasaan terhadap diri yang negatif										
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele										
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain										
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri										
21	Tidak ada harapan dalam hidup,										
22	Selalu dihantui perasaan bersalah										
23	Tidak mau mencoba hal baru										
24											

25																						

3. Masalah Yang Dialami Caregiver Dalam Merawat Lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																				
	MASALAH YANG DIALAMI CAREGIVER DALAM MERAWAT LANSIA																					

Evaluasi tugas 2 : (sesi 2 pertemuan pertama)

- Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusan pada lansia yang masih belum disampaikan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA											
	TANDA DAN GEJALA												
Depresi													
	Barat badan menurun												
	Gangguan tidur												
	Kurang energi/tenaga												
	Kurang konsentrasi												
	Kehilangan semangat												
	Sedih												
	Lesu, lemah												
	Tidak berdaya												
	Cemas												
	Pikiran kosong												
	Perasaan negatif tentang diri												
	Cenderung bunuh diri												
	Mudah putus asa												
	Kurang nafsu makan												
	Mudah tersinggung												

	Mudah marah																		
	Curiga pada orang lain																		
Harga Diri Rendah																			
	Merasa tidak mampu																		
	Menolak kemampuan diri																		
	Minder/malu																		
	Perasaan negatif tentang tubuh																		
	Penurunan produktifitas																		
	Mengkritik diri sendiri																		
Keputusan																			
	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki																		
	Perasaan kosong																		
	Pasif																		
	Menghindari pembicaraan																		
	Kehilangan inisiatif																		
	Penurunan kegiatan																		

- **Kemampuan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Cara merawat lansia yang mengalami depresi										
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi										
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah										
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusan										

Evaluasi Tugas 3 (sesi 2 pertemuan kedua)

- **Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala ketidakberdayaan dan Isolasi Sosial pada lansia yang masih belum disampaikan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	TANDA DAN GEJALA										
Ketidakberdayaan											
1	Merasa lelah										
2	Tidak memiliki kemauan untuk melakukan kegiatan sehari-hari (ADL)										
3	Tidak mampu membuat keputusan										
4	Frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya										
5	Penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain										
6	Enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.										
Isolasi Sosial											
1	Penurunan aktivitas										
2	Kurang inisiatif										
3	Mengungkapkan perasaan kesendirian										
4	Mengungkapkan penolakan untuk berinteraksi dengan orang lain										
5	Keinginan untuk menyendiri										
6	Tidak mau diajak berkomunikasi										
7	Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima orang lain										
8	Mudah tersinggung										
9	Mudah marah										
10	Curiga pada orang lain										

- **Kemampuan Cara Merawat Lansia Depresi Dengan Ketidakberdayaan Dan Isolasi Sosial**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Kemampuan <i>caregiver</i> Merawat lansia										
1	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
2	Mendemonstrasikan cara merawat lansia										

yang mengalami isolasi sosial																			
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Evaluasi Tugas 4 (sesi 3 pertemuan pertama)

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	Tehnik yang diajarkan untuk mengatasi stres dalam merawat lansia																			
Tehnik nafas dalam																				
1	Menyebutkan kondisi stress yang dialami dalam merawat lansia																			
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam tehnik nafas dalam																			
3	Mendemonstrasikan tehnik nafas dalam kegiatan sehari – hari																			
Hipnotis 5 (lima) jari																				
1	Menyebutkan kondisi stres yang dialami dalam merawat lansia																			
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam hipnotis 5 (lima) jari																			
3	Mendemonstrasikan tehnik hipnotis 5 (lima) jari di kegiatan sehari – hari																			

Evaluasi Proses Sesi 3 Pertemuan Kedua

Kemampuan Saat Melaksanakan Kegiatan Sesi 3(Pertemuan pertama) Dalam Kelompok

No	Aspek yang dinilai	NAMA PESERTA									
1	Menyampaikan kondisi psikologis yang dialami <i>caregiver</i>										
2	Menyebutkan tentang cara mengatasi stres dengan menggunakan tehnik relaksasi progresif										
3	Memperagakan cara relaksasi progresif										
4	Menyebutkan tentang cara mengatasi stres dengan penghentian pikiran										
5	Memperagakan tentang cara mengatasi stres dengan penghentian pikiran										
6	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan										

TUGAS 5 (sesi 3 pertemuan kedua)

Caregiver diharapkan untuk berlatih menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Demonstrasi cara relaksasi progresif
2. Demonstrasi cara menghentikan pikiran

EVALUASI SESI 4 :

Hari / tanggal :

Kelompok :

Petunjuk :

1. Beri tanda checklist (v) pada kolom yang tersedia jika *caregiver* melakukannya.
2. Bila tidak ada dalam daftar checklist, tuliskan tambahan tersebut pada kolom yang tersedia

Evaluasi tugas 1 :

Evaluasi Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

a. Perubahan Fisik/ Tubuh

N O	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	PERUBAHAN FISIK/ TUBUH YANG DIALAMI LANSIA										
1	Menurunnya fungsi panca indera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perasa)										
2	Lemah, cepat terasa lelah/ capek										
3	Mudah lupa										
4	Mudah lelah/ capek,										
5	Mudah terserang penyakit										
6	Rambut beruban dan menipis (rontok)										
7	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kulit										
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)										
9	Badan mulai kurus atau gemuk										
10	Mudah terserang penyakit										
11	Mengompol atau susah buang air besar										
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur										
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											

22													
23													
24													
25													

b. Perubahan psikologis/kejiwaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA															
	PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN YANG DIALAMI LANSIA																
Perubahan kemampuan berpikir																	
1	Daya ingat (pelupa)																
2	Belajar																
3	Mengambil keputusan																
4	Menyelesaikan masalah																
5	Daya kreatifitas																
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
Perubahan emosi/perasaan																	
1	Marah																
2	Tersinggung																
3	Curiga																
4	Sedih																
5	Cemas																
6	Takut																
7	Gelisah																

Perubahan Perilaku

1	Seperti anak – anak lagi																		
2	Ingin diperhatikan																		
3	Ingin diakui/ dianggap																		

c. Perubahan Sosial/ pergaulan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	PERUBAHAN SOSIAL/ PERGAULAN YANG DIALAMI LANSIA																			
1	Kehilangan pekerjaan																			
2	Pendapatan berkurang																			
3	Kehilangan teman/ kenalan																			
4	Lebih memilih bergaul dengan seusianya																			
5																				

d. Perubahan Spiritual/ Keagamaan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																			
	PERUBAHAN SPIRITUAL/ KEAGAMAAN YANG DIALAMI LANSIA																				
1	Giat beribadah																				
2	Mengikuti kegiatan keagamaan/ pengajian																				
3	Suka menolong																				
4	Suka menasehati																				
5	Siap menerima datangnya kematian																				

2. Masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI LANSIA										
1	Penurunan harga diri (malu)										
2	Tidak berdaya										
3	Putus asa										
4	Menarik diri (tidak mau bergaul)										
5	Malas										
6	Menurunnya nafsu makan atau tidak mau makan										
7	Berat badan menurun										
8	Menurunnya keinginan										
9	Tidak bersemangat										
10	Kehilangan rasa percaya diri										
11	Perasaan tidak berguna										
12	Perasaan sedih yang berkepanjangan										
13	Tidak memiliki tujuan hidup										
14	Tidak puas dengan kehidupan										
15	Merasa bosan										
16	Dihantui rasa ketakutan yang berlebihan										
17	Perasaan terhadap diri yang negatif										
18	Sering kesal terhadap hal – hal yang sepele										
19	Menolak bergaul/ berbicara dengan orang lain										
20	Tidak peduli dengan kebersihan diri										
21	Tidak ada harapan dalam hidup,										
22	Selalu dihantui perasaan bersalah										
23	Tidak mau mencoba hal baru										
24											
25											

3. Masalah Yang Dialami *Caregiver* Dalam Merawat Lansia

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																			
	MASALAH YANG DIALAMI <i>CAREGIVER</i> DALAM MERAWAT LANSIA																				

Evaluasi tugas 2 : (sesi 2 pertemuan pertama)

- Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusan pada lansia yang masih belum disampaikan

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																		
	TANDA DAN GEJALA																			
	Depresi																			
	Barat badan menurun																			
	Gangguan tidur																			
	Kurang energi/tenaga																			
	Kurang konsentrasi																			
	Kehilangan semangat																			
	Sedih																			
	Lesu, lemah																			
	Tidak berdaya																			
	Cemas																			
	Pikiran kosong																			
	Perasaan negatif tentang diri																			
	Cenderung bunuh diri																			
	Mudah putus asa																			
	Kurang nafsu makan																			
	Mudah tersinggung																			
	Mudah marah																			

	Curiga pada orang lain																		
Harga Diri Rendah																			
	Merasa tidak mampu																		
	Menolak kemampuan diri																		
	Minder/malu																		
	Perasaan negatif tentang tubuh																		
	Penurunan produktifitas																		
	Mengkritik diri sendiri																		
Keputusan																			
	Tidak mampu memanfaatkan tenaga yang dimiliki																		
	Perasaan kosong																		
	Pasif																		
	Menghindari pembicaraan																		
	Kehilangan inisiatif																		
	Penurunan kegiatan																		

- **Kemampuan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA																	
	Cara merawat lansia yang mengalami depresi																		
1	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami depresi																		
2	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami harga diri rendah																		
3	Mendemonstrasikan cara berkomunikasi pada lansia yang mengalami keputusan																		

Evaluasi Tugas 3 (sesi 2 pertemuan kedua)

- **Kemampuan menyebutkan tanda dan gejala ketidakberdayaan dan Isolasi Sosial pada lansia yang masih belum disampaikan**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	TANDA DAN GEJALA										
Ketidakberdayaan											
1	Merasa lelah										
2	Tidak memiliki kemauan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari (ADL)										
3	Tidak mampu membuat keputusan										
4	frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya										
5	penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain										
6	Enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.										
Isolasi Sosial											
1	Penuruan aktivitas										
2	Kurang inisiatif										
3	Mengungkapkan perasaan kesendirian										
4	Mengungkapkan penolakan untuk berinteraksi dengan orang lain										
5	keinginan untuk menyendiri										
6	Tidak mau diajak berkomunikasi										
7	Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima orang lain										
8	Mudah tersinggung										
9	Mudah marah										
10	Curiga pada orang lain										

- **Kemampuan Cara Merawat Lansia Depresi Dengan Ketidakberdayaan Dan Isolasi Sosial**

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Kemampuan <i>caregiver</i> Merawat lansia										
1	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan										
2	Mendemonstrasikan cara merawat lansia yang mengalami isolasi sosial										

Evaluasi Tugas 4 (sesi 3 pertemuan pertama)

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
		Tehnik yang diajarkan untuk mengatasi stres dalam merawat lansia									
Tehnik nafas dalam											
1	Menyebutkan kondisi stress yang dialami dalam merawat lansia										
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam tehnik nafas dalam										
3	Mendemonstrasikan tehnik nafas dalam kegiatan sehari – hari										
Hipnotis 5 (lima) jari											
1	Menyebutkan kondisi stres yang dialami dalam merawat lansia										
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam hipnotis 5 (lima) jari										
3	Mendemonstrasikan tehnik hipnotis 5 (lima) jari di kegiatan sehari – hari										

Evaluasi Tugas 5 (sesi 3 pertemuan kedua)

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
		Tehnik yang diajarkan untuk mengatasi stres dalam merawat lansia									
Tehnik relaksasi progresif											
1	Menyebutkan kondisi stress yang dialami dalam merawat lansia										
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam tehnik relaksasi progresif										
3	Mendemonstrasikan relaksasi progresif dalam kegiatan sehari – hari										
Tehnik penghentian pikiran											
1	Menyebutkan kondisi stress yang dialami dalam merawat lansia										
2	Menyebutkan langkah – langkah yang dilakukan dalam penghentian pikiran										
3	Mendemonstrasikan penghentian pikiran dalam kegiatan sehari – hari										

Evaluasi Proses Sesi 4:

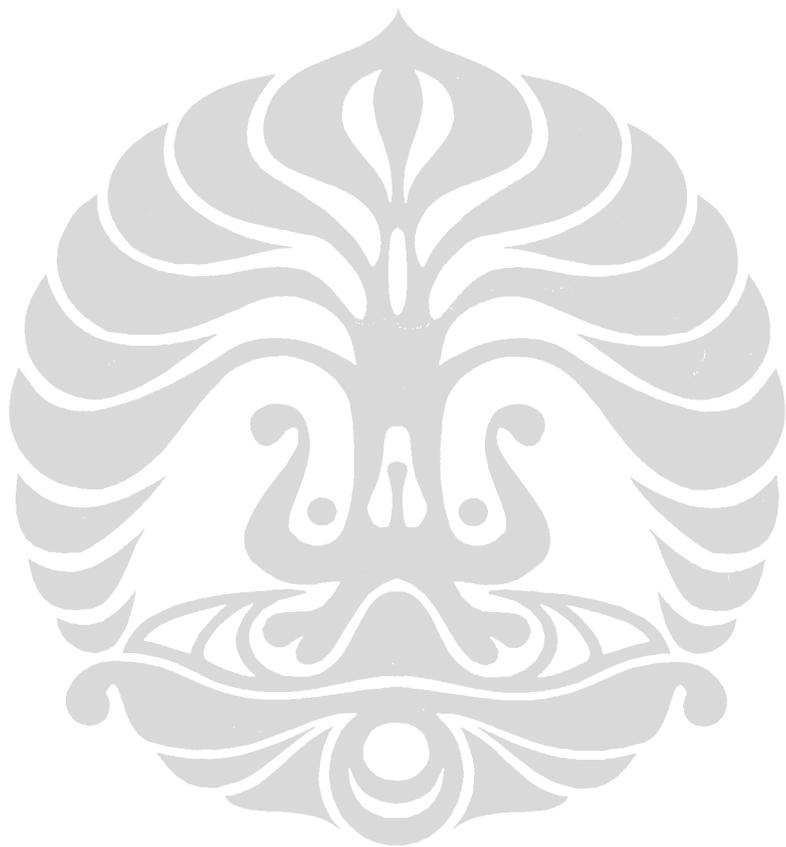
Kemampuan saat melaksanakan kegiatan sesi 4 (empat) dalam kelompok

NO	ASPEK YANG DI NILAI	NAMA PESERTA									
	Pemberdayaan keluarga dan komunitas										
1	Menyampaikan pengalaman memberdayakan keluarga										
2	Menyampaikan pengalaman tentang kesulitan dalam mencari pelayanan kesehatan										
3	Mengetahui tentang cara pemberian dukungan melalui kelompok										

TUGAS 6:

Caregiver diharapkan untuk menuliskan kembali dalam buku kerja tentang :

1. Pengalaman pemberdayaan anggota keluarga dalam merawat lansia
2. Pengalaman tentang kesulitan dalam berhubungan dengan tenaga kesehatan
3. Memotivasi *Caregiver* untuk rencana pembentukan kelompok suportif



PENDAHULUAN

1 Latar Belakang

Penurunan tingkat fertilitas disertai dengan penurunan tingkat mortalitas telah mengubah struktur penduduk di banyak negara dari penduduk berstruktur muda menjadi penduduk berstruktur tua. Di Indonesia, kemajuan di berbagai bidang kehidupan termasuk bidang kesehatan berdampak pada peningkatan usia harapan hidup. Peningkatan usia harapan hidup merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia. Peningkatan usia harapan hidup pada tahun 1990 mencapai 59,8 tahun, tahun 2000 mencapai 64,5 tahun, diperkirakan tahun 2010 usia harapan hidup 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diharapkan usia harapan hidup mencapai 71,1 tahun (Menkokesra, 2010). Hal ini berarti penduduk berusia lanjut (lansia) akan semakin bertambah dan karena menurunnya kemampuan maupun produktifitas mereka maka akan timbul masalah ketergantungan lansia pada orang lain.

Usia harapan hidup yang meningkat berdampak pada jumlah lansia yang semakin bertambah setiap tahunnya. Indonesia memasuki era berstruktur lansia (*ageing structured*) karena jumlah penduduk lansia Indonesia sudah mencapai lebih dari 7 % dari total penduduk. Indonesia merupakan negara keempat dengan jumlah lansia yang meningkat setelah China, India, Amerika Serikat. WHO (2002) menyatakan bahwa jumlah lansia di dunia sebanyak 600 juta (11 %) pada tahun 2000, dengan adanya perbaikan di berbagai bidang kehidupan maka estimasi jumlah lansia pada tahun 2025 diperkirakan menjadi 1,2 milyar (22 %) dan jumlah lansia akan terus bertambah sehingga pada tahun 2050 diperkirakan sekitar 2 milyar lansia ada di dunia ini. Badan Pusat Statistik (2007), mendata jumlah lansia Indonesia sekitar 18.957.189 jiwa (8,42%). Dengan bertambahnya usia harapan hidup maka jumlah lansia juga akan bertambah, pada tahun 2010 jumlahnya menjadi sekitar 23.992.552 (9,77 %),

prediksi jumlah lansia Indonesia sebesar 28.822.879 (11.34 %) akan terjadi pada tahun 2020. Meningkatnya usia harapan hidup lansia akan menambah banyaknya generasi dalam suatu rumah tangga, kondisi ini dapat menimbulkan masalah psikososial khususnya bagaimana mereka dapat merawat lansia dengan baik. Keadaan ini merupakan tantangan bagi petugas kesehatan khususnya pemberi pelayanan keperawatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia.

Hurlock (2004) menyatakan bahwa lansia merupakan tahap perkembangan akhir dari seorang individu yang dibagi menjadi usia lanjut dini yaitu berkisar antara usia 60 – 70 tahun, dan lansia yang dimulai pada usia 70 tahun hingga akhir kehidupan seseorang. Batasan lansia yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO, 2010) adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Dalam Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia (BPKP, 1998) yang termasuk lansia adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih.

Stanley (2007), masyarakat menggolongkan individu berdasarkan karakteristik sosial yang penting termasuk penggolongan menurut umur. Selanjutnya Stanley mengatakan bahwa kronologis waktu yang spesifik pada saat seseorang masuk pada kategori tersebut sangat bervariasi karena budaya yang berbeda yaitu berkisar antara usia 45 sampai 75 tahun. Melihat kondisi lansia di Indonesia maka responden yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah individu yang telah berusia antara 60 sampai 80 tahun.

Perubahan pada lansia merupakan proses alami yang disertai dengan penurunan kondisi fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan seksual yang saling berinteraksi satu sama lain sesuai usia seseorang. Pada tiap individu proses perubahan ini dapat berbeda-beda, namun tiap individu tetap mengalami tahap proses perubahan yang sama. Pada lansia, kondisi ini cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan seperti penyakit / kelemahan fisik kronik yang muncul sebagai akibat dari perubahan proses menua maupun masalah

kesehatan jiwa secara khusus seperti demensia dan depresi. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia memerlukan suatu kesiapan yang baik karena pada sebagian orang, menjadi lansia merupakan masa yang tidak menyenangkan dan tidak semua orang dapat dengan mudah menerima perubahan tersebut. Perubahan yang terjadi meliputi aspek biologis, aspek psikologis, aspek sosial, aspek spiritual, dan aspek seksual (Ebersole, 2010; Harlock, 2004; Stanley, 2007).

Perubahan fisik dimulai dari perubahan tingkat sel hingga perubahan pada sistem organ. Pada tingkat sel terjadi penurunan kemampuan untuk replikasi (membelah) sehingga sel menjadi tetap, mengalami nekrosis dan apoptosis akibat fisik maupun kimiawi (Ham, 2007). Masalah yang muncul akibat perubahan fisik adalah timbulnya penyakit kronik seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan penyakit lainnya. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya depresi dengan diagnosa keperawatan ketidakberdayaan. Depresi secara umum ditandai oleh suasana perasaan murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya (Basuki, 2009). Lansia yang depresi akan mengalami perasaan cemas, iritabel, penurunan harga diri, tidak ada perasaan atau perasaan kosong dan perasaan negatif tentang diri sendiri (Miller, 2004). Ketidakberdayaan adalah ekspresi verbal yang menyatakan kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu (Gulanick & Myers, 2007). Sebagai pemberi layanan keperawatan, perubahan ini perlu mendapatkan perhatian khusus agar lansia dapat hidup damai berdampingan dengan penyakitnya.

Perubahan psikologis yang terjadi pada lansia adalah penurunan kemampuan sensasi, persepsi dan penampilan psikomotorik yang sangat penting bagi fungsi kehidupan individu sehari-hari (Atchley & Barusch, 2004). Berkaitan dengan hal tersebut, lansia akan mengalami perubahan mental dan perilaku yang melibatkan kepribadian lansia. Penurunan mental pada tiap individu sangat berbeda-beda, tidak ada pola khusus yang berlaku untuk penurunan mental

lansia yang berdampak pada perubahan perilaku. Masalah yang muncul akibat perubahan ini adalah gangguan kognitif (demensia, alzheimer) dan depresi. Diagnosa keperawatan yang muncul berkaitan dengan depresi adalah keputusan. Keputusan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya (NANDA, 2007). Sebagai tenaga pemberi pelayanan kesehatan, perawat kesehatan jiwa dituntut perannya untuk dapat mencegah terjadinya masalah psikologis pada lansia dengan cara memberikan pelayanan keperawatan jiwa yang tepat.

Perubahan sosial pada lansia adalah perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat seperti pensiun dari pekerjaan dan kehilangan jabatan/kedudukan, lansia juga mengalami dalam status keluarga ketika ia kehilangan pasangan hidup, serta kehilangan sistem dukungan dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole, 2010). Bagi lansia yang sebelumnya bekerja, memasuki masa pensiun seharusnya merupakan masa menikmati hari tua yang tenang dan sejahtera. Namun pada kenyataannya sering disalahartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan/jabatan, peran, kegiatan, status, dan harga diri. Adanya perubahan sosial tidak berarti lansia harus menarik diri dari lingkungan sosialnya. Status dan peran sosial melalui berbagai kegiatan tetap dapat dilakukan karena hal tersebut dapat menghasilkan iklim psikologis yang positif bagi lansia. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan akan membuat lansia tetap sehat jiwanya dan mencapai kepuasan hidup.

Masalah yang muncul adalah pensiun dan perubahan peran. Isolasi sosial dan harga diri rendah dapat ditegakkan menjadi diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan perubahan ini. Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesendirian dan merasa terbebani oleh orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA, 2007). Harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau berisiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan diri (Capernito, 2000).

Perilaku harga diri rendah pada lansia adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktifitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri (Stuart, 2006). Perawat sebagai pemberi layanan kesehatan perlu memperhatikan perubahan tersebut. Hal ini untuk mempertahankan harga diri lansia dan lansia tetap dapat melaksanakan aktivitas sosial sehingga lansia merasa berarti bagi keluarga dan lingkungannya.

Gerret (1987, dalam Stenley 2007) mengidentifikasi pengaruh pada kemampuan seseorang yang sedang berduka untuk melakukan koping sejalan dengan bertambahnya usia, pengalaman negatif terdahulu terhadap kehilangan, ketidakmampuan pengendalian diri, penurunan status kesehatan mental dan fisik, serta kurangnya keyakinan pada kekuatan yang lebih besar daripada dirinya sendiri, kondisi tersebut merupakan perubahan spiritual yang terjadi pada lansia. Untuk mengatasi keadaan tersebut, lansia memerlukan harapan yang berdasarkan pada keyakinan akan sesuatu yang mungkin terjadi, dukungan dari orang yang berarti, rasa sejahtera, kemampuan koping secara menyeluruh dan tujuan hidup (Stanley, 2007). Masalah yang muncul adalah perasaan berduka karena kehilangan orang-orang yang dicintainya dan kecenderungan untuk bunuh diri. Perawat sebagai pemberi layanan keperawatan hendaknya dapat memberikan perawatan yang tepat sesuai dengan masalah yang terjadi pada lansia.

Perubahan seksual juga dialami oleh lansia. Rubin (1973, dalam Hurlock, 2004) hubungan seksual seseorang tidak mungkin berhenti secara otomatis pada usia berapapun. Penyesuaian yang harus dilakukan adalah membangun hubungan yang baik dengan pasangan, jika hubungan ini berlangsung baik akan mendatangkan kebahagiaan pada lansia. Sebaliknya, bila hubungan tidak baik maka akan terjadi kekakuan dan hubungan menjadi dingin hal ini dapat

menyebabkan terjadinya perkecokan. Penelitian mengenai perilaku seksual pada lansia menunjukkan bahwa lansia tetap melakukan hubungan seksual walaupun frekuensinya tidak sebanyak pada masa muda. Secara alamiah, dalam keadaan sehat maka kegiatan seksual lansia akan mengalami penurunan secara bertahap. Kebutuhan ini tidak mengarah pada frekuensi aktifitas seksual tetapi lebih kepada terjalinnya hubungan yang baik dengan pasangan. Masalah yang muncul adalah terjadinya menopause pada wanita dan andropause pada pria. Pemberi layanan kesehatan perlu memperhatikan kebutuhan tersebut terutama dalam kaitannya dengan kesehatan jiwa lansia untuk menghindari kesalahpahaman dan perkecokan yang mungkin terjadi.

Individu yang telah siap memasuki masa lansia akan menyelaraskan tuntutan dirinya dengan tuntutan dari lingkungan disertai dengan pengembangan psikologis yang tepat dalam memenuhi kebutuhannya tanpa menimbulkan masalah baru. Namun bila sebaliknya, maka lansia akan mengalami kesulitan dalam menghadapi tekanan atau konflik akibat perubahan tersebut yang dapat menimbulkan perasaan negatif bagi lansia. Proses perubahan pada lansia akan mempengaruhi kualitas hidup lansia, pada perubahan ini diharapkan lansia dapat tetap mempertahankan kualitas hidupnya serta memandang dirinya secara positif. Faktor-faktor yang turut berperan dalam proses perubahan lansia adalah faktor individual, dan faktor interpersonal (Videbeck, 2008). Berdasarkan masalah-masalah yang muncul akibat perubahan proses menua maka dalam penelitian ini akan dibahas mengenai kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia.

Berkaitan dengan kualitas hidup lansia, Nita (2010) mengutip pernyataan Suryo Dharmono dalam diskusi mengenai depresi dan kualitas hidup pada lansia menyatakan bahwa kualitas hidup lansia harus tetap terjaga agar lansia dapat tetap aktif, sehat, dan mandiri. Lansia yang mengalami depresi maka kualitas hidupnya akan mengalami penurunan dengan tanda dan gejala tingkat

partisipasi rendah, kehilangan minat untuk beraktivitas, mengalami gangguan tidur, penurunan selera makan, ansietas, perubahan sikap dan perilaku.

Untuk mengatasi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial diperlukan terapi psikofarmaka dan psikoterapi yang tepat. Antidepressan dapat diberikan sebagai terapi medik dan psikoterapi untuk keperawatan jiwanya. Psikoterapi dapat diberikan baik secara individu, kelompok maupun keluarga. Terapi ini tidak hanya melibatkan lansia sebagai klien tetapi melibatkan pula keluarga yang turut berperan dalam merawat lansia terutama bila lansia tinggal bersama keluarga. Pada penelitian ini akan dilihat mengenai pengaruh pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia.

Mackin dan Arean (2005, dalam Wheeler, 2008) menyatakan bahwa intervensi utama untuk depresi dapat diberikan Terapi Kognitif dan Perilaku atau *Cognitif Behavior Therapy, Reminiscence Therapy, Interpersonal Psychotherapy*. Dari terapi-terapi yang disebutkan di atas, pada penelitian ini akan digunakan terapi *Reminiscence* sebagai upaya penanggulangan depresi pada lansia.

Terapi *Reminiscence* atau terapi kenangan merupakan tindakan atau proses mengingat masa lalu yang indah atau menyenangkan. Menurut Fontaine dan Fletcher (2003), terapi ini bertujuan untuk meningkatkan harga diri, membantu individu mencapai kesadaran diri, memahami diri, beradaptasi terhadap stres, dan melihat dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Penelitian tentang terapi *Reminiscence* telah dilakukan di dalam maupun di luar negeri.

Bohlmeijer (2003) telah melakukan penelitian yang berkaitan dengan pemberian terapi *Reminiscence* pada lansia dengan depresi, hasil penelitian menunjukkan signifikansi pemberian terapi *Reminiscence* pada lansia depresi ketimbang lansia yang tidak mengalami depresi. Jones (2003) telah melakukan

penelitian mengenai efektifitas terapi *Reminiscence* ini pada lansia wanita yang mengalami depresi yang tinggal di tempat khusus (panti) di Florida. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* merupakan suatu tindakan yang efektif untuk menurunkan depresi pada lansia wanita.

Di Indonesia, penelitian yang sama telah dilakukan Syarniah (2010) mengenai Pengaruh terapi kelompok *Reminiscence* terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha, menyimpulkan bahwa kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, dan isolasi sosial pada lansia yang mendapat terapi *Reminiscence* terdapat penurunan kondisi depresi yang bermakna sebesar 6,37 point (42,5%) dari kondisi depresi sebelumnya sebesar 8,45 point (56,3%) dan setelah diberi intervensi turun menjadi 2,08 point (13,8%).

Penelitian yang dilakukan Syarniah baru dilaksanakan di panti dan terapi hanya diberikan pada lansia tanpa melibatkan keluarganya. Oleh karena itu, terbuka peluang bagi peneliti untuk melakukan penelitian tentang pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga untuk menurunkan depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarganya di komunitas (masyarakat). Penelitian ini menjadi penting karena individu dengan kondisi depresi apabila tidak tertangani dengan benar dapat menyebabkan keputusan dan memiliki kecenderungan untuk bunuh diri.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Syarniah bertujuan untuk menurunkan depresi dikaitkan dengan integritas diri lansia, penelitian ini menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale* (GDS) versi WHO yang berjumlah 15 pertanyaan ditambah dengan 6 pertanyaan. Kegiatan terapi terdiri dari 5 sesi yaitu berbagi pengalaman masa anak, masa remaja, masa dewasa, pengalaman tentang keluarga dan kegiatan di rumah, serta evaluasi tentang integritas diri.

Berbeda dengan penelitian Syarniah, penelitian ini bertujuan untuk menurunkan depresi dikaitkan dengan kualitas hidup lansia. Peneliti menggunakan GDS versi Indonesia yang berisi 30 pertanyaan termasuk didalamnya 15 pertanyaan GDS versi WHO. Kegiatan terapi terdiri dari 6 sesi yaitu perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang dialami akibat perubahan tersebut, berbagi pengalaman yang menyenangkan pada usia anak, usia remaja, usia dewasa, pengalaman masa lansia saat ini dan evaluasi.

Semiun (2006) mengatakan untuk terapi keluarga ada beberapa terapi yang dapat digunakan seperti *Conjoint family therapy* yang dikembangkan oleh Virginia Satir, *Structural family therapy* yang dikembangkan oleh Munichin. Terapi keluarga lainnya yaitu *Triangle therapy* dan Psikoedukasi Keluarga. Pada penelitian ini terapi yang akan digunakan adalah Psikoedukasi Keluarga. Terapi ini diperlukan oleh keluarga dalam merawat lansia dimana sering kali perubahan pada lansia tidak dipahami oleh keluarga. Perawat sebagai pemberi layanan kesehatan perlu memberikan Psikoedukasi Keluarga untuk mempersiapkan keluarga dalam merawat lansia.

Psikoedukasi Keluarga diberikan kepada keluarga selaku *caregiver* yang merawat lansia dengan segala permasalahannya. Oleh karena itu, intervensi terapi keluarga akan melibatkan seluruh anggota keluarga dengan memperhatikan fungsi dan peran keluarga. Terapi ini bertujuan membantu keluarga yang mengalami kesulitan untuk mengatasi konflik dan masalah keluarga dengan cara mereduksi stres yang ditimbulkan oleh konflik-konflik dalam keluarga. Semiun (2006) menyatakan bahwa komunikasi yang salah sering menjadi penyebab timbulnya masalah keluarga. Dalam terapi ini, anggota keluarga akan dibantu untuk mengurangi pertentangan secara konstruktif dengan cara tidak menyakitkan anggota keluarga lainnya.

Penelitian terkait Psikoedukasi Keluarga telah dilakukan oleh Wiyati (2009) tentang Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam

merawat klien isolasi sosial pada klien dengan gangguan jiwa, hasil riset menunjukkan adanya peningkatan kemampuan keluarga setelah diberikan Psikoedukasi Keluarga. Sari (2009) telah meneliti tentang Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga pada klien gangguan jiwa dengan pemasungan, dengan hasil peningkatan kemampuan keluarga secara bermakna dan penurunan beban keluarga setelah mendapat Psikoedukasi Keluarga.

Kedua penelitian di atas baru dilakukan pada keluarga klien dengan gangguan jiwa. Hal ini memberi kesempatan pada peneliti untuk melakukan penelitian pada keluarga klien dengan masalah psikososial yaitu pada lansia yang mengalami depresi. Peneliti berharap melalui pemberian Psikoedukasi Keluarga maka kemampuan kognitif keluarga meningkat sehingga keluarga dapat merawat lansia dengan depresi dan memberikan dukungan pada lansia untuk mengatasi kondisi depresi yang dialaminya.

Berdasarkan penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, maka dalam penelitian ini peneliti akan memberikan terapi spesialis jiwa terapi *Reminiscence* kepada lansia dan Psikoedukasi Keluarga untuk keluarganya. Penelitian akan dilakukan di masyarakat dalam hal ini di wilayah Kelurahan Katulampa Bogor. Pemilihan wilayah ini sebagai upaya tindak lanjut program keperawatan jiwa atas kerjasama Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Puskesmas Bogor Timur yang telah membentuk Desa Siaga Sehat Jiwa dengan kader-kader kesehatan jiwanya.

Berdasarkan Profil Penduduk 2009, jumlah penduduk di Jawa Barat sebanyak 41.902.385 jiwa dengan rincian usia di bawah 14 tahun sebanyak 8.905.350 jiwa (21,36%), usia 15 – 60 tahun sebanyak 29.620.796 jiwa (70,69%), dan usia di atas 60 tahun sebanyak 3.331.239 jiwa (7,95%). Menurut Hasil Riskesdas 2007, penduduk Jawa Barat yang mengalami gangguan mental

emosional sebanyak 20%, bila dikaitkan dengan jumlah penduduk di atas 60 tahun maka diperoleh hasil untuk wilayah Jawa Barat sebanyak 666.248 jiwa lansia mengalami gangguan mental emosional. Bila dihitung untuk jumlah lansia di Katulampa yang berjumlah 1772 lansia, maka estimasi lansia yang mengalami gangguan mental emosional sekitar 344 jiwa.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, penduduk di Kelurahan Katulampa berjumlah 25.461 jiwa dengan populasi lansia berjumlah 1722 jiwa (0,60 %) dari jumlah penduduk. Kelurahan Katulampa memiliki 13 RW. Pemilihan RW yang akan digunakan sebagai tempat penelitian adalah RW yang sudah melaksanakan kegiatan Posbindu atau RW yang memiliki jumlah lansia terbanyak dengan masalah depresi. Oleh karena penelitian mengenai lansia dilakukan bersama dengan rekan peneliti lainnya sekalipun dengan terapi yang berbeda maka dalam penelitian ini, peneliti memilih RW yang akan diteliti adalah RW 01 untuk kelompok kontrol sedangkan RW 02, dan RW 09 sebagai kelompok intervensi.

Layanan kesehatan lansia melalui Posbindu dilaksanakan satu bulan sekali oleh petugas puskesmas bersama kader kesehatan dan partisipasi masyarakat melalui kegiatan Puskesmas Santun Lanjut Usia yang melakukan pelayanan kepada lanjut usia dengan mengutamakan aspek promotif dan preventif disamping aspek kuratif dan rehabilitatif. Layanan ini lebih diarahkan kepada pelayanan masalah fisik, dan belum menyentuh masalah psikososial yang dialami lansia.

Pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga belum dimasukkan ke dalam program pelayanan keperawatan jiwa lansia. Oleh karena itu, peneliti berminat melakukan penelitian yang terkait dengan pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap lansia dengan depresi. Alasan yang mendasari pemilihan terapi ini adalah peneliti ingin menanggulangi masalah depresi pada lansia dalam rangka penyelesaian diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial serta

meningkatkan kualitas hidup lansia melalui dukungan sosial dalam hal ini kelompok sebaya dan dukungan keluarga. Melalui penelitian ini diharapkan masalah depresi pada lansia dapat tertanggulangi, kualitas hidup lansia dapat meningkat dan keluarga siap merawat lansia dengan segala permasalahannya.

2 Rumusan Masalah

Depresi merupakan masalah utama yang ditemukan pada lansia. Depresi pada lansia ini terjadi karena adanya perubahan fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan seksual yang berkaitan dengan proses menua. Depresi pada lansia akan memunculkan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial, kondisi depresi akan menyebabkan penurunan kualitas hidup lansia. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Kelurahan Katulampa Bogor, diketahui jumlah lansia sebanyak 1722 jiwa (data statistik Kelurahan Katulampa, 2010), jumlah RW ada 13 RW, bersama dengan rekan peneliti lain penelitian ini menggunakan lima RW yang diperkirakan terdapat banyak lansia mengalami gangguan mental emosional. Berdasarkan data Profil penduduk 2009 setelah dihitung maka diperoleh estimasi jumlah lansia di Kelurahan Katulampa Bogor yang mengalami gangguan mental emosional sebesar 344 jiwa.

Berdasarkan fenomena ini, maka peneliti merumuskan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut :

- 1 Pelayanan kesehatan di Posbindu Kelurahan Katulampa Bogor masih berfokus pada pelayanan fisik, belum ada pelayanan yang menangani masalah psikososial untuk mengatasi masalah depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial yang dialami lansia.
- 2 Pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas Kelurahan Katulampa Bogor telah ada namun belum terkait dengan pelayanan keperawatan jiwa karena pelayanan lebih kepada pemberian terapi medik.

- 3 Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga belum pernah diberikan pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor, sehingga belum diketahui bagaimana pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap lansia yang mengalami depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama dengan keluarganya

Mengacu pada rumusan masalah penelitian tersebut, maka peneliti ingin mengembangkan terapi keperawatan jiwa yaitu terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga di komunitas. Adapun pertanyaan penelitian yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah :

1. Adakah pengaruh pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor?
2. Apakah ada perbedaan antara lansia yang diberi terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dibandingkan dengan lansia yang hanya diberikan terapi Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor?
3. Apakah ada faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada lansia dengan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor?

1 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap kondisi depresi dan kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor

2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Diketuainya karakteristik lansia (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, penyakit yang dialami, depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup) di Kelurahan Katulampa Bogor
- b. Diketuainya pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
- c. Diketuainya pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
- d. Diketuainya karakteristik lansia yang berpengaruh terhadap penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.

1. 4. Manfaat Penelitian

1 Manfaat Aplikatif

Secara aplikatif hasil penelitian ini dapat :

- a. Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menerapkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebagai suatu bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan oleh seorang spesialis keperawatan jiwa.
- b. Meningkatkan kemampuan lansia dalam mencegah maupun menurunkan depresi, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan meningkatkan harga diri lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa pada klien lansia di masyarakat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya.
- d. Memberikan rujukan bagi lansia yang mengalami depresi untuk diberikan perawatan lanjutan oleh perawat spesialis keperawatan

jiwa dengan cara melibatkan perawat spesialis keperawatan jiwa dalam program pengembangan CMHN di wilayah Puskesmas Bogor Timur maupun sebagai konsulen perawatan kesehatan jiwa.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Manfaat keilmuan dari hasil penelitian ini adalah :

- a. Adanya metode terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa khususnya pada kelompok lansia yang mempunyai risiko atau telah mengalami depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial.
- b. Penelitian ini sebagai *evidence based* dalam mengembangkan Psikoterapi yang lain seperti *behavioral therapy*, terapi Supportif dan terapi kelompok swabantu (*Self Help Group*).

3 Manfaat Metodologi

- a. Secara metodologi penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk mengaplikasikan teori dan metode yang terbaik dalam mencegah maupun mengatasi kondisi depresi pada lansia dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial serta cara meningkatkan kualitas hidup lansia.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk penanganan kondisi depresi pada lansia dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial yang dialami lansia serta peningkatan kualitas hidup lansia dengan menggunakan desain penelitian yang lain.
- c. Penelitian ini dapat menjadi suatu metode yang efektif dalam penatalaksanaan pasien depresi dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan efektif pula untuk peningkatan kualitas hidup pasien depresi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang konsep, teori dan hasil penelitian yang mendukung serta berkaitan dengan area penelitian sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian. Konsep dan teori yang disajikan meliputi lansia, depresi pada lansia beserta diagnosa keperawatannya, kualitas hidup, terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga.

2.1 Lanjut Usia

Profil Penduduk Lanjut Usia (2009), usia harapan hidup adalah perkiraan rata-rata lama hidup yang dicapai oleh sekelompok penduduk, mulai lahir sampai meninggal. Peningkatan usia harapan hidup di Indonesia merupakan hasil dari kemajuan di berbagai bidang kehidupan termasuk bidang kesehatan. Peningkatan usia harapan hidup merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia. Diperkirakan tahun 2010 usia harapan hidup 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diharapkan usia harapan hidup mencapai 71,1 tahun (Menkokesra, 2010). Bertambahnya usia harapan hidup menyebabkan jumlah lansia semakin bertambah. Hal ini menjadi pemikiran bagi pemerintah dan tenaga kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan terbaik bagi para lansia dengan segala permasalahannya.

Hurlock (2004) mengatakan bahwa lansia adalah tahap perkembangan akhir dari seorang individu yang dibagi menjadi lansia dini yaitu berkisar antara usia 60 – 70 tahun, dan lansia yang dimulai pada usia 70 tahun hingga akhir kehidupan seseorang. Batasan lansia yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO, 2010) adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Dalam Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia (BPKP, 1998) yang termasuk lansia adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Stanley (2006) mengatakan bahwa kronologis waktu yang spesifik pada saat

seseorang masuk pada kategori tersebut sangat bervariasi karena budaya yang berbeda yaitu berkisar antara usia 45 sampai 75 tahun. Berdasarkan pengertian di atas, yang dimaksud dengan lansia adalah seseorang yang berusia antara 60 sampai dengan 80 tahun.

Lansia adalah periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang dan merupakan tahap perkembangan psikososial yang terakhir (ke delapan) menurut Erikson. Perkembangan psikososial lansia adalah tercapainya integritas diri yang utuh (Keliat, dkk., 2011).

Pada usia ini lansia dikatakan berada pada tahap integritas diri *versus* keputusasaan (*integrity versus despair*) dengan nilai moral kebijaksanaan dan mempunyai tugas perkembangan menerima tanggung jawab diri dan kehidupan. Selanjutnya Erikson mengatakan bahwa pertumbuhan psikososial terjadi dalam fase yang berurutan dan setiap tahap perkembangan bergantung pada penyelesaian tahap sebelumnya (Videbeck, 2008). Erikson mengatakan bahwa perasaan puas dialami ketika integritas diri berhasil dicapai, kepuasan ini dimanifestasikan melalui konsep diri yang positif dan sikap positif terhadap kehidupan (Stanley & Beare, 2007). Menurut Harlock (2004), mengatakan bahwa tugas perkembangan pada masa tua harus dapat dikuasai pada saat yang tepat. Tugas-tugas tersebut meliputi penyesuaian diri terhadap penurunan kemampuan fisik dan kesehatan; penyesuaian diri dengan masa pensiun dan berkurangnya *income* (penghasilan) keluarga; penyesuaian diri dengan kematian pasangan hidup; membentuk hubungan dengan orang yang seusia; membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan; dan penyesuaian diri terhadap peran sosial secara luwes. Berkaitan dengan tugas perkembangan lansia, maka perawat diharapkan mengetahui tugas-tugas perkembangan usia sekolah, masa remaja dan masa dewasa yang harus dituntaskan sebelumnya serta tugas perkembangan masa lansia saat ini ditinjau dari aspek psikososial.

2.1.1 Tugas perkembangan masa usia sekolah

Tugas perkembangan pada masa ini adalah : kreatif, mampu menyelesaikan tugas sekolah/rumah, mampu menyelesaikan pekerjaan rumah sederhana, bicara lancar, mampu bercerita dan mengungkapkan dengan baik, mengerti mana yang benar dan salah, mampu berbagi dan peka dengan lingkungan, memiliki pengalaman masa lalu yang menyenangkan, mampu bersaing, memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari hal baru, bicara jujur dan tidak suka menyalahkan orang lain, belajar menahan diri, mengerti adat istiadat, mengerti nilai agama dan sosial, memiliki teman sebaya untuk bermain, dan diterima sebagai bagian keluarga dan kelompoknya (Hurlock, 2004). Pada masa ini anak mencoba memperoleh kompetensi yang dibutuhkan untuk berfungsi pada masa dewasa, mereka yang berespon secara positif akan merasakan adanya harga diri (Perry & Potter, 2009). Bila tugas perkembangan pada masa ini tidak dapat tercapai dengan baik dapat terjadi harga diri rendah dan isolasi sosial, hal tersebut akan terbawa pada tugas perkembangan pada masa selanjutnya.

2.1.2 Tugas perkembangan pada masa remaja

Tugas ini meliputi : mampu menyampaikan pendapatnya, membuat penilaian sendiri dalam menghadapi masalah di lingkungannya, mempertanyakan hal yang tidak sesuai dengan nilai yang dianutnya, merubah aturan yang ada dengan kehendak dirinya, tidak mudah putus asa, mampu mengatasi kecemasan, terbuka, berani, jujur, mandiri, menjadikan pengalaman masa lalu sebagai pelajaran dirinya, memiliki konsep diri yang positif, memiliki motivasi tinggi untuk mengembangkan dirinya, memiliki koping adaptif, mampu menahan diri terhadap dorongan yang kurang positif, berpartisipasi dalam kegiatan kemasyarakatan, menerima peran sosial sesuai dengan jenis kelaminnya (Hurlock, 2004). Tugas perkembangan pada masa ini harus tercapai

dengan baik untuk menghindari terjadinya kebingungan peran yang akan berdampak pada masa perkembangan selanjutnya.

2.1.3 Tugas perkembangan pada masa dewasa

Pada tahap ini tugas perkembangan adalah : memiliki kemampuan komunikasi yang lebih optimal dengan persepsi yang lebih kompleks, membedakan baik dan buruk berdasarkan hati nurani, memiliki kepribadian yang matang, memiliki pedoman hidup yang realistis, memiliki motivasi tinggi, memiliki coping adaptif, melakukan hal-hal yang positif, menyelesaikan pendidikan formal, memiliki pendapatan dan mandiri dalam ekonomi, memiliki tanggung jawab dalam pekerjaan, memisahkan diri dari autokritas keluarga, mempunyai religi dan nilai yang baik, menjalin hubungan dengan lawan jenis dan membentuk keluarga baru, membimbing dan menyiapkan generasi berikutnya, menerima perubahan fisik dan psikologis yang terjadi, merasa puas dengan hidupnya, memiliki inisiatif dan ide-ide yang bermanfaat, merasa nyaman dengan pasangan hidup (Hurlock, 2004). Bila hal ini dapat dicapai maka masa dewasa merupakan masa yang penuh dengan produktifitas.

2.1.4 Tugas perkembangan pada masa lansia adalah integritas diri. Tugas ini dapat tercapai apabila lansia merasakan kepuasan atas keberhasilan pada seluruh tahapan kehidupannya mulai dari masa usia sekolah sampai usia dewasa. Kepuasan ini ditampilkan dalam bentuk konsep diri yang positif dan sikap positif terhadap kehidupan. Lansia yang sudah mencapai integritas diri akan memiliki harga diri tinggi, menilai kehidupannya berarti, memandang sesuatu hal secara keseluruhan (tuntutan dan makna hidup), menerima nilai dan keunikan orang lain serta menerima datangnya kematian (Keliat, dkk., 2011). Lansia yang mengalami kekecewaan dalam hidupnya akan merasa putus asa, yang dapat menimbulkan perilaku dan sikap tidak menghargai diri sendiri maupun orang lain. Perilaku lansia dengan keputusan ini selalu memandang

rendah, menghina atau mencela orang lain, merasa kehidupannya tidak berarti, merasakan kehilangan dan masih ingin berbuat banyak tetapi takut tidak punya waktu lagi (Keliat, dkk., 2011). Keperawatan melalui intervensi psikososialnya diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dapat mewujudkan lansia sehat baik secara fisik, mental, sosial, spiritual, dan seksual.

2 Perubahan-perubahan pada Lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia memerlukan suatu kesiapan yang baik karena pada sebagian orang, masa lansia merupakan sesuatu yang tidak menyenangkan dan tidak semua orang dapat dengan mudah menerima perubahan tersebut. Perubahan-perubahan yang terjadi meliputi aspek biologis, aspek psikologis, aspek sosial, aspek spiritual, dan aspek seksual. Perubahan tersebut dapat menyebabkan lansia mengalami depresi. Kondisi depresi yang dialami lansia dapat menyebabkan munculnya diagnosa keperawatan harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan, dan isolasi sosial.

2.2.1 Perubahan biologis

a. Perubahan pada kulit dan sistem muskuloskeletal

Nugroho (2000), pada kulit terjadi proses penipisan dan degenerasi lapisan kulit, peningkatan jaringan kolagen, penurunan jumlah kelenjar keringat dan sebaceous, serta penurunan vaskularisasi. Harlock (2004), menurunnya fungsi pembuluh darah kulit menyebabkan lansia tidak tahan terhadap perubahan suhu yang sangat panas atau sangat dingin. Pada muskuloskeletal terjadi penurunan massa tulang, kifosis dan atrofi otot. Keadaan ini berakibat pada keterbatasan gerak fisik lansia. Hurlock (2004), menyatakan ketahanan dan kemampuan kerja menurun karena mengendornya otot-otot dan kelemahan yang bersifat menyeluruh sehingga lansia semakin sulit untuk melakukan pekerjaan yang mengandalkan otot. Perubahan ini akan membuat aktivitas fisik lansia menjadi lamban dan mempunyai risiko untuk terjadinya fraktur. Perubahan pada kulit, otot, dan

tulang sejalan dengan teori *saling silang* dimana kesalahan terjadi pada proses pengolahan protein yang membentuk ikatan antar struktur molekul dan menyebabkan kekakuan (Ebersole, 2010; Stuart, 2009).

b. Perubahan pada sistem pernapasan dan kardiovaskuler

Pada sistem pernapasan terjadi penurunan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernapasan, serta kekakuan sendi tulang iga yang menyebabkan berkurangnya kapasitas vital. Pertahanan melalui bulu getar lekosif, antibodi, dan refleks batuk dapat mempermudah terjadinya infeksi saluran napas. Dalam sistem kardiovaskuler terjadi penurunan *stroke* volume dan *cardiac output* serta terjadi penurunan kemampuan kontraksi jantung. Perubahan lainnya adalah bertambahnya jaringan kolagen, ukuran miokard bertambah, jumlah miokard berkurang, jumlah air di jaringan berkurang, penebalan katub jantung, penurunan elastisitas pembuluh darah dan peningkatan tekanan darah. Teori yang terkait dengan perubahan pada sistem ini adalah teori *error* yaitu akumulasi kesalahan sintesis dalam tingkatan DNA dan RNA, teori *pakai dan buang* yaitu kelelahan sel karena penggunaan dan trauma, dan teori *penuaan terprogram* dimana suatu sel terlahir dengan kemampuan untuk melakukan duplikasi dengan jumlah tertentu dan selanjutnya akan mati. (Taffet & Lakata, 2003 dalam Ebersole, 2010; Kementerian Kesehatan RI, 2010). Perubahan ini menjadikan lansia berisiko mengalami penyakit yang berkaitan dengan sistem pernapasan dan kardiovaskuler seperti gagal napas, penyakit obstruksi saluran napas menahun, gagal jantung dan hipertensi.

c. Perubahan pada sistem sensori

Perubahan pada sistem penginderaan dapat berupa penurunan kemampuan melihat objek pada tingkat penerangan rendah, penurunan sensitifitas terhadap warna, penurunan kemampuan mendengar suara yang tinggi, penurunan daya perasa, daya penciuman, dan daya peraba serta sensitivitas terhadap rasa sakit. Gangguan pada penglihatan dapat berupa degenerasi

macular senilis, katarak, dan glaukoma. Gangguan pendengaran dapat berupa presbikusis dan gangguan komunikasi. Perubahan pada sistem sensori sejalan dengan teori *radikal bebas* yaitu produk sampingan alami yang selalu ada dan teori *penuaan terprogram* berdasarkan rentang hidup sel “jam biologis” (Ham, 2007; Nugroho, 2000 ; Hurlock, 2004; Kementrian Kesehatan RI, 2010). Penurunan fungsi sistem sensori ini terutama indera mata dan telinga dapat menghambat interaksi lansia dengan orang lain, sehingga lansia mudah frustrasi akibat kesulitan dalam berkomunikasi dengan orang lain.

d. Perubahan pada sistem pencernaan

Berkurangnya jumlah gigi geligi dan menurunnya produksi air liur akan menyebabkan kekeringan pada mulut, mengurangi kenyamanan saat makan dan mengurangi kelancaran saat menelan. Terjadi pula penurunan fungsi pengecap, kelambatan turunnya makanan ke lambung, penurunan asam lambung dan sekresi enzim laktase usus halus. Kondisi ini berkaitan dengan teori *pakai dan buang* dimana sel mengalami kelelahan akibat penggunaan dan trauma yang terus menerus. Perubahan-perubahan ini dapat mengakibatkan gangguan berupa *dry mouth*, dispagia, dispesia, diare, dan sembelit (Kementrian Kesehatan RI, 2010; Ebersole, 2010). Penurunan pada fungsi ini menyebabkan lansia mengalami kesulitan dalam proses pengolahan dan penyerapan makanan, hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya gangguan nutrisi pada lansia.

e. Perubahan pada hepar dan ginjal

Hepar dan ginjal merupakan organ tubuh yang turut berperan dalam proses metabolisme dan pertahanan tubuh. Hepar akan mengalami penurunan aliran darah sampai 35 % di usia 80 tahun ke atas. Pada lansia, pemberian obat-obatan yang melibatkan proses metabolisme pada organ ini perlu diawasi dengan hati-hati untuk menghindari terjadinya efek samping yang tidak diinginkan. Pada ginjal lansia terjadi penurunan jumlah nefron sebesar

5-7 %. Hal ini akan berdampak pada penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme melalui urin. Perubahan pada hepar dan ginjal berkaitan dengan teori *immunologi* dan *endokrin* dimana perubahan yang dialami oleh endokrin dan sistem imunologi yang terintegrasi dengan penitikberatan pada kematian terprogram dari sel imun yang disebabkan oleh kerusakan yang terjadi akibat peningkatan radikal bebas sebagai proses penuaan (Kementrian Kesehatan RI, 2010; Ebersole, 2010). Penurunan pada fungsi hepar dan ginjal dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh sehingga lansia akan mudah terinfeksi penyakit.

Perubahan-perubahan fisik tersebut dapat menyebabkan lansia merasa dirinya lemah, depresi, tidak berdaya dan putus asa. Sebagai pemberi layanan keperawatan, perubahan ini perlu mendapatkan perhatian karena dapat mempengaruhi perubahan lainnya. Tindakan keperawatan yang tepat pada penanganan masalah kesehatan fisik akan mengurangi kondisi depresi yang dialami lansia.

2.2.2 Perubahan psikologis

Perubahan fisik juga akan berdampak pada perubahan psikologis lansia. Perubahan ini meliputi penurunan kemampuan sensasi, persepsi dan penampilan psikomotor yang sangat penting bagi fungsi individu sehari-hari (Atchley & Barusch, 2004). Efek penurunan pada kemampuan belajar, daya ingat, berpikir, menyelesaikan masalah, daya kreativitas, intelegensi, keahlian dan kebijaksanaan. Berkaitan dengan hal tersebut, lansia akan mengalami perubahan aspek psikososial yang melibatkan keadaan kepribadian lansia. Kepribadian lansia dibentuk sejak masa dewasa awal dan tetap stabil sampai masa lansia. Penurunan mental pada tiap individu sangat berbeda-beda, tidak ada pola khusus yang berlaku untuk penurunan mental lansia yang berdampak pada perubahan perilaku.

Ebersole (2010), adanya penyakit fisik yang serius khususnya yang berkaitan dengan otak dapat mengakibatkan lansia mengalami perubahan perilaku. Basuki (2009), mengatakan bahwa masalah yang timbul pada usia tua adalah kecemasan, ketidakberdayaan, perasaan terabaikan, dan selalu mengeluh sakit. Keadaan ini menyebabkan nilai positif lansia menjadi terabaikan akan tetapi lansia tetap dapat melanjutkan kehidupannya meskipun adanya penurunan kemampuan. Harlock (2004), lansia pada umumnya cenderung lemah dalam mengingat hal-hal yang baru, namun baik dalam mengingat hal-hal yang lama dan cenderung mengingat kembali masa lalunya. Perubahan mental dan perilaku pada lansia menunjukkan adanya masalah psikososial yang dialami lansia yaitu *depresi*.

a. Pengertian depresi

Depresi adalah suatu keadaan kesedihan atau keputusasaan yang ekstrim yang mencapai suatu titik tertentu yang mempengaruhi aktifitas dan kualitas hidup individu (Indian Womens Health,2009). Depresi merupakan bagian dari gangguan alam perasaan atau mood (Videbeck,2008). Penderita depresi di dunia diperkirakan sebanyak 13,5 % dengan perbandingan perempuan : laki-laki adalah 14,1 : 8,6 (Nita,2008). Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa depresi adalah suatu gangguan alam perasaan berupa perasaan sedih atau keputusasaan yang ekstrim yang dapat mempengaruhi aktivitas dan kualitas hidup seseorang. Keadaan ini dapat juga terjadi pada lansia karena adanya perubahan dalam proses menua dan masalah yang timbul akibat perubahan tersebut.

b. Penyebab depresi

DSM-IV-TR (2000, dalam Videbeck, 2008), depresi dapat terjadi bukan hanya karena satu sebab melainkan karena banyak sebab yang saling berkaitan yaitu aspek biologik, psikologik, dan sosial. Penelitian genetik melibatkan transmisi depresi unipolar pada kerabat tingkat pertama, yang memiliki risiko dua kali lipat pada populasi umum. Teori neurokimia

menjelaskan neurotransmitter pada serotonin dan norepinefrin sebagai dua amina biologik utama yang terlibat dalam gangguan *mood*. Defisit serotonin akan mengakibatkan terjadinya depresi pada individu. Pada wanita, hormon estrogen ternyata turut berperan dalam proses terjadinya depresi. Freud (1917, dalam Hurlock, 2004), depresi bermula dari kemarahan yang tidak terkendali akibat pengabaian pada masa bayi. Kehilangan obyek yang dicintai menimbulkan rasa tidak aman, kehampaan, kesedihan, dan kemarahan yang pada masa dewasa keadaan ini diintroyeksikan menjadi kemarahan pada diri sendiri. DSM-IV-TR (2000, dalam Videbeck, 2008), menyatakan bahwa hubungan keluarga yang ambivalen, abusive, penolakan atau ketergantungan yang tinggi dapat meningkatkan risiko gangguan *mood* dan kehilangan hubungan atau peran hidup yang penting dapat menyebabkan terjadinya depresi. Penyebab depresi pada lansia dikarenakan adanya penurunan fungsi tubuh, perubahan peran, dan kehilangan orang yang dicintai.

c. Tanda dan gejala depresi

Videbeck (2008) menyatakan gangguan depresi mayor mencakup *mood* sedih atau kurangnya minat dalam aktivitas kehidupan selama dua minggu atau lebih disertai minimal empat gejala depresi seperti anhedonia dan perubahan berat badan, gangguan tidur, kekurangan energi, penurunan konsentrasi, pembuatan keputusan, harga diri dan tujuan. Basuki (2007), secara umum depresi ditandai oleh suasana perasaan murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya. Menurut Watson (2003) depresi adalah kondisi umum yang terjadi pada lansia dan alasan terjadinya kondisi ini dapat dilihat pada saat mengkaji kondisi sosial, kejadian hidup, dan masalah fisik pada lansia. Secara psikologis lansia yang depresi akan mengalami perasaan cemas, iritabel, penurunan harga diri, tidak ada perasaan atau perasaan kosong dan perasaan negatif tentang diri sendiri (Miller, 2004). Tanda dan gejala depresi pada lansia secara umum adalah perasaan murung, cemas,

kehilangan minat dan semangat, lemah, lesu, penurunan harga diri, tidak berdaya, dan kecenderungan bunuh diri yang dapat ditemukan pada saat melakukan pengkajian pada lansia.

d. Dampak depresi bagi lansia

Depresi yang dialami lansia dapat berdampak pada semua aspek kehidupan lansia. Kondisi ini memerlukan penanganan lebih lanjut untuk mencegah kondisi yang lebih buruk sampai pada kematian lansia. Yohannes dan Baldwin (2008) mengatakan bahwa depresi yang tidak ditangani dengan baik dapat menurunkan kualitas hidup lansia yang dapat mengakibatkan penurunan kemampuan dan aktivitas hidup lansia seperti menurunnya kemampuan perawatan kesehatan diri dan kemampuan berinteraksi. Dampak selanjutnya, lansia akan terlarut pada keadaan depresinya sehingga sulit bagi perawat maupun keluarga untuk memberikan pertolongan pada lansia.

Segal (2009) mengatakan depresi pada lansia dapat menyebabkan timbulnya keluhan fisik, penyalahgunaan obat, alkohol dan nikotin, angka kematian yang tinggi bahkan kejadian bunuh diri. Mehta, dkk (2002, dalam Miller, 2004), penurunan fungsi fisik merupakan salah satu konsekuensi dari depresi yang dialami oleh lansia. Keluhan fisik dan psikologis yang dilaporkan adalah anoreksia, penurunan berat badan, kembung, konstipasi, agitasi atau retardasi, gangguan tidur. Perasaan cemas, iritabel, harga diri rendah, kehilangan perasaan atau perasaan kosong dan perasaan negatif tentang diri sendiri dapat terjadi pada lansia (Miller, 2004). Dapat disimpulkan bahwa depresi pada lansia dapat menimbulkan masalah yang berkaitan dengan kesehatan fisik, penurunan motivasi untuk melakukan aktivitas bersama orang lain termasuk pemenuhan kebutuhan dasar lansia. Sebagai tenaga pemberi pelayanan kesehatan, perawat kesehatan jiwa dituntut perannya untuk dapat mencegah terjadinya depresi pada lansia dengan cara memberikan pelayanan keperawatan yang tepat melalui terapi-terapi keperawatan jiwa agar lansia tetap sehat jiwanya.

e. Kualitas hidup lansia

Kondisi depresi dapat menurunkan kualitas hidup lansia, menurut Dharmono (2008, dalam Nita, 2008) kualitas hidup lansia harus tetap terjaga agar lansia dapat tetap aktif, sehat, dan mandiri. Penurunan kualitas hidup menunjukkan tanda dan gejala seperti tingkat partisipasi rendah, kehilangan minat untuk beraktivitas, gangguan tidur, gangguan fungsi kognitif semu, selera makan menurun, perubahan sikap dan perilaku, dan ansietas. Dapat disimpulkan bahwa apabila kondisi depresi pada lansia dapat diatasi dengan baik maka kualitas hidupnya akan meningkat.

Siburial (2010) mengutip pendapat Kane dan Ouslander yang mengatakan bahwa masalah kesehatan lansia dapat disebabkan karena kurang gerak, instabilitas, besar, gangguan intelektual, infeksi, gangguan pancaindera dan komunikasi, depresi, kurang gizi, tidak punya uang, penyakit akibat obat-obatan, gangguan tidur, daya tahan tubuh menurun, dan impotensi kesemuanya itu akan memperburuk kualitas hidup lansia. Dapat disimpulkan bahwa masalah yang ditimbulkan, baik karena kesehatan maupun kondisi sosial dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup lansia. Somers (2003) mengatakan bahwa kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan dengan pengaturan diet yang sehat, latihan fisik yang teratur, pemantauan kesehatan, keterlibatan dengan keluarga dan teman, mengambil bagian dalam kegiatan di masyarakat, menjaga pikiran tetap aktif, dan pencahayaan yang baik. Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan dengan berbagai cara.

Wagner (2007) dalam penelitiannya tentang latihan pada usia lanjut terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup lansia menemukan bahwa latihan menghasilkan peningkatan yang paling signifikan meskipun semua program

tampaknya mengakibatkan beberapa peningkatan kualitas hidup. Ismail (2004) dalam penelitiannya mengenai peningkatan kesehatan, gizi dan kualitas hidup lansia di Guyana menemukan bahwa kualitas hidup ditentukan oleh berbagai faktor seperti kesehatan, uang, lingkungan fisik, bernyanyi dan bermusik, makanan, keimanan, kenyamanan, kegiatan sosial, berkebun, kerajinan, kemandirian dan otonomi, hubungan dengan staf, privasi, hubungan sosial dan nilai diri. Dapat disimpulkan bahwa baik atau buruknya kualitas hidup lansia dapat ditentukan oleh berbagai faktor dalam kehidupan lansia tersebut.

Da Silva, dkk (2009) dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada lansia aktif menunjukkan bahwa status fungsional tidak mempengaruhi kualitas hidup namun faktor psikologis dan sosiodemografi memiliki dampak terhadap kualitas hidup lansia dengan depresi. Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup lansia dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi seperti status perkawinan, pendapatan, dan kegiatan santai.

2.2.3 Perubahan sosial

Perubahan sosial pada lansia adalah perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat seperti pensiun dari pekerjaan dan kehilangan jabatan/kedudukan, lansia juga mengalami dalam status keluarga ketika ia kehilangan pasangan hidup, serta kehilangan sistem dukungan dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole, 2010). Bagi lansia yang sebelumnya adalah pekerja, memasuki masa pensiun seharusnya merupakan masa menikmati hari tua yang tenang dan sejahtera. Namun dalam kenyataannya sering disalahartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan/jabatan, peran, kegiatan, status, dan harga diri. Pada masa lansia, individu dituntut untuk dapat bersosialisasi kembali dengan kelompoknya, lingkungannya dan dari generasi ke generasi.

Sosialisasi berarti lansia meningkatkan kemampuan untuk berpartisipasi dalam kelompok sosialnya (Atchley & Barusch, 2004). Namun ada pula sikap sosial yang mengharapkan agar lansia mengurangi peran aktifnya dalam urusan masyarakat dan sosial yang dapat mengakibatkan pengurangan jumlah kegiatan yang dilakukan dan lansia perlu mengubah perannya. Perubahan peran sebaiknya datang dari diri lansia atas keinginannya sendiri dan bukan atas tekanan dari lingkungan sosialnya. Perubahan peran dan fungsi sosial lansia dapat menyebabkan masalah harga diri : harga diri rendah dan isolasi sosial.

a. Harga diri

Keliat (1999), harga diri adalah penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Murk (1999 dalam Weber, 2003, harga diri adalah gabungan antara keseluruhan aspek harga diri berdasarkan penilaian umum dari tipe-tipe harga diri dan variasi dari tipe harga diri berdasarkan evaluasi harga diri dalam konteks lingkungan yang berbeda. Dapat diartikan bahwa harga diri menggambarkan sejauhmana individu tersebut menilai dirinya sebagai orang yang memiliki kemampuan berdasarkan evaluasi harga diri terhadap lingkungannya. Pemenuhan kebutuhan akan harga diri menjadi penting agar individu memiliki harga diri yang mantap, mencapai kesuksesan dalam penampilan perilaku sosial dan dapat tampil dengan keyakinan diri serta merasa memiliki nilai dalam lingkungan sosialnya.

b. Harga diri rendah

Harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau berisiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan diri (Capernito,2000). Perilaku harga diri rendah pada lansia adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktifitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial,

ketegangan yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri (Stuart, 2009). Dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah yang dimiliki lansia disebabkan oleh perasaan tidak mampu lagi melakukan berbagai kegiatan dan perubahan dalam peran sosial.

c. Isolasi sosial

Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesendirian dan merasa terbebani oleh orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA, 2007). Karakteristik diagnosa keperawatan isolasi sosial adalah tidak adanya sistem pendukung, tidak ada kontak mata, merasa sedih, merasa sendirian, tidak ada komunikasi, memperlihatkan sikap bermusuhan, menarik diri dari kehidupan sosial (NANDA, 2007). Adanya perubahan sosial tidak berarti lansia harus menarik diri dari lingkungan sosialnya. Status dan peran sosial melalui berbagai kegiatan tetap dapat dilakukan karena hal tersebut dapat menghasilkan iklim psikologis yang paling positif bagi lansia. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan lansia akan membuat lansia tetap sehat jiwanya dan mencapai kepuasan hidup.

2.2.4 Perubahan spiritual

Gary & Kavanagh (1991, dalam Videbeck, 2008), spiritualitas merupakan keyakinan klien tentang kehidupan, kesehatan, penyakit, kematian, dan hubungan individu dengan alam semesta. Spiritualitas adalah konsep dua dimensi antara hubungan vertikal dan horizontal (Stanley, 2007). Hubungan horizontal yang dimaksud adalah hubungan individu dengan Tuhan, sedangkan hubungan vertikal adalah hubungan antara individu dengan sesama. Spiritualitas mencakup esensi keberadaan individu dan keyakinannya tentang makna hidup dan tujuan hidup. Spiritualitas berarti suatu pedoman yang mengarahkan individu untuk meraih kebijakan di dalam dirinya dan membawa mereka kepada dasar-dasar perkembangan moral yang terbaik. Gerret (1987, dalam Stanley, 2007) mengidentifikasi

pengaruh pada kemampuan seseorang yang sedang berduka untuk melakukan koping sejalan dengan bertambahnya usia, pengalaman negatif terdahulu terhadap kehilangan, ketidakmampuan mengendalikan diri, penurunan status kesehatan mental dan fisik, serta kurangnya keyakinan pada kekuatan yang lebih besar daripada dirinya sendiri. Kondisi tersebut merupakan perubahan spiritual yang terjadi pada lansia.

Perubahan spiritual umumnya terjadi akibat dari penyakit yang diderita. Kesedihan, sakit, dan kehilangan kontrol akan mempengaruhi integritas diri. Kehilangan yang terjadi pada lansia meliputi penurunan kemampuan fisik, kehilangan interaksi sosial, kehilangan peran, kehilangan kemampuan, kehilangan stabilitas mental, dan kehilangan semangat hidup. Mengatasi keadaan tersebut, lansia memerlukan harapan yang berdasarkan pada keyakinan akan sesuatu yang mungkin terjadi, dukungan dari orang yang berarti, rasa sejahtera, kemampuan koping secara menyeluruh dan tujuan hidup (Stanley, 2007).

Pada kondisi ini lansia berusaha untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan dan menerima dengan baik perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya. Masalah yang muncul akibat perubahan ini adalah kehilangan pasangan atau orang yang dicintai, dan kecemasan akan kematian, hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya depresi pada lansia. Berdasarkan hal ini maka lansia diharapkan dapat tetap bersemangat di dalam hidupnya agar semua permasalahan yang terjadi pada dirinya dapat diatasi dengan baik. Upaya yang dapat dilakukan adalah lansia dapat tetap berinteraksi dengan orang lain dalam menjalankan kehidupannya dan mendekatkan diri kepada Tuhan. Penting bagi perawat sebagai tenaga kesehatan untuk memperhatikan aspek spiritual agar lansia dapat menjalin kehidupan dengan baik, tetap sehat dan memiliki semangat hidup, panjang umur, bahagia, menghindari ketidakberdayaan dan keputusasaan.

a. Ketidakberdayaan



(Word to PDF Converter - Unregistered)
<http://www.Word-to-PDF-Converter.net>

Ketidakterdayaan adalah ekspresi verbal yang menyatakan kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu (Gulanick & Myers, 2007). Kriteria untuk menetapkan diagnosa keperawatan ketidakterdayaan ini adalah individu mengekspresikan tingkat energi yang fluktuatif dan tidak menentu, pasif, apatis, tidak ada partisipasi dalam perawatan atau membuat keputusan, benci, marah, merasa bersalah, enggan dalam mengekspresikan perasaan yang benar, mengekspresikan ketidakpuasan dan frustrasi, mengekspresikan tidak ada kontrol dari luar dan menurunnya partisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007). Ketidakterdayaan yang dialami lansia lebih banyak diakibatkan karena adanya kelemahan dan penurunan kemampuan fisik yang mengakibatkan lansia sulit untuk bergerak dan melakukan aktifitas.

b. Keputusasaan

Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya (NANDA, 2007). Karakteristik diagnosa keperawatan keputusasaan adalah afek menurun, pasif, penurunan verbalisasi, nafsu makan menurun, gangguan tidur, kehilangan inisiatif dan aktivitas menurun (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007). Pada umumnya perubahan spiritual pada lansia cenderung bersifat positif karena lansia berusaha untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan dan menerima dengan baik perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya. Semangat untuk tetap sehat, panjang umur, dan bahagia merupakan harapan tiap lansia.

2.2.5 Perubahan seksual

Perubahan lainnya yang terjadi pada lansia adalah perubahan seksual. Rubin (2004, dalam Hurlock, 2004) menyatakan bahwa hubungan seksual seseorang tidak mungkin berhenti secara otomatis pada usia berapapun. Pada lansia, penyesuaian yang harus dilakukan adalah membangun

hubungan yang baik dengan pasangan, jika hubungan ini berlangsung baik akan mendatangkan kebahagiaan pada lansia. Sebaliknya, bila hubungan tidak baik maka akan terjadi kekakuan dan hubungan menjadi dingin, hal ini dapat menyebabkan terjadinya perkecokan. Perubahan neuroendokrin yang terjadi pada perubahan fisik lansia turut berpengaruh pada aktivitas seksual. Penyesuaian ini akan menjadi sulit karena adanya anggapan bahwa impotensi dan tidak berselera dalam hubungan seksual merupakan hal yang biasa pada lansia. Penelitian mengenai perilaku seksual pada lansia menunjukkan bahwa lansia tetap melakukan hubungan seksual walaupun frekuensinya tidak sebanyak pada masa muda. Secara alamiah, dalam keadaan sehat maka kegiatan seksual lansia akan mengalami penurunan secara bertahap.

Pemenuhan kebutuhan seksual merupakan kebutuhan dasar manusia. Pada lansia kebutuhan ini tidak mengarah pada frekuensi aktifitas seksual tetapi lebih mengarah pada terjalinnya hubungan yang baik dengan pasangan. Pemberi layanan kesehatan perlu memperhatikan kebutuhan tersebut terutama dalam kaitannya dengan kesehatan jiwa lansia untuk menghindari kesalahpahaman dan perkecokan yang mungkin terjadi.

3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan pada Lansia

1 Faktor individual

Buchanan dan Carpenter (2000, dalam Videbeck, 2008), mengatakan bahwa umur seseorang tampaknya akan mempengaruhi cara ia melakukan coping terhadap penyakit. Individu yang berusia muda tidak memiliki pengalaman hidup mandiri yang berhasil sehingga ia belum memiliki perasaan terhadap identitas personal daripada individu yang berusia lebih tua. Lansia telah memiliki pengalaman hidup yang cukup panjang dan tentu berpengaruh pada mekanisme coping yang digunakan dalam menerima perubahan-perubahan yang terjadi karena proses menua.

Videbeck (2008), berpendapat sejalan dengan teori perkembangan Erikson yang mengatakan bahwa perkembangan psikososial berlangsung sepanjang rentang kehidupan seseorang dimana orang tersebut harus menyelesaikan setiap tahap perkembangannya dengan baik karena tugas perkembangan yang belum terselesaikan pada tahap tersebut akan mempengaruhi perkembangan pada tahap selanjutnya. Setiap individu harus menuntaskan tugas kehidupan kritis pada setiap tahap perkembangan yang sangat penting untuk kesejahteraan dan kesehatan jiwanya. Tugas ini akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap stres dan penyakit yang dialaminya. Pada tahap ini lansia mengalami perkembangan integritas diri *versus* keputusasaan (*integrity versus despair*). Harlock, (2004) berdasarkan pendapat Havighurst mengatakan bahwa lansia perlu menyesuaikan diri dengan adanya penurunan kekuatan fisik, kurangnya penghasilan, kematian pasangan, perlunya menjalin hubungan dengan teman sebaya, dan menyesuaikan diri dengan peran sosial yang baru. Dapat disimpulkan bahwa berdasarkan pengalaman hidupnya, lansia dapat mempertahankan integritas diri untuk menghindari kesepian dan keputusasaan.

2 **Faktor interpersonal**

Hagerty dan Patusky (1955, dalam Videbeck, 2008), perasaan memiliki merupakan perasaan keterikatan dalam suatu sistem sosial dimana individu sebagai bagian didalamnya. Perasaan ini meliputi nilai dan kecocokan yaitu perasaan dihargai, diperlukan, dan diterima berdasarkan karakteristik individu sesuai dengan lingkungan hidupnya. Hal ini berarti, lansia merasa dirinya sebagai bagian dari suatu kelompok dimana ia dihargai dan diterima oleh kelompoknya. Perasaan ini dapat meningkatkan kondisi kesehatan lansia.

Faktor interpersonal melibatkan hubungan antara lansia dengan individu lainnya. Dalam kaitannya dengan penelitian ini berarti terjalinnya hubungan lansia dengan anggota keluarga lainnya. Keluarga merupakan bagian yang

tidak dapat dilepaskan dari kehidupan lansia. Kesejahteraan dan perawatan lansia merupakan tanggung jawab keluarga yaitu dukungan keluarga dalam merawat lansia di rumah.

a. Keluarga

Menurut Dunphy (2001, dalam Friedman, 2010) keluarga adalah sebuah arena interaksi pribadi sehingga penekanan diberikan kepada karakteristik transaksional dinamis keluarga; keluarga adalah sebuah sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang saling bergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal dan eksternalnya. Menurut Allen (2000, dalam Friedman, 2010) keluarga ditandai dengan kelahiran, pernikahan, adopsi, atau pilihan. Dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah area interaksi antar pribadi yang melibatkan dua orang atau lebih dalam suatu ikatan kekeluargaan yang dipersatukan oleh kebersamaan dan saling ketergantungan dengan lansia berada didalamnya.

b. Perkembangan keluarga

1) Tugas perkembangan keluarga

Friedman (2010) mengatakan tugas perkembangan keluarga diperlukan untuk menumbuhkan rasa tanggung jawab tiap anggota keluarga yang harus dicapai pada setiap tahap perkembangan keluarga, dengan demikian keluarga dapat memenuhi kebutuhannya sesuai dengan aspirasi, nilai, dan budaya yang ada dalam keluarga tersebut. Selain itu, individu yang mendapat dukungan emosional dan fungsional dari keluarganya akan terlihat lebih sehat (Buchanan, 1995, dalam Videbaeck, 2008) dan dukungan sosial merupakan sumber koping yang dalam proses perubahan perilaku seseorang (Stuart, 2009). Dengan demikian tugas perkembangan individu sebagai anggota keluarga akan saling berkaitan dengan tugas perkembangan keluarga, dimana keluarga sebagai sebuah unit dapat memenuhi tuntutan dan kebutuhan anggota keluarga dan tiap anggota keluarga berjuang untuk memenuhi

kebutuhannya sendiri serta setiap anggota keluarga dapat memberikan dukungan emosional pada anggota keluarga lainnya.

2) Siklus kehidupan keluarga tahap lansia

Duvall dan Miller (1985, dalam Friedman, 2010), tahap akhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiunnya salah satu atau kedua pasangan, yang berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan. Menjadi tua dan pensiun merupakan stresor yang dapat mengganggu transisi peran lansia. Kehilangan merupakan stresor yang terjadi pada lansia dan keluarganya. Stresor ini dapat berupa penyesuaian terhadap penurunan pendapatan, pindah ke rumah yang lebih kecil atau pindah ke panti werdha, kehilangan orang-orang yang disayangi, kehilangan peran kerja dan masa produktif, serta penurunan fungsi fisik, mental dan kognitif.

Tidak mudah bagi lansia untuk meninggalkan tempat tinggal lamanya karena lingkungan tersebut telah menjadi bagian dari kehidupannya selama ini. Relokasi merupakan pengalaman traumatik bagi lansia karena ia harus meninggalkan ikatan dengan persahabatan yang telah terjalin selama ini yang telah memberikan rasa aman dan stabilitas pada lansia. Selain itu, penurunan drastis dari penghasilan dan meningkatnya kebutuhan biaya hidup akan mempengaruhi kehidupan lansia. Ditambah lagi dengan masalah kesehatan yang muncul sebagai akibat proses penuaan turut memperburuk kondisi ekonomi lansia.

Pernikahan yang dianggap memuaskan biasanya memiliki riwayat positif yang panjang. Pernikahan sangat berperan pada moral dan aktivitas pasangan dewasa. Bagaimana mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan sangat tergantung pada dukungan yang diberikan oleh pasangan dan perubahan kesehatan kedua pasangan.

Perubahan kesehatan memberikan tantangan dan beban dalam pemberian asuhan yang akan mempengaruhi penyesuaian pernikahan pasangan (Fitting, dkk,1986 dalam Friedman, 2010). Penyesuaian terhadap kehilangan pasangan merupakan salah satu tugas perkembangan yang membuat trauma. Kesadaran akan kematian tidak berarti dengan mudah lansia dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan tersebut walaupun masih ada anggota keluarga lainnya. Berbagai respon negatif dapat muncul sebagai akibat dari kehilangan pasangan dan dapat menimbulkan masalah kesehatan yang serius seperti depresi, isolasi sosial, kecenderungan bunuh diri, sampai pada terjadinya gangguan jiwa.

Walaupun terdapat kecenderungan lansia melepaskan diri dari hubungan sosial tetapi keluarga tetap menjadi pendukung sosial bagi lansia. Saat lansia menarik diri dari aktivitas di luar justru hubungan dengan pasangan, anak, cucu, dan saudara kandung menjadi lebih penting. Hal ini diperlukan untuk mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi. Dapat disimpulkan bahwa siklus kehidupan tahap lansia ini melibatkan semua anggota keluarga yang berada didalamnya yaitu lansia bersama pasangannya, anak, dan cucu. Dukungan keluarga terhadap lansia diperlukan untuk menghindari terjadinya masalah kesehatan dalam keluarga.

a. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Singer dan Ryff (2001, dalam Friedman 2010), fungsi afektif lebih diarahkan kepada fungsi internal keluarga meliputi pemberian perlindungan psikososial dan dukungan kepada anggota keluarga yang berpengaruh positif pada kepribadian dan keterikatan keluarga serta kesejahteraan individu. Pemenuhan fungsi ini menjadi dasar pembentukan dan kesinambungan unit keluarga (Satir, 1973

dalam Friedman, 2010). Citra diri individu dan rasa memilikinya terbentuk dalam interaksi keluarga, dengan demikian keluarga berfungsi sebagai sumber cinta kasih, perhatian, penghargaan, dan pemberi dukungan. Loveland dan Cherry (1996, dalam Friedman 2010), hubungan afeksi diantara keluarga akan menciptakan suasana emosional pengasuhan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan serta kompetensi individu. Melalui fungsi ini pemberi layanan kesehatan dapat memberikan konseling suportif dan Psikoedukasi Keluarga upaya membantu keluarga untuk menguatkan hubungan tiap individu dalam keluarga dan pemenuhan kebutuhan yang lebih memuaskan.

2) Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses sepanjang hidup manusia dimana individu secara kontinu memodifikasi perilakunya terhadap lingkungan sosial yang dihadapi. Gecas (1979, dalam Friedman 2010) mengatakan bahwa konsep sosialisasi adalah proses perkembangan atau perubahan yang dialami seseorang sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial. Melalui fungsi ini, individu belajar untuk hidup bersama orang lain dalam kelompoknya dan memerankan peran jenis kelamin serta peran sesuai dengan usianya. Dengan demikian, lansia tetap dapat bersosialisasi dengan baik, di dalam keluarganya maupun di luar lingkungan keluarganya.

3) Fungsi perawatan kesehatan keluarga

Praktik kesehatan dan pemanfaatan layanan keperawatan sangat berbeda pada tiap keluarga, yang menjadi masalah adalah bagaimana pandangan keluarga terhadap konsep sehat-sakit dan keyakinan keluarga dalam mencari bantuan kesehatan. Perawat perlu mengetahui konsep sehat-sakit menurut keluarga guna mengetahui tujuan dan prioritas masalah dan tindakan yang perlu diberikan pada

keluarga. Seringkali masalah kesehatan yang sudah menjadi endemi di keluarga maupun komunitas tidak lagi dianggap sebagai penyakit, hal ini sangat ditentukan oleh kebiasaan dan norma sosial yang berlaku di lingkungan tersebut.

Berdasarkan ketiga fungsi tersebut, dapat dikatakan bahwa keluarga yang berfungsi dengan baik adalah keluarga yang bahagia, perhatian terhadap anggota keluarga yang lain, memiliki waktu bersama dan pola komunikasi yang baik, dan dapat menghadapi krisis secara positif. Suatu patologi keluarga muncul akibat dari perkembangan yang disfungsional (Varcarolis, 2006). Stuart dan Laraia (2005) mengatakan disfungsi keluarga diartikan sebagai “tanda” dengan paradigma patologi dan pemberdayaan coping yang maladaptif meliputi : orangtua yang over protektif; peran yang terlalu mendominasi dari salah satu pihak terhadap pasangannya; keluarga dengan riwayat penganiayaan terhadap salah satu anggota keluarga; keluarga dengan anggota yang pernah mengalami penganiayaan fisik, emosional, dan seksual oleh orang lain atau anggota keluarga sendiri; keluarga yang menjadikan anak sebagai kambing hitam untuk menutupi konflik perkawinan yang terjadi.

b. Peran keluarga

Pembagian peran adalah partisipasi dua orang atau lebih dalam peran yang sama walaupun berbeda posisi. Menurut Turner (1970, dalam Friedman 2010), anggota keluarga harus mampu membayangkan dirinya dalam peran sebagai seorang pendamping, atau mitra peran agar dapat memberi tugas sebuah peran kepada orang lain dan juga sebagai panduan dalam menjalankan perannya sendiri, dengan demikian mereka dapat berinteraksi dengan orang lain. Bila terjadi perbedaan dalam harapan dan performa peran maka konflik dan ketegangan dapat terjadi berkaitan dengan stres peran.

Stres peran terjadi saat suatu struktur sosial menciptakan tuntutan yang sangat sulit, menimbulkan konflik yang tidak mungkin dilakukan oleh penerima posisi dalam struktur sosial tersebut dan ketegangan peran juga diterima dan dirasakan oleh mitra peran terkait. Hardy dan Hardy (1988, dalam Friedman 2010), konflik peran terjadi ketika seseorang yang berada pada posisi tersebut dihadapkan pada harapan yang tidak sesuai. Sumber ketidaksesuaian tersebut diakibatkan oleh perubahan harapan pelaku, anggota keluarga lainnya, atau lingkungan. Pada lansia dapat terjadi konflik peran dengan anggota keluarga karena adanya perubahan peran pada lansia, dimana harapan seringkali tidak sesuai dengan keinginan.

Klein, (1996, dalam Friedman 2010) menyimpulkan bahwa kualitas pengukuhan peran seseorang dalam sebuah hubungan yang positif akan memberi kepuasan terhadap hubungan tersebut. Pengharapan yang dirasakan terhadap peran akan meningkatkan kualitas peran tersebut. Untuk memperkecil ketegangan yang dapat terjadi, dibutuhkan individu-individu yang sepakat terhadap peran tersebut. Bila ketegangan peran semakin besar maka semakin sedikit kemudahan untuk membuat transisi ke dalam peran tetapi semakin besar kemudahan membuat transisi ke luar peran tersebut. Dengan adanya keragaman peran maka semakin sedikit konsensus yang dirasakan terhadap harapan tersebut. Dapat disimpulkan bahwa posisi peran tiap anggota keluarga harus jelas berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat sehingga harapan terhadap peran tersebut dapat dicapai dengan baik.

Baydar (1998, dalam Friedman 2010) mengatakan bahwa menjadi kakek / nenek adalah pengalaman yang heterogen dan banyak variasi bagaimana peran kakek – nenek dikukuhkan. Berkaitan dengan peran

nenek-kakek, ada empat peran yang dilakukan yaitu nenek-kakek yang tidak bekerja dan selalu merawat cucu dengan teratur, ada nenek-kakek yang bekerja namun masih dapat mengasuh cucu dengan baik, dan ada pula nenek-kakek yang tinggal jauh sehingga tidak dapat mengasuh cucu, serta nenek-kakek yang sudah lemah, tua, dan tinggal sendiri dengan kesehatan yang buruk dan tidak mengasuh cucu. Keadaan pribadi terkait dengan peran yang diemban dapat mempengaruhi keseluruhan kepuasan hidup kakek dan nenek tersebut. Lansia dengan berbagai perubahan yang terjadi diharapkan dapat melakukan peran sebagai nenek-kakek kepada anak dan cucunya untuk menghindari lansia dari keputusasaan dan kesepian.

c. Masalah lansia dalam keluarga

Penganiayaan lansia adalah perlakuan semena-mena terhadap lansia oleh anggota keluarga atau orang-orang yang merawat mereka. (Videbeck, 2008). Penganiayaan ini dapat berupa penganiayaan fisik, penganiayaan seksual, penganiayaan psikologis, pengabaian, eksploitasi finansial, dan penolakan terapi medis yang adekuat. Lego (1996, dalam Videbeck, 2008), pelaku penganiayaan terbesar adalah pasangan, selanjutnya anak, saudara kandung, cucu, dan orang lain. Dalam merawat seorang lansia, anggota keluarga (*caregiver*) yang menjadi pengasuh lansia akan mengalami berbagai masalah baik dalam merawat lansia yang menjadi tanggung jawabnya maupun masalah dirinya sendiri. Hubungan antara *caregiver* dengan lansia merupakan hubungan yang penting karena akan mempengaruhi perawatan dan pemenuhan kebutuhan pada lansia. Seringkali perlakuan keluarga terhadap lansia tidak disadari sebagai bentuk penganiayaan atau pengabaian terhadap lansia. Untuk menghindari hal tersebut, peneliti menganggap perlu memberikan materi tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia melalui Psikoedukasi Keluarga guna meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat lansia.

d. Dampak depresi terhadap keluarga

Keluarga yang merawat lansia dengan depresi akan mengalami ansietas. Menurut Gillis, et.all (1989, dalam Friedman, 2010) status sehat sakitnya anggota keluarga saling mempengaruhi satu sama lainnya, adanya penyakit dalam keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga. Oleh karena itu, perlu dilakukan manajemen stres agar kecemasan dalam keluarga menjadi berkurang.

e. Perawatan lansia oleh keluarga

1) Sumber data pengkajian keluarga

Data dapat dikumpulkan melalui berbagai sumber yang dapat memberikan informasi mengenai peristiwa yang lalu dan saat ini, temuan objektif, penilaian subjektif, informasi berdasarkan rujukan, informasi dari anggota keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya. Data-data ini diperlukan untuk memudahkan dalam menetapkan masalah yang ada dalam keluarga dan intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada keluarga.

2) Penetapan masalah keluarga

Peran aktif keluarga menjadi sangat penting dalam mengidentifikasi masalah dan kekuatan keluarga. Penyusunan informasi bersama keluarga diperlukan untuk merumuskan masalah, menetapkan diagnosa, dan merencanakan tindakan yang akan dilakukan. Bersama keluarga, perawat dapat menetapkan diagnosa tentang apa yang terjadi dalam keluarga dan mengapa keluarga tidak mampu menyelesaikan masalahnya. Langkah selanjutnya adalah pemberian intervensi yang bertujuan untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah secara efektif. Pada

penelitian ini intervensi yang akan diberikan pada keluarga adalah Psikoedukasi Keluarga.

3) Indikasi intervensi perawatan keluarga

Wright dan Leahey (2000, dalam Friedman, 2010), kriteria untuk membuat keputusan dalam pemberian intervensi keluarga meliputi minat, dan motivasi keluarga untuk menerima bantuan dan mengatasi masalah, tingkat fungsi keluarga, tingkat keterampilan perawat, dan sumber yang tersedia. Intervensi keperawatan diperlukan jika ada anggota keluarga sakit dan mengganggu anggota keluarga lainnya, anggota keluarga menyebabkan gejala atau masalah individu, perbaikan satu anggota keluarga menimbulkan gangguan pada anggota keluarga yang lain, anggota keluarga untuk pertama kali didiagnosis menderita penyakit, kondisi anggota keluarga terganggu secara nyata, anak atau remaja mengalami masalah emosi, anggota keluarga mengalami penyakit kronik pindah dari rumah sakit atau pusat rehabilitasi, pasien yang mengalami penyakit kronik dan meninggal dunia.

4) Pendekatan perawatan lansia

Menurut Nugroho (2000) ada empat pendekatan dalam perawatan lansia yaitu pendekatan fisik, psikis, sosial, dan spiritual :

- a) Pendekatan fisik dapat dilakukan dengan memberikan perawatan fisik seperti personal hygiene, kebersihan lingkungan, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, dan mencegah terjadinya cedera.
- b) Pendekatan psikis dilakukan dengan berperan sebagai pendengar yang baik, menampung rahasia pribadi, sahabat yang akrab. Keluarga juga dapat membangkitkan semangat dan kreatifitas lansia dalam mengisi hari-harinya karena

umumnya lansia memerlukan rasa aman dan kasih sayang dari lingkungan.

- c) Pendekatan sosial bisa dilakukan dengan cara mengadakan diskusi, tukar pikiran, atau bercerita. Lansia diberi kesempatan untuk berkomunikasi, melakukan rekreasi, dan mengikuti perkembangan yang terjadi di lingkungannya. Hal ini diperlukan agar lansia tidak merasa sendirian dan menarik diri dari kegiatan sosialnya.
- d) Pendekatan spiritual dilakukan dengan cara keluarga menjadi pendamping dan pembimbing lansia, terutama bila lansia dalam keadaan sakit atau mendekati kematian. Keberadaan keluarga di dekat lansia dapat mengurangi kecemasan yang dialaminya.

Berdasarkan uraian di atas, maka dipandang perlu untuk memberikan Psikoedukasi Keluarga pada keluarga guna meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat lansia dan mempersiapkan keluarga dalam menghadapi permasalahan yang muncul akibat perubahan-perubahan pada lansia. Untuk mengatasi masalah dalam keluarga diperlukan suatu sistem pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang didukung oleh pemerintah dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat. *Community Mental Health Nursing* (CMHN) merupakan strategi yang tepat untuk tercapainya kesehatan jiwa komunitas di Indonesia.

Dalam kegiatannya, perawat CMHN bekerjasama dengan klien, keluarga, dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan yang bertujuan untuk memberdayakan pasien dan keluarga agar mampu mandiri dalam memenuhi kebutuhannya serta meningkatkan keterampilan coping dalam menyelesaikan masalah. Pemberdayaan masyarakat merupakan proses pengembangan potensi pengetahuan maupun keterampilan masyarakat agar mereka mampu mengontrol diri dan terlibat dalam pemenuhan kebutuhan mereka sendiri (Helvie, 1998 dalam CMHN, 2010).

Pendekatan CMHN merupakan pendekatan asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan oleh perawat melalui pemberdayaan Kader Kesehatan Jiwa dan Pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa.

Berkaitan dengan depresi yang dialami oleh lansia, maka diperlukan peningkatan kesadaran dan pengetahuan dari keluarga maupun masyarakat tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia yang dapat menimbulkan suatu kondisi depresi. Peningkatan pengetahuan tersebut dapat dilakukan dengan pemberian Psikoedukasi Keluarga.

2.4 Penatalaksanaan Terapi Depresi pada Lansia

2.4.1 Terapi medis

Terapi medis yang diberikan adalah pemberian antidepresan, terapi somatik *electroconvulsive*, *Sleep deprivation therapy*, *photo therapy* (*light therapy*), *Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)* dan *Vagal Nerve Stimulation (VNS)* (Videbeck, 2008; Stuart & Laraia, 2006; Ebersole, 2010). Terapi ini lebih berfokus pada perbaikan biologis yaitu perbaikan sistem persarafan, dengan pemulihan sistem saraf tersebut diharapkan perubahan perilaku untuk mencapai integritas diri dapat tercapai.

Stuart dan Laraia (2005) pada kondisi depresi dapat diberikan pilihan antidepresan seperti:

- a. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) : Citalopram, Escitalopram, Fluoxetien, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline.
- a. Other New Antidepressant Drugs : Amoxapine, Bupropion, Maprotiline, Mirtazapine, Nefazodone, Trazodone, Venlafaxine.
- c. Tricyclic Antidepressant Drugs (TCAs) : Amitriptyline, Clomipramine, Doxepin, Imipramine, Trimipramine, Desipramine, Nortriptyline, Protriptyline, Amoxapine, Maprotiline..

- d. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) : Isocarrboxazid, Phenelzine, Selegiline, Tranylcypramine.

2.4.2 Psikoterapi

Landreville (2001, dalam Wheeler, 2008) menyatakan bahwa psikoterapi dapat menjadi intervensi yang baik bagi lansia. Mackin dan Arean (2000, dalam Wheeler, 2008) mengatakan bahwa *Cognitive Behavior Therapy*, *Reminiscence Therapy*, *Psychodynamic Therapy* yang ringkas, dan kombinasi *Interpersonal Therapy* telah menjadi pilihan intervensi untuk depresi. Pada individu yang mengalami depresi dapat diberikan intervensi psikoterapi yaitu *Terapi Interpersonal*, *Terapi Kognitif dan Perilaku*, *Terapi Psikoanalitis* dan *Terapi Keluarga* (Videbeck, 2008).

Terapi-terapi psikologi yang dapat diberikan pada lansia dengan depresi adalah *support* keluarga dan sosial, manajemen berduka, olah raga, humor, spiritual, *Reminiscence* dan *Life review therapy*, *Cognitive Behaviour Therapy*, *Interpersonal Therapy*, *Psychodynamic Psychotherapy*, dan *Bibliotherapy* (Ebersole, 2010; Frazer, Christensen dan Griffiths, 2005).

Berdasarkan beberapa psikoterapi di atas, pada penelitian ini hanya akan dipergunakan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga, kedua terapi ini merupakan terapi pilihan dalam penelitian ini untuk menyelesaikan masalah psikososial yang dialami lansia dengan depresi. Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga akan diberikan pada lansia dan keluarga pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan Psikoedukasi Keluarga terutama untuk *caregiver*.

a. Terapi *Reminiscence*



(Word to PDF Converter - Unregistered)
<http://www.Word-to-PDF-Converter.net>

Webster (1999, dalam Collins, 2006), *Reminiscence* adalah terapi yang memberikan perhatian terhadap kenangan terapeutik pada lansia. Menurut Bluck dan Levine (1998, dalam Collins, 2006) *Reminiscence* adalah proses yang untuk mengumpulkan kembali kenangan seseorang akan masa lalunya. Kenangan ini merupakan suatu pengalaman hidup yang dialami individu, baik kenangan yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan. Kenangan tersebut dapat dijadikan sebagai kumpulan pengalaman pribadi atau ‘*disharingkan*’ kepada orang lain.

Johnson (2005) mendefinisikan *Reminiscence* adalah proses mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu, dimana ingatan tersebut dibentuk sebagai suatu topik utama baik dalam teori maupun aplikasi pada psikogerontologi. Fontaine dan Fletcher (2003) *Reminiscence* adalah kemampuan lansia untuk mengingat kembali ingatan akan masa lalu yang dibimbing oleh seorang profesional untuk selanjutnya ‘*disharingkan*’ kepada keluarga, kelompok atau staf keperawatan. Glod (1998) mendefinisikan terapi *reminiscence* adalah penggunaan kenangan sederhana dan informatif sebagai intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial. Meiner dan Lueckenotte (2006) menjelaskan bahwa terapi *Reminiscence* adalah terapi yang diterapkan pada lansia melalui proses motivasi dan diskusikan tentang pengalaman masa lalu yang dialami dan upaya penyelesaian masalah yang dilakukan pada saat itu. Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* adalah suatu terapi yang diberikan pada lansia dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kenangan tentang kejadian dan pengalaman masa lalu serta penyelesaian masalah yang dilakukannya untuk disampaikan kepada keluarga, teman kelompok atau staf keperawatan.

Gold (1998), tujuan terapi *reminiscence* adalah untuk memberikan kesempatan bersosialisasi, pengalihan, kesenangan, komunikasi,

mengurangi depresi dan isolasi sosial serta meningkatkan kepuasan hidup dan harga diri lansia berdasarkan penilaian diri sendiri, keunikan, dan prestasi yang telah dicapai. Fontaine dan Fletcher (2003) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* bertujuan untuk meningkatkan harga diri dan membantu individu mencapai kesadaran diri dan memahami diri, beradaptasi terhadap stres dan melihat bagian dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Nussbaum (2000, dalam Fontaine & Fletcher, 2003) menyatakan bahwa tujuan terapi *Reminiscence* adalah menciptakan kebersamaan kelompok dan meningkatkan keintiman sosial.

Bohlmeijer, (2003); Haight dan Burnside (1993, dalam Ebersole, 2010) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* tidak hanya memberikan pengalaman yang menyenangkan dan meningkatkan hubungan dengan orang lain, tetapi dapat pula memberikan stimulasi kognitif, dan menjadi terapi yang efektif untuk gejala depresi. Dengan kata lain terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia dapat meningkatkan harga diri dan kepuasan hidup lansia, meningkatkan kemampuan beradaptasi terhadap stres melalui kemampuan penyelesaian masalah dan meningkatkan hubungan sosial berdasarkan keunikan dan prestasi yang dimiliki lansia. Dapat disimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan untuk diagnosis keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial yang dialami lansia dengan depresi.

Indikasi pelaksanaan terapi *Reminiscence* adalah lansia dengan depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial (Wheeler, 2008; Stuart & Laraia, 2005; Fontaine, 2009; Jones, 2003). Terapi *Reminiscence* termasuk salah satu intervensi keperawatan spesialis jiwa yang dapat dilaksanakan baik secara individu maupun kelompok. Berdasarkan penelitian terdahulu, terapi ini efektif diberikan

pada lansia yang mengalami depresi. Pelaksanaan terapi *Reminiscence* secara berkelompok lebih memberikan kesempatan kepada sesama lansia untuk saling berbagi pengalaman masa lalu guna mencapai integritas diri ketimbang bila dilakukan secara individu. Terapi ini berupaya memaksimalkan potensi yang dimiliki dan memberikan nilai positif bagi lansia serta bertujuan untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial.

Terapi *Reminiscence* merupakan suatu mekanisme untuk mengatasi perubahan. Dalam terapi ini individu berbagi kenangan dengan orang lain, dimana hal ini dapat membantu individu dalam mencapai integritas diri dan harga diri. Melalui proses ini lansia dapat mempromosikan diri, melestarikan kenangan pribadi maupun kenangan bersama, mengatasi kekurangan materi dan keterbatasan fisik, mengidentifikasi tema universal tentang kehidupan manusia, dan memperkuat mekanisme pertahanan diri. Hal ini berarti bahwa Terapi *Reminiscence* dapat dipergunakan untuk lansia dalam rangka memperkuat integritas diri dan harga diri yang dimilikinya melalui kenangan masa lalu yang sudah dikembangkannya.

Boylin, Gordon, dan Nahrke (1976, dalam University, 2011), meneliti hubungan terapi *Reminiscence* dengan integritas diri pada 41 lansia di panti. Untuk terapi digunakan kuesioner yang dikembangkan oleh Havighurst dan Galasser untuk integritas diri dilakukan wawancara terstruktur berdasarkan tugas perkembangan Erikson. Hasil penelitian menunjukkan korelasi positif yang tinggi antara terapi *Reminiscence* dengan integritas diri, hal ini akan membuat lansia tetap bersemangat dalam menjalani kehidupannya sekalipun telah terjadi perubahan-perubahan dalam dirinya. Dapat disimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* dapat digunakan untuk meningkatkan integritas diri.

Lewis (1971; Fallot,1980 dalam University, 2011) menghubungkan antara terapi *Reminiscence* dengan stress-adaptasi pada 24 orang responden. Hasil penelitian menyatakan bahwa *Reminiscence* yang bermakna akan konsisten pada konsep diri lansia ketimbang *Reminiscence* yang kurang bermakna. Fallot, melakukan penelitian eksperimental mengenai terapi *Reminiscence* sebagai alat terapeutik pada 30 wanita dari berbagai usia. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan *mood* yang positif setelah mendapat terapi *Reminiscence*. Berdasarkan penelitian Lewis dan Fallot ini dapat disimpulkan bahwa terapi *Reminiscence* bermakna pada peningkatan harga diri dan peningkatan *mood* untuk mengatasi kondisi stres.

Liton dan Olstern (1969; Hellebrandt, 1978 dalam University, 2011) menemukan bahwa terapi *Reminiscence* dapat meningkatkan harga diri dan kesadaran diri pada klien demensia dengan Alzheimer. Mahon dan Rhudick (1967, dalam University, 2011), menguji hubungan depresi dengan terapi *Reminiscence*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian terapi *Reminiscence* lebih bermakna pada responden yang tidak mengalami depresi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Liton dan Olstern; Hellebrand; McMahan dan Rhudick menunjukkan adanya peningkatan harga diri pada pasien demensia dan depresi termasuk dapat digunakan untuk diterapkan pada lansia yang mengalami depresi.

Cappliez, dkk (2007, dalam University, 2011) dalam penelitiannya tentang Fungsi *Reminiscence* dan regulasi emosi pada lansia meliputi pemecahan masalah, persiapan kematian, pengalaman kehidupan, kegagalan masa lalu, kebosanan dan memelihara keakraban. Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan emosi positif pada lansia yang berpengaruh secara signifikan terhadap kecemasan, depresi dan kualitas hidup. Thorgrimsen, dkk (2001, dalam University, 2011) dalam penelitiannya tentang Evaluasi terapi *Reminiscence* pada demensia yang

berhubungan dengan kondisi stres menemukan hasil adanya peningkatan rentang perhatian dan pengalaman klinis yang menunjukkan peningkatan kualitas hidup. Wang, dkk (2003, dalam University, 2011) meneliti tentang Pengaruh *Reminiscence* dalam promosi kesehatan mental lansia untuk mengatasi depresi. *Reminiscence* dilakukan melalui peristiwa masa kanak-kanak, pernikahan, kehidupan berkeluarga, dan pekerjaan. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kepercayaan diri lansia

Hsieh, dkk (2009, dalam University, 2011) dalam penelitiannya tentang terapi *Reminiscence* pada depresi dan apatis yang dilakukan melalui pengalaman persahabatan dan pengalaman kerja. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan yang bermakna pada kondisi depresi lansia. Chin (2007, dalam University, 2011) dalam penelitiannya tentang dampak klinis terapi *Reminiscence* untuk mengetahui efek klinis terhadap kepuasan hidup, kondisi depresi, kebahagiaan, dan harga diri. Hasil penelitian menunjukkan adanya korelasi yang positif dalam meningkatkan harga diri lansia.

Berdasarkan beberapa penelitian yang sudah dilakukan, maka peneliti dapat berkesimpulan bahwa terapi *Reminiscence* akan bermakna bagi lansia dengan kondisi depresi. Berkaitan dengan hal tersebut maka peneliti mencoba untuk melihat kemampuan lansia dalam peningkatan kualitas hidupnya.

Kaminsky (1978, dalam University, 2011) berdasarkan hasil penelitiannya mengusulkan empat prinsip terapi *Reminiscence* yaitu : terapi *Reminiscence* sebagai mekanisme pertahanan yang baik pada kecemasan dan harga diri, sarana komunikasi antar individu dalam menjalin hubungan interpersonal selanjutnya, membantu individu dalam mengatasi masalah pribadi, kesedihan atau depresi, dan sebagai proses review kehidupan dan reintegrasi kepribadian.

Watt dan Wong (1991, dalam University, 2011), mengidentifikasi adanya enam jenis toxonomi terapi *Reminiscence* yang dapat dijadikan langkah awal dalam pengembangan terapi tersebut yaitu :

- 1) Fungsi integratif kenangan adalah upaya untuk mencapai makna dan rekonsiliasi berkaitan dengan masa lalu seseorang.
- 2) Instrumen yang digunakan sebagai alat penunjang yang berkaitan dengan emosi dalam upaya membantu seseorang mengingat situasi sulit yang dialami dan membantu pemecahan masalah tersebut.
- 3) Aspek pembelajaran dalam rangka mengidentifikasi kenangan transmissive pada nilai-nilai tertentu yang berkaitan dengan kejadiannya.
- 4) Kenangan murni berupa narasi atau cerita masa lalu yang bertujuan memberikan informasi biografi seseorang
- 5) Lamunan atau hayalan yang dipandang bermanfaat bagi individu pada hari tuanya yang lebih baik daripada masa lalunya yang suram.
- 6) Keinginan yang muncul secara berulang untuk memperbaiki perasaan bersalah pada masa lalu.

Berdasarkan toxonomi tersebut maka peneliti dapat mengembangkan pelaksanaan terapi *Reminiscence* kedalam beberapa sesi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan lansia yang akan diteliti.

Kennard (2006) menyatakan ada 3 tipe utama terapi *Reminiscence*,

yaitu:

1) *Simple* atau *Positive Reminiscence*

Tipe ini untuk merefleksikan informasi dan kenangan serta perasaan yang menyenangkan di masa lalu. Cara yang digunakan untuk mengetahui kenangan tersebut adalah dengan menggunakan pertanyaan langsung dari terapis kepada klien. Terapi ini bertujuan

membantu lansia dalam beradaptasi terhadap kehilangan. Terapi ini dapat diterapkan secara individu maupun kelompok.

2) *Evaluative Reminiscence*

Tipe ini menyerupai terapi *life review* yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah atau konflik. Terapi ini cocok untuk diberikan secara individu.

3) *Offensive Defensive Reminiscence*

Tipe ini berisi informasi yang tidak menyenangkan dan dapat menyebabkan perilaku yang menimbulkan emosi. Tipe ini menyebabkan resolusi terhadap informasi yang penuh konflik dan tidak menyenangkan. Terapi ini dapat diterapkan untuk individu maupun kelompok

Media yang digunakan dalam pelaksanaan terapi *Reminiscence* adalah benda-benda kenangan yang berhubungan dengan masa lalu. Collins (2006) dalam penelitiannya menggunakan media kit (kotak yang diisi berbagai benda-benda masa lalu), foto pribadi masing-masing anggota, alat untuk memutar musik dan video, video dan kaset, buku, pulpen, stimulus bau yang berbeda (coffee, keju, cuka, dan lainnya), rasa (coklat, jeruk, dan lainnya), dan bahan-bahan lain untuk menstimulasi sensori sentuhan (bulu binatang, kain wol, dan lainnya). Dapat disimpulkan bahwa benda kenangan yang berkaitan dengan suatu peristiwa dimasa lalu dapat digunakan untuk membantu mengingat suatu kejadian atau pengalaman pada masa tersebut. Dalam penelitian ini, benda-benda yang dipergunakan akan disesuaikan dengan peristiwa pada tahun yang sesuai dengan usia lansia pada jamannya. Diharapkan melalui benda-benda tersebut lansia akan dapat mengingat kembali masa lalunya yang dapat diceritakan pada orang lain agar proses dan tujuan terapi tercapai.

Kennard (2006) dan Ebersole (2010) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* dapat diberikan pada lansia secara individu, keluarga maupun kelompok. Pelaksanaan terapi *Reminiscence* secara kelompok lebih menguntungkan dibanding bila dilaksanakan secara individu. Pelaksanaan kegiatan terapi secara berkelompok memberi kesempatan kepada lansia untuk membagi pengalamannya pada anggota kelompok, meningkatkan kemampuan komunikasi dan sosialisasi dalam kelompok serta efisiensi biaya maupun efektifitas waktu.

Ada sembilan kunci sukses pelaksanaan kegiatan terapi *Reminiscence* yang dikemukakan oleh Family and Consumer Sciences (2010) yaitu :

- 1) Menyediakan tempat yang tetap, nyaman, hangat, cukup penerangan dan tidak bising.
- 2) Anggota kelompok yang ideal terdiri dari 5 – 6 orang.
- 3) Tanyakan pertanyaan yang relevan pada point-point penting dalam ceritanya.
- 4) Proses kegiatan tidak boleh terganggu, istirahat hanya ada pada waktu jeda.
- 5) Sediakan cukup waktu agar setiap anggota dapat mengekspresikan dirinya sesuai keinginan.
- 6) Berikan pertanyaan secara hati-hati agar tidak membuat malu ketika anggota tidak dapat menjawab pertanyaan tersebut.
- 7) Menghargai sensitifitas pribadi dan tidak memaksakan bila anggota tidak mau mengungkapkan sesuatu tentang dirinya.
- 8) Meminta peserta untuk membawa barang-barang pribadi yang dapat digunakan dalam proses terapi untuk menstimulasi kenangan yang berkaitan dengan benda tersebut.
- 9) Membantu anggota yang kebingungan untuk dapat fokus pada pikiran-pikirannya untuk mengelaborasi suatu memori tertentu.

Dalam penelitian ini peneliti akan memperhatikan kunci-kunci tersebut untuk mendapatkan hasil yang maksimal agar tujuan pemberian terapi *Reminiscence* dapat tercapai.

Selain benda-benda kenangan, perawat juga berpedoman pada beberapa item pertanyaan yang telah dikembangkan oleh Haight (1989, dalam Collins, 2006) yaitu beberapa item pertanyaan untuk dipergunakan dalam pelaksanaan terapi. Pertanyaan tersebut berhubungan dengan pengalaman lansia pada masa anak, remaja, dewasa dan pengalaman dengan keluarga dan di rumah, digunakan untuk mendapatkan kenangan masa lalu melalui peristiwa yang terjadi.

1) Kenangan pada masa anak-anak

Kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, kenangan bersama orangtua dan saudara sekandung, kenangan ketika ditinggalkan oleh orang yang disayangi atau kehilangan benda yang disenangi, dan kegiatan spiritual yang dikembangkan di lingkungan keluarga.

2) Kenangan pada masa remaja

Kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, orang terpenting dalam kehidupan saat itu, pengalaman sulit dan solusi yang didapatkan, kebahagiaan yang diperoleh, dan mendapatkan penghargaan dari orang lain.

3) Kenangan pada masa dewasa

Kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, keberhasilan yang diperoleh di sekolah maupun di pekerjaan, peristiwa pacaran, menikah, dan pertama kali memiliki anak, kebahagiaan dan ketidakbahagiaan yang dirasakan, serta penderitaan yang dialami.

Bonat (1994), terapi *Reminiscence* adalah salah satu terapi yang dapat diberikan oleh tenaga profesional diberbagai tempat (setting). Menurut Meiner dan Lueckenotte (2006) seorang perawat profesional dapat dilibatkan dalam pemberian terapi *Reminiscence* secara kelompok. Perawat spesialis keperawatan jiwa dapat bekerja di semua tatanan layanan keperawatan yang berkaitan dengan kesehatan jiwa. Oleh karena itu, perawat spesialis keperawatan jiwa dapat menggunakan terapi *Reminiscence* dalam melaksanakan praktik keperawatannya.

Terapi *Reminiscence* dapat dilaksanakan dalam beberapa pertemuan (sesi). Terapis dapat menentukan jumlah sesi yang akan digunakan dalam kegiatan terapi tersebut. Collins (2006) menetapkan prosedur pelaksanaan terapi *Reminiscence* dalam 12 sesi konseling, yaitu :

Sesi 1: Sesi ini dimulai dengan *leader* (pemimpin kelompok) memberikan pertanyaan untuk memecahkan suasana dan untuk beberapa menit saling berbagi informasi satu sama lain untuk membentuk rasa saling percaya dan kemudian menggunakan *reminiscence* kit (kotak yang diisi dengan berbagai barang-barang pada masa lalu, majalah, alat untuk memasak, membersihkan dan lain-lain), kelompok berdiskusi dan menggali, partisipan akan diikutsertakan dalam aktivitas kelompok dalam beberapa kegiatan dan berkomunikasi tentang memori tiap-tiap benda masa lalu. Bagian kedua dari sesi berfokus pada bagaimana individu, tempat dan kejadian dalam memori yang membentuk siapa mereka saat ini.

Sesi 2: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Pertanyaan dihubungkan dengan periode perkembangan masa anak-anak yang akan dijelaskan dalam kelompok. Anggota

kelompok akan didorong untuk menggambarkan bagaimana pengalaman tersebut memberikan efek pada kehidupan saat ini.

Sesi 3: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Pertanyaan dihubungkan dengan periode perkembangan masa remaja yang akan dijelaskan dalam kelompok. Anggota kelompok akan didorong untuk menggambarkan bagaimana pengalaman tersebut memberikan efek pada kehidupan saat ini.

Sesi 4: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Pertanyaan dihubungkan dengan periode perkembangan masa dewasa yang akan dijelaskan dalam kelompok. Anggota kelompok akan didorong untuk menggambarkan bagaimana pengalaman tersebut memberikan efek pada kehidupan saat ini.

Sesi 5: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Pertanyaan dihubungkan dengan keluarga dan keadaan rumah yang menjadi tujuan dalam kelompok. Anggota kelompok akan didorong untuk menggambarkan bagaimana pengalaman tersebut memberikan efek pada kehidupan saat ini.

Sesi 6: Gunakan foto-foto pribadi yang disediakan oleh anggota kelompok sebagai media untuk diskusi dan eksplorasi kelompok, anggota kelompok akan saling berbagi tentang fotonya dan kenangan yang berhubungan dengan dirinya dan akan menggambarkan bagaimana kenangan tersebut akan membentuk siapa dirinya pada saat ini.

Sesi 7: Gunakan topik: perjalanan yang dialami oleh anggota kelompok yang dialami beberapa tahun yang lalu, kenangan yang timbul akan diproses dan anggota kelompok dimotivasi untuk berbagi tentang apa yang mereka pelajari dari perjalanan tersebut dan

bagaimana akhirnya mereka menjadi individu yang berbeda terkait dengan pengalaman ini.

Sesi 8: Gunakan videoklip film atau sinema yang bervariasi yang dihubungkan dengan penuaan sebagai media diskusi dan eksplorasi kelompok. Anggota kelompok didorong untuk berbagi pikiran dan perasaan yang diperoleh dari melihat videoklip tersebut. Anggota kelompok akan dimotivasi untuk berbagi tentang masalah yang tidak terselesaikan pada masa lalu dan berlanjut hingga saat ini.

Sesi 9: Anggota kelompok akan diberi kesempatan untuk menulis atau menggambar akhir dari sesi sebelumnya (sesi 8) yang menunjukkan kenangan kebahagiaan atau kenangan yang menyedihkan. Pada sesi ini anggota kelompok akan *sharing* kembali tentang tulisan maupun gambar yang telah dibuat tadi.

Sesi 10: Gunakan musik dari generasi yang lalu sebagai media bagi kelompok untuk berdiskusi dan eksplorasi, anggota kelompok akan dimotivasi untuk berbagi tentang pikiran dan perasaan yang diperoleh dari mendengarkan musik tersebut. Anggota kelompok akan dimotivasi untuk berbagi tentang masalah yang tidak terselesaikan pada masa lalu dan berlanjut hingga saat ini.

Sesi 11: Gunakan stimulus bau yang berbeda (seperti coffee, keju, cuka), rasa (seperti coklat, jeruk, kulit pie dll), dan bahan-bahan lain untuk menstimulasi sensori sentuhan (seperti bulu binatang, wol dan flanel, pasir, lumpur dll), anggota kelompok akan diminta untuk mendiskusikan kenangan yang berhubungan dengan sensori-sensori tersebut. Pada bagian kedua dari sesi konseling anggota kelompok akan diminta untuk *sharing* kembali dengan anggota kelompok lain apa yang mereka harapkan selama proses kelompok ini.

Sesi 12: Gunakan format pertanyaan untuk *life review* dan pengalaman. Desain pertanyaan merupakan kesimpulan dari proses *life review* yang ditujukan pada anggota kelompok. Kemudian anggota kelompok diberi kesempatan untuk *sharing* dengan tiap anggota tentang apa yang mereka peroleh dan mereka pelajari dari pengalaman *sharing* dalam kelompok.

Terapi *Reminiscence* yang sudah dikembangkan oleh Syarniah (2010) tentang Pengaruh terapi kelompok *Reminiscence* terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha Budi Sejahtera di Kalimantan Selatan, terdiri dari 5 sesi yaitu:

Sesi 1 : Berbagi pengalaman masa anak. Kegiatan pada sesi ini adalah perkenalan antara pemimpin dengan semua anggota kelompok, pemimpin menyampaikan tujuan kelompok dan peraturan kegiatan. Kemudian dilanjutkan dengan berbagi (*sharing*) atau diskusi tentang pengalaman menyenangkan pada masa anak. Pengalaman pada masa anak lebih difokuskan pada pengalaman tentang permainan yang paling disenangi dan pengalaman tentang guru yang paling disenangi pada waktu Sekolah Dasar atau sederajat.

Sesi 2 : Berbagi pengalaman masa remaja. Sesi ini berfokus pada pengalaman masa remaja. Diskusikan tentang hobi yang dilakukan bersama teman-teman sebaya dan pengalaman rekreasi bersama teman pada masa remaja.

Sesi 3 : Pengalaman pada masa dewasa. Diskusi mengenai pekerjaan dan makanan yang paling disukai.

Sesi 4 : Berbagi pengalaman tentang keluarga dan kegiatan di rumah. Diskusi mengenai pengalaman merayakan hari raya agama bersama anggota keluarga dan bergaul dengan tetangga.

Sesi 5 : Evaluasi tentang integritas diri yang merupakan kegiatan akhir dari rangkaian terapi. Kegiatan pada sesi ini adalah mengevaluasi pencapaian integritas diri lansia. Pada kegiatan ini dirangkum pengalaman yang sudah dilakukan selama kegiatan sesi 1 sampai 4. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui mencapai peningkatan harga diri, penerimaan diri sebagai lansia dan peningkatan interaksi lansia dengan orang lain. Selanjutnya kegiatan ditutup dengan terminasi kelompok.

Dalam penelitian ini, pelaksanaan terapi *Reminiscence* pada lansia dengan depresi akan menggunakan langkah terapi yang dimodifikasi dari terapi yang sudah dikembangkan oleh Syarniah (2010) dengan jumlah sesi menjadi 6 (enam) sesi. Terapi ini akan dipadukan dengan pemberian Psikoedukasi Keluarga dengan harapan keluarga dapat mendukung lansia dalam mengatasi permasalahannya.

b. Pedoman Pelaksanaan Terapi *Reminiscence*

1) Pengertian

Menurut Bluck dan Levine (1998, dalam Collins, 2006) *Reminiscence* adalah proses yang dikehendaki atau tidak dikehendaki untuk mengumpulkan kembali kenangan seseorang akan masa lalunya. Kenangan ini merupakan suatu pengalaman hidup yang dialami individu, dapat berupa peristiwa yang tidak bisa dilupakan atau peristiwa yang sudah terlupakan.

2) Tujuan terapi Reminiscence

Fontaine (2009) mengatakan bahwa Terapi *Reminiscence* bertujuan untuk meningkatkan harga diri dan membantu individu mencapai kesadaran diri dan memahami diri, beradaptasi terhadap stres dan melihat bagian dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Bohlmeijer (2003); Haight dan Burnside, (1993, dalam Ebersole, 2010) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* tidak hanya memberikan pengalaman yang menyenangkan dan meningkatkan hubungan dengan orang lain, tetapi dapat pula memberikan stimulasi kognitif, dan menjadi terapi yang efektif untuk gejala depresi.

3) Indikasi terapi Reminiscence

Indikasi pelaksanaan terapi *Reminiscence* adalah lansia depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial (Wheeler, 2008; Stuart & Laraia, 2005; Fontaine, 2009; Jones, 2003). Indikasi keperawatan terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia yang hidup dengan keluarganya adalah lansia dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial.

4) Prosedur pelaksanaan

Adapun kegiatan pada setiap sesi adalah sebagai berikut :

Sesi 1 : Perubahan dan masalah yang dialami lansia

Seiring dengan proses menua akan terjadi perubahan-perubahan pada diri lansia baik perubahan biologis, perubahan psikologis, perubahan sosial, perubahan spiritual. Perubahan biologis dapat menyebabkan penurunan kemampuan organ pada seluruh sistem

tubuh dan penampilan diri. Perubahan psikologis akan berdampak pada kemampuan berpikir, daya ingat, dan pengambilan keputusan serta perubahan perilaku. Perubahan sosial akan berpengaruh pada perubahan peran sosial baik dalam kehidupan di dalam keluarga maupun di masyarakat. Perubahan spiritual akan dirasakan oleh lansia sebagai penurunan akan semangat hidup yang berdampak pada kegiatan keseharian lansia.

Berkaitan dengan perubahan-perubahan tersebut maka masalah yang dapat terjadi pada lansia meliputi kelemahan fisik, keterbatasan gerak, penyakit kronik, kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, kehilangan semangat dan penurunan kualitas hidup.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang terjadi pada diri lansia.
2. Mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul akibat perubahan.

Sesi 2 : Pengalaman masa usia anak. Kegiatan dalam sesi ini berfokus pada pengalaman yang menyenangkan ketika masa usia anak khususnya ketika berprestasi atau menghasilkan suatu karya dan ketika mendapatkan pujian.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa usia anak.
2. Mengenang prestasi/karya yang dihasilkan pada masa usia anak.
3. Mengenang perasaan ketika mendapat penghargaan/pujian.

Sesi 3 : Pengalaman masa usia remaja. Sesi ini berfokus pada pengalaman masa remaja dalam kaitannya dengan pencarian identitas diri, peran sosial yang dilakukan dan potensi diri yang dimiliki.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa remaja.
2. Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencarian identitas diri dan peran sosial pada masa remaja.
3. Mengenang potensi diri yang dimiliki pada masa remaja.

Sesi 4 : Pengalaman masa usia dewasa. Sesi ini dikaitkan dengan perkembangan psikososial masa dewasa muda dan dewasa akhir.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengenang pengalaman yang menyenangkan pada masa dewasa muda dan dewasa pertengahan.
2. Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka menjalin keintiman/keakraban pada masa dewasa muda.
3. Mengenang kegiatan yang dilakukan dalam rangka mempersiapkan generasi baru pada masa dewasa pertengahan.

Sesi 5 : Pengalaman masa lansia saat ini. Topik ini berfokus pada pengalaman memasuki tahap awal masa lansia hingga saat ini.

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengidentifikasi masalah yang muncul pada saat ini dan cara mengatasinya.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup yang dimiliki saat ini.
3. Mengidentifikasi harapan dan rencana hidupnya ke masa depan.

Sesi 6 : Sesi ini bertujuan untuk mengevaluasi keberhasilan terapi

Kemampuan yang perlu dilatih pada sesi ini adalah :

1. Mengetahui manfaat terapi *Reminiscence*.
2. Harapan dan rencana setelah mengikuti terapi *Reminiscence*.

2) Waktu pelaksanaan

Waktu pelaksanaan setiap pertemuan berlangsung sekitar 60 – 90 menit. Penetapan waktu yaitu untuk satu kali pertemuan dengan fungsi terapi rendah berkisar 20 sampai 40 menit dan untuk fungsi kelompok yang tinggi berkisar 60 sampai 120 menit. Jumlah anggota setiap kelompok minimal 7 maksimal 10 orang, merupakan kelompok ideal menurut Stuart dan Laraia (2005). Dengan jumlah anggota yang tidak terlalu besar diharapkan semua anggota kelompok mempunyai kesempatan yang sama dalam berbicara dan mengekspresikan pemikirannya.

b. Terapi Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi Keluarga merupakan suatu metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga kesehatan jiwa profesional sebagai bagian dari keseluruhan intervensi klinik untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan (Sari, 2009). Tujuan utama Psikoedukasi Keluarga adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Vascarolis, 2006). Dapat disimpulkan bahwa Psikoedukasi Keluarga bertujuan untuk meningkatkan kemandirian klien melalui peningkatan dukungan dan pengetahuan terhadap anggota keluarga dalam rangka mengurangi stres keluarga. Oleh karena itu diperlukan suatu peningkatan informasi dan pengetahuan keluarga tentang perubahan-perubahan pada lansia dengan kondisi depresi dan

peningkatan coping keluarga untuk menghadapi masalah yang dialami keluarga.

Okanovic, dkk (2009) dalam penelitian yang berjudul *Psychoeducation versus treatment as usual in diabetic patients with subthreshold depression*, mendapatkan hasil bahwa pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol terjadi penurunan depresi yang signifikan. Goldstein dan Miklowitz (2007) dalam penelitian yang berjudul *The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders*, mendapatkan hasil bahwa pemberian terapi obat ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga lebih ampuh ketimbang terapi dengan pemberian obat saja. Gonzales (2010) dalam penelitian yang berjudul *Effect of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis* mendapatkan hasil bahwa terapi ini dapat menurunkan emosional pada keluarga pasien yang pertama kali menderita psikosis. Berdasarkan ketiga meneliti tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian Psikoedukasi Keluarga dapat menolong keluarga dalam menghadapi masalah yang terjadi pada salah satu anggota keluarga dan membantu keluarga untuk mengatasi masalah tersebut.

Chien dan Wong (2007) telah meneliti tentang Efektifitas psikoedukasi dengan skizofrenia meliputi persepsi, pengetahuan, dan keterampilan keluarga tentang perawatan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia, diperoleh hasil sebagian besar keluarga melaporkan adanya perbaikan fungsi keluarga dan fungsi klien. Nurbani (2009) dalam penelitiannya berjudul Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat pasien stroke memperoleh hasil bahwa terjadi penurunan beban keluarga yang cukup bermakna. Sedangkan Sari (2009) dalam penelitiannya dengan

judul Pengaruh *family psychoeducation therapy* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung memperoleh hasil bahwa terjadi penurunan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga yang cukup bermakna. Berdasarkan kedua penelitian yang dilakukan pada keluarga pasien baik dengan masalah psikososial maupun pada keluarga dengan masalah gangguan jiwa ternyata pemberian Psikoedukasi Keluarga cukup bermakna dalam membantu keluarga dalam mengatasi masalahnya.

Menurut Clarkin, dkk. (1998, dalam Stuart & Laraia, 2005), indikasi untuk pemberian terapi ini adalah keluarga yang mengalami masalah psikososial dan gangguan jiwa. Indikasi lain, terapi ini dapat diberikan pada keluarga dengan gangguan perasaan, skizofrenia dan gangguan jiwa umum serta keluarga dengan penolakan dan beban yang tinggi. Hal ini berarti Psikoedukasi Keluarga dapat diberikan pada keluarga lansia dengan kondisi depresi untuk mengurangi penolakan keluarga dalam merawat lansia. Johnson dan Johnson (1996 dalam Purwadi, 2006) mengatakan bahwa adanya dukungan sosial sebagai bantuan dan dorongan yang diberikan orang lain akan membuat individu merasa diperhatikan dan dicintai. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan dari orang-orang yang berarti akan membuat individu merasa dihargai.

Model-model Psikoedukasi Keluarga yang dikembangkan oleh National Alliance for the Mentally III, (1999) mengembangkan 10 (sepuluh) sesi program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa yaitu :

- 1) Dasar dan tujuan program meliputi pengenalan anggota keluarga dengan tenaga kesehatan dan penjelasan program terapi.
- 2) Pengalaman keluarga tentang beban keluarga, sistem, keluarga, dan perspektif hidup keluarga.

- 3) Gangguan jiwa I tentang diagnosa, etiologi, prognosis, dan intervensi.
- 4) Gangguan jiwa II tentang gejala, pengobatan, model stres dan hasil riset terbaru.
- 5) Manajemen simptom dan masalah.
- 6) Stres, koping, dan adaptasi keluarga.
- 7) Peningkatan efektifitas klien dan keluarga I tentang manajemen perilaku, resolusi konflik, keterampilan komunikasi, dan pemecahan masalah.
- 8) Peningkatan efektifitas klien dan keluarga II tentang manajemen stres, latihan asertif, pencapaian keseimbangan keluarga, dan kebutuhan individu.
- 9) Hubungan keluarga dan tenaga kesehatan tentang jenis hubungan, hambatan dan cara mengatasi hambatan.
- 10) Sumber daya komunitas tentang advokasi konsumen, pengkajian sistem, isu-isu legal, dan sistem rujukan.

Farlane (2002, dalam Sari,2009) mengembangkan psikoedukasi keluarga secara berkelompok yaitu *Psychoeducational Multifamily Group Treatment* (PMFGT) yang memfasilitasi *shared problem solving*, usaha pemulihan dan mengurangi stigma. Mc Farlane menyusun PMFGT ke dalam empat sesi yaitu :

Sesi 1 : terapis bertemu secara terpisah dengan klien dan anggota keluarga.

Sesi 2 : anggota keluarga mengikuti workshop sehari tentang psikoedukasi, biasanya tanpa kehadiran klien. Pada tahap ini, terapis dan anggota keluarga mengembangkan *trust* dan rasa nyaman satu sama lain, dan keluarga memperoleh informasi dan dasar pengetahuan tentang gangguan jiwa. Biasanya terapis dibantu oleh seorang co-terapis. Sebuah format tertutup digunakan untuk mengevaluasi kegiatan kelompok setiap minggu dengan terapis yang

sama.

Sesi 3: Dalam kurun waktu 1 tahun, lebih menekankan pada pencegahan kekambuhan dan rehospitalisasi.

Sesi 4 : Setelah 6 – 12 bulan kemudian, program lebih menekankan pada rehabilitasi vokasional dan sosial bagi klien.

Carol Anderson, et.all. (1983, dalam Sari, 2009) yang menyusun tahapan perkembangan psikoedukasi dalam empat tahap sebagai berikut :

- 1) Tahap *Orthodoxy*, menekankan pada implementasi dan pengembangan teknik. Metode yang digunakan pada tahap ini hanya mengacu pada bagaimana cara menyelesaikan gejala saja.
- 2) Tahap *Negation*, berorientasi pada faktor biologis dan genetik dari gangguan jiwa khususnya skizofrenia. Segi psikoedukasi pada tahap ini hanya dengan memberikan leaflet sederhana kepada keluarga.
- 3) Tahap *Substitution*, tahap ini masih menjadikan keluarga sebagai objek.
- 4) Tahap *Evolution*, berfokus pada integrasi dari tahapan yang telah dilalui yang mungkin akan memberikan dampak lebih baik terhadap keluarga.

Wandaningsih (2007, dalam Sari,2009) mengembangkan Psikoedukasi Keluarga untuk klien dengan halusinasi yang disusun dalam enam sesi meliputi :

Sesi 1 (Pendahuluan) terdiri dari materi tentang gangguan jiwa di Indonesia dan beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

Sesi 2 (Cara Merawat Klien Halusinasi) terdiri dari 2 subsesi dengan

materi : konsep halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, cara komunikasi dengan klien halusinasi, dan cara merawat klien dengan halusinasi.

Sesi 3 (Manajemen Stres dan Kekambuhan) terdiri dari materi : mengatasi kekambuhan halusinasi, manajemen stres dan beban keluarga.

Sesi 4 (Mengatasi Hambatan) terdiri dari materi : hambatan dalam merawat klien halusinasi dan mengatasi stres, serta mengatasi hambatan dalam hubungan keluarga dengan tenaga kesehatan.

Sesi 5 (Tindak Lanjut) terdiri dari materi : dialog dengan puskesmas, dan pembentukan kelompok swabantu.

Model Psikoedukasi Keluarga untuk masalah psikososial yang dikembangkan oleh Nurbani, (2009) dalam penelitiannya tentang Pengaruh Psikoedukasi Keluarga pada masalah psikososial yang anggotanya mengalami stroke, ke dalam lima sesi yaitu :

Sesi 1 : Pengkajian masalah yang dialami (pengalaman keluarga selama merawat anggota keluarga dengan stroke).

Sesi 2 : Perawatan pasien dengan penyakit stroke yang terdiri dari pengertian, tanda dan gejala, etiologi, cara merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit stroke.

Sesi 3 : Manajemen ansietas yang terdiri dari tanda dan gejala, dan cara mengurangi ansietas.

Sesi 4 : Manajemen beban yang terdiri dari tanda-tanda beban dan cara mengatasi beban.

Sesi 5 : Hambatan dan pemberdayaan keluarga yang terdiri dari peran anggota keluarga dalam merawat pasien stroke dan hambatan yang akan ditemui.

North Carolina Evidence Based Practice Centre (2009, dalam Nurbani, 2009) mengembangkan model Psikoedukasi Keluarga dalam enam sesi sebagai berikut :

Sesi 1 : Mengkaji faktor presipitasi untuk melihat kejadian penyakit di masa lalu.

Sesi 2 : Melihat tanda dan gejala penyakit.

Sesi 3: Respons keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarga yang sakit.

Sesi 4 : Strategi koping dan kekuatan untuk mencapai keberhasilan

Sesi 5 : Dukungan sosial di masyarakat.

Sesi 6 : Proses berduka dan kesedihan yang berhubungan dengan penyakit dan mengembangkan rencana pengobatan selanjutnya.

Model Psikoedukasi Keluarga yang dikembangkan oleh Sari (2009) dalam penelitiannya mengenai Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan pasung, ke dalam lima sesi yaitu :

Sesi 1 : Pengkajian masalah keluarga.

Sesi 2 : Perawatan klien dengan pasung.

Sesi 3 : Manajemen stres keluarga.

Sesi 4 : Manajemen beban keluarga.

Sesi 5 : Pemberdayaan komunitas membantu keluarga.

Berdasarkan pengembangan sesi-sesi pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga tersebut di atas, maka peneliti membuat kajian agar dapat mengembangkan sesi Psikoedukasi Keluarga sesuai dengan kondisi lansia yang mengalami depresi. Kajian dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1

Kajian pengembangan sesi untuk Psikoedukasi Keluarga

No	Komponen	NA MI	Carol	Mc. Far len	War da ning sih	Sari	Carol in	Nur bani
1.	Tujuan program	x		x		x		
2.	Pengalaman keluarga	x		x	x	x	x	x
3.	Gangguan jiwa I	x	x	x	x	x	x	x
4.	Gangguan jiwa II	x	x	x	x	x	x	x
5.	Manajemen masalah	x		x	x			x
6.	Stres koping adaptasi	x	x		x		x	
7.	Peningkatan efektifitas klien dan keluarga	x				x		
8.	Manajemen keluarga	x	x		x	x		x
9.	Hubungan antara keluarga dengan tenaga kesehatan	x	x		x	x		x
10.	Sumber daya komunitas	x		x	x	x	x	
11.	Pencegahan kekambuhan			x	x		x	

Berkaitan dengan kajian di atas maka peneliti bermaksud memodifikasi pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga ke dalam empat sesi yaitu :

Sesi 1 : Masalah dalam merawat lansia.

Sesi 2 : Cara merawat lansia dengan depresi, HDR, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial (dua sub sesi).

Sesi 3 : Cara merawat *caregiver* yang mengalami stres dalam merawat lansia (dua sub sesi).

Sesi 4 : Pemberdayaan keluarga dan komunitas.

c. Pedoman Pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga

1) Pengertian



(Word to PDF Converter - Unregistered)
<http://www.Word-to-PDF-Converter.net>

Psikoedukasi Keluarga merupakan suatu metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga kesehatan jiwa profesional sebagai bagian dari keseluruhan intervensi klinik untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan (Sari, 2009).

2) Tujuan Terapi Psikoedukasi Keluarga

Tujuan utama Psikoedukasi Keluarga adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Vascarolis, 2006). Dapat disimpulkan bahwa Psikoedukasi Keluarga bertujuan untuk berbagi informasi dalam rangka meningkatkan kemandirian lansia dan peningkatan dukungan keluarga dalam merawat lansia di tengah-tengah keluarga.

3) Model Psikoedukasi Keluarga yang akan dikembangkan

Model terapi yang akan dikembangkan terkait dengan kondisi depresi pada lansia adalah :

Sesi 1: Masalah dalam merawat lansia meliputi mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang muncul dari perubahan tersebut dan mengidentifikasi masalah yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

Sesi 2: Cara merawat lansia dengan depresi, HDR, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial meliputi Perawatan lansia dengan depresi dan Perawatan *caregiver* dalam mengatasi masalah dirinya.

Sesi 3 : Cara merawat *caregiver* yang mengalami stres dalam merawat lansia.

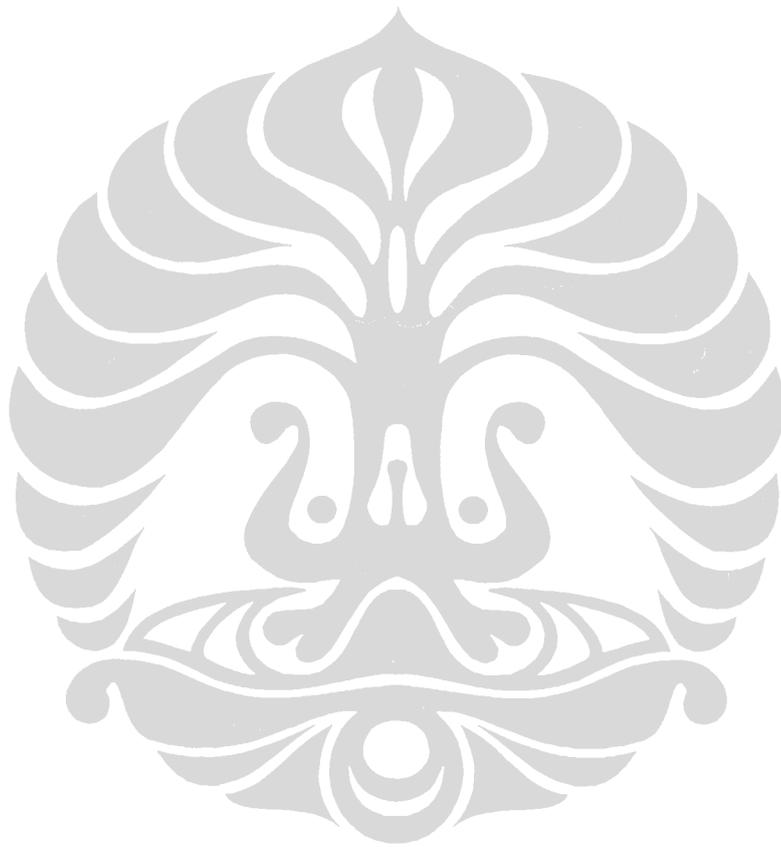
Sesi 4 : Pemberdayaan keluarga dan komunitas.

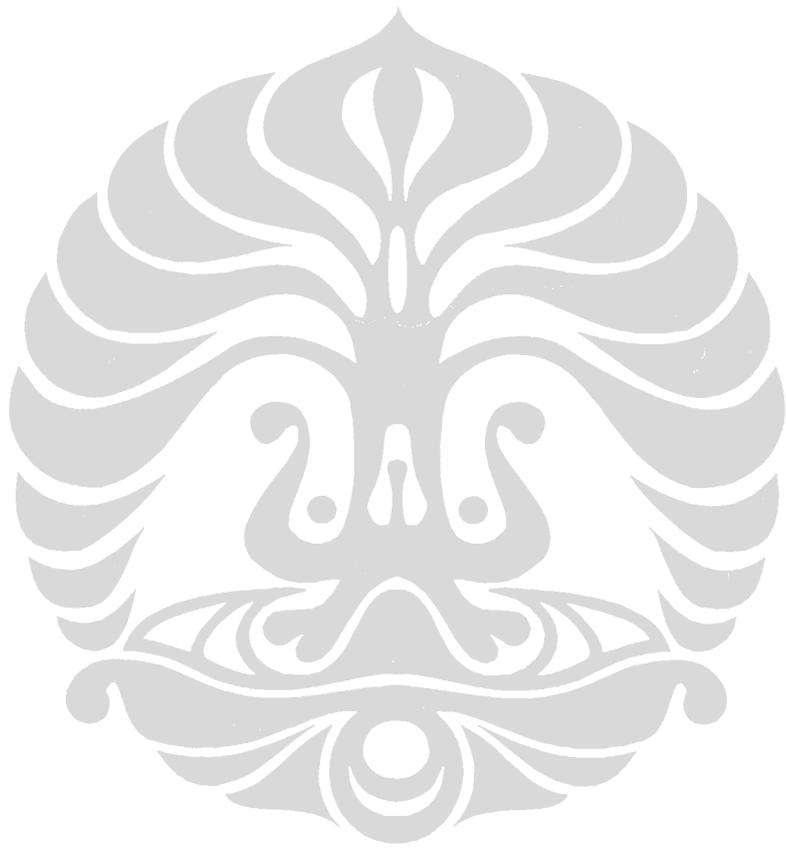
4) Waktu pelaksanaan



(Word to PDF Converter - Unregistered)
<http://www.Word-to-PDF-Converter.net>

Waktu pelaksanaan setiap pertemuan berlangsung sekitar 60 – 90 menit. Untuk fungsi kelompok yang tinggi berkisar 60 sampai 120 menit. Jumlah anggota setiap kelompok minimal 7 maksimal 10 orang yang merupakan kelompok ideal menurut Stuart dan Laraia (2005). Dengan jumlah anggota yang tidak terlalu besar diharapkan semua anggota kelompok mempunyai kesempatan yang sama dalam berbicara dan mengekspresikan pemikirannya.





BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini akan menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan penelitian ini.

1 Kerangka Teori Penelitian

Perubahan fisik lansia berdampak pada seluruh sistem tubuh dimana terjadi penurunan fungsi tubuh dan timbulnya penyakit-penyakit fisik. Hal ini disebabkan oleh karena proses penuaan. Tindakan keperawatan yang tepat pada penanganan masalah kesehatan fisik akan mengurangi kondisi depresi yang dialami lansia (Nugroho, 2000; Hurlock, 2004; Ebersole, 2010; Stuart, 2009; Kemkes, 2010).

Perubahan psikologis lansia melibatkan keadaan kepribadian lansia. Kepribadian lansia dibentuk sejak masa dewasa awal dan tetap stabil sampai masa lansia. Masalah yang sering timbul pada lansia adalah kecemasan, ketidakberdayaan, perasaan terabaikan, kehilangan, kesepian, risiko bunuh diri. Pada penelitian ini untuk kecemasan, perasaan terabaikan, kehilangan, kesepian, risiko bunuh diri tidak dibahas. Perubahan mental dan perilaku pada lansia menunjukkan adanya masalah psikososial yang dialami lansia yaitu depresi (Stuart, 2009; Basuki, 2009; Ebersole, 2010).

Perubahan sosial yang dialami lansia adalah perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, kehilangan pasangan hidup, serta kehilangan sistem dukungan dari keluarga, teman dan tetangga. Lansia dituntut untuk dapat bersosialisasi kembali dengan kelompoknya, lingkungannya dan dari generasi ke generasi. Sosialisasi berarti lansia meningkatkan kemampuan untuk berpartisipasi dalam kelompok sosial.

Perubahan peran dan fungsi sosial lansia dapat menyebabkan harga diri rendah dan isolasi sosial (Ebersole, 2010; Atchley & Barusch, 2004).

Perubahan seksual pada lansia juga terjadi, penyesuaian yang harus dilakukan adalah membangun hubungan yang baik dengan pasangan, jika hubungan ini berlangsung baik akan mendatangkan kebahagiaan pada lansia. Bila hubungan tidak baik maka akan terjadi kekakuan dan hubungan menjadi dingin, hal ini dapat menyebabkan terjadinya perkecokan (Ebersole, 2010; Stuart, 2009).

Perubahan-perubahan pada lansia dapat menimbulkan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial. Depresi adalah suatu keadaan kesedihan atau keputusasaan yang ekstrim yang mencapai suatu titik tertentu yang mempengaruhi aktifitas dan kualitas hidup individu. Perilaku harga diri rendah pada lansia adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktifitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri (Stuart, 2005; *Indian Womens Health*, 2009; Capernito, 2000).

Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesendirian dan merasa terbebani oleh orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam. Karakteristik diagnosa keperawatan isolasi sosial adalah tidak adanya sistem pendukung, tidak ada kontak mata, merasa sedih, merasa sendirian, tidak ada komunikasi, memperlihatkan sikap bermusuhan, menarik diri dari kehidupan sosial (NANDA, 2007).

Ketidakberdayaan adalah ekspresi verbal yang menyatakan kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu. Pada kondisi ini individu mengekspresikan tingkat energi yang fluktuatif dan tidak menentu, pasif, apatis, tidak ada partisipasi dalam perawatan atau membuat keputusan, benci, marah, merasa

bersalah, enggan dalam mengekspresikan perasaan yang benar, mengekspresikan ketidakpuasan dan frustrasi, mengekspresikan tidak ada kontrol dari luar dan menurunnya partisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007).

Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya. Karakteristik yang muncul adalah afek menurun, pasif, penurunan verbalisasi, nafsu makan menurun, gangguan tidur, kehilangan inisiatif dan aktivitas menurun (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan-perubahan pada lansia yang menyebabkan depresi adalah faktor individual dan faktor interpersonal. Pada faktor individual, lansia akan mengalami perkembangan integritas ego *versus* keputusasaan (*integrity versus despair*). Havighurst mengatakan bahwa lansia perlu menyesuaikan diri dengan adanya penurunan kekuatan fisik, kurangnya penghasilan, kematian pasangan, perlunya menjalin hubungan dengan teman sebaya, dan menyesuaikan diri dengan peran sosial yang baru (Videbeck, 2008).

Faktor interpersonal melibatkan hubungan antara lansia dengan individu lainnya. Dalam hal ini, hubungan lansia dengan anggota keluarga lainnya dan masyarakat di lingkungannya. Keluarga merupakan bagian yang tidak dapat dilepaskan dari kehidupan lansia. Kesejahteraan dan perawatan lansia merupakan tanggung jawab keluarga. Ketidaktahuan akan peran dan fungsi keluarga serta cara keluarga merawat lansia dapat menimbulkan berbagai masalah yang mengakibatkan bertambahnya beban keluarga (Friedman, 2010).

Berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lansia dan kondisi depresi ; ketidakberdayaan, keputusasaan, harga diri rendah dan isolasi sosial, ada

beberapa terapi medik maupun psikoterapi yang bisa diberikan pada lansia dan keluarganya. Namun, pada penelitian ini intervensi yang akan diberikan adalah terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga.

Terapi *Reminiscence* adalah suatu terapi yang diberikan pada lansia dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kenangan sederhana tentang kejadian dan pengalaman masa lalu serta penyelesaian masalah yang dilakukannya untuk disampaikan kepada keluarga, teman kelompok atau staf keperawatan (Mackin dan Arean, 2005; Ebersole, 2010).

Psikoedukasi Keluarga adalah salah satu elemen program perawatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Psikoedukasi Keluarga bertujuan untuk saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit yang dialami, membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarga, pengobatan yang diperlukan untuk menurunkan gejala dan lainnya (Varcarolis, 2006; Stuart & Laraia, 2005).

Berdasarkan uraian di atas, maka secara sistematis kerangka penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian

Perubahan pada lansia

Kondisi dan diagnosa keperawatan

Biologis :

- Kulit keriput
- Keterbatasan gerak
- Penyakit-penyakit sistem tubuh

Psikologis :

Penurunan kemampuan belajar, daya ingat, berpikir, menyelesaikan masalah, daya kreatif, intelegensi, keahian dan kebijaksanaan

Sosial :

- Perubahan status dan peran
- Kehilangan fungsi
- Kehilangan sistem pendukung

Spiritual :

- Sedih, sakit
- Kehilangan peran, kemampuan, status mental, semangat hidup

Seksual :

- Hubungan yang kaku dan dingin
- Percekcokan

(Nugroho,2000; Hurlock,2004; Ebersole,2010; Stuart,2009; Kemkes,2010;

Terapi medik :

- Antidepressan
- Therapy somatic
- Electro Convulsive Therapy
- Sleep Deprivation Therapy
- Photo Therapy
- Transcranial Magnetic Stimulation
- Vagal Nerve Stimulation

(Videbeck,2008; Stuart, 2005;

Psikoterapi :

- Cognitive Behavioral Therapy
 - Psychodynamic therapy
 - Interpersonal therapy
 - Psikoanalisis
 - Life Review therapy
 - Bibliotherapy
 - **Reminiscence therapy**
 - **Family Psychoeducation**
- (Indereville,2001; Mackin dan arean,2005; Ebersole,2010; Fraser, Christensen, dan Griffiths,2005)

Faktor-faktor yang mempengaruhi lansia:

- **Usia**
- **Jenis kelamin**
- **Pendidikan**
- **Status perkawinan**
- **Pengalaman kerja**
- **Penghasilan**
- **Penyakit yang dialami**

Depresi :

- Sedih
- Kurang minat dan semangat
- Kurang energi
- Negatif diri

Ketidakterdayaan :

- Pasif, apatis
- Benci, marah
- Rasa bersalah

Keputusasaan :

- Afek menurun
- Verbalisasi menurun
- Kehilangan inisiatif
- Aktivitas menurun

Harga Diri Rendah :

- Perasaan tidak mampu
- Kritik diri
- Produktivitas menurun
- Mudah tersinggung
- Perilaku destruktif

Isolasi Sosial :

- Kesendirian
- Tidak ada kontak mata
- Tidak ada komunikasi
- Sikap bermusuhan

Kecemasan

Kehilangan

Kesepian

Risiko bunuh diri

(Videbeck,2008; Dewi,2007; Watson,2003; Miller,2004;

2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini merupakan bagian dari kerangka teori penelitian yang akan menjadi pedoman dalam proses pelaksanaan penelitian. Dalam kerangka konsep penelitian ini akan diuraikan variabel dependen, variabel independen dan variabel *confounding*.

1 Variabel *Dependen* (Variabel Terikat)

Variabel dependen disebut juga sebagai variabel output, kriteria, konsekuen. Variabel *dependen* adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena variabel bebas (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010).

Variabel *dependen* dalam penelitian ini adalah kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, dan isolasi sosial pada lansia yang tinggal bersama keluarganya. Terlebih dahulu dilakukan *screening* dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) versi Indonesia yang berisi 30 pertanyaan (FK-UI, 2007). Peneliti sudah melakukan analisis GDS ini dengan GDS asli yang berisi 15 pertanyaan, hasil analisis dapat dilihat pada lampiran 3. Variabel *dependen* lainnya adalah kemampuan peningkatan kualitas hidup. Pengukuran variabel *dependen* ini dilakukan sebelum dan sesudah diberikan intervensi keperawatan.

Variabel *Independen* (Variabel Bebas)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, prediktor, sebab, mempengaruhi, risiko (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010). Variabel *independen* merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menyebabkan munculnya variabel *dependen* (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010).

Variabel *independen* dalam penelitian ini adalah terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga. Kelompok intervensi mendapat terapi

Reminiscence ditambah Psikoedukasi Keluarga, sedangkan untuk kelompok kontrol hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga. Pengukuran variabel *independen* ini dilakukan sebelum dan sesudah diberikan intervensi keperawatan.

2 **Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)**

Variabel perancu atau pengganggu (*confounding*) adalah variabel yang mengganggu hubungan antara variabel *independen* dengan variabel *dependen*. Variabel ini ada apabila terdapat faktor atau variabel ketiga yang berkaitan dengan faktor risiko atau faktor akibat (Notoatmodjo, 2010).

Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi lansia yang tinggal di Kelurahan Katulampa Bogor. Karakteristik demografi lansia yang diperkirakan menjadi *confounding* adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan, penyakit yang dialami. Karakteristik tersebut berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan Syarniah (2010).

Dalam penelitian ini, ketiga variabel tersebut akan saling mempengaruhi seperti terlihat pada hubungan antar variabel dalam skema 3.2.

Skema 3.2
Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen

<p style="text-align: center;">TERAPI KELOMPOK REMINISCENCE :</p> <p>Sesi 1 : Perubahan dan masalah yang dialami lansia</p> <p>Sesi 2 : Pengalaman masa usia anak</p> <p>Sesi 3 : Pengalaman masa usia remaja</p> <p>Sesi 4 : Pengalaman masa usia dewasa</p> <p>Sesi 5 : Pengalaman masa lansia saat ini</p> <p>Sesi 6 : Evaluasi</p>	<p style="text-align: center;">TERAPI KELOMPOK PSIKOEDUKASI KELUARGA :</p> <p>Sesi 1 : Perubahan dan masalah dalam merawat lansia</p> <p>Sesi 2 : Cara merawat lansia dengan depresi</p> <p>Sesi 3 : Cara merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stres akibat merawat lansia</p> <p>Sesi 4 : Pemberdayaan keluarga dan komunitas</p>
---	--

**Variabel
Dependen**

**Variabel
Dependen**

<p>Diagnosa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresi 2. Ketidakberdayaan 3. Keputusanasaan 4. Harga Diri Rendah 5. Isolasi sosial
--

<p>Kemampuan yang diharapkan :</p> <p>Lansia mampu meningkatkan kualitas hidupnya</p>
--

<p>Diagnosa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresi 2. Ketidakberdayaan 3. Keputusanasaan 4. Harga Diri Rendah 5. Isolasi sosial
--

<p>Kemampuan yang diharapkan :</p> <p>Lansia mampu meningkatkan kualitas hidupnya</p>
--

3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian (Notoatmodjo,2010). Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah suatu penelitian, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Sugiyono, 2009).

KARAKTERISTIK LANSIA

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Pendidikan
4. Pekerjaan
5. Penghasilan
6. Status perkawinan
7. Penyakit fisik yang

Rumusan hipotesis yang dapat ditegakkan dalam penelitian ini adalah :

1. Ada perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
2. Ada perbedaan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi social dan kualitas hidup antara kelompok yang mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dengan kelompok yang hanya mendapatkan Psikoedukasi Keluarga pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.
3. Ada hubungan antara karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan, penyakit yang dialami) dengan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor.

1 Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel tersebut (Notoatmodjo, 2010). Definisi operasional dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan parameter

yang dijadikan ukuran dalam penelitian ini. Definisi operasional penelitian ini disajikan pada tabel 3.1.

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

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel <i>Dependen</i>					
1.	Kondisi Depresi	Perasaan sedih dan putusasa yang dialami lansia yang dapat mempengaruhi kehidupannya	30 (tiga puluh) pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara 0– 30	Interval
2.	Harga diri rendah	Ketidak berdayaan, hilang harapan, tidak berharga dan ketidak mampuan lansia yang muncul akibat penilaian diri negatif	7 (tujuh) item pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 7	Interval
3.	Ketidak berdayaan	Ketidakpuasan dan ketidakmampuan lansia dalam melakukan aktivitas hidupnya	11 (sebelas) item pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 11	Interval
4.	Keputusan	Keadaan emosi lansia akibat dari ketidakberdayaan dan cenderung untuk pengakhiran hidupnya	8 (delapan) item pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 8	Interval

5.	Isolasi Sosial	Ketidakmampuan dalam bersosialisasi yang dialami akibat dari adanya keterbatasan fisik maupun masalah psikososial pada lansia	4 (empat) item pertanyaan dalam kuesioner B dengan pilihan jawaban ya dan tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 4	Interval
----	-----------------------	---	---	---	----------

Tabel 3.1 (sambungan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel <i>Dependen</i>					
6.	Kualitas hidup lansia	Kemampuan lansia dalam meningkatkan kualitas hidupnya dalam bentuk tingkah laku: kepuasan hidup, kebahagiaan dan peningkatan kepercayaan diri	17 (tujuh belas) item pertanyaan dalam kuesioner C dengan pilihan jawaban ya tidak	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 17	Interval
B Variabel <i>Independen</i>					
7.	Terapi <i>Reminiscence</i>	Intervensi keperawatan pada lansia yang dilakukan secara berkelompok dengan menggunakan teknik mengenang masa lalu yang menyenangkan untuk menurunkan kondisi depresi dengan lebih memperhatikan hal-hal yang dianggap positif dan berguna bagi lansia, terdiri dari 6 sesi yaitu perubahan dan masalah yang dialami lansia,	Buku raport hasil evaluasi pelaksanaan Terapi <i>Reminiscence</i> yang dipegang oleh peneliti.	1. Tidak dilakukan Terapi <i>Reminiscence</i> . 2. Dilakukan Terapi <i>Reminiscence</i> .	Nominal

		pengalaman masa usia anak, masa usia remaja, masa dewasa, masa lansia, dan evaluasi			
--	--	---	--	--	--

Tabel 3.1 (sambungan)

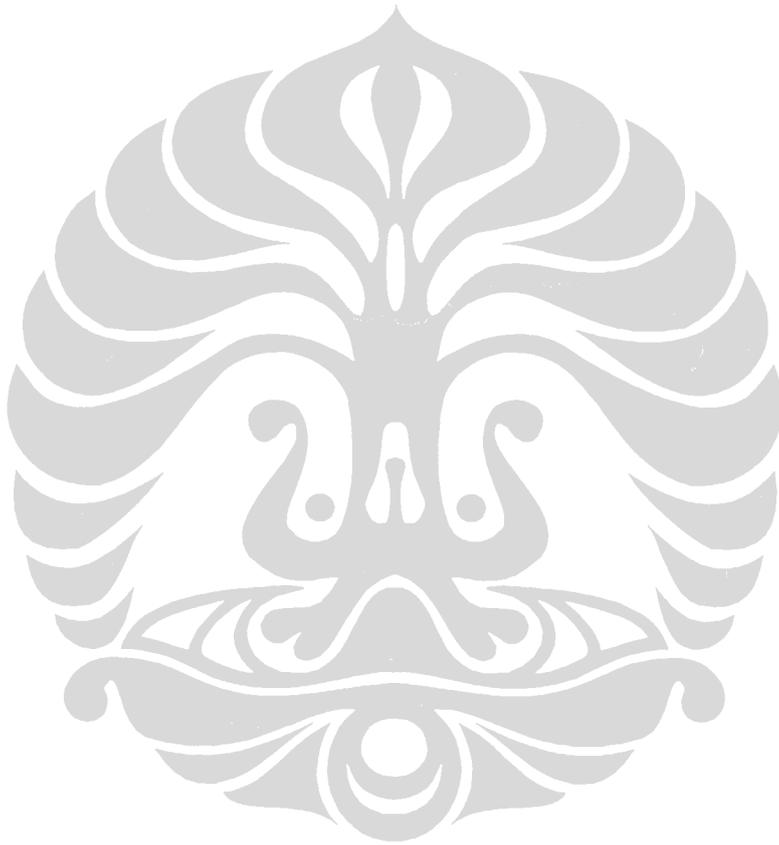
No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
B Variabel <i>Independen</i>					
8	Psiko edukasi Keluarga	Intervensi keperawatan pada <i>caregiver</i> (keluarga lansia) yang dilakukan secara berkelompok untuk membantu menurunkan kondisi depresi melalui dukungan keluarga, terdiri dari 4 sesi yaitu perubahan dan masalah dalam merawat lansia, cara merawat lansia dengan depresi, cara merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stres akibat merawat lansia dan pemberdayaan keluarga dan komunitas	Buku raport hasil evaluasi pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga yang dipegang oleh peneliti.	1. Tidak dilakukan Psikoedukasi Keluarga 2. Dilakukan Psikoedukasi Keluarga	Nominal
C Variabel <i>Confounding</i> (karakteristik demografi lansia)					
9.	Usia	Lama hidup responden dihitung sejak lahir sampai hari ulang tahun terakhir saat	1 (satu) item pertanyaan pada lembar kuesioner A	Dinyatakan dalam tahun	Interval

		menjadi responden			
10.	Jenis Kelamin	Identitas seksual responden yang dibawa sejak lahir	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Laki-laki. 2. Perempuan	Nominal
11.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang dicapai responden sesuai ijazah yang dimiliki	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Tidak sekolah 2. Sekolah (SD, SMP, SMA, PT)	Nominal

Tabel 3.1 (sambungan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
C Variabel <i>Confounding</i> (karakteristik demografi lansia)					
12.	Penghasilan	Pendapatan tetap yang diperoleh responden untuk menunjang kehidupannya	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Tidak ada 2. Ada	Nominal
13.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Tidak bekerja 2. Bekerja (PNS/POLRI /TNI/Veteran , karyawan swasta/wira Swasta	Nominal
14.	Status perkawinan	Ikatan yang syah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	1 (satu) item pertanyaan dalam kuesioner A	1. Tidak kawin (tidak menikah, janda/duda) 2. Kawin	Nominal
15.	Penyakit yang dialami	Keadaan sakit yang sedang dialami responden yang ditetapkan berdasarkan	1 (satu) item pertanyaan dalam lembar kuesioner A	1. Sakit 2. Tidak sakit	Nominal

		diagnosa medis.			
--	--	-----------------	--	--	--



BAB 4

METODE PENELITIAN

1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian "*Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group*", dimana peneliti melakukan perlakuan terhadap variabel *independen*, kemudian mengukur pengaruh perlakuan tersebut pada variabel *dependen* (Notoatmodjo, 2010). Perlakuan yang diberikan adalah terapi *Reminiscence* pada lansia dan Psikoedukasi Keluarga untuk keluarga lansia.

Penelitian ini untuk mengetahui perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial pada lansia sebelum dan sesudah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga. Dalam penelitian ini akan dibandingkan antara kelompok lansia yang mengalami depresi sebagai kelompok intervensi (kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga) dengan kelompok kontrol (kelompok yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga) di Kelurahan Katulampa Bogor. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sastroasmoro dan Ismael (2008) bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek yang diberikan perlakuan dan mengukur hasil (efek) perlakuannya. Skema 4.1 memberikan gambaran tentang desain penelitian yang akan dilakukan.

Skema 4.1

**Desain Penelitian *Quasi Experimental*
Dengan pendekatan *Pre-Post Test Design***

Kelompok	<i>Pre Test</i>	Intervensi	<i>Post test</i>
Intervensi	O₁	X - Y	O₂

Kontrol	O ₃	Y	O ₄
---------	----------------	---	----------------

Keterangan :

- X : Terapi Kelompok *Reminiscence*.
- Y : Terapi Psikoedukasi Keluarga.
- O₁ : Kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₂ : Kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada kelompok intervensi setelah mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₃ : Kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada kelompok kontrol sebelum mendapatkan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₄ : Kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia pada kelompok kontrol setelah mendapatkan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₂ – O₁ : Perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada kelompok intervensi sebelum dan setelah mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.
- O₄-O₃ : Perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia pada

kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok mendapatkan Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.

O₂-O₄ : Perbedaan perubahan kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia antara kelompok intervensi yang mendapat terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dengan kelompok kontrol yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor.

2 Populasi dan Sampel Penelitian

1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009). Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan definisi tersebut maka yang dimaksud dengan populasi lansia adalah lansia yang mengalami depresi di Kelurahan Katulampa Bogor yang diperkirakan berjumlah 3443 orang.

2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009). Berdasarkan definisi tersebut, sampel penelitian yang dimaksud adalah lansia yang mengalami depresi yang berada di RW 01, RW 02, dan RW 09 dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Berusia 60 - 80 tahun.
- b. Lansia tinggal bersama keluarga.
- c. Bersedia menjadi responden.
- d. Bisa membaca dan menulis.
- e. Komunikatif dan kooperatif.
- f. Lansia dengan nilai $GDS \geq 11$.

Besar sampel dalam penelitian analisis numerik dengan hipotesis satu arah beda rata-rata pada 2 kelompok independen (Dahlan, 2009; Lemeshow, et, al, 1997; Ariawan 1998) dengan rumus :

$$n = \frac{2 \sigma^2 [z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}]^2}{[\mu_1 - \mu_2]^2}$$

Keterangan:

n : Besar sampel

σ^2 : Standard deviasi

$z_{1-\alpha}$: Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % ($\alpha = 0,05$), maka $z_{1-\alpha} = 1,96$

$z_{1-\beta}$: Nilai Z pada kekuatan uji $1 - \beta$ (power) adalah 90 %
maka $z_{1-\beta} = 1,28$

$(\mu_1 - \mu_2)$: selisih rerata yang dianggap bermakna

Peneliti menghitung besar sampel minimal berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya. Syarniah (2010) meneliti pengaruh terapi kelompok *reminiscence* terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan. Pada penelitian tersebut Standar deviasi (σ) dari 2 beda rata-rata populasi belum diketahui, yang diketahui yaitu standar deviasi kelompok intervensi 2,519 dengan $n = 38$ serta $\mu_1 = 2,08$ dan standar deviasi kelompok kontrol 2,958 dengan $n = 37$ serta $\mu_2 = 9,03$.

Nilai σ (Sp^2) diperkirakan dari varian gabungan kelompok 1 dan 2, yaitu:

$$Sp^2 = \frac{[(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2]}{(n_1-1) + (n_2-1)}$$

$$Sp^2 = \frac{[(37)(2,519)^2 + (36)(2,958)^2]}{(38-1) + (37-1)}$$

$$Sp^2 = \frac{234,778357 + 314,991504}{73}$$

$$Sp^2 = 7,53$$

Besar sampel minimal yang diperlukan adalah:

$$n = \frac{2\sigma^2[z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}]^2}{[\mu_1 - \mu_2]^2}$$

$$n = \frac{2(7,53)^2(1,96 + 1,28)^2}{(2,08 - 9,03)^2}$$

$$n = \frac{1190,4467}{48,3025} = 24,64 \text{ dibulatkan menjadi } 25$$

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 25 responden untuk setiap kelompok. Dalam studi *quasi eksperimental* ini, untuk mengantisipasi adanya *drop out* responden dalam proses penelitian, maka perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Rumus yang digunakan untuk mengantisipasi berkurangnya subjek penelitian seperti dikemukakan oleh Sastroasmoro dan Ismael (2010) adalah :

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

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

$1 - f$: Perkiraan proporsi drop out, diperkirakan 30 % ($f = 0,3$)

maka :

$$n' = \frac{25}{1-0,3} = 35,7 \text{ dibulatkan menjadi } 36$$

Berdasarkan penghitungan tersebut, maka jumlah sampel akhir yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 36 responden untuk setiap kelompok dengan total responden berjumlah 72 orang.

4.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik *sampling* merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Simple Random Sampling*. Setelah tempat penelitian untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol

ditentukan maka langkah selanjutnya adalah pemilihan sampel dengan teknik random secara undian dimana lansia yang mengalami depresi dan termasuk ke dalam kriteria inklusi memiliki peluang yang sama untuk dijadikan sebagai responden.

Untuk mengurangi bias, peneliti terlebih dahulu memilih tempat penelitian yang letaknya berjauhan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi berada di wilayah RW 02 dan RW 09 sedangkan kelompok kontrol berada di RW 01, langkah selanjutnya peneliti menetapkan sampel penelitian. Pemetaan jumlah sampel pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1
Pemetaan dan rincian jumlah Sampel Penelitian
di Kelurahan Katulampa

Kelompok	Posyandu	Jumlah Lansia	Hasil <i>Skreening</i>	Kriteria Inklusi	Jumlah Sampel
Kontrol	RW 01	99	52	42	36 orang
Intervensi	RW 02	45	25	21	18 orang
	RW 09	48	21	20	18 orang

Kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria inklusi yang ada di wilayah Kelurahan Katulampa Bogor. Kelompok intervensi maupun kelompok kontrol berada di kelurahan yang sama namun berbeda RW dimana jarak antara RW yang satu dengan RW lainnya berbeda jarak yang cukup jauh. Kelompok intervensi dan kontrol dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan, dengan besar sampel untuk setiap kelompoknya sebanyak 36 responden.

Wilayah RW 01, RW 02, RW 04, RW 07, dan RW 09 merupakan wilayah yang padat penduduknya. Penelitian ini dilaksanakan bersama dengan rekan peneliti lainnya dengan intervensi keperawatan jiwa yang berbeda, maka wilayah tersebut dibagi menjadi dua bagian untuk kelompok intervensi, namun untuk kelompok kontrol dikerjakan secara bersama karena intervensi keperawatan jiwa yang diberikan sama. Adapun pemetaan jumlah sampel yang diambil dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2
Pemetaan Jumlah Sampel
Di Tiap RW Kelurahan Katulampa Bogor

Kelompok	RW	Jumlah sampel per RW
Kelompok Kontrol	RW 01	36 orang
	RW 02	18 orang
Kelompok Intervensi	RW 09	18 orang

4 Tempat penelitian dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Katulampa Bogor yang sudah melaksanakan program Desa Siaga Sehat Jiwa dan merupakan tempat praktik mahasiswa S2 peminatan keperawatan jiwa Universitas Indonesia. Baik untuk kelompok intervensi di RW 02 dan RW 09 maupun kelompok kontrol di RW 01 menggunakan tempat yang tersedia di masyarakat dengan waktu yang telah disepakati di masing-masing tempat.

Kegiatan penelitian dilaksanakan mulai minggu kedua bulan Februari sampai dengan Juni 2011 yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, pelaksanaan kegiatan terapi, dan dilanjutkan dengan

pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Dapat dilihat dalam Jadwal pelaksanaan penelitian (Lampiran 13) .

5 Etika Penelitian

Untuk melindungi dan memenuhi hak asasi responden, maka proses penelitian ini melalui serangkaian uji yaitu *Ethical clearance* yang dilakukan oleh komite etik penelitian keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 8). *Uji expert validity* yaitu modul yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan dalam pelaksanaan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga telah layak untuk digunakan sebagai alat dalam penelitian (Lampiran 9). Peneliti telah dinyatakan lulus *uji kompetensi* yaitu suatu uji yang dilakukan untuk menilai kemampuan peneliti dalam memberikan intervensi terapi *Reminiscence* (Lampiran 10) dimana kedua uji tersebut dilakukan oleh pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Responden penelitian adalah lansia yang mengalami depresi beserta *caregiver* (keluarga lansia). Sebelum kegiatan penelitian dimulai maka sebelumnya peneliti menjelaskan dan memberikan penjelasan tentang kegiatan yang akan dilakukan, tujuan, dan manfaat penelitian bagi responden, perkembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan jiwa. Informasi ini diberikan melalui pertemuan resmi yang dihadiri lansia bersama *caregiver*nya. (Lampiran 1). Setiap responden berhak untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani atau cap jari surat pernyataan kesediaan (*informed consent*) yang telah disiapkan oleh peneliti (Lampiran 2).

Dalam penelitian ini, peneliti memperhatikan beberapa prinsip etika penelitian yaitu *beneficence* yang menyatakan penelitian ini tidak membahayakan,

memperhatikan dan menghormati hak, dan martabat responden. Prinsip *anonimitas* yaitu menjaga kerahasiaan responden dengan tidak menuliskan nama ketika responden mengisi lembar kuesioner. *Confidentiality* dilakukan untuk menjaga rahasia identitas responden dan informasi yang diberikan, seluruh data hanya diketahui oleh peneliti dan bila penelitian ini telah selesai maka seluruh data akan dimusnahkan.

Prinsip *non maleficience* diperhatikan untuk menjaga responden bebas dari tekanan fisik maupun psikologis selama penelitian berlangsung. Prinsip *Justice* yaitu prinsip keadilan dengan tidak membedakan perlakuan pada tiap responden. Perbedaan hanya pada pemberian terapi, untuk kelompok intervensi akan diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga, sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan Psikoedukasi Keluarga dan pemberian leaflet tentang terapi *Reminiscence*.

6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari Kuesioner A mengenai data demografi responden, kuesioner B mengenai kondisi depresi lansia, dan kuesioner C mengenai kualitas hidup lansia. Kisi-kisi soal dapat dilihat pada lampiran 4.

4.6.1 Kuesioner A adalah data demografi responden yang menggambarkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kondisi depresi responden

Data demografi dalam lembar kuesioner A meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan, penyakit yang dialami (lampiran 5).

4.6.2 Kuesioner B merupakan instrumen pengukuran respons psikososial lansia. Instrumen ini untuk mengetahui kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial pada lansia. Instrumen yang digunakan adalah skala pengukuran depresi pada lansia (*Geriatric Depression Scale/GDS*) versi Indonesia yang terdiri atas 30 pertanyaan. Berdasarkan analisa yang dilakukan peneliti, pertanyaan-pertanyaan yang ada pada GDS tersebut sudah berkaitan dengan diagnosa keperawatan pada lansia dengan kondisi depresi; harga diri rendah (7 pertanyaan), ketidakberdayaan (11 pertanyaan), keputusan (8 pertanyaan), dan isolasi sosial (empat pertanyaan). Bentuk jawaban pertanyaan pada instrumen ini adalah “YA” atau “TIDAK”. Rentang nilai untuk setiap jawaban adalah antara 0 dan 1, serta penilaian kondisi depresi diperoleh dengan menjumlahkan skore (nilai) seluruh jawaban pilihan responden pada item pertanyaan no 1 – 30, kemudian di jumlahkan dan dinyatakan ada indikasi depresi jika memperoleh skore (nilai) >11 (lampiran 6).

4.6.3 Kuesioner C meliputi pengukuran kualitas hidup yang dipakai oleh peneliti berdasarkan kuesioner *Quality of Life* dari WHO yang dimodifikasi oleh peneliti. Instrumen ini digunakan untuk melihat apakah terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia depresi berhubungan dengan kualitas hidupnya. Pengukuran kemampuan ini dilakukan sebelum dan setelah diberi terapi *Reminiscence*. Instrumen terdiri dari 17 pertanyaan dengan pilihan jawaban “YA” dan “TIDAK” rentang nilai untuk setiap jawaban adalah antara 0 dan 1 (lampiran 7).

4.7 Uji Coba Instrumen Penelitian

Uji coba instrumen dilakukan untuk menilai validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum digunakan dalam penelitian. Validitas adalah kesahihan, yaitu seberapa dekat alat ukur menyatakan apa yang seharusnya

diukur (Sastroasmoro, 2010). Instrumen yang valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2009).

Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan hasil item akan dinyatakan valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected item – total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007). Bila ternyata ditemukan adanya item pertanyaan yang belum valid maka dilakukan perbaikan pada item tersebut dengan cara diganti atau direvisi biasanya berupa perbaikan kalimat namun tidak mengubah makna pertanyaan, atau item tersebut tidak dipergunakan (Notoatmodjo, 2010).

Reliabilitas adalah keandalan atau ketepatan pengukuran (Sastroasmoro, 2010). Uji instrumen yang terdiri dari uji validitas dan uji reliabilitas tidak dapat dipisahkan. Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2009). Hal ini berarti, instrumen akan reliabel apabila hasil pengukuran selalu konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas apabila nilai *Cronbach's coefficient-alpha* lebih besar dari nilai r -tabel.

Validitas internal instrumen penelitian ini dilakukan dengan konsultasi dengan pakar keperawatan jiwa dalam hal ini dengan pembimbing 1 dan pembimbing 2 dan disepakati bahwa instrumen A dan B tidak dilakukan uji coba instrumen. Untuk kuesioner A tidak dilakukan uji coba instrumen karena hanya berisi data demografi responden secara umum. Untuk kuesioner B tidak dilakukan uji coba karena sudah dilakukan uji coba sebelumnya yang menyatakan bahwa

skore GDS > 11 ada indikasi depresi dengan sensitifitas 90,19 % dan spesifisitas 83,67 %.

Validitas eksternal dilakukan dengan uji coba instrument untuk kuesioner C. Diuji cobakan di RW 03 Kelurahan Katulampa Bogor yang tidak dipergunakan untuk penelitian dan wilayah ini letaknya berjauhan dengan kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, jumlah responden yang diambil untuk uji coba instrumen sebanyak 20 orang.

Pada uji coba kuesioner C yang pertama belum menunjukkan validitas dan reliabilitas kuesioner tersebut karena masih menggunakan pernyataan asli hasil terjemahan, setelah dilakukan uji coba kedua dengan perubahan kalimat pada pernyataan maka diperoleh 17 pernyataan yang dianggap valid dan reliabel dengan Cronbachs Alpha 0,786.

4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama kurang lebih 6 minggu, terdiri dari tahap persiapan dan pelaksanaan.

4.8.1 Tahap Persiapan

a. Persiapan administrasi

Setelah dinyatakan lulus uji etik, uji *validity expert*, dan uji kompetensi. Selanjutnya persiapan dilakukan pada minggu pertama meliputi urusan ijin penelitian, rekrutment dan melatih kader kesehatan untuk mengumpulkan data, seleksi lansia sebagai responden, pengumpulan data, penetapan sampel penelitian, dan persetujuan responden penelitian. Pengurusan perijinan ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor dengan tembusan Kepala Puskesmas Bogor Timur dan Lurah Katulampa Bogor.

Peneliti mendapatkan ijin pelaksanaan penelitian dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor (lampiran 11 dan 12).

b. Persiapan responden

Pada penelitian ini peneliti bekerja sama dengan rekan sesama peneliti yang juga meneliti di Kelurahan Katulampa dan kader kesehatan jiwa. Selanjutnya peneliti melakukan rekrutmen 6 orang kader kesehatan jiwa yang akan membantu peneliti selama kegiatan berlangsung dimana sebelumnya kader diberikan penjelasan tentang cara pengumpulan data dan prosedur penelitian yang akan dilakukan.

Langkah selanjutnya adalah *screening* lansia depresi di masing-masing RW sesuai dengan kriteria inklusi. Diperoleh jumlah lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi pada kelompok kontrol sebanyak 20 lansia di RT 04, sedangkan di RT 05 sebanyak 22 lansia. Untuk kelompok intervensi dari RW 02 diperoleh sebanyak 21 lansia dan RW 09 diperoleh 20 jumlah lansia. Total jumlah responden yang diperoleh yaitu 41 lansia pada kelompok intervensi dan 42 lansia pada kelompok kontrol. Selanjutnya dilakukan undian untuk menentukan responden yang dapat diikuti sertakan dalam kegiatan penelitian, sehingga didapatkan 36 lansia pada kelompok intervensi dan 36 lansia pada kelompok kontrol.

Tahap selanjutnya, peneliti melaksanakan pertemuan dengan lansia dan *caregiver* untuk menyepakati kontrak kegiatan (waktu dan tempat), menjelaskan tujuan penelitian, menandatangani lembar persetujuan penelitian, mengisi kuesioner A (karakteristik responden) dan pembagian kelompok.

Penelitian yang dilakukan kepada kelompok intervensi yaitu pemberian terapi *Reminiscence* pada lansia dan Psikoedukasi Keluarga pada *caregiver* lansia tersebut. Kelompok lansia dibagi dalam kelompok kecil yang terdiri dari 9 orang untuk setiap kelompok demikian halnya dengan kelompok *caregiver*. Pelaksanaan kegiatan terapi pada kelompok lansia berbeda waktunya dengan terapi pada kelompok *caregiver*. Pada kelompok kontrol yang hanya diberikan Psikoedukasi Keluarga, pembagian kelompok terdiri atas 4 kelompok kecil dan setiap kelompok kecil terdiri dari 9 *caregiver*.

1 Tahap Pelaksanaan

a. *Pretest*

Pretest dilakukan sebelum kegiatan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dilakukan. Sesuai dengan kesepakatan, *pretest* dilakukan di tempat kegiatan intervensi akan dilakukan di masing-masing RW. Pelaksanaan *pre – test* dilakukan untuk kuesioner C (kualitas hidup lansia) pada kelompok intervensi dilaksanakan pada hari senin tanggal 9 Mei 2011, sedangkan kelompok kontrol pada hari selasa tanggal 10 Mei 2011. *Pretest* dilakukan pada 72 orang responden yaitu 36 responden untuk kelompok intervensi dan 36 responden untuk kelompok kontrol. Untuk kuesioner B, *skreening* depresi sekaligus digunakan untuk *pretest*.

b. Pelaksanaan Intervensi

Kegiatan intervensi secara keseluruhan dilakukan selama 5 (lima) minggu. Pada kelompok intervensi di RW 02 kegiatan dilaksanakan pada hari senin dan kamis dari pukul 13.00 -15.00 (2 kelompok lansia) dan 15.00 – 17.00 (2 kelompok *caregiver*)

bertempat di mushola. Pada kelompok intervensi di RW 09 kegiatan dilakukan pada hari Selasa dan Jumat pukul 13.00 -15.00 (2 kelompok lansia) dan 15.00 – 17.00 (2 kelompok *caregiver*) bertempat di ruang serbaguna milik keluarga ketua RW. Pada kelompok kontrol di RW 01 pelaksanaan dilakukan hari Rabu dan Sabtu pukul 13.00 -15.00 (2 kelompok *caregiver*) bertempat di rumah ketua RW (Lampiran 12).

Kegiatan terapi untuk terapi *Reminiscence* pada kelompok intervensi dilakukan sebanyak 6 (enam) sesi dengan 6 (enam) kali pertemuan dan lama kegiatan rata-rata 60 menit tiap sesinya serta 1 (satu) kali kegiatan pendampingan kepada responden. Untuk Psikoedukasi Keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan sebanyak 4 sesi dengan 6 (kali) pertemuan dengan lama kegiatan rata-rata 60 menit tiap sesinya serta 1 (satu) kali kegiatan pendampingan kepada *caregiver* responden. Adapun rincian pelaksanaan sesi-sesi pada terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga seperti terlihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3
Pelaksanaan tiap sesi pada
Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga

Sesi	Terapi <i>Reminiscence</i>	Psikoedukasi Keluarga	Frekuensi
1	Perubahan dan masalah yang dialami lansia	Perubahan pada lansia dan masalah yang terjadi akibat perubahan lansia tersebut serta masalah yang dialami <i>caregiver</i>	1 kali
2	Pengalaman masa usia anak	Cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusan	1 kali
3	Pengalaman masa usia remaja	Cara merawat lansia dengan ketidakberdayaan	1 kali

		dan isolasi social	
4	Pengalaman masa usia dewasa	Merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stres akibat merawat lansia (manajemen stress)	1 kali
5	Pengalaman masa lansia saat ini	Merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stress akibat merawat lansia (manajemen stress)	1 kali
6	Evaluasi	Pemberdayaan keluarga dan komunitas	1 kali

Selama proses kegiatan berlangsung, seluruh anggota kelompok hadir dan berpartisipasi aktif secara baik, peserta mengatakan senang dan merasa kegiatan yang diikuti bermanfaat. Tidak ada peserta yang *drop out* sampai seluruh kegiatan selesai. Kegiatan *post-test* dilakukan sesudah seluruh kegiatan sesi dan pendampingan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol selesai. *Post-test* pada kelompok intervensi dilakukan pada tanggal 9 dan 10 Juni 2011, untuk kelompok kontrol dilakukan pada tgl 11 Juni 2011 dilanjutkan dengan penyuluhan dan pembagian leaflet terapi *Reminiscence*.

8 Teknik Pengolahan Data

1 Editing Data

Seluruh kuesioner yang telah diisi oleh responden dilakukan cek ulang untuk melihat kelengkapan datanya dan kesalahan yang mungkin terjadi atau ada jawaban yang belum diisi oleh responden. Jumlah kuesioner yang masuk sebanyak 72 kuesioner dan telah terisi dengan lengkap, disertai penjelasan penelitian dan *informed consent* yang telah ditandatangani atau cap jari oleh responden, serta data demografi, kuesioner pengukuran depresi dan kualitas hidup lansia (Kuesioner A, B dan C).

2 **Coding Data**

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan (Hastono, 2007). Peneliti memberi kode pada setiap lembar kuesioner responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Selanjutnya data diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu untuk kelompok intervensi diberikan kode awal 02 dan 09 dan untuk kelompok kontrol diberikan kode awal 04 dan 05.

Pemberian kode (*coding*) juga diberikan untuk seluruh variabel katagorik, seperti jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan penyakit yang dialami sesuai dengan definisi operasional dalam tabel 3.1. Sedangkan data numerik seperti umur responden, kondisi depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup tidak diberikan pengkodean.

3 **Entry Data**

Kegiatan *entry* data yaitu memasukkan seluruh data jawaban responden pada kuesioner dalam bentuk kode ke dalam program komputer dan diproses dengan program yang sudah ada di komputer.

4 **Cleaning Data**

Cleaning data adalah suatu kegiatan pemeriksaan seluruh data secara teliti agar data-data tersebut bebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean, penulisan maupun

dalam membaca kode. Pengecekan kembali terhadap kemungkinan adanya data yang tidak valid atau *typing error* sehingga data yang salah dapat diperbaiki dan kemudian dilanjutkan untuk dilakukan analisis sesuai dengan uji statistik.

4.10 Analisis Data

Analisis data untuk dalam penelitian ini meliputi analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Pada analisis univariat ini variabel yang merupakan data numerik yaitu usia responden, skor depresi, skor harga diri rendah, skor ketidakberdayaan, skor keputusan, skor isolasi sosial dan skor kemampuan kualitas hidup lansia dianalisis untuk mean, median, standar deviasi, nilai maksimal – minimal dan *confident interval* (CI 95 %). Data kategorik yaitu jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja dan penyakit yang dialami lansia dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat hanya akan menghasilkan hubungan antara dua variabel yang bersangkutan yaitu variabel dependen dan variabel independen (Notoatmodjo, 2010). Pemilihan uji statistika yang akan digunakan dalam melakukan analisis data penelitian ini berdasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007, dalam Kristyaningsih, 2009).

Analisis bivariat bertujuan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum melakukan analisis bivariat terlebih dahulu peneliti melakukan uji kesetaraan untuk melihat varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik responden, kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis uji kesetaraan dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4
Analisis Kesetaraan Karakteristik dan
Kondisi Depresi Lansia Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

No	Kelompok intervensi	Kelompok kontrol	Cara analisis
1	Usia (Data Interval)	Usia (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>
2	Jenis Kelamin (Data Nominal)	Jenis kelamin (Data Nominal)	<i>Chi- Square</i>
3	Pendidikan (Data nominal)	Pendidikan (Data nominal)	<i>Chi- Square</i>
4	Status perkawinan (Data Nominal)	Status perkawinan (Data Nominal)	<i>Chi- Square</i>
5	Penghasilan (Data nominal)	Penghasilan (Data nominal)	<i>Chi- Square</i>
6	Pekerjaan (Data nominal)	Pekerjaan (Data nominal)	<i>Chi- Square</i>
7	Penyakit Fisik Yang Dialami (Data Nominal)	Penyakit Fisik Yang Dialami (Data Nominal)	<i>Chi-Square</i>
8	Kondisi Depresi, keputusan, ketidakberdayaan, harga diri rendah, isolasi sosial dan kualitas hidup (Data Interval)	Kondisi Depresi keputusan, ketidakberdayaan, harga diri rendah, isolasi sosial dan kualitas hidup (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>

Peneliti melakukan analisis perubahan kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada kelompok intervensi dengan menggunakan uji ***Dependent t-test (Paired sample t-test)***. Analisa perbedaan kondisi depresi setelah mendapatkan intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji ***Independent t test*** dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5
Analisis Bivariat Variabel Penelitian
Pengaruh Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga

No	Variabel	Variabel	Cara Analisis
1	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>sebelum</i> intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>setelah</i> intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	<i>Dependen t-test</i>
2	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>sebelum</i> intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>sebelum</i> intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Dependent t-test</i>
3	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>setelah</i> intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup <i>setelah</i> intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>
4	Perbedaan Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup pada kelompok intervensi (Data Interval)	Perbedaan Kondisi Depresi (Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi Sosial) dan kualitas hidup pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>

4.10.3 Analisis Multivariat

Analisis bivariat dilanjutkan dengan analisis multivariat. Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang dirumuskan yaitu apakah ada faktor yang berhubungan antara karakteristik lansia yang meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, penyakit fisik yang dialami, kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia dengan kondisi depresi dan kualitas hidup lansia setelah dilakukan intervensi. Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi regresi linier

(*Simple Regression Linier*). Analisis tersebut dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6
Analisis Multivariat tentang Pengaruh
Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap
Kondisi Depresi dan Kualitas Hidup Lansia

No	Variabel karakteristik Responden	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Usia (data numerik)	Kondisi Depresi Post test (data numerik)	Regresi Linier ganda
2	Jenis Kelamin (data katagorik)		
3	Pendidikan (data katagorik)		
4	Status Perkawinan (data katagorik)		
5	Pekerjaan (data katagorik)		
6	Penghasilan (data katagorik)		
7	Penyakit fisik yang dialami (data katagorik)		
8	Kondisi depresi <i>pretest</i> (Data numerik)	Kualitas hidup lansia <i>Post test</i> (Data numerik)	
9	Kualitas hidup lansia <i>pretest</i> (Data numerik)		
10.	Terapi <i>Reminiscence</i> dan Psikoedukasi Keluarga		

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi keluarga terhadap depresi dan kualitas hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor yang dilaksanakan dari tanggal 9 Mei sampai dengan tanggal 11 Juni 2011 diuraikan dalam bab ini. Hasil penelitian akan diuraikan tentang karakteristik lansia, kondisi depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia dan hubungan karakteristik, kondisi depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia. Jumlah responden sebanyak 72 orang yang terdiri dari 36 orang lansia dalam kelompok intervensi dan 36 orang lansia dalam kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi peneliti memberikan terapi *Reminiscence* untuk lansia dan Psikoedukasi Keluarga untuk *caregiver*. Sedangkan pada kelompok kontrol peneliti hanya memberikan Psikoedukasi Keluarga pada *caregiver*. Baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan *pre test* sebelum terapi diberikan dan *post test* setelah terapi selesai diberikan, selanjutnya dilakukan pengukuran untuk membandingkan hasil kedua test tersebut.

Hasil penelitian ini meliputi karakteristik dan kesetaraan karakteristik lansia, kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia serta faktor yang berkontribusi terhadap kondisi depresi dan kemampuan kualitas hidup lansia.

5.1 Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, penyakit fisik yang dialami, serta kesetaraan karakteristik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

5.1.1. Usia lansia

Pengukuran usia lansia menggunakan skala ukur numerik yang dianalisis dengan menggunakan analisis eksplorasi untuk mendapatkan mean,

median, standar deviasi dan nilai minimal-maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Sedangkan uji kesetaraan usia lansia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji *independent sample t-test (Pooled t test)*. Tabel 5.1 menyajikan analisa distribusi karakteristik dan hasil uji kesetaraan usia pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 5.1
Analisa Usia Lansia Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011 (n=72)

variabel	Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-maks	t	p value
Usia	Intervensi	36	66.58	70.50	7.056	60-80	-1.553	0.125
	Kontrol	36	69.06	70.00	6.441	60-80		
	Total	72	67.82	70.25	7.007	60-80		

Keterangan : usia dalam tahun

Pada tabel 5.1 diketahui rata-rata usia lansia secara keseluruhan berusia 67.82 tahun, dengan usia muda 60 tahun dan usia tertua 80 tahun. Hasil analisis karakteristik lansia usia ini dapat disimpulkan bahwa lansia paling banyak berada pada kelompok lanjut usia (*elderly*) yaitu kelompok usia 60 tahun.

Hasil analisis uji statistik kesetaraan berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia lansia tidak ada perbedaan yang bermakna antara lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* dengan yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* dengan p value = 0,125 yang berarti rata-rata usia lansia pada kedua kelompok homogen atau setara.

5.1.2. Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pekerjaan, dan penyakit fisik yang dialami.

Karakteristik ini merupakan data katagorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi, dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2

Distribusi Karakteristik lansia Berdasarkan Jenis kelamin, Status perkawinan, Penghasilan, Pengalaman kerja dan Penyakit fisik yang dialami pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011 (n=72)

Variabel	Kategori	Kelompok Intervensi (n=36)		Kelompok Kontrol (n=36)		Jumlah		P value
		N	%	N	%	N	%	
Jenis kelamin	Laki-laki	0	0	13	36.1	13	18.1	0.000
	Perempuan	36	100	23	63.9	59	81.9	
Status perkawinan	Tidak kawin	18	50	16	44.4	34	47.2	0.637
	Kawin	18	50	20	55.6	38	52.8	
Penghasilan	Tidak berpenghasilan	19	52.8	26	72.2	45	62.5	0.088
	Berpenghasilan	17	47.2	10	27.8	27	37.5	
Pengalaman kerja	Tidak bekerja	21	58.3	26	72.2	47	65.3	0.216
	Bekerja	15	41.7	10	27.8	25	34.7	
Penyakit fisik yang dialami	Sakit	16	44.4	15	41.7	31	43.1	0.812
	Tidak sakit	20	55.6	21	58.3	41	56.9	

Berdasarkan hasil analisis karakteristik pada tabel 5.2 diketahui bahwa jenis kelamin secara keseluruhan paling banyak adalah perempuan yakni 59 orang (81.9%). Status perkawinan lansia paling banyak adalah dengan status kawin yaitu 38 orang (52.8 %). Penghasilan terlihat lansia lebih banyak tidak ada penghasilan yakni sebanyak 45 orang (62.5%). Berdasarkan pengalaman kerja paling banyak adalah lansia yang tidak bekerja yaitu 47 orang (65.3%). Karakteristik lansia berdasarkan penyakit fisik yang dialami lansia menunjukkan bahwa ada 41 orang (56.9%) lansia pada waktu penelitian tidak mengalami sakit fisik.

Pada tabel 5.2 diketahui bahwa ada perbedaan yang bermakna proporsi jenis kelamin, pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain variabel tersebut tidak homogen atau tidak setara ($p \text{ value} < \alpha = 0,05$).

Sedangkan untuk status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja dan penyakit fisik yang dialami lansia diketahui tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol, atau dengan kata lain kedua kelompok homogen atau setara ($p \text{ value} > \alpha = 0,05$).

2 Kondisi Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia

5.2.1 Kondisi Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial dan Kualitas hidup pada lansia sebelum dilakukan intervensi.

Gambaran harga diri rendah, , ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, komposit depresi dan kualitas hidup lansia dilakukan pada masing masing kelompok dengan menggunakan uji *t-test dependen* , dan untuk menguji kesetaraan antara kedua kelompok menggunakan uji *t-test independent*. Hasil analisis kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup lansia sebelumj mendapat intervensi dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
 Analisis Kondisi Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia sebelum dilakukan terapi *Reminiscence* di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011 (n=72)

Karakteristik	Kelompok	N	Mean	SD	Min	Max	t	p-value
• Harga diri rendah	Intervensi	36	4.11	1.52	1-7		-0.479	0,634
	Kontrol	36	4.28	1.42	1-7			
• Ketidakberdayaan	Intervensi	36	4.81	1.63	2-9		-1.192	0.050
	Kontrol	36	5.56	1.55	3-9			
• Keputusan	Intervensi	36	4.17	1.92	1-8		1.085	0.282
	Kontrol	36	3.69	1.77	1-7			
• Isolasi sosial	Intervensi	36	1.83	1.10	0-4		-0.309	0.758
	Kontrol	36	1.92	1.18	0-4			
Komposit depresi	Intervensi	36	14.92	4.25	11-26		-0.545	0.588
	Kontrol	36	15.44	3.96	11-23			
Kualitas hidup	Intervensi	36	14.58	2.14	9-17		5.742	0.000
	Kontrol	36	10.75	3.38	4-17			

Tabel 5.3 menunjukkan gambaran harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, komposit depresi dan kualitas hidup lansia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi. Rata-rata nilai harga diri rendah lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum diberikan terapi adalah sebesar 4.11. Nilai rata-rata harga diri rendah lansia pada kelompok yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* adalah 4.28. Uji beda nilai harga diri rendah sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired*

t-test menghasilkan nilai p sebesar 0,634. Nilai p ini lebih besar dari nilai α yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan nilai harga diri sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Untuk nilai rata-rata ketidakberdayaan lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum diberikan terapi adalah 4.81, nilai rata-rata ketidakberdayaan pada kelompok yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi dilaksanakan adalah 5.56. Uji beda nilai ketidakberdayaan sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,050. Nilai p ini sama dengan nilai α yang menunjukkan terdapat perbedaan nilai ketidakberdayaan sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisa nilai rata-rata keputusan lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi diberikan adalah 4.17. Pada lansia yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi dilaksanakan diperoleh nilai rata-rata keputusan lansia sebesar 3.69. Uji beda nilai keputusan sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,282. Nilai p ini lebih besar dari nilai α yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan nilai keputusan sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisis nilai rata-rata isolasi sosial pada lansia yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi diberikan sebesar 1.83, nilai rata-rata isolasi sosial lansia pada kelompok yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* adalah 1.92. Uji beda nilai rata-rata isolasi sosial sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,758. Nilai p ini lebih besar dari nilai α

yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan nilai isolasi sosial sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisa pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa nilai rata-rata depresi lansia pada kelompok yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum diberikan terapi *Reminiscence* adalah 14.92. Pada lansia yang tidak mendapatkan terapi *Reminiscence* diperoleh nilai rata-rata kondisi depresi sebelum terapi *Reminiscence* dilakukan adalah 15.44. Uji beda rata-rata nilai depresi sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,588. Nilai p ini lebih besar dari nilai α yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan nilai depresi sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisis nilai rata kualitas hidup pada lansia yang mendapat terapi *Reminiscence* sebelum terapi diberikan sebesar 14.58. Nilai rata-rata kualitas hidup lansia pada kelompok yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* adalah 10.75. Uji beda nilai kualitas hidup sebelum intervensi pada kedua kelompok menggunakan *paired t-test* menghasilkan nilai p sebesar 0,000. Nilai p ini lebih kecil dari nilai α yang menunjukkan terdapat perbedaan nilai harga diri sebelum intervensi yang signifikan antara kedua kelompok.

Hasil analisis uji kesetaraan pada tabel 5.3 menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna harga diri rendah ($p= 0.634$), keputusan ($p= 0.282$) dan isolasi sosial ($p=0.758$), komposit depresi ($p= 0.588$) antara lansia yang mendapat dan tidak mendapat terapi *Reminiscence* sebelum dilakukan terapi *Reminiscence*, atau dengan kata lain kedua kelompok homogen atau setara . Untuk ketidakberdayaan ($p= 0.050$) dan kualitas hidup ($p=0.000$) menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara yang mendapat dan tidak mendapat terapi

Reminiscence sebelum dilakukan terapi *Reminiscence*, atau dengan kata lain kedua kelompok tidak homogen atau tidak setara

5.2.2 Perubahan kondisi Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia yang mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dengan lansia yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga.

Setelah dilakukan uji kesetaraan selanjutnya dilakukan analisis bivariat dengan uji statistik *Dependent sample t-Test (Paired t test)* untuk mengetahui penurunan ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan komposit depresi serta peningkatan harga diri dan peningkatan kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan terapi *Reminiscence* pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Analisis penurunan ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan komposit depresi serta peningkatan harga diri dan kualitas hidup antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah intervensi menggunakan uji statistik *Independen sample t-Test (Pooled t test)*.

Hasil analisis perubahan kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan kualitas hidup pada kelompok yang mendapat intervensi dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4
 Analisa Perubahan kondisi Depresi, Harga diri rendah,
 Ketidakberdayaan,Keputusan, Isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia yang
 mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dengan lansia
 yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga Sebelum dan Sesudah
 pelaksanaan terapi *Reminiscence* di Kelurahan
 Katulampa Bogor tahun 2011 (n=36)

Variabel	Intervensi				Kontrol		Selisih	
	n	Mean	SD	P value	Mean	SD	P value	P value
Harga diri rendah								
Sebelum	36	4.11	1.52		4.28	1.42		
Sesudah	36	2.44	1.57		3.06	2.24		
Selisih	36	1.67	1.45	0.000	1.22	2.35	0.004	0.339
Ketidakterdayaan								
Sebelum	36	4.81	1.63		5.56	1.55		
Sesudah	36	4.28	1.57		4.11	1.96		
Selisih	36	0.67	1.54	0.026	1.44	2.37	0.001	0.105
Keputusan								
Sebelum	36	4.17	1.92		1.69	1.77		
Sesudah	36	2.44	1.52		2.81	1.84		
Selisih	36	1.72	1.56	0.000	0.89	1.68	0.003	0.033
Isolasi sosial								
Sebelum	36	1.83	1.10		1.92	1.18		
Sesudah	36	1.36	1.19		0.78	0.42		
Selisih	36	0.47	1.15	0.020	1.14	1.35	0.000	0.028
Komposit depresi								
Sebelum	36	14.92	4.25		15.44	3.96		
Sesudah	36	10.78	3.91		11.61	5.16		
Selisih	36	4.14	3.44	0.000	3.69	4.35	0.000	0.633
Kualitas hidup								
Sebelum	36	14.58	2.14		10.75	3.38		
Sesudah	36	15.17	1.90		11.64	3.06		
Selisih	36	0.89	2.21	0.000	0.83	4.26	0.000	0.945

Pada kelompok intervensi terlihat adanya penurunan yang bermakna pada ketidakberdayaan sebesar 0,67 point (13.9%), keputusasaan sebesar 1.72 point (41.2%), isolasi sosial sebesar 0,47 point (25,6%), komposit depresi sebesar 4,14 point (27.7%), dan peningkatan harga diri sebesar 1,67 point (40,6%), kualitas hidup sebesar 0.89 point (6.1%).

Hasil analisa statistik pada tabel 5.4 menunjukkan terjadi penurunan yang signifikan pada semua komponen depresi yaitu ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, komposit depresi dan peningkatan harga diri dan kualitas hidup pada lansia yang mendapat terapi *Reminiscence* (p value < α = 0,05) setelah intervensi diberikan.

Pada kelompok kontrol terlihat adanya penurunan yang bermakna pada ketidakberdayaan sebesar 1.44 point (25.8%), keputusasaan sebesar 0.89 point (21.4%), isolasi sosial sebesar 1.44 point (59.3%), komposit depresi sebesar 3.69 point (23.8%), dan peningkatan harga diri sebesar 1,22 point (28.5%), kualitas hidup sebesar 0.83 point (7.7%).

Hasil analisa statistik pada tabel 5.4 menunjukkan terjadi penurunan yang signifikan pada semua komponen depresi yaitu ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial, komposit depresi dan peningkatan harga diri dan kualitas hidup pada lansia yang tidak mendapat terapi *Reminiscence* (p value < α = 0,05).

Pada selisih kelompok intervensi dengan kelompok kontrol terlihat ada perbedaan harga diri (p=0.339) ketidakberdayaan (p=0.105), depresi (p= 0.633), dan kualitas hidup (p =0.945). Tidak ada

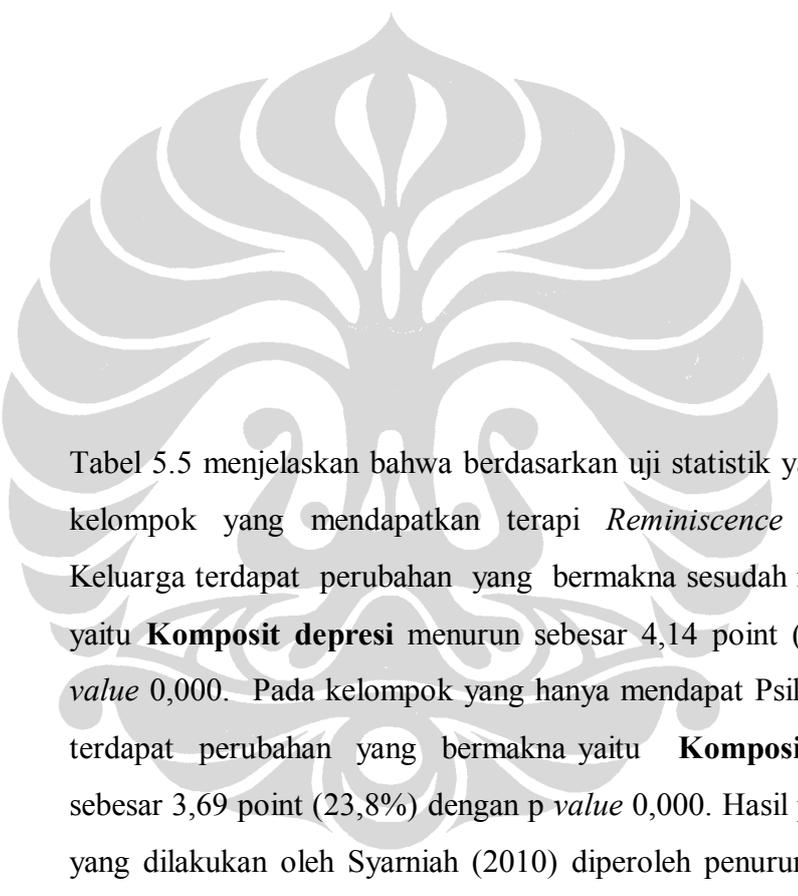
perbedaan pada keputusan ($p= 0.033$) dan isolasi sosial ($p= 0.028$).

5.2.3. Penurunan ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, komposit depresi, peningkatan harga diri dan kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Kontrol.

Penurunan ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial, dan komposit depresi serta peningkatan harga diri dan peningkatan kualitas hidup pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *Dependen sample t-Test (Paired t Test)* yang hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
Analisa sebelum dan sesudah dilakukan
Terapi *Reminiscence* pada Kelompok Intervensi dengan
Kelompok Kontrol di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011
(n = 72)

Variabel	Kelompok	Mean Sebelum	Mean Setelah	Mean Selisih	SD Selisih	p value
Harga diri rendah	Intervensi	4,11	2,44	1,67	1,45	0,000
	Kontrol	4,28	3,06	1,22	2,35	0,004
Ketidakberdayaan	Intervensi	4,81	4,28	0,67	1,54	0,026
	Kontrol	5,56	4,11	1,44	2,37	0,000
Keputusan	Intervensi	4,17	2,44	1,72	1,56	0,000
	Kontrol	3,69	2,81	0,89	1,68	0,003
Isolasi sosial	Intervensi	1,83	1,36	0,47	1,15	0,020
	Kontrol	1,92	0,78	1,14	1,35	0,000
Komposit depresi	Intervensi	14,92	10,78	4,14	3,44	0,000
	Kontrol	15,44	11,61	3,69	4,35	0,000
Kualitas hidup	Intervensi	14,58	15,17	0,89	2,21	0,000
	Kontrol	10,75	11,64	0,83	4,26	0,000



Tabel 5.5 menjelaskan bahwa berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada kelompok yang mendapatkan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terdapat perubahan yang bermakna sesudah mendapatkan terapi yaitu **Komposit depresi** menurun sebesar 4,14 point (27,7%) dengan *p value* 0,000. Pada kelompok yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga terdapat perubahan yang bermakna yaitu **Komposit depresi** menurun sebesar 3,69 point (23,8%) dengan *p value* 0,000. Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Syarniah (2010) diperoleh penurunan kondisi depresi sebesar 6,37 point (42,5%).

Karena adanya perbedaan instrumen GDS yang digunakan, maka dilakukan penghitungan sebagai berikut :

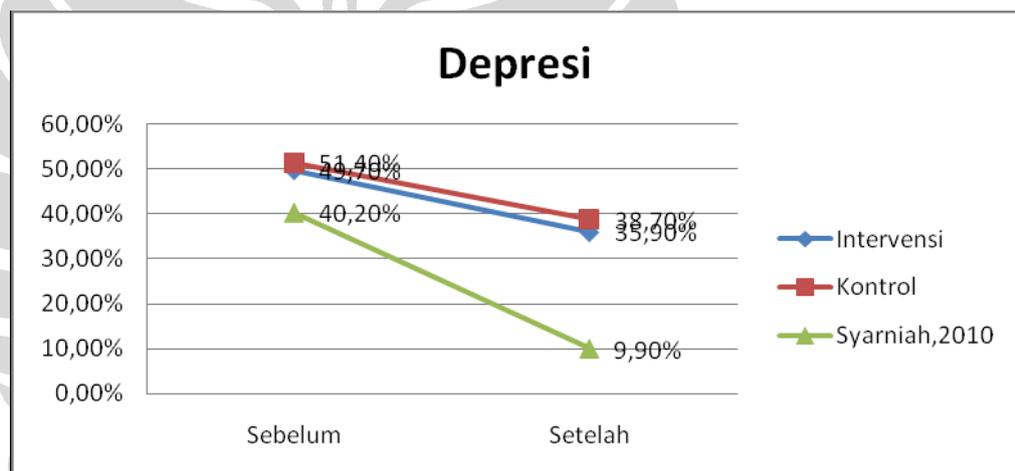
- a. Pada kelompok intervensi dan kontrol pada penelitian ini, nilai sebelum maupun sesudah terapi dibagi 30 item x 100%

- b. Pada penelitian Syarniah, nilai sebelum maupun sesudah terapi dibagi 21 item x 100 %

Untuk lebih jelasnya perbandingan hasil penurunan depresi setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada kelompok intervensi, pada kelompok kontrol yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga, serta hasil penelitian Syarniah dapat dilihat pada gambar 5.1.

Gambar 5.1

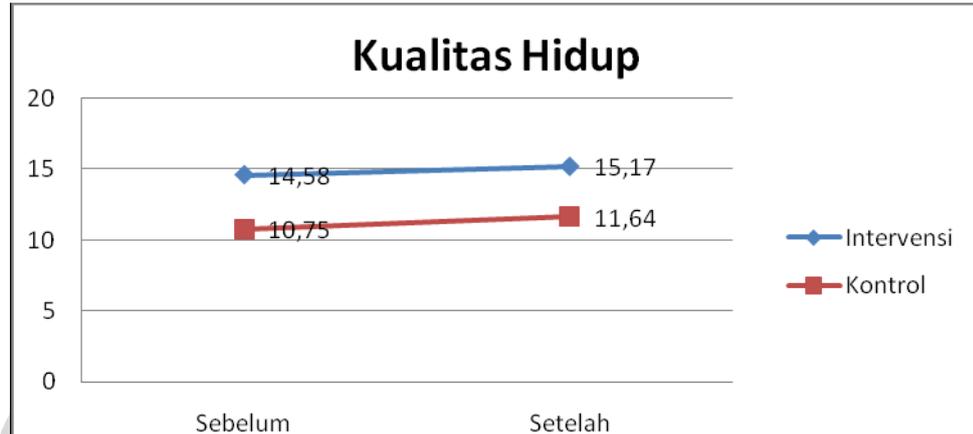
Perbandingan hasil penurunan depresi setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Intervensi, Kelompok Kontrol setelah diberikan Psikoedukasi Keluarga, dan penelitian Syarniah setelah diberikan terapi *Reminiscence*



Untuk **kualitas hidup** pada kelompok intervensi meningkat sebesar 0,89 point (6.1%) dengan *p value* $0,000 \leq \alpha 0,05$, pada kelompok kontrol meningkat sebesar 0.83 point (7.7%). Peningkatan tersebut dapat dilihat pada grafik 5.2.

Grafik 5.2

Peningkatan Kualitas Hidup setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol yang mendapat Psikoedukasi Keluarga di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011



Untuk mengukur pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dalam menurunkan depresi pada lansia setelah intervensi dibandingkan dengan Psikoedukasi Keluarga saja, dapat digunakan rumus dibawah ini:

$$E = \frac{\Delta I - \Delta K}{\Delta I} \times 100\%$$

Keterangan:

ΔI = Selisih Penurunan Komposit Depresi setelah terapi pada Kelompok Intervensi.

ΔK = Selisih Penurunan Komposit Depresi setelah terapi pada Kelompok Kontrol.

Dengan penghitungan tersebut diperoleh hasil:

Pengaruh terapi *Reminiscence* dalam menurunkan depresi adalah:

$$E = \frac{4.14 - 3.69}{4.14} \times 100\% = 10.8\%$$

4.14

Diketahui penurunan depresi setelah pemberian terapi pada kelompok intervensi sebesar 13.8 %, pada kelompok kontrol sebesar 12.7 %. Dapat disimpulkan bahwa penurunan setelah terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebesar 13.8% **lebih tinggi 11%** dibandingkan dengan Psikoedukasi Keluarga yang menurunkan sebesar 12,7%.

Untuk mengukur pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pada lansia setelah intervensi, dapat digunakan rumus dibawah ini :

$$E = \frac{\Delta I - \Delta K}{\Delta I} \times 100\%$$

Keterangan:

ΔI = Peningkatan kualitas hidup setelah terapi pada Kelompok Intervensi.

ΔK = Peningkatan kualitas hidup setelah terapi pada Kelompok Kontrol.

Maka untuk peningkatan kualitas hidup dapat kita hitung sebagai berikut; Pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup dibandingkan dengan Psikoedukasi Keluarga adalah:

$$E = \frac{0.89 - 0.83}{0.89} \times 100\% = 6,7 \%$$

0.89

Diketahui peningkatan kualitas hidup setelah pemberian terapi pada kelompok intervensi sebesar 0.89 %, pada kelompok kontrol sebesar 0.59 %. Untuk mengetahui perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol digunakan rumus :

$$\frac{\text{nilai setelah terapi} - \text{nilai sebelum terapi}}{\text{nilai sebelum terapi}} \times 100\%$$

Berdasarkan perhitungan tersebut, diketahui pada kelompok intervensi 4,04 % terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 0.08% Psikoedukasi Keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup. Dapat disimpulkan bahwa peningkatan setelah terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga **hanya 6.7%** dibandingkan dengan yang mendapatkan Psikoedukasi Keluarga saja.

5.3 Hubungan karakteristik lansia dengan penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia setelah diberi terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga

Analisa faktor yang diperkirakan berkontribusi terhadap kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kualitas hidup pada lansia adalah faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja, penyakit fisik dan terapi *Reminiscence*. Analisa faktor-faktor tersebut menggunakan uji regresi linier sederhana (*Simple Linear Regression*).

a. Karakteristik yang berpengaruh terhadap kondisi depresi pada lansia

Langkah pertama sebelum dilakukan analisis multivariat terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat terhadap variabel independent untuk mengetahui variabel yang dapat diikutsertakan dalam pemodelan. Variabel yang nilai p

Value nya $< 0,25$ dapat masuk ke analisis multivariat. Hasil seleksi variabel yang masuk analisis multivariat pada faktor yang berkontribusi terhadap penurunan depresi post pemberian intervensi dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Hasil seleksi variabel karakteristik untuk analisis mutivariat
terhadap depresi post

Variabel	p value
1. Depresi post	0.066
2. Depresi pre	0.056
3. Intervensi	0.408
4. Pendidikan	0,000
5. Status perkawinan	0.005
6. Penghasilan	0.216
7. Pekerjaan	0.192
8. Penyakit	0.066

Langkah kedua adalah pemodelan multivariat yaitu dengan memasukkan secara bersama-sama variabel yang berkontribusi terhadap depresi post, walaupun terapi *Reminiscence* memiliki p value $> 0,05$ namun variabel ini tetap dimasukkan karena berkaitan dengan depresi post. Variabel yang valid adalah variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ maka secara bertahap varibel-variabel tersebut akan dikeluarkan.

Adapun hasil analisa hubungan variabel-variabel di atas terhadap kondisi depresi post pada pemodelan pertama dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Karakteristik yang berpengaruh terhadap post depresi lansia pada pemodelan pertama di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011

Karakteristik Lansia	Post depresi					r	R ²
	B	SE	β	p			
Constant	0.688	3.803		0.857		0.608	0.370
Depresi pre	0.615	0.119	0.551	0.000			
Intervensi	-0.808	1.080	-0.089	0.457			
Jenis kelamin	0.520	1.439	0.044	0.719			
Status	0.630	1.055	0.069	0.552			
Penghasilan	-0.064	1.721	-0.007	0.971			
Pekerjaan	0.946	1.710	0.099	0.582			
Penyakit	-0.972	0.978	-0.105	0.324			

Analisis dari pemodelan pertama diketahui bahwa kondisi depresi sebelum intervensi berpengaruh terhadap kondisi post depresi dengan nilai p sebesar 0,000 dan intervensi dengan nilai p sebesar 0,457. Variabel yang tidak berhubungan secara signifikan ($p > 0,05$) dikeluarkan dari model satu persatu secara bertahap sampai didapatkan model yang parsimoni. Model yang sudah memenuhi signifikansi ($p < 0,05$), dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8

Karakteristik yang berpengaruh terhadap depresi lansia pada pemodelan akhir di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011

Karakteristik Lansia	Post depresi					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	2.150	2.594		0.410	0.60 5	0.366
Depresi pre	0.616	0.114	0.551	0.000		
Intervensi	-0.662	0.898	-0.073	0.464		
Pekerjaan	0.950	0.967	-0.100	0.329		
Penyakit	-0.799	0.920	-0.087	0.328		

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa kondisi depresi post berhubungan dengan kondisi depresi pre (p value $0,000 \leq 0,05$) dan intervensi memiliki nilai p sebesar 0,464 lebih besar dari nilai α . Dari tabel 5.8 dapat diketahui bahwa kondisi pre depresi bersama dengan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga memiliki pengaruh yang kuat untuk menurunkan kondisi depresi setelah diberi intervensi sebesar 0.662.

b. Karakteristik yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pada lansia

Sebelum dilakukan analisis multivariat terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat terhadap variabel independen untuk mengetahui variabel yang dapat diikutsertakan dalam pemodelan. Variabel yang nilai p value kurang dari 0,25 dapat masuk ke analisis multivariat. Hasil seleksi variabel yang masuk analisis multivariat pada faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup setelah pemberian intervensi terlihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
 Hasil seleksi karakteristik variabel untuk analisis multivariat
 terhadap kualitas hidup post

Variabel	p value
1. Kualitas hidup post	0.000
2. Intervensi	0.000
3. Jenis kelamin	0.016
4. Pendidikan	0.000
5. Status	0.451
6. Penghasilan	0.101
7. Pekerjaan	0.251
8. Penyakit	0.259
9. Kualitas hidup pre	0.000

Adapun hasil analisa hubungan variabel-variabel di atas terhadap kondisi depresi post pada pada pemodelan pertama dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
 Karakteristik yang berpengaruh terhadap kualitas hidup
 lansia pada pemodelan pertama di Kelurahan
 Katulampa Bogor tahun 2011

Karakteristik Lansia	Kualitas hidup					
	B	SE	β	p	r	R ²
Constant	13.211	2.509			0.640	0.410
Intervensi	3.570	0.803	0.581	0.000		
Jenis kelamin	-1.756	0.926	-0.220	0.062		
Status	-0.700	0.690	-0.114	0.314		

Penghasilan	-0.154	1.130	-0.024	0.89 2
Kerja	-0.621	1.102	-0.096	0.57 5
Penyakit	0.907	0.630	0.146	0.15 5
Kualitas hidup pre	0.181	0.106	0.200	0.09 3

Analisis dari pemodelan pertama diketahui bahwa intervensi berpengaruh terhadap kualitas hidup post dengan nilai p sebesar 0,000 dan kualitas hidup pre dengan nilai p sebesar 0,093. Variabel yang tidak berhubungan secara signifikan ($p > 0,05$) dikeluarkan dari model satu persatu secara bertahap sampai didapatkan model yang parsimoni. Model yang sudah memenuhi signifikansi ($p < 0,05$), dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11

Karakteristik yang berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia pada pemodelan akhir di Kelurahan Katulampa Bogor tahun 2011

Karakteristik Lansia	Post kualitas hidup					
	B	SE	β	p	r	R ²
(Constant)	9.834	1.220		0.000	0.59 4	0.353
Intervensi	2.880	0.721	0.470	0.000		
Kualitas hidup pre	0.168	0.107	0.185	0.120		

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa intervensi berhubungan dengan kualitas hidup post ($p \text{ value } 0,000 \leq 0,05$) dan kualitas hidup pre memiliki nilai p sebesar 0,120 lebih besar dari nilai α . Dari tabel 5.12 dapat diketahui bahwa intervensi memiliki pengaruh yang kuat untuk meningkatkan kualitas hidup setelah diberi intervensi sebesar 2.880.

BAB 6

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dibahas tentang pengaruh terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga terhadap depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia, karakteristik yang berpengaruh terhadap depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kualitas hidup lansia. Akan diuraikan juga tentang keterbatasan yang ditemui selama kegiatan penelitian baik dari aspek metodologi maupun dalam proses pelaksanaan penelitian, serta implikasi hasil penelitian pada pelayanan kesehatan jiwa, keilmuan dan kegiatan penelitian berikutnya.

6.1 Pengaruh Terapi Kelompok *Reminiscence* dan Psikoedukasi keluarga terhadap Kondisi Depresi pada Lansia

Perubahan kondisi depresi lansia pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga menunjukkan adanya penurunan yang bermakna. Hasil analisis perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan ada perbedaan yang bermakna setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mendapat Psikoedukasi Keluarga.

Penurunan kondisi depresi pada kelompok intervensi yang diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebesar 4.14 point (27.7%) dan kelompok kontrol yang hanya diberikan Psikoedukasi Keluarga sebesar 3.69 point (23.8%). Berdasarkan perhitungan diketahui efektivitas pemberian terapi terhadap penurunan depresi sebesar 10.8% . Sedangkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Syarniah (2010) yang hanya memberikan terapi *Reminiscence* menunjukkan penurunan sebesar 6.37 point (42.5%). Perbedaan penurunan depresi berdasarkan hasil

penelitian saat ini dibandingkan dengan penelitian Syarniah setelah dilakukan perhitungan dengan persentasi berdasarkan item yang ada pada kuesioner masing-masing, kedua penelitian tersebut menunjukkan penurunan yang bermakna.

Penurunan depresi pada pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga memiliki efektivitas sebesar 10.8% yang berarti kurang efektif dibandingkan dengan yang hanya diberi Psikoedukasi Keluarga. Namun bila hanya dilihat terapi *Reminiscence* saja maka penurunan depresi lebih tinggi 11% dibandingkan dengan yang hanya mendapatkan Psikoedukasi Keluarga. Berdasarkan hasil analisis, bila dilihat antara pemberian terapi *Reminiscence* ditambah Psikoedukasi Keluarga dengan yang hanya terapi *Reminiscence* dan yang hanya Psikoedukasi Keluarga dapat disimpulkan bahwa pemberian Psikoedukasi Keluarga pada *caregiver* lebih bermakna untuk menurunkan depresi pada lansia ketimbang pemberian terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga.

Hal ini ditunjang penelitian sebelumnya oleh Okanovic, dkk (2009) dalam penelitian yang berjudul *Psychoeducation versus treatment as usual in diabetic patients with subthreshold depression*, mendapatkan hasil bahwa pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol terjadi penurunan depresi yang signifikan. Sedangkan Goldstein dan Miklowitz (2007) dalam penelitian yang berjudul *The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders*, mendapatkan hasil bahwa pemberian terapi obat ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga lebih ampuh ketimbang terapi dengan pemberian obat saja.

Friedman (2010), bahwa tugas perkembangan keluarga cenderung menumbuhkan rasa tanggungjawab yang harus dicapai keluarga pada setiap tahap perkembangan keluarga. Lansia yang tinggal bersama dengan keluarganya akan mendapatkan perhatian dari keluarganya, dengan pemberian Psikoedukasi Keluarga diharapkan keluarga dapat merawat

lansia dengan baik dan membantu lansia untuk keluar dari kondisi depresinya.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya dan hasil penelitian yang peneliti dapatkan, ternyata penurunan kondisi depresi dengan pemberian Psikoedukasi Keluarga memberikan hasil yang lebih bermakna ketimbang penurunan depresi yang diberikan terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga. Sebelumnya peneliti berharap dengan pemberian terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga dapat menurunkan kondisi depresi lebih banyak ketimbang bila hanya di berikan terapi *Reminiscence* saja, namun pada kenyataannya tidak terjadi demikian. Bila dikaitkan dengan tujuan penelitian, maka diperoleh jawaban bahwa pemberian terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga kurang bermakna dalam menurunkan depresi.

Bila dilihat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, terlihat hanya sedikit perbedaan penurunan diantara kedua kelompok. Berdasarkan hasil tersebut peneliti berkesimpulan bahwa penurunan depresi pada penelitian ini lebih banyak dipengaruhi oleh pemberian Psikoedukasi Keluarga. Menurut peneliti, penurunan depresi pada kelompok kontrol dapat disebabkan karena anggota keluarga yang merawat lansia telah paham tentang perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang timbul akibat perubahan tersebut sehingga keluarga yang telah mendapat Psikoedukasi Keluarga dapat memberikan perawatan yang lebih baik pada lansia. Pemberian Psikoedukasi Keluarga membuat *caregiver* memiliki pemahaman yang benar bahwa apabila kondisi depresi tidak tertangani dengan baik dapat berdampak pada keputusan dan kecenderungan bunuh diri pada lansia.

Hal ini terbukti dalam proses pemberian terapi dimana pada kelompok kontrol anggota keluarga lansia (*caregiver*) berumur lebih tua dibandingkan dengan *caregiver* pada kelompok intervensi, dengan usia ini

maka kesadaran untuk merawat lansia menjadi lebih baik. Sedangkan pada *caregiver* yang lebih muda perhatian terhadap lansia kurang sepenuhnya dapat diberikan karena *caregiver* memiliki masalahnya sendiri seperti kesibukan mengurus anak dan rumah tangga. Keluarga berperan penting dalam merawat lansia dengan depresi sehingga lansia dapat menikmati hidupnya dan mengisi hari-hari di masa lansia dengan tenang serta tetap dapat melakukan berbagai aktivitas hidup sesuai dengan kemampuannya bersama anak dan cucunya.

Dengan demikian dukungan keluarga sangat diperlukan untuk menurunkan depresi ketimbang terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia yang mengalami depresi akibat perubahan yang terjadi dan masalah yang muncul akibat pada proses menua.

DSM-IV-TR (2000, dalam Videbeck, 2008), depresi dapat terjadi bukan hanya karena satu sebab melainkan karena banyak sebab yang saling berkaitan yaitu aspek biologik, psikologik, dan sosial. Adanya perubahan fisik karena proses menua menyebabkan lansia tidak dapat lagi melakukan berbagai kegiatan seperti yang dilakukannya pada masa muda. Perubahan biologis pada seluruh sistem tubuh dapat menyebabkan munculnya berbagai penyakit fisik seperti hipertensi, penyakit jantung dan penyakit lainnya. Kondisi ini dapat menyebabkan lansia merasa dirinya lemah, depresi, tidak berdaya, putus asa, dan menarik diri dari kehidupan sosial.

Basuki (2007), secara umum depresi ditandai oleh suasana perasaan murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya. Adanya penyakit fisik yang serius khususnya yang berkaitan dengan otak dapat menyebabkan lansia mengalami perubahan perilaku (Ebersol, 2010). Yohannes dan Baldwin (2008) menyatakan bahwa kondisi depresi yang tidak tertangani dengan baik akan mengakibatkan penurunan kualitas hidup, penurunan kemampuan perawatan diri, dan penurunan kemampuan untuk beraktivitas.

Terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia bertujuan untuk mengenang kembali peristiwa yang menyenangkan pada masa usia anak sampai dengan masa dewasa agar kemampuan yang dilakukan pada masa-masa tersebut masih dapat tetap diaplikasikan dalam kehidupan masa lansia saat ini. Terapi *Reminiscence* yang diberikan secara berkelompok akan memberikan kesempatan pada lansia untuk bersosialisasi, mengalihkan kesedihan, dan membangkitkan hal yang menyenangkan, dan mengurangi depresi (Gold, 1998). Sedangkan Hsieh, dkk (2009) dalam penelitiannya tentang terapi *Reminiscence* pada depresi dan apatis menunjukkan adanya penurunan yang bermakna pada kondisi depresi lansia. Demikian halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Falot dalam penelitian eksperimental mengenai terapi *Reminiscence* sebagai alat terapeutik pada 30 wanita dari berbagai usia. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan *mood* yang positif setelah mendapat terapi *Reminiscence* (University, 2011).

Pada penelitian ini, kondisi depresi sebelum terapi bersama dengan terapi *Reminiscence* ditambah dengan Psikoedukasi Keluarga memiliki pengaruh yang kuat untuk menurunkan depresi setelah diberi intervensi sebesar 0.662. Kondisi ini dimungkinkan karena jumlah pertemuan untuk tiap sesi hanya dilakukan 1 kali dan modul yang digunakan berbeda dengan modul pada penelitian Syarniah.

6.2 Pengaruh Terapi Kelompok *Reminiscence* dan Psikoedukasi keluarga terhadap Harga Diri , Ketidakberdayaan, Keputusan, Isolasi sosial pada Lansia

Harga diri, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial merupakan diagnosa keperawatan yang tergabung dalam kondisi depresi. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan yang bermakna pada ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan peningkatan harga diri pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Pada penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Syarniah (2010) ternyata dengan pemberian terapi *Reminiscence* ketidakberdayaan, keputusaasaan, dan isolasi sosial dapat diturunkan dan harga diri lansia dapat ditingkatkan secara bermakna. Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang meneliti tentang terapi *Reminiscence*.

Berdasarkan hasil analisis perbedaan selisih pada kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusaasaan, isolasi sosial, dan kualitas hidup diketahui hanya keputusaasaan dan isolasi sosial yang yang tidak bermakna.

Penelitian yang dilakukan Fontaine dan Fletcher (2003) mengatakan bahwa terapi *Reminiscence* bertujuan untuk meningkatkan harga diri dan membantu individu mencapai kesadaran diri dan memahami diri, beradaptasi terhadap stres dan melihat bagian dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Falot (1980) menghubungkan antara terapi *Reminiscence* dengan stres-adaptasi pada 24 orang responden. Hasil penelitian menyatakan bahwa *Reminiscence* yang bermakna akan konsisten pada konsep diri lansia.

Cappliez, dkk (2007) dalam penelitiannya tentang Fungsi *Reminiscence* dan regulasi emosi pada lansia meliputi pemecahan masalah, persiapan kematian, pengalaman kehidupan, kegagalan masa lalu, kebosanan dan memelihara keakrabaan. Berdasarkan penelitian tersebut maka kondisi ketidakberdayaan dapat diatasi dengan pemberian terapi *Reminiscence* yang bertujuan untuk mengembalikan kondisi lansia pada keberdayaan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki saat ini. Hasil penelitian yang dilakukan Boylin, Gordon, dan Nahrke (1976), meneliti hubungan terapi *Reminiscence* dengan integritas diri pada 41 lansia di panti. Hasil penelitian menunjukkan korelasi positif yang tinggi antara terapi *Reminiscence* dengan integritas diri, hal ini akan membuat lansia tetap

bersemangat dalam menjalani kehidupannya sekalipun telah terjadi perubahan-perubahan dalam dirinya (University, 2011).

Fontaine dan Fletcher (2003) mengatakan bahwa *Reminiscence* adalah kemampuan lansia untuk mengingat kembali ingatan akan masa lalu yang dibimbing oleh seorang profesional untuk selanjutnya 'disharingkan' kepada keluarga, kelompok atau staf keperawatan. Glod (1998) mendefinisikan terapi *Reminiscence* adalah penggunaan kenangan sederhana dan informatif sebagai intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial. Meiner dan Lueckenotte (2006) menjelaskan bahwa terapi *Reminiscence* adalah terapi yang diterapkan pada lansia melalui proses motivasi dan diskusikan tentang pengalaman masa lalu yang dialami. Nussbaum (2000) menyatakan bahwa terapi *Reminiscence* adalah menciptakan kebersamaan kelompok dan meningkatkan keintiman sosial. Pendapat tersebut menunjukkan bahwa terapi *Reminiscence* dapat digunakan untuk menolong lansia yang mengalami isolasi sosial.

Dilihat dari p value nilai selisih antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol diketahui adanya kebermaknaan pemberian terapi *Reminiscence* ditambah Psikoedukasi keluarga pada penurunan ketidakberdayaan, kondisi depresi, dan peningkatan harga diri pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sedangkan untuk keputusan tidak bermakna pada kelompok intervensi, dan isolasi sosial pada kelompok kontrol. Hal ini tidak sejalan dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa terapi *Reminiscence* bermakna pada integritas diri dan peningkatan keintiman sosial.

Singer dan Ryff (dalam Friedman, 2010) menyatakan bahwa fungsi afektif lebih diarahkan kepada fungsi internal keluarga meliputi pemberian perlindungan psikososial dan dukungan kepada anggota keluarga yang berpengaruh positif pada kepribadian dan keterikatan keluarga serta kesejahteraan individu. Penelitian yang dilakukan oleh Chien dan Wong

(2007) tentang efektivitas psikoedukasi pada keluarga dengan skizofrenia melaporkan bahwa sebagian besar keluarga menyatakan adanya perbaikan fungsi keluarga dan fungsi klien.

Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga tidak menurunkan keputusan dan isolasi sosial pada lansia. Berarti, lansia yang tinggal bersama dengan keluarga belum mendapatkan perhatian yang baik dari keluarganya. Hal ini tidak sejalan dengan Loveland dan Cherry (1996, dalam Friedman, 2010) yang mengatakan bahwa hubungan afeksi diantara keluarga akan menciptakan suasana emosional pengasuhan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan serta kompetensi individu.

Keputusan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya (NANDA, 2007). Karakteristik diagnosa keperawatan keputusan adalah afek menurun, pasif, penurunan verbalisasi, nafsu makan menurun, gangguan tidur, kehilangan inisiatif dan aktivitas menurun (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2007).

Keputusan terjadi bila individu tidak dapat menerima suatu perubahan yang terjadi dalam dirinya. Pada lansia perubahan yang terjadi akibat proses menua dan penyakit menahun yang dideritanya dapat menimbulkan keputusan dalam dirinya. Melalui terapi *Reminiscence* lansia dapat mempromosikan diri, melestarikan kenangan pribadi maupun kenangan bersama, mengatasi kekurangan materi dan keterbatasan fisik, mengidentifikasi tema universal tentang kehidupan manusia, dan memperkuat mekanisme pertahanan diri. Terapi *Reminiscence* yang diberikan secara berkelompok dapat membangkitkan kembali semangat hidup lansia, melalui *sharing* yang dilakukan dalam kelompok dimana

lansia termotivasi untuk menolong dirinya dari keputusasaan dan dapat berbagi pengalaman mengenai cara mengatasi keputusasaan.

Putusasa berkaitan dengan adanya kelemahan fisik dan ketidakberdayaan. Karena rata-rata usia lansia yang masuk dalam penelitian lebih banyak berusia 60 tahun maka keputusasaan tidak dirasakan sebagai suatu hal yang dialaminya. Melalui terapi *Reminiscence* lansia diajak untuk mengenang masa lalu yang menyenangkan saat lansia penuh semangat dalam menjalani kehidupan ini dengan demikian diharapkan lansia memiliki motivasi yang kuat untuk mengisi hari tuanya dengan hal-hal yang positif. Untuk mencegah kesepian, ketidakberdayaan, dan putusasa pada lansia maka peran serta keluarga dalam merawat lansia dengan cara pemberdayaan seluruh anggota keluarga akan membantu lansia untuk tetap mandiri dan terjaga kesehatannya.

Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesendirian dan merasa terbebani oleh orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA, 2007). Karakteristik diagnosa keperawatan isolasi sosial adalah tidak adanya sistem pendukung, tidak ada kontak mata, merasa sedih, merasa sendirian, tidak ada komunikasi, memperlihatkan sikap bermusuhan, menarik diri dari kehidupan sosial (NANDA, 2007).

Merasa sendirian dan kesepian pada masa lansia merupakan hal yang tidak menyenangkan. Dalam proses pemberian terapi *Reminiscence*, lansia dimotivasi untuk mengemukakan masalah yang dihadapinya kepada kelompok, dengan demikian tiap lansia dapat berkomunikasi dengan sesama lansia dan mengetahui masalah-masalah yang dihadapi lansia. Adanya jalinan komunikasi diantara lansia akan membuat lansia tidak merasa sendirian dan terisolasi, melalui kegiatan kelompok ini ikatan pertemanan diantara lansia dapat tetap terjalin. Dengan demikian terapi

Reminiscence yang diberikan pada lansia akan lebih efektif bila diberikan secara berkelompok ketimbang bila diberikan secara individu.

Dengan adanya kebersamaan antara lansia dengan anggota keluarga lainnya yang hidup bersama dalam satu rumah akan membuat lansia tidak merasa kesepian. Keterlibatan lansia dalam merawat cucu juga merupakan hal yang positif sehingga lansia dapat mengalihkan kesepiannya, dengan demikian lansia tidak mengisolasi dirinya dari kehidupan di lingkungannya. Melalui Psikoedukasi Keluarga diharapkan tercipta suasana emosional yang baik diantara anggota keluarga terutama bila keluarga telah mengetahui masalah-masalah yang dialami oleh lansia sehingga lansia dan keluarga akan tetap menjaga komunikasi yang baik sehingga lansia tidak merasa terabaikan dan menarik diri dari aktifitas sosial.

6.3 Pengaruh Terapi Kelompok *Reminiscence* dan Psikoedukasi keluarga terhadap kualitas hidup pada lansia

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan terapi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Hasil penelitian secara statistik menunjukkan adanya peningkatan kualitas hidup lansia setelah diberikan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga, namun dirasakan kurang berpengaruh karena peningkatannya tidak tinggi, hal ini disebabkan karena pada awalnya kedua kelompok tidak setara.

Peningkatan kualitas hidup pada pemberian terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga memiliki efektifitas sebesar 6.7%. Namun bila hanya dilihat terapi *Reminiscence* saja maka peningkatan kualitas hidup sebesar 4.04%, sedangkan pada pemberian Psikoedukasi Keluarga saja hanya meningkat sebesar 0.08%. Pemberian terapi *Reminiscence* bersama Psikoedukasi Keluarga memiliki pengaruh yang kuat untuk meningkatkan kualitas hidup setelah diberi intervensi sebesar 2.880. Dapat disimpulkan

bahwa terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup lansia, hal ini sejalan dengan penelitian-penelitian sebelumnya.

Dharmono (2008, dalam Nita, 2008) kualitas hidup lansia harus tetap terjaga agar lansia dapat tetap aktif, sehat, dan mandiri. Penurunan kualitas hidup menunjukkan tanda dan gejala seperti tingkat partisipasi rendah, kehilangan minat untuk beraktivitas, gangguan tidur, gangguan fungsi kognitif semu, selera makan menurun, perubahan sikap dan perilaku, dan ansietas.

Cappliez, dkk (2007) dalam penelitiannya tentang fungsi *Reminiscence* dan regulasi emosi pada lansia meliputi pemecahan masalah, persiapan kematian, pengalaman kehidupan, kegagalan masa lalu, kebosanan dan memelihara keakrabaan. Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan emosi positif pada lansia yang berpengaruh secara signifikan terhadap kecemasan, depresi dan kualitas hidup. Thorgrimsen, dkk (2001) dalam penelitiannya tentang Evaluasi terapi *Reminiscence* pada demensia yang berhubungan dengan kondisi stres menemukan hasil adanya peningkatan rentang perhatian dan pengalaman klinis yang menunjukkan peningkatan kualitas hidup. Penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa pemberian terapi *Reminiscence* pada lansia dapat meningkatkan kualitas hidup lansia dimana lansia akan merasakan kepuasan di dalam hidupnya, dapat menjalani masa hidup di hari tuanya dengan lebih tenang, dapat memecahkan masalah yang dihadapinya dengan lebih bijaksana bahkan dapat mempersiapkan dirinya terhadap datangnya kematian.

Gonzales (2010) dalam penelitian yang berjudul *Effect of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis* mendapatkan hasil bahwa terapi ini dapat menurunkan emosional pada keluarga pasien yang pertama kali menderita psikosis. Pada keluarga dengan lansia yang mengalami depresi Psikoedukasi

Keluarga dapat diberikan dalam upaya membantu keluarga untuk mengatasi kondisi depresi yang dialami lansia, dengan demikian bila kondisi depresi dapat teratasi dengan baik maka kualitas hidup lansia dapat meningkat.

Dalam proses terapi, lansia dimotivasi untuk menilai dirinya dan keberhasilan serta kepuasan hidupnya. Sesuai dengan perubahan spiritual maka lansia lebih dapat menerima diri apa adanya dan mengisi hari tuanya dengan pendekatan diri pada Tuhan. Lansia merasakan dirinya sudah sejahtera, keberadaan keluarga didekatnya membuat lansia merasa tenang dan tidak khawatir akan hidupnya. Dukungan keluarga kepada lansia dapat membantu meningkatkan kualitas hidup lansia agar lansia dapat hidup lebih tenang dan damai.

Konflik diantara anggota keluarga dapat terjadi karena tidak semua anggota keluarga mau merawat lansia. Untuk itu diperlukan adanya seorang pendamping (*caregiver*) yang dapat merawat lansia dengan baik untuk mengurangi depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Pemberian Psikoedukasi Keluarga dimaksudkan agar anggota keluarga memahami perubahan yang terjadi dan masalah yang dialami lansia. Pemberdayaan anggota keluarga dalam merawat lansia diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. Dapat disimpulkan bahwa dengan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga maka kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan.

6.4 Karakteristik lansia yang berhubungan terhadap penurunan kondisi depresi dan peningkatan kualitas hidup pada lansia

Karakteristik lansia yang diteliti dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja, dan penyakit fisik yang dialami. Variabel lainnya adalah kondisi depresi sebelum intervensi, dan kualitas hidup lansia sebelum intervensi.

6.4.1 Usia

Rata-rata usia lansia dalam penelitian ini adalah 67.82 tahun. Hasil penelitian tidak menunjukkan bahwa variabel ini dapat memperbaiki atau menurunkan kondisi depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia.

6.4.2 Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan proporsi terbesar adalah perempuan. Jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap penurunan kondisi depresi maupun kualitas hidup lansia. Nita (2008), menyatakan bahwa wanita cenderung mengalami depresi dua kali lebih banyak dibandingkan dengan pria.

6.4.3 Status perkawinan

Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan antara status perkawinan dengan penurunan kondisi depresi maupun peningkatan kualitas hidup lansia. Dalam penelitian ini terlihat lebih banyak lansia yang masih memiliki pasangan hidup. Sesuai dengan pernyataan Mohr (2006) bahwa sebagian lansia yang tinggal di masyarakat masih memiliki pasangan sehingga setiap permasalahan yang dihadapi dapat dibicarakan dengan pasangannya, hal ini tidak mempengaruhi kondisi depresi dan kualitas hidup lansia.

6.4.4 Penghasilan

Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan antara penghasilan dengan penurunan kondisi depresi maupun peningkatan kualitas hidup lansia. Hal ini tidak sesuai dengan Duvall dan Miller (1985, dalam Friedman, 2010), tahap akhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiunya salah satu atau kedua pasangan, yang berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan. Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa penganiayaan pada lansia dapat berupa penganiayaan fisik,

seksual penganiayaan psikologis, pengabaian, eksploitasi finansial, dan penolakan terapi medis yang adekuat.

Dapat disimpulkan bahwa lansia yang tidak penghasilan atau sudah pensiun akan mengalami kesedihan karena tidak dapat memenuhi kebutuhan hidupnya, namun karena lansia tinggal bersama dengan keluarga maka kebutuhan akan biaya hidup yang diperlukan dapat diatasi oleh keluarga sehingga variabel ini tidak berpengaruh terhadap depresi maupun kualitas hidup lansia.

6.4.5 Pengalaman kerja

Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan antara pengalaman kerja dengan penurunan kondisi depresi maupun peningkatan kualitas hidup lansia. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Blazer (1993, dalam Miller, 2004) bahwa salah satu penyebab terjadinya depresi adalah kehilangan pekerjaan. Kemungkinan ini bisa terjadi karena responden dalam penelitian ini lebih banyak perempuan yang memang sejak masa remaja tidak sempat bekerja karena menikah diusia muda.

6.4.6 Penyakit yang dialami

Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan antara penyakit yang dialami dengan penurunan kondisi depresi maupun peningkatan kualitas hidup lansia.

Teori yang terkait dengan perubahan pada sistem tubuh adalah teori *error* yaitu akumulasi kesalahan sintesis dalam tingkatan DNA dan RNA, teori *pakai dan buang* yaitu kelelahan sel karena penggunaan dan trauma, dan teori *penuaan terprogram* dimana suatu sel terlahir dengan kemampuan untuk melakukan duplikasi dengan jumlah tertentu dan selanjutnya akan mati. (Taffet & Lakata, 2003 dalam Ebersole, 2010; Kementrian Kesehatan RI, 2010). Proses menua

yang berkaitan dengan sistem tubuh dapat menimbulkan berbagai masalah pada kesehatan fisik. Tidak adanya hubungan antara penyakit yang dialami dengan kondisi depresi dan kualitas hidup dapat disebabkan karena lebih banyak lansia yang tidak mengalami penyakit.

Untuk melihat hubungan antara karakteristik lansia dengan kondisi depresi post maka variabel depresi pre, terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Demikian juga untuk melihat kualitas hidup post maka kualitas hidup pre, terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedua variabel tersebut mempunyai hubungan yang kuat baik terhadap depresi post dan kualitas hidup post setelah diberi terapi.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan suatu penelitian merupakan suatu risiko terhadap kelemahan penelitian. Pada penelitian ini terdapat beberapa hal yang dirasakan yaitu :

6.5.1 Waktu Pelaksanaan

Pengisian lembar kuesioner B dan kuesioner C memerlukan waktu yang cukup lama karena lansia perlu memahami setiap pertanyaan. Pada waktu pengisian kuesioner, peneliti bersama kader kesehatan jiwa mendampingi lansia.

6.5.2 Proses Pelaksanaan

Kendala yang ditemui peneliti ketika melaksanakan terapi adalah faktor bahasa yaitu penggunaan bahasa Sunda. Kendala dapat diatasi dengan cara meminta bantuan pada kader kesehatan yang mendampingi selama proses kegiatan berlangsung untuk menterjemahkan bahasa tersebut agar mudah dimengerti.

6.6 Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian pada pelayanan keperawatan, keilmuan dan pendidikan keperawatan serta kepentingan penelitian adalah :

6.6.1 Pelayanan keperawatan

Terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga dapat digunakan sebagai salah satu terapi keperawatan jiwa untuk menurunkan kondisi depresi dan meningkatkan kualitas hidup pada lansia, di berbagai wahana praktik yang termasuk lingkup psikososial. Terapi ini dapat baik secara individu maupun kelompok.

6.6.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Walaupun hasil penelitian tidak menunjukkan tingkat kebermaknaan yang tinggi namun terapi ini dapat dipergunakan sebagai salah satu intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada lansia dengan masalah psikososial.

6.6.3 Kepentingan Penelitian

Penelitian tentang terapi *Reminiscence* pada lansia telah dilakukan di wahana panti wredha dan komunitas. Untuk penelitian selanjutnya dapat dilakukan pada klien dengan demensia atau klien dengan ansietas. Pelaksanaan terapi dapat dikombinasikan dengan terapi keperawatan lainnya seperti pada pasien demensia maka pemberian terapi *Reminiscence* dapat dikombinasi dengan terapi kognitif dan perilaku. Penelitian kualitatif juga diperlukan guna meneliti lebih mendalam tentang pengaruh terapi *Reminiscence* terhadap peningkatan kualitas hidup lansia di masyarakat.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan dan saran-saran yang dapat peneliti sampaikan berdasarkan hasil penelitian adalah :

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik lansia rata-rata berusia 67.82 tahun dengan umur temuda 60 tahun dan tertua 80 tahun. Jenis kelamin paling banyak adalah perempuan (81.9%). Kawin (52.8%), tidak memiliki penghasilan (62.5%), tidak pernah bekerja (65.3%) dan tidak mengalami sakit fisik (56.95%), depresi pre pada kelompok intervensi 14.92, sedangkan pada kelompok kontrol 15.44, dan kualitas hidup pre pada kelompok intervensi 14.58, sedangkan pada kelompok kontrol 10.75.
- 7.1.2 Penurunan kondisi depresi pada kelompok yang diberi terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga sebesar 4.14 point (27.7%), dan peningkatan kualitas hidup sebesar 0,89 point (6.1%).
- 7.1.3 Penurunan kondisi depresi pada kelompok yang hanya diberi Psikoedukasi Keluarga sebesar 3.69 point (23.8%) dan peningkatan kualitas hidup sebesar 0,83 point (7.7%).
- 7.1.4 Diketahui pengaruh yang kuat kondisi depresi pre bersama dengan terapi *Reminiscence* dan Psikoedukasi Keluarga untuk menurunkan depresi setelah diberi intervensi sebesar 0.662 dan meningkatkan kualitas hidup lansia setelah diberi intervensi sebesar 2.880.
- 7.1.5 Tidak ada pengaruh karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penghasilan, pengalaman kerja, dan penyakit yang dialami dengan penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia.

7.2 Saran-saran

Saran-saran yang dapat peneliti sampaikan berdasarkan hasil temuan pada penelitian adalah sebagai berikut :

7.2.1 Aplikasi Keperawatan

- a. Dinas Kesehatan Kota Bogor melalui Puskesmas kelurahan Katulampa dapat melanjutkan kegiatan keperawatan kesehatan jiwa khususnya pelayanan psikososial bagi lansia dalam menangani kondisi depresi maupun diagnosa keperawatan lainnya dengan memberikan tindakan keperawatan tingkat dasar (generalis) maupun tindakan keperawatan tingkat spesialis. Memfasilitasi tenaga keperawatan untuk meningkatkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi seperti lulusan D III Keperawatan dapat melanjutkan pendidikan ke S1 Keperawatan, lulusan S1 Keperawatan dapat melanjutkan pendidikan ke S2 Keperawatan spesialis keperawatan jiwa.
- b. Bagi perawat spesialis jiwa terbuka kesempatan yang cukup besar untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa lansia di komunitas baik secara individu maupun kelompok melalui penerapan salah satu terapi keperawatan maupun kombinasi beberapa terapi keperawatan.
- c. Pemberi pelayanan keperawatan jiwa lansia melalui program CMHN dapat melibatkan anggota keluarga lansia secara aktif untuk membantu memelihara kondisi psikososial lansia yang hidup bersama dengan keluarganya.
- d. Terapi *Reminiscence* dapat digunakan untuk menurunkan kondisi depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Terapi ini dapat diberikan secara individu maupun kelompok.

7.2.2 Pengembangan Keilmuan

- a. Institusi pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menjadikan terapi *Reminiscence* sebagai salah satu kompetensi yang dikuasai mahasiswa spesialis keperawatan jiwa dalam kegiatan praktik di wahana keperawatan jiwa.

7.2.3 Penelitian berikutnya

- a. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk melihat efektifitas terapi *Reminiscence* dan dukungan keluarga dalam menurunkan kondisi depresi lansia serta efektifitas terapi tersebut dalam meningkatkan kualitas hidup lansia baik bagi lansia yang tinggal bersama keluarga maupun lansia yang tinggal di panti.
- b. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk melihat karakteristik *caregiver* yang dapat mempengaruhi penurunan depresi dan peningkatan kualitas hidup lansia baik pada lansia yang tinggal bersama keluarga maupun lansia yang hidup di panti.
- c. Perlu dilakukan peninjauan kembali konten yang ada pada modul terapi *Reminiscence* untuk menurunkan depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia dan jumlah pertemuan pada tiap sesi.
- d. Perlu dilakukan penelitian-penelitian lebih lanjut mengenai Psikoedukasi Keluarga dalam kaitannya dengan masalah psikososial pada lansia.