



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH LOGOTERAPI LANSIA DAN PSIKOEDUKASI  
KELUARGA TERHADAP DEPRESI DAN KEMAMPUAN  
MEMAKNAI HIDUP PADA LANSIA DI KELURAHAN  
KATULAMPA BOGOR TIMUR**

**TESIS**

**FATHRA ANNIS NAULI  
0906620575**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH LOGOTERAPI LANSIA DAN PSIKOEDUKASI  
KELUARGA TERHADAP DEPRESI DAN KEMAMPUAN  
MEMAKNAI HIDUP PADA LANSIA DI KELURAHAN  
KATULAMPA BOGOR TIMUR**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar magister ilmu keperawatan  
kekhususan keperawatan jiwa**

**FATHRA ANNIS NAULI  
0906620575**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI 2011**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**Nama : Fathra Annis Nauli**

**NPM : 0906620575**

**Tanda Tangan : **

**Tanggal : 30 Juni 2011**



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Fathra Annis Nauli  
NPM : 0906620575  
Program Studi : Pasca Sarjana  
Judul Tesis : Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi  
Keluarga terhadap Depresi dan Kemampuan Lansia  
dalam Memaknai Hidup di Kelurahan Katulampa  
Bogor Timur

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

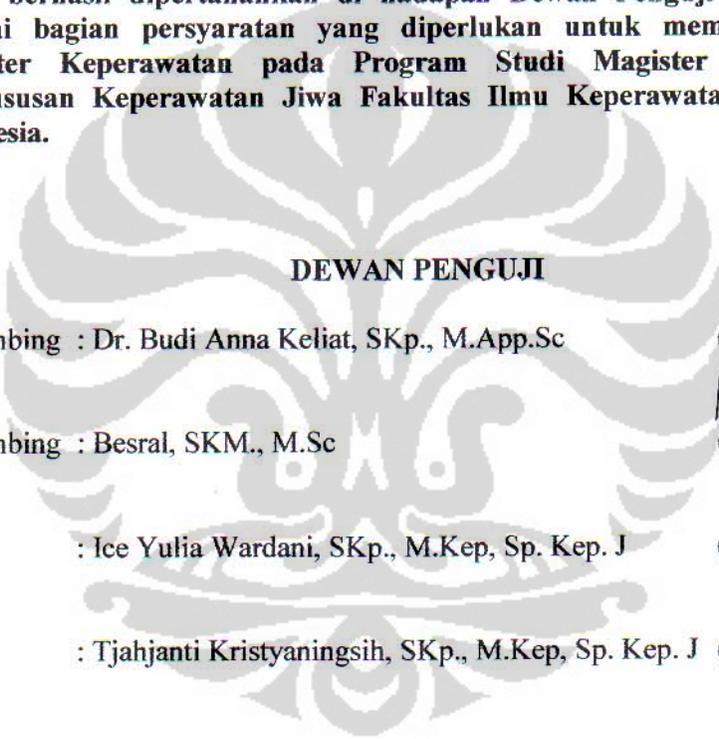
### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc

Pembimbing : Besral, SKM., M.Sc

Penguji : Ice Yulia Wardani, SKp., M.Kep, Sp. Kep. J

Penguji : Tjahjanti Kristyaningsih, SKp., M.Kep, Sp. Kep. J



(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 05 Juli 2011

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Fathra Annis Nauli

NPM : 0906620575

Mahasiswa Program : Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

Tahun Akademik : 2009 / 2010

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

**Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Depresi dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur**

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, 30 Juni 2011

Fathra Annis Nauli

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan Tesis dengan judul ” **Pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur**”. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak sehingga laporan tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc, selaku Pembimbing I yang telah membimbing peneliti dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat memberikan masukan dan motivasi dalam penyusunan laporan tesis ini.
2. Bapak Besral SKM, MSc, selaku Pembimbing II yang telah memberikan masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan laporan tesis ini.
3. Ibu Ice Yulia Wardani, SKp., M.Kep, SpJ, selaku penguji yang telah memberi masukan, arahan demi kesempurnaan tesis.
4. Ibu Yossie Susanti, EP, SKp., MN selaku Co Pembimbing yang memberikan masukan, arahan serta bimbingan dalam proses penyempurnaan terapi.
5. Dr. Triwandha Elan, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota yang telah memberikan izin melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Bogor Timur.
6. Seluruh staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.

7. Seluruh kader kesehatan jiwa dan lansia di wilayah kerja Posyandu Melati, Dalima Bodas, Kemuning Satu dan Palm yang telah memfasilitasi dan berpartisipasi dalam proses penyusunan tesis ini.
8. Kedua orang tua Ayah H. Jasman SH, MH dan Ibu Hj. Dwi Purnamawati, serta kakak adik saya Ikhsan Aditya, ST, dr. Rahmi Anggi, Ikhwanul Hafisyah yang senantiasa memberikan dukungan do'a, moral, semangat dan material selama saya menempuh pendidikan ini.
9. Rekan-rekan angkatan V (2009) Program Magister Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dukungan dan semangat tiada henti dalam penyusunan tesis ini.
10. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan laporan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2011

Penulis

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

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

Nama : Fathra Annis Nauli  
NPM : 0906620575  
Program Studi : Pasca Sarjana  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

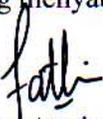
demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga Terhadap Depresi dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari 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 : 30 Juni 2011  
Yang menyatakan

  
( Fathra Annis Nauli)

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
SURAT PERNYATAAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	viii
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GRAFIK .....	xv
DAFTAR SKEMA .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	13
1.4 Tujuan Penelitian .....	13
1.5 Manfaat Penelitian.....	14
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>16</b>
2.1 Lanjut Usia.....	16
2.2 Depresi pada Lansia.....	31
2.3 Logoterapi .....	41
2.4 Psikoedukasi Keluarga.....	58
<b>3. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL .....</b>	<b>69</b>
3.1 Kerangka Teori.....	69
3.2 Kerangka Konsep .....	72
3.3 Hipotesis Penelitian .....	75
3.4 Definisi Operasional .....	76
<b>4. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>79</b>
4.1 Desain Penelitian .....	79
4.2 Populasi dan Sampel.....	81
4.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	84
4.4 Waktu dan Tempat Penelitian .....	85
4.5 Etika Penelitian.....	85
4.6 Alat Pengumpulan Data .....	87
4.7 Uji Coba Alat Pengumpul Data.....	88
4.8 Prosedur Pengumpulan Data .....	90
4.9 Tehnik Pengolahan Data.....	95
4.10 Analisis Data.....	96

<b>5. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>100</b>
5.1 Karakteristik Lansia.....	100
5.2 Depresi, Harga Diri Rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan dan Isolasi Sosial pada Lansia.....	103
5.3 Kemampuan Memaknai Hidup Lansia .....	109
5.4 Karakteristik Lansia yang Berhubungan dengan Depresi.....	113
5.5 Karakteristik Lansia yang Berhubungan dengan Kemampuan Lansia Memaknai Hidup .....	115
<b>6. PEMBAHASAN.....</b>	<b>117</b>
6.1 Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Depresi Lansia.....	117
6.2 Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Harga Diri Rendah Lansia .....	125
6.3 Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Ketidakberdayaan Lansia.....	127
6.4 Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Keputusan Lansia .....	130
6.5 Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Isolasi Sosial Lansia .....	131
6.6 Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Kemampuan Lansia Memaknai Hidup .....	134
6.7 Karakteristik yang Berhubungan dengan Depresi dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Lansia.....	138
6.8 Keterbatasan Penelitian.....	141
6.9 Implikasi Penelitian .....	142
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>144</b>
7.1 Kesimpulan .....	144
7.2 Saran .....	144
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>146</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perbandingan prosedur <i>family psychoeducation</i> .....	65
Tabel 3.1	Definisi operasional variabel penelitian.....	76
Tabel 4.1	Pemetaan jumlah sampel tiap posyandu.....	85
Tabel 4.2	Rincian pelaksanaan sesi – sesi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.....	95
Tabel 4.3	Analisis kesetaraan karakteristik dan kondisi depresi lansia antara kelompok kontrol dan intervensi.....	97
Tabel 4.4	Analisis bivariat variabel penelitian pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.....	98
Tabel 5.1	Analisis usia lansia di Kelurahan Katulampa.....	101
Tabel 5.2	Distribusi lansia menurut jenis kelamin, status perkawinan, riwayat pendidikan, pekerjaan dan penyakit yang dialami di Kelurahan Katulampa.....	102
Tabel 5.3	Analisis depresi lansia sebelum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga .....	103
Tabel 5.4	Analisis penurunan depresi lansia pada kelompok kontrol dan intervensi.....	105
Tabel 5.5	Perbedaan selisih penurunan depresi antara kelompok kontrol dan intervensi.....	107
Tabel 5.6	Analisis kemampuan memaknai hidup lansia sebelum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.....	110
Tabel 5.7	Analisis perubahan kemampuan memaknai hidup lansia pada kelompok kontrol dan intervensi .....	111
Tabel 5.8	Karakteristik lansia yang berhubungan dengan depresi.....	113
Tabel 5.9	Karakteristik lansia yang berhubungan dengan depresi.....	114

Tabel 5.10	Karakteristik lansia yang berhubungan dengan kemampuan memaknai hidup pada lansia .....	114
Tabel 5.11	Karakteristik lansia yang berhubungan dengan kemampuan memaknai hidup pada lansia .....	116



## DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1	Analisis penurunan depresi lansia pada kelompok kontrol dan intervensi.....	106
Grafik 5.2	Analisis peningkatan kemampuan memaknai hidup pada kelompok kontrol dan intervensi.....	112



## DAFTAR SKEMA

Skema 3.1	Kerangka Teori.....	71
Skema 3.2	Kerangka Konsep Penelitian .....	74



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3. Data demografi responden (Kuesioner A)
- Lampiran 4. Kisi – kisi instrumen Penelitian
- Lampiran 5. Kuesioner pengukuran depresi lansia (Kuesioner B)
- Lampiran 6. Kuesioner kemampuan makna hidup lansia (Kuesioner C)
- Lampiran 7. Keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 8. Keterangan lulus uji *expert validity*
- Lampiran 9. Keterangan lulus uji kompetensi
- Lampiran 10. Surat izin studi pendahuluan
- Lampiran 11. Surat izin pelaksanaan penelitian
- Lampiran 12. Daftar riwayat hidup
- Lampiran 13. Jadwal pelaksanaan intervensi penelitian
- Lampiran 14. Jadwal pelaksanaan penelitian
- Lampiran 15. Modul logoterapi lansia
- Lampiran 16. Modul psikoedukasi keluarga



Nama : Fathra Annis Nauli  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa  
Judul : Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap  
Depresi dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Lansia di  
Kelurahan Katulampa Bogor Timur

### **Abstrak**

Prevalensi depresi pada lansia di Indonesia sebesar 30% (Komnas lansia, 2011). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur. Desain penelitian *quasi eksperimental pre test-post test with control group*. Sampel berjumlah 72 orang, 36 orang kelompok intervensi dan 36 orang kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan lansia yang diberikan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih besar bermakna terhadap depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup dibandingkan dengan lansia yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ). Logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga direkomendasikan pada lansia depresi dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial.

Kata kunci: depresi, harga diri rendah, isolasi sosial, ketidakberdayaan, keputusan, logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga

Name : Fathra Annis Nauli  
Study Program : Magister of Mental Health Nursing  
Title : The influence of logotherapy and family psychoeducation on depression and the ability to look upon the meaning of life among elderly in Katulampa village of East Bogor

### **Abstract**

Depression is a major problem for elderly, and the prevalence rate of depression among elderly in Indonesia is around 30% (Komnas Lansia, 2011). The aim of this study was to determine the effect of logotherapy and family psychoeducation on depression, low self-esteem, powerlessness, hopelessness, social isolation, and the ability to look upon the meaning of life among elderly in Katulampa village of East Bogor. The research design was quasi-experimental pre-post test with control group. The sample of this research are 72 respondents, 36 respondents in the intervention group and 36 respondents in the control group. The results showed a significant decrease of depression, low self-esteem, powerlessness, hopelessness, social isolation, and an increase in meaning life ability among the elderly who receive logotherapy and family psychoeducation compared to the elderly only receive a family psychoeducation ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ). Therefore, the logotherapy and family psychoeducation are recommended for the elderly with depression who are diagnosed with low self-esteem, powerlessness, hopelessness and social isolation.

Keyword : depression, low self-esteem, powerlessness, hopeless, social isolation, elderly, logotherapy and family psychoeducation.

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan ikut andil dalam meningkatkan kualitas hidup manusia dan menjadikan rata – rata usia harapan hidup bangsa Indonesia semakin meningkat. Keadaan ini menyebabkan jumlah populasi lanjut usia semakin besar, bahkan cenderung lebih cepat dan pesat (Nugroho, 2006; Depkes, 2005). Hal ini akan memberikan konsekuensi terhadap perlindungan dan peningkatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada lansia baik dari segi kualitas maupun kuantitas.

Lansia atau lanjut usia adalah seseorang yang telah berumur lebih dari 60 tahun (WHO, 2010). Definisi ini sesuai dengan UU No 13 tahun 1998 (BPKP, 1998) tentang kesejahteraan lansia dinyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Berdasarkan hal tersebut maka pada penelitian ini akan menggunakan definisi usia untuk lanjut usia sesuai dengan definisi lansia menurut WHO dan UU tentang kesejahteraan lansia.

Pertumbuhan populasi lansia (usia > 60 tahun) di dunia meningkat sangat pesat dibandingkan dengan kelompok usia lain. Pada tahun 2000 jumlah lansia di dunia sekitar 600 juta (11%), tahun 2025 diperkirakan meningkat menjadi 1, 2 milyar (22%) dan tahun 2050 meningkat menjadi 2 milyar. Di negara berkembang juga memperlihatkan peningkatan jumlah lansia pada tahun 2025 diperkirakan mencapai 840 juta (70%) dan tahun 2050 jumlah lansia akan mencapai 1, 6 milyar (80%) (Undesa, 2006 dalam Komnas lansia, 2011). Data ini menunjukkan bahwa jumlah populasi lansia di dunia mengalami peningkatan yang pesat seiring dengan bertambahnya tahun.

Data *United Nations Department of Economic and Social Affairs* (UNDESA) bahwa hampir setengah jumlah penduduk lansia di dunia hidup di Asia yang proporsi populasi lansianya pada tahun 2006 sebesar (9%) dan tahun 2050 diperkirakan (24%). Indonesia adalah salah satu Negara berkembang di Asia yang menempati posisi ke – 4 setelah Cina, India dan Jepang yang memiliki populasi lansia terbanyak (Komnas Lansia, 2011). Hal ini akan memberikan dampak terhadap kebijakan, perlindungan dan pelayanan yang diberikan pemerintah untuk mengatasi permasalahan yang timbul terhadap lansia.

Di Indonesia usia harapan hidup lansia meningkat sejalan dengan peningkatan populasi lansia. Pada tahun 2000 usia harapan hidup lansia adalah (64,5 tahun), jumlah lansia (14.439.967 jiwa) dan proporsi peningkatan dari tahun sebelumnya sebesar (7,18%), tahun 2010 usia harapan hidup lansia adalah (67,4 tahun), jumlah lansia (23,9 juta jiwa) dan proporsi meningkat sampai (9,77%), tahun 2020 diperkirakan usia harapan hidup lansia adalah (70,2 tahun), jumlah lansia (> 28,8 juta jiwa) dan proporsi meningkat sampai dengan (11,34%) serta tahun 2050 diperkirakan jumlah lansia akan meningkat dua kali lipat (Menkokesra, 2010; Ronawulan, 2009). Peningkatan jumlah lansia ini menjadikan Indonesia menjadi negara yang pertumbuhan lansianya tercepat di dunia dalam kurun waktu 1990 – 2025 dan termasuk negara yang memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia/ *aging structured* karena persentase populasi lansia di Indonesia lebih dari (7%) (UNICEF, 2007 dalam Ronawulan 2009). Meningkatnya jumlah populasi lansia dan usia harapan hidup ini mengakibatkan semakin besarnya tuntutan terhadap pelayanan kesehatan kepada lansia yang holistik antara lain sosialisasi tentang kondisi lansia, peran aktif keluarga, masyarakat dan lembaga sosial serta hubungan antargenerasi di lingkungan keluarga, masyarakat dan bangsa.

Lansia merupakan periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang. Pada tahap ini akan terjadi suatu proses menua yang terjadi secara alamiah, adanya perubahan pada aspek fisik, psikologis dan sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Miller, 2004). Perubahan fisik pada masa tua yang tampak yaitu

karena penyakit dan faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit fisik ini seperti isolasi, deprivasi sensori dan ketergantungan yang dapat berperan dalam terjadinya depresi (Maramis, 2006). Lansia jika tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi akan mengakibatkan depresi yang timbul bervariasi dari tingkat yang ringan sampai berat.

Perubahan yang terjadi pada proses menua pada lansia antara lain biologis, psikologis, sosial, kognitif dan spiritual (Ebersole & Hess, 2010). Perubahan biologis pada proses menua terjadi karena penurunan kemampuan dalam replikasi (membelah), nekrosis serta apoptosis yang dipengaruhi oleh fisik maupun kimiawi sehingga terjadi perubahan dari tingkat sel hingga sampai dengan sistem organ (Ham, 2007). Perubahan biologis ini mengakibatkan perubahan pada semua sistem organ seperti pada kulit, sistem kardiovaskuler yang mengakibatkan timbulnya penyakit yang berkaitan dengan sistem kardiovaskuler seperti jantung, gagal jantung dan hipertensi, sistem muskuloskeletal terjadi penurunan masa tulang, gangguan pada tulang mengakibatkan lansia mengalami keterbatasan fisik serta sistem pancaindera (Ebersole & Hess, 2010; Hurlock, 2004; Nugroho, 2006). Perubahan pada sistem yang terjadi akan mengakibatkan aktivitas fisik lansia menjadi terbatas, lamban sehingga lansia memiliki tingkat ketergantungan yang tinggi pada orang lain. Hal ini akan mengakibatkan masalah bagi lansia jika lansia tidak mampu beradaptasi terhadap perubahannya yaitu lansia akan merasa tidak berdaya, tidak berguna, membatasi interaksi sosial dan jika keadaan ini terjadi terus – menerus akan mengarahkan lansia kepada kondisi depresi.

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). Adanya perubahan pada fungsi kognitif dan psikomotorik pada lansia akan mengakibatkan perubahan pada aspek psikososial yang berkaitan dengan kepribadian lansia tersebut (Kuntjoro, 2002). Pada lansia yang tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan psikologis yang dialami dapat mengakibatkan

lansia sensitif, labil, mudah bersedih, perasaan putus asa, paranoid, perasaan bersalah, merasa terbebani dan beresiko untuk mengalami masalah psikososial seperti depresi dengan diagnosa keperawatan keputusan, ketidakberdayaan harga diri rendah.

Perubahan sosial yang dapat dialami lansia antara lain perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, kehilangan pasangan hidup serta kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole & Hess, 2010). Keluarga merupakan pendukung utama dalam memberikan perawatan terhadap lansia yang tinggal di rumah, untuk itu keluarga harus memahami kondisi perubahan proses menua yang terjadi pada lansia agar keluarga mampu memberikan tindakan yang tepat bila terjadi masalah.

Perubahan spiritual juga terjadi pada lansia. Spiritual adalah bagaimana seseorang berhubungan sosial dengan orang lain dan lingkungan budaya sehingga seseorang tersebut menemukan makna dari kehidupan, kualitas hidup serta perasaan untuk mencapai kesejahteraan (Delgado, 2007 dalam Ebersole & Hess, 2010). Spiritual dan coping eksistensial menjadi sangat bermakna ketika individu memiliki masalah, dimana coping ini digunakan sebagai kontrol dalam menghadapi proses kehilangan dan kematian (Wong et al, 1998). Tingkat spiritual sangat mempengaruhi kehidupan lansia karena memberikan pandangan positif dalam memaknai kehidupan dan tujuan hidup lansia dalam menghadapi suatu masalah dan proses kehilangan yang sering dialami lansia.

Semua perubahan pada proses menua yang dialami lansia dapat menimbulkan terjadinya masalah psikososial apabila lansia tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Ketidakmampuan lansia beradaptasi dan ketidakadekuatan dukungan sosial yang diterima akan menimbulkan gangguan psikososial seperti perasaan kehilangan, kesepian, depresi, sulit tidur dan lain – lain (Miller, 2004). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi lansia dalam menghadapi perubahannya antara lain faktor individual dan faktor

interpersonal (keluarga) (Viedebeck, 2008). Faktor individual adalah bagaimana koping lansia dalam beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya yang juga dipengaruhi oleh pengalaman hidup lansia tersebut. Sedangkan faktor interpersonal (keluarga) adalah bagaimana fungsi dan peran keluarga mempengaruhi individu lansia dalam menghadapi perubahan yang terjadi pada lansia tersebut dan ini akan berpengaruh terhadap tindakan yang akan diambil keluarga dalam menghadapi perubahan yang terjadi pada anggota keluarganya yaitu lansia.

Berdasarkan uraian tersebut maka perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan biologis, psikologis, sosial ekonomi dan spiritual dapat menjadikan lansia sebagai kelompok yang rentan terhadap berbagai permasalahan kesehatan khususnya masalah kesehatan mental dan depresi yang merupakan masalah kesehatan mental paling banyak ditemui pada lansia. Depresi merupakan masalah paling banyak dialami lansia (Kompas, 2008) dan gangguan mental yang sering ditemukan selain insomnia, ansietas, dan delirium (Depkes, 2000). Depresi dapat memperpendek harapan hidup lansia karena pada lansia terjadi penurunan kualitas hidup sehingga menghambat pemenuhan tugas – tugas perkembangan lansia (Stanley & Beare, 2005). Lansia yang mengalami depresi dapat mengalami gangguan dalam kehidupan sehari-hari serta dalam aktivitas sosialnya.

Prevalensi depresi pada lansia di dunia sekitar 8-15%. Hasil survey dari berbagai Negara di dunia diperoleh prevalensi rata – rata depresi pada lansia adalah (13,5%) perbandingan wanita : pria 14,1 : 8,6 dimana wanita dua kali lebih banyak daripada pria (Kompas, 2008 , *Indian Womens Health*, 2009). Ini menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada lansia yang terjadi di masyarakat di dunia cukup tinggi dan sebagian besar adalah wanita.

Di Indonesia prevalensi depresi pada lansia berdasarkan penelitian kesehatan Universitas Indonesia dan *Oxford Institute of aging* menunjukkan bahwa 30% dari jumlah lansia di Indonesia mengalami depresi (Komnas lansia, 2011).

Hal ini didukung oleh data Riset Kesehatan Dasar (2007) bahwa gangguan mental emosional (di atas usia 15 tahun termasuk lansia) sekitar 11,6% dan di Jawa Barat menempati urutan yang tertinggi yaitu 20% (Depkes RI, 2008). Jumlah Penduduk Provinsi Jawa Barat 41.902.385 jiwa, yang terdiri dari 7,95% usia > 60 tahun (29.620.796 jiwa), 70,64% usia 15 – 60 tahun (29.620.796 jiwa) (Profil Penduduk Lanjut Usia, 2009). Ini menunjukkan rerata prevalensi angka gangguan mental emosional di Indonesia dan di Jawa Barat cukup tinggi serta sejalan dengan meningkatnya usia penduduk.

Di Indonesia prevalensi lansia depresi yang menjalani perawatan di RS dan Panti perawatan diperoleh prevalensi sebesar 30 – 45 % (Dharmono, 2008). Di unit komunitas (masyarakat) jumlah lansia sebanyak 30% hidup mandiri, 53,6% dengan pasangan hidup dan 11,9% dengan anggota keluarga lainnya (Mohr, 2006). Sedangkan prevalensi pada lansia dengan depresi di komunitas diperoleh tingkat yang bervariasi mulai 2 – 44% dan 1 – 35% (Frazer, Christensen & Griffith, 2005). Data tersebut menunjukkan bahwa jumlah lansia di komunitas (masyarakat) lebih banyak dan memiliki tingkat prevalensi depresi lebih besar daripada di unit perawatan utama.

Lansia dengan depresi dapat ditemukan satu atau lebih diagnosa keperawatan yang sesuai. Menurut (Priven & Buckwalter, 2001 dalam Miller 2004) pada lansia dengan depresi, diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan adalah harga diri rendah, ketidakberdayaan, dan keputusasaan. Selain ketiga diagnosa keperawatan tersebut isolasi sosial dapat ditemukan pada lansia dengan depresi (Meinner & Lueckenotte, 2006; Frisch, 2006; Gulanick & Myers, 2007). Jadi pada lansia depresi dapat ditemukan semua atau salah satu dari diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial.

Bentuk tindakan keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi diagnosa keperawatan dapat berupa tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Menurut Mackin dan Arean (2005, dalam Wheeler 2008) pada

lansia dengan depresi dapat diberikan beberapa terapi antara lain: terapi kognitif dan perilaku atau *cognitif behavior therapy*, *reminiscence therapy* dan kombinasi *Interpersonal Therapy* (IPT) dan medikasi. Sedangkan untuk tindakan keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada seseorang dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah adalah terapi individu; terapi kognitif, terapi perilaku, dan terapi kognitif-perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/CBT*); terapi kelompok, seperti terapi Suportif dan terapi logo (*Logotherapy*); terapi keluarga, terapi psikoedukasi keluarga; dan terapi komunitas, terapi asertif komunitas atau *Assertif Community Therapy* (ACT) (Stuart & Laraia, 2005; Frisch & Frisch, 2006; Copel, 2007). Logoterapi merupakan terapi yang direkomendasikan dan efektif untuk tindakan keperawatan pada lansia (Hakhoe Chi, 2006). Berdasarkan uraian diatas logoterapi dan psikoedukasi dapat diberikan pada lansia yang mengalami depresi karena pada lansia dengan depresi dapat ditemukan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial.

Logoterapi adalah psikoterapi yang dapat melihat individu secara jelas dan holistik yang meliputi gambaran diri, kepercayaan diri dan kemampuan individu dalam menangani stress (Savolaine & Granello, 2002 dalam Marshall, 2010). Penelitian terkait tentang pengaruh logoterapi sudah banyak dilakukan antara lain pada klien dengan kondisi penyakit terminal, kondisi penyakit kronik, berduka, depresi, *Post Trauma Syndrome Distres* (PTSD), ketergantungan alkohol, gangguan kepribadian, *obsessive compulsive disorder* dan *Phobia* (Bastaman, 2007). Berdasarkan hal tersebut maka logoterapi dapat digunakan sebagai terapi untuk klien yang memiliki masalah psikososial.

Penelitian tentang pengaruh logoterapi terhadap lansia dengan masalah psikososial telah dilakukan oleh Wahyuni (2007) di Panti Wredha Provinsi Riau yang menyatakan bahwa logoterapi dapat meningkatkan harga diri lansia secara kognitif dan perilaku sampai dengan 25.33%. Peningkatan harga diri secara kognitif dan perilaku pada lansia dirasa masih kurang optimal,

disebabkan mungkin karena kurangnya sumber pendukung bagi lansia dalam meningkatkan harga dirinya terutama keluarga. Berdasarkan hal tersebut maka pada lansia yang berada di komunitas yang tinggal bersama keluarga selain logoterapi yang diperuntukkan bagi lansia, juga perlu diberikan psikoedukasi keluarga untuk mendukung lansia dalam meningkatkan harga diri sehingga kualitas hidupnya tercapai.

Keluarga adalah komunitas kecil yang terdekat lansia. Miller (2004) mengatakan keluarga merupakan pendukung utama dalam memberikan perawatan terhadap lansia yang tinggal di rumah. Brown (1978, dalam Friedman, 2010) mengemukakan bahwa ketika stressor keluarga terjadi maka sistem saling asuh merupakan subjek gangguan, jika gangguan terjadi maka akan muncul kecenderungan untuk timbulnya ketegangan antar pribadi. Stresor ini dapat terjadi di rumah sebagai tempat tinggal klien dan tempat yang paling baik bagi lansia. Jadi disini tampak bahwa lansia yang berada di rumah bersama keluarga juga bisa mengalami depresi dan memerlukan suatu tindakan untuk keluarga dan lansia untuk dalam mengatasi masalah lansia dan keluarga (*caregiver*) itu sendiri.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Keliat (2006) bahwa angka kekambuhan pada klien gangguan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50% sedangkan angka kekambuhan pada klien yang diberikan terapi keluarga adalah sebesar 5-10%. Ini berarti adanya dukungan keluarga melalui tindakan psikoterapi dapat mengurangi angka kejadian depresi dan masalah psikososial dalam keluarga tersebut.

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu bentuk terapi keluarga yang dapat diberikan kepada lansia dan keluarga (*caregiver*). Tujuan umum dari pemberian psikoedukasi keluarga adalah terjadinya penurunan intensitas emosi dalam keluarga, meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit melalui edukasi tentang upaya dan tanda gejala dari perilaku yang dapat mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005).

Oleh karena itu melalui psikoedukasi keluarga diharapkan keluarga dan lansia yang memiliki masalah psikososial dapat meningkatkan pengetahuannya tentang penyakit atau masalah kesehatan di keluarga, memiliki kemampuan dalam memberikan perawatan kepada diri sendiri dan anggota keluarganya dan peningkatan dukungan bagi anggota keluarga tersebut.

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu terapi pada keluarga yang mengajarkan keluarga (*caregiver*) dalam merawat anggota keluarganya serta merawat/ membantu keluarga (*caregiver*) sendiri terhadap masalah yang dialami ketika merawat anggota keluarganya. Salah satu bentuk masalah keluarga dalam merawat lansia dengan depresi adalah stres. Menurut Gillis, et.all (1989) status sehat sakitnya anggota keluarga saling mempengaruhi satu sama lainnya, adanya penyakit dalam keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga (Friedman, 2010). Oleh karena itu, perlu dilakukan manajemen stres agar kecemasan dalam keluarga menjadi berkurang.

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada keluarga (*caregiver*) akibat merawat lansia dengan depresi adalah resiko ketegangan peran pemberi asuhan dan ketidakefektifan performa peran (NANDA, 2009). Resiko ketegangan peran pemberi asuhan yaitu pemberi asuhan rentan dan merasa kesulitan dalam melakukan peran pemberi asuhan keluarga. Sehingga pada keluarga (*caregiver*) akan ditemui masalah – masalah seperti tugas yang banyak dalam memberikan asuhan, gangguan kesehatan, ketidaksiapan yang berkaitan dengan kurangnya pengetahuan, pengalaman, kondisi ekonomi yang dimiliki keluarga (*caregiver*). Diagnosa keperawatan ketidakefektifan performa peran perilaku yang ditunjukkan *caregiver* yaitu adanya perubahan persepsi peran, ansietas, perubahan pola tanggung jawab dari biasanya, depresi, ketidakadekuatan adaptasi terhadap perubahan serta ketidakadekuatan koping. Berdasarkan uraian tersebut psikoedukasi keluarga dapat diberikan pada keluarga (*caregiver*) yang memiliki masalah dalam merawat anggota keluarganya sehingga diharapkan dengan psikoedukasi keluarga masalah anggota keluarga dan keluarga (*caregiver*) dapat teratasi.

Penelitian *Family Psychoeducation* (psikoedukasi keluarga) oleh Wardaningsih (2007) mengemukakan bahwa terdapat pengaruh *Family* psikoedukasi terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga serta menurunkan beban subjektif keluarga. Penelitian Nurbani (2008) menyatakan bahwa psikoedukasi keluarga dapat menurunkan beban keluarga dalam merawat klien dengan masalah penyakit fisik (stroke), penelitian Sari (2009) menyatakan bahwa *Family Psychoeducation* dapat menurunkan beban keluarga secara bermakna dan meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung. Berdasarkan ketiga penelitian tersebut menunjukkan bahwa psikoedukasi keluarga sangat dibutuhkan dan berpengaruh bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa maupun masalah psikososial.

Lansia yang mengalami depresi di masyarakat perlu dilakukan suatu bentuk tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah lansia dan keluarganya. Hal ini sejalan dengan kebijakan tentang kesehatan geriatrik (lansia) di komunitas (*Community Based Geriatric Service*) yaitu adanya pembinaan kesehatan dan kemampuan untuk mandiri serta pemberdayaan masyarakat, peran keluarga dan masyarakat, kemitraan dengan LSM dan swasta (Kemenkes RI, 2011). Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan suatu tindakan dalam bentuk terapi bagi lansia yang memiliki masalah psikososial yaitu logoterapi untuk mengatasi masalah lansia tersebut dan terapi keluarga yaitu psikoedukasi keluarga untuk mendukung lansia dalam mengatasi masalah lansia dan masalah yang dialami keluarga dalam merawat lansia.

Penelitian ini akan dilakukan di Kelurahan Katulampa yang merupakan salah satu kelurahan di wilayah kecamatan Bogor Timur. Kelurahan Katulampa menjadi lahan penerapan model praktik keperawatan jiwa komunitas atau *Community Mental Health Nursing (CMHN)* dan tempat praktik mahasiswa magister keperawatan jiwa FIK UI sejak tahun 2010. Kelurahan Katulampa memiliki wilayah yang paling luas diantara 6 (enam) kelurahan yang ada di

Kecamatan Bogor yaitu ± 491 Ha yang terdiri dari 13 Rukun Warga (RW) dengan 87 Rukun Tetangga (RT), jumlah kepala keluarga (6438 KK), jumlah penduduk 25.461 jiwa dan jumlah usia 60 tahun keatas 1722 jiwa (Data Statistik Kelurahan Katulampa, 2010). Ini berarti proporsi lansia adalah 6,77% dari keseluruhan jumlah penduduk.

Data Riset Kesehatan Dasar (2007) menyatakan bahwa gangguan mental emosional (di atas 15 tahun termasuk lansia) di Jawa Barat sekitar 20%. Jika dihitung berdasarkan data jumlah penduduk usia > 60 tahun Kelurahan Katulampa dibandingkan dengan angka prevalensi gangguan mental emosional di Jawa Barat diestimasikan jumlah penduduk usia > 60 tahun yang mengalami gangguan mental emosional di Kelurahan Katulampa adalah 344 jiwa. Berdasarkan estimasi tersebut maka diperlukan suatu upaya kepada lansia agar tidak menjadi masalah yang serius.

Kelurahan Katulampa berada di wilayah kerja Puskesmas Bogor Timur. Puskesmas Bogor Timur sudah memiliki unit pelayanan untuk masalah gangguan jiwa (poli jiwa) dan program khusus untuk lansia. Program khusus untuk lansia kegiatan yang dilakukan hanya sebatas untuk mengatasi masalah fisik lansia yang dilakukan melalui kegiatan posbindu dan posyandu yang dilakukan sebulan sekali pada 13 RW yang tersebar di Kelurahan Katulampa.

Hasil studi pendahuluan dan deteksi dini bersama kader kesehatan jiwa di RW 01, RW 03 dan RW 07 ditemukan ada sekitar 10 lansia yang mengalami gejala yang mengarah ke depresi terutama karena kelemahan fisik, perubahan kondisi kesehatan pada lansia yang menurun, gangguan komunikasi dan interaksi mengakibatkan lansia tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, sangat tergantung kepada anggota keluarga sehingga mengakibatkan lansia cenderung berada di rumah dengan tidak melakukan aktivitas. Selain kepada lansia peneliti juga mewawancarai salah satu anggota keluarga *caregiver* yang sehari – hari merawat lansia tersebut, didapatkan bahwa *caregiver* mengeluh dengan kondisi lansia yang seperti anak kecil lagi, mudah

tersinggung, emosi labil, sering mengeluh gangguan fisik, membutuhkan perhatian lebih. *Caregiver* yang sehari – hari merawat lansia terkadang hanya membiarkan kondisi lansia tersebut karena menganggap hal yang wajar dialami oleh sebagian besar lansia. Selain itu *caregiver* tidak tahu bagaimana cara memberikan kebutuhan dan merawat lansia dengan kondisi depresi tersebut.

Berdasarkan atas cukup besarnya jumlah penduduk usia > 60 usia tahun yang mengalami gangguan mental emosional di Kelurahan Katulampa yaitu 344 jiwa berdasarkan perhitungan dengan menggunakan analisis persentase RISKESDAS (2007) dan kurang pengetahuan *caregiver* terkait perubahan lansia karena proses menua, masalah yang dialami lansia dan *caregiver* maka perlu adanya upaya pelayanan asuhan keperawatan jiwa. Pelayanan tersebut dapat diberikan melalui terapi keluarga yaitu psikoedukasi keluarga dan terapi kelompok untuk lansia yaitu logoterapi lansia. Berdasarkan atas latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur.

## 1.2 Rumusan Masalah

Angka kejadian depresi paling banyak terjadi pada lansia, disebabkan karena perubahan proses menua yaitu adanya perubahan biologis, psikologis, sosial, ekonomi. Pada lansia yang mengalami depresi dapat ditemukan diagnosa keperawatan harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial. Untuk mengatasi masalah tersebut dapat diberikan tindakan keperawatan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti merumuskan masalah dalam penelitian ini adalah:

- 1.2.1 Diperkirakan jumlah lansia yang mengalami gangguan emosional berdasarkan hasil perhitungan Riskesdas (2007) yaitu sebanyak 344 orang di Kelurahan Katulampa Bogor Timur.

- 1.2.2 Pusat Kesehatan Masyarakat, Posbindu dan Posyandu belum memiliki program khusus kesehatan jiwa untuk lansia
- 1.2.3 Belum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap lansia yang mengalami depresi.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Pertanyaan penelitian yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah:

- 1.3.1 Apakah logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga berpengaruh terhadap penurunan depresi (harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial) dan peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur?
- 1.3.2 Apakah terdapat penurunan lebih tinggi terhadap depresi (harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial) dan peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur antara yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dengan yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga.
- 1.3.3 Diketahui karakteristik lansia yang berhubungan dengan depresi dan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum :**

Mendapatkan gambaran tentang pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap penurunan depresi (harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial) dan peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur.

### **1.4.2 Tujuan Khusus :**

- 1.4.2.1 Diketahui karakteristik lansia yang mengalami depresi (harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial) dan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur
- 1.4.2.2 Diketahui pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap penurunan depresi (harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial) di Kelurahan Katulampa Bogor Timur
- 1.4.2.3 Diketahui pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur
- 1.4.2.4 Diketahui hubungan karakteristik lansia terhadap penurunan depresi dan peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat Aplikatif**

- 1.5.1.1 Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menerapkan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.
- 1.5.1.2 Meningkatkan kemampuan lansia dan keluarga dalam mengatasi depresi di Kelurahan Katulampa Bogor Timur
- 1.5.1.3 Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya keperawatan kesehatan jiwa pada klien lansia yang berada di Komunitas.

### **1.5.2 Manfaat Keilmuan**

- 1.5.2.1 Penerapan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dapat dijadikan sebagai salah satu kompetensi perawat spesialis jiwa dalam melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah psikososial.

1.5.2.2 Dapat digunakan sebagai penelitian dasar untuk mengembangkan psikoterapi yang lain seperti terapi suportif, terapi kognitif, dan terapi kelompok swabantu. (*Self Help Group*)

### **1.5.3 Manfaat Metodologi**

1.5.3.1 Logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dapat memberikan manfaat dalam upaya pencegahan dan pemulihan pada lansia yang mengalami depresi dan meningkatkan pengetahuan keluarga lansia tersebut

1.5.3.2 Hasil penelitian diharapkan berguna sebagai *evidence based* untuk penelitian selanjutnya dalam upaya penanganan lansia yang mengalami depresi.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep, teori, hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini serta kerangka teori dalam pelaksanaan penelitian ini. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi : lanjut usia, depresi pada lansia, logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga

#### **2.1 Lanjut Usia**

Lansia adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang (Nugroho, 2006). Hurlock (2004) dalam Hutapea, dkk (2006) bahwa kelompok lansia adalah kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas. Pengertian lansia ini juga ditegaskan dalam Undang-Undang RI No.13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia bahwa yang disebut lansia adalah laki-laki ataupun perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih (BPKP, 1998). Menurut BPS (2010), penduduk lansia (lanjut usia) adalah mereka yang berumur 60 tahun keatas dan WHO (2010) juga menyatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Berdasarkan definisi tersebut maka batasan mengenai lanjut usia adalah seseorang yang usianya telah mencapai 60 tahun atau lebih.

##### **2.1.1 Tugas Perkembangan Lanjut Usia**

Tugas perkembangan lansia lebih banyak berkaitan dengan kehidupan pribadinya daripada kehidupan orang lain. Tugas-tugas perkembangan lansia menurut Havighurst (1996) dalam Hutapea, dkk (2006) adalah menyesuaikan diri terhadap menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan, menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya penghasilan keluarga, Menyesuaikan diri dengan peran sosial, menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup, dan membentuk hubungan dengan orang-orang yang seusia serta pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan.

Lanjut usia merupakan tahap perkembangan psikososial yang terakhir (ke delapan) dalam teori Erik Erikson. Tahapan perkembangan lansia yaitu *integrity versus despair*, yakni individu yang sukses dalam melampaui tahap ini akan dapat mencapai integritas diri (*integrity*) yang utuh, memiliki tugas perkembangan untuk menerima tanggung jawab diri dan kehidupan (Keliat, dkk, 2006; Viedebeck, 2008; Lahey, 2002) serta menerima berbagai perubahan yang terjadi dengan tulus sebagai satu-satunya kondisi dari tahapan kehidupan yang harus terjadi dimana tidak boleh digantikan (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Lansia yang sehat jiwa dalam menghadapi adanya perubahan pada proses menua akan mampu beradaptasi terhadap perubahan tersebut, mandiri dalam hubungan sosial, memiliki motivasi sehingga tercapai kepuasan dan keberhasilan dalam hidupnya. Perilaku yang tampak pada lansia yaitu konsep diri yang positif, sikap positif terhadap kehidupannya, serta memiliki motivasi untuk menjadi individu yang bermanfaat, mampu mempertahankan hubungan dengan orang lain, lingkungan sekitar serta kelompok (Keliat, 2006; Depkes RI, 2002). Konsep diri yang positif ini menunjukkan ciri lansia sehat jiwa karena pada tahap ini dengan kondisi keterbatasannya lansia mampu menggunakan pengalaman yang dimilikinya untuk membantu orang lain, bersikap produktif sehingga lansia merasa berharga, diakui keberadaannya sehingga integritas diri lansia dapat tercapai.

Lansia yang mengalami kegagalan dalam melewati tahap *integrity versus despair* akan menjadi putus asa (*despair*). Perilaku yang tampak pada lansia yang mengalami putus asa yaitu stress, rasa penolakan, marah, memandang rendah atau menghina orang lain, merasakan kehidupan yang tidak berarti, merasakan kehilangan dan keinginan untuk melakukan banyak hal tetapi takut tidak memiliki waktu lagi (Keliat, dkk, 2006). Lansia yang gagal mencapai integritas dirinya akan memiliki resiko untuk mengalami masalah keputusan yang

disebabkan karena perubahan proses menua yang terjadi pada lansia karena keterbatasan lansia dalam melakukan aktivitas, tingkat ketergantungan yang tinggi pada orang lain, sulit mengambil keputusan sehingga lansia merasa tidak berguna yang mengakibatkan penurunan harga diri lansia (Stuart & Laraia, 2005), ketidakberdayaan, yang mengakibatkan lansia mengisolasi dirinya.

### **2.1.2 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia**

Beberapa teori telah dikembangkan untuk menjelaskan aspek yang berkaitan dengan proses menua serta perubahan yang terjadi pada proses menua pada lansia. Menurut Ebersole dan Hess (2010), perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan biologis, psikologis, sosial, kognitif dan spiritual. Miller (2004) menjelaskan bahwa pada lansia akan mengalami proses menua yang ditandai dengan adanya perubahan pada aspek fisik/fisiologis, psikologis dan sosial yang dapat menimbulkan masalah kesehatan. Berdasarkan definisi diatas bahwa pada proses menua pada lansia akan terjadi perubahan pada setiap aspek biologis/fisik/ fisiologis, aspek psikologis, aspek sosial, aspek kognitif dan spiritual.

#### **2.1.2.1 Perubahan Biologis**

Perubahan biologis pada lansia terjadi dimulai dari sel, jaringan, organ dan sistem organ yang saling mempengaruhi satu sama lain sesuai dengan teori biologis proses menua (Meiner & Lueckenotte, 2006). Perubahan biologis ini akan mengakibatkan penurunan fungsi suatu organisme yang mengarah pada kegagalan yang komplit termasuk kegagalan organ atau sistem organ (Hayflick 1996, dalam Meiner & Lueckenotte, 2006).

Penurunan daya tahan tubuh akibat perubahan biologis dapat mengakibatkan infeksi, terjadinya distorsi meteoritik dan struktural yang disebut penyakit degeneratif misalnya hipertensi,

arteriosklerosis, diabetes melitus, kanker (Nugroho, 2006) dan penyakit fisik yang juga sering menjadi pencetus masalah gangguan (depresi dan kecemasan) yaitu penyakit syaraf, jantung, paru-paru kronis, cacat fisik serta radang sendi (Grandfa, 2007). Penyakit degeneratif ini akan sangat mengganggu fungsi kehidupan lansia dan memerlukan pengobatan dan perawatan dalam jangka waktu lama. Kondisi ini akan mengakibatkan lansia menjadi malu, tidak berdaya, stress, tidak mampu beradaptasi terhadap lingkungan yang akan mengarahkan lansia pada masalah psikososial seperti depresi dan penurunan harga diri.

Sistem panca indra ini terdiri dari sistem penglihatan, pendengaran, Penciuman, perasa dan peraba. Pada lansia fungsi-fungsi seluruh organ penginderaan mengalami perubahan, organ-organ tersebut mulai kurang mempunyai sensitivitas dan efisiensi kerja dibanding sebelumnya. Perubahan biologis pada sistem panca indra seperti penurunan kemampuan pendengaran yang mengakibatkan lansia mengalami ketegangan/ stress, penurunan daya akomodasi dan luas pandang berkurang, penurunan kemampuan sensasi (Nugroho, 2006) akan berdampak pada kemampuan sensasi, persepsi, deprivasi, isolasi dan ketergantungan dapat berperan dalam terjadinya depresi (Maramis, 2004). Perubahan fisik dan biologis yang terjadi pada lansia dapat memberikan pengaruh negatif pada kondisi psikologis lansia.

Perubahan sistem pernafasan dan kardiovaskuler pada lansia yaitu kemampuan dalam memompa darah menurun sehingga menyebabkan kontraksi dan volume menurun, curah jantung menurun, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenisasi berkurang, resistensi pembuluh darah perifer meningkat, atrofi pada otot pernafasan, elastisitas paru menurun serta ukuran

alveoli melebar (Nugroho, 2006). Pada lansia perubahan fungsi ini mengakibatkan lansia mudah lelah, sering pusing, mudah terjadi peningkatan tekanan darah. Oleh karena kondisi ini lansia tidak mampu melakukan aktivitas yang berat seperti sebelumnya sehingga aktivitas lansia lebih banyak dibantu.

Kondisi ini sesuai dengan teori pemakaian dan rusak (*Wear and Tear theory*) yang menyatakan bahwa sel yang dipakai dalam waktu lama secara terus-menerus akan mengakibatkan kerusakan jaringan karena kelelahan dan tidak dapat mengalami peremajaan (Haflick, 1996 dalam Meiner & Lueckenotte, 2006). Teori ini menggambarkan bahwa jaringan dan organ memiliki keterbatasan dan kemampuan sehingga dapat mengalami kelelahan yang pada akhirnya mengakibatkan pada kematian organisme. Semua penurunan biologis ini mempengaruhi aktivitas dan kemampuan sosial lansia sehingga akan menimbulkan perasaan negatif pada diri lansia yang mengarah pada kondisi depresi dengan masalah keperawatan harga diri rendah.

Proses menua pada lansia juga mengakibatkan perubahan pada sistem pencernaan lansia. Dimulai dari kehilangan jumlah gigi, hilangnya sensitivitas terhadap rasa, kerja dan fungsi organ pencernaan sehingga mengakibatkan proses penyerapan nutrisi menurun (Nugroho, 2006). Kondisi ini berkaitan dengan teori pemakaian dan rusak (*Wear and Tear theory*) yang menyatakan bahwa sel yang dipakai dalam waktu lama secara terus-menerus akan mengakibatkan kerusakan jaringan karena kelelahan dan tidak dapat mengalami peremajaan dan dapat mengakibatkan gangguan berupa dry mouth, dispagia, dispesia, diare, dan sembelit (Ebersole & Hess, 2010; Haflick, 1996 dalam Meiner & Lueckenotte, 2006). Semua penurunan biologis ini

mempengaruhi aktivitas, pandangan dan sikap lansia terhadap perubahan yang terjadi sehingga jika lansia tidak menerima terhadap kondisi perubahan tersebut akan menimbulkan perasaan negatif pada diri lansia, merasa tidak berdaya yang mengarah pada kondisi depresi.

Perubahan Sistem hormon dan reproduksi pada lansia sesuai dengan teori diprogram (*Programmed theory*) disebut juga *Hayflick Limit Theory* atau Jam Biologi (*Biologic Clock*) atau *Cellular Aging* atau Teori Genetik (*Genetic Theory*) (Meiner & Lueckenotte, 2006; Fortinash & Worret, 2004). Hayflick dan Moorehead (1996, dalam Meiner & Lueckenotte, 2006) menyatakan bahwa pembelahan sel normal dibatasi oleh waktu, yang mengartikan bahwa harapan hidup setiap orang telah ditentukan. Pada lansia ini tampak pada penurunan produksi hormon estrogen dan progesteron yang mengakibatkan wanita mengalami menopause sedangkan pada lansia pria produksi sperma akan mengalami penurunan. Perubahan ini terkadang akan mengakibatkan lansia mudah mengalami depresi dan penurunan terhadap aktivitas seksualnya.

Perubahan yang terjadi pada sistem integumen pada lansia yaitu terjadi proses penipisan dan degenerasi lapisan kulit, peningkatan jaringan kolagen, penurunan jumlah kelenjar keringat dan sebaceous, penurunan vaskularisasi, mekanisme proteksi kulit menurun serta proses pigmentasi tidak merata (Hurlock 2004; Nugroho, 2006). Karena perubahan ini mengakibatkan lansia rentan terhadap perubahan suhu dan mudah terserang penyakit.

Pada sistem muskuloskeletal terjadi penurunan masa tulang, gangguan pada tulang seperti kifosis, atrofi otot dan osteoporosis.

Keadaan ini mengakibatkan lansia mengalami keterbatasan fisik (Hurlock 2004; Nugroho, 2006). Perubahan ini akan membuat aktivitas fisik lansia menjadi lamban dan sangat tergantung pada orang lain dan alat bantu serta rentan untuk terjadinya fraktur. Kondisi ini mengakibatkan lansia tidak berdaya dan membatasi hubungan sosialnya yang jika kondisi ini terjadi terus – menerus akan mengarahkan ke kondisi depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

Berdasarkan uraian pada perubahan biologis yang terjadi pada lansia dapat mengakibatkan perubahan sel, organ dan sistem organ yang berdampak pada penurunan fungsi tubuh lansia yang beresiko untuk mengalami penyakit baik penyakit sistemik, kronis maupun penyakit infeksi. Semua penyakit ini selain memberikan dampak pada penurunan kemampuan fisik juga berdampak pada perubahan psikologis sehingga mengakibatkan masalah psikososial pada lansia. Gejala dan perilaku yang tampak pada lansia yang mengalami masalah psikososial adalah perasaan sedih, tidak berdaya, tidak berguna, putus asa, merasa malu dan mengisolasi diri dari orang lain.

#### **2.1.2.2 Perubahan Psikologis**

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). Perubahan psikologis pada lansia berkaitan dengan teori psikologis yang terjadi pada lansia yaitu teori kebutuhan dasar Maslow, teori Jung, teori Eric Erikson dan optimisasi selektif dengan kompensasi (Meiner & Lueckenotte, 2006; Stanley, Blair & Beare, 2005; Ebersole & Hess 2010).

Perubahan psikologis merupakan bagian dari perubahan psikososial dapat terjadi karena lansia tidak mampu beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan yang biologis dan sosial yang dialaminya. Perubahan psikososial dapat dilihat dari 2 aspek, yaitu aspek psikologis dan aspek sosial yang memiliki pengaruh timbalbalik dan berpotensi menimbulkan terjadinya stres psikososial (Depkes RI, 2005). Perubahan psikologis pada lansia bisa disebabkan karena adanya perubahan kognitif dan psikomotorik dari lansia tersebut yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi menurun dan kognitif pada lansia yang meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian yang terjadi dapat menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi lambat.

Adanya penurunan kedua fungsi kognitif dan psikomotorik pada lansia akan mengakibatkan perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan kepribadian lansia (Kuntjoro, 2002). Menurut teori Individualisme oleh Carl Jung (1960 dalam Meiner & Lueckenotte, 2006) bahwa perkembangan kepribadian melalui suatu tahapan kehidupan dimulai usia anak, remaja dan remaja akhir, usia pertengahan sampai dengan usia tua dan merupakan komponen dari ego, serta kumpulan dari keadaan yang tidak disadari. Kepribadian individu dilihat sebagai sesuatu yang diarahkan pada lingkungan eksternal atau pengalaman internal yang bersifat subjektif dan mempengaruhi dalam proses perubahan tersebut.

### **2.1.2.3 Perubahan Sosial**

Perubahan sosial yang dapat dialami lansia antara lain perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, kehilangan pasangan hidup serta kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman, dan tetangga (Ebersole & Hess, 2010).

Perubahan status dan peran lansia dikelompokkan ini mengakibatkan lansia menarik diri dari kegiatan sebelumnya. Karena dengan bertambahnya usia lansia akan mengalami perubahan minat dan aktivitas lansia tersebut.

Teori pemutusan hubungan (*Disengagement Theory*) yang diperkenalkan oleh Cumming dan Henry pada tahun 1961 (Meiner & Lueckenotte, 2006; Ebersole & Hess, 2010; Fortinash & Worret, 2004) menjelaskan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lansia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas.

Dalam hubungan sosial di masyarakat lansia akan lebih nyaman bergaul dengan orang yang memiliki persamaan usia dengan mereka. Hal ini dikarenakan karena dengan memiliki hubungan sosial dengan usia yang sebaya akan memiliki persamaan terhadap minat, harapan dan pemikiran. Ini sesuai dengan teori stratifikasi usia (Marshall, 1996 dalam Ebersole & Hess, 2010). Lansia akan merasa terisolasi jika bergaul dengan orang yang bukan seumurnya karena dianggap berbeda.

#### **2.1.2.4 Perubahan Spiritual**

Spiritual adalah bagaimana seseorang berhubungan sosial dengan orang lain dan lingkungan budaya sehingga seseorang tersebut menemukan makna dari kehidupan, kualitas hidup serta perasaan untuk mencapai kesejahteraan (Delgado, 2007 dalam Ebersole & Hess, 2010). Spiritual dan coping eksistensial menjadi sangat bermakna ketika individu memiliki masalah, dimana coping ini digunakan sebagai kontrol dalam menghadapi proses kehilangan dan kematian (Wong *et al*, 1998). Perkembangan spiritual yang

matang akan membantu lansia untuk menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan, merumuskan arti dan tujuan keberadaannya di dunia/kehidupan. Rasa percaya diri dan cinta mampu meningkatkan integritas personal, perasaan berharga, kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan, dan mampu membina hubungan antara manusia yang lebih positif.

Rowe dan Kahns (1998, dalam Ebersole & Hess, 2010) menyatakan bahwa keberhasilan dalam usia ditentukan oleh adanya suatu ikatan aktif yaitu kehidupan, minimalnya resiko dan kerusakan, meningkatnya kognitif dan fungsi fisik. Crowther dan Colleagues (2002, dalam Ebersole & Hess, 2010) mengemukakan bahwa peningkatan spiritual tergantung dari empat elemen dan saling berhubungan antara satu dengan yang lain. Ini berarti ada keterkaitan antara spiritual dengan kondisi kesehatan. Pada lansia terjadi peningkatan usia akan mengakibatkan penurunan semua fungsi organ yang lama kelamaan menimbulkan berhentinya fungsi organ dan kematian. Dengan adanya bekal spiritual yang dimiliki lansia akan menjadikan lansia siap menghadapi perubahan yang terjadi dan kematian, sehingga tidak terjadi distress spiritual pada lansia tersebut.

Perubahan-perubahan yang terjadi pada proses menua yaitu biologis, psikologis, sosial dan spiritual akan menjadi suatu stressor jika lansia tidak mampu untuk beradaptasi terhadap perubahan yang dialaminya. Stresor tersebut dapat mengakibatkan masalah psikososial pada lansia. Depresi merupakan salah satu masalah psikososial yang sering ditemukan pada lansia. Pada lansia dengan depresi, diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan adalah harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial (Meinner & Lueckenotte, 2006; Frisch, 2006; Gulanick & Myers, 2007; Varcarolis, 2010).

### **2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan pada lansia**

#### **2.1.3.1 Faktor individual**

Perubahan pada lansia salah satunya dipengaruhi oleh faktor individual. Menurut Buchanan dan Carpenter (2000, dalam Videbeck, 2008), mengatakan bahwa usia individu akan mempengaruhi coping individu tersebut terhadap suatu masalah penyakit. Pada setiap tahapan usia dalam kehidupan memiliki coping individu yang berbeda yang dipengaruhi oleh pengalaman hidup individu tersebut.

Pada lansia mekanisme coping tergantung dari pengalaman dan tahapan perkembangan lansia sebelumnya. Teori perkembangan Erikson mengatakan bahwa perkembangan psikososial berlangsung sepanjang rentang kehidupan seseorang yang harus dicapai pada setiap tahapannya. Keberhasilan individu melalui tahap sebelumnya akan mempengaruhi perkembangan tahap selanjutnya (Videbeck, 2008). Lansia yang sehat jiwa akan mampu mencapai tugas perkembangan dengan integritas ego yaitu menerima apa yang telah dilakukannya dengan bijak sesuai dengan pengalaman dan perubahan yang dialaminya.

#### **2.1.3.2 Faktor Interpersonal Keluarga**

Faktor interpersonal adalah bagaimana seseorang dalam hubungannya dengan orang lain baik dengan keluarga, teman dan sistem sosial yang berada di lingkungan sekitar lansia. Faktor interpersonal mempengaruhi kondisi dan perubahan yang dialami individu. Salah satu faktor interpersonal tersebut adalah perasaan memiliki yaitu perasaan keterkaitan atau keterlibatan dalam suatu system sosial atau lingkungan yang didalamnya individu merasa bagian integral (Hagerty & Patusky, 1955 dalam Videbeck, 2008). Perasaan memiliki ini menurut Abraham Maslow adalah kebutuhan dasar psikososial manusia yang melibatkan perasaan tentang nilai

(dihargai, dibutuhkan dan diterima) dan kecocokan yang dihubungkan dengan karakteristik individu tersebut terhadap lingkungan (Hagerty & Patusky, 1955 dalam Videbeck, 2008). Adanya sistem sosial pada lansia akan mengakibatkan lansia memiliki perasaan keterikatan sehingga merasa dihargai, diterima dan berguna sehingga ini dapat meningkatkan kualitas hidup lansia tersebut.

Sistem sosial ini mencakup keluarga, teman, rekan kerja, kelompok sosial atau klub bahkan pemberi perawatan kesehatan (Viedebeck, 2008). Manusia sebagai makhluk sosial, tidak dapat hidup sendiri membutuhkan suatu sistem dan dukungan sosial.

Johnson dan Johnson (1996 dalam Purwadi dkk, 2006) menyatakan bahwa dukungan sosial sebagai bantuan, dorongan yang diberikan orang lain apabila individu mengalami kesulitan dan melalui hubungan sosial yang akrab membuat individu merasa diperhatikan dan dicintai. Individu yang mendapat dukungan emosional dan fungsional terbukti lebih sehat daripada individu yang tidak mendapat dukungan (Buchanan, 1995 dalam Viedebeck, 2008). Hubungan sosial yang bermakna dengan keluarga dan teman terbukti memperbaiki kondisi kesehatan dan kesejahteraan pada lansia (Bisconti & Bergeman, 1999 dalam Viedebeck, 2008). Tampak jelas bahwa adanya dukungan sosial pada individu akan mempengaruhi status kesehatan individu tersebut.

Peran individu dalam keluarga didasarkan oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat. Menurut Friedman (2010), peran menunjuk kepada perilaku yang diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi sosial tertentu, didasarkan pada preskripsi dan harapan.

Lansia yang tidak mampu beradaptasi terhadap proses perubahan yang dialaminya dapat mengalami gangguan dan masalah psikososial yaitu depresi. Permasalahan yang sering terjadi pada keluarga adalah keluarga lansia tidak mengetahui atau memahami tentang apa yang diinginkan lansia tersebut, karena lansia yang mengalami depresi seringkali memilih untuk menyimpan sendiri beban pikiran dan perasaannya. Hal yang mendorong lansia tersebut untuk berbuat demikian adalah karena lansia itu tidak ingin dicap bermasalah (Kuntjoro, 2002)

Peran keluarga sangat penting bagi lansia yang mengalami depresi. Pentingnya peran keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa (Keliat, 1996) yaitu :

a. Hubungan interpersonal dengan lingkungan.

Hubungan interpersonal dengan lingkungan ini terkait dengan bagaimana cara keluarga bersikap dan berperilaku terhadap lingkungan sekitar karena adanya salah satu dari anggota keluarga mengalami gangguan jiwa.

b. Adanya perubahan status kesehatan salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi keluarga secara keseluruhan.

Keluarga yang memiliki lansia yang mengalami depresi secara tidak langsung akan menimbulkan konflik internal di dalam keluarga seperti aspek fisik, mental dan finansial.

c. Adanya pelayanan kesehatan, dapat membantu klien dan keluarga dalam mencegah, meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.

d. Ketidaktahuan keluarga dalam menangani masalah perilaku klien.

Keluarga lansia dengan depresi biasanya tidak mengetahui atau memahami tentang apa yang dibutuhkan lansia, karena lansia yang mengalami depresi seringkali memilih untuk menyimpan sendiri beban pikiran dan perasaannya.

Berdasarkan hal tersebut, maka peran keluarga sangatlah penting bagi klien yang memiliki kejiwaan. Peran tersebut tidak hanya terkait dalam hal perawatan klien tetapi juga bagaimana hubungan keluarga kepada klien, lingkungan sekitar, segi finansial serta upaya yang dilakukan keluarga dalam mempertahankan fungsi dan peran dari masing-masing anggota keluarganya.

Keluarga memiliki tugas utama untuk mempertahankan status kesehatan seluruh anggota keluarga baik kesehatan fisik dan mental. Adapun tugas keluarga yang perlu dipahami dan dilakukan dalam menangani anggota keluarganya yang memiliki masalah kesehatan (Friedman, 2010) adalah keluarga harus mengenal masalah kesehatan keluarga untuk dapat memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, perawatan keluarga, mampu memberikan lingkungan yang nyaman dan kondusif untuk menjamin kesehatan keluarga serta mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Pada keluarga yang memiliki lansia, adanya pemahaman terhadap tugas dari masing-masing anggota keluarga tersebut akan memberikan dampak yang positif sehingga keluarga mengetahui dan memahami kondisi perubahan pada lansia serta perawatan yang dapat diberikan kepada lansia yang mengalami depresi. Gillis *et. al* (1989 dalam Friedman 2010) bahwa status sehat sakitnya anggota keluarga dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya.

Perubahan yang terjadi pada lansia akan mempengaruhi fungsi keluarga dalam menjalani kehidupan berkeluarga. Pada keluarga yang memiliki lansia akan mengalami perubahan fungsi keluarga terutama fungsi afektif dan fungsi perawatan kesehatan.

Duvall (1977 dalam Friedman 2010) bahwa kebahagiaan diukur dengan kekuatan dan cinta kasih keluarga. Keluarga harus mampu memberikan kebutuhan afeksi dan kasih sayang dari anggotanya, karena respon afektif dari anggotanya akan memberikan penghargaan terhadap kehidupannya. Pada keluarga yang memiliki anggota keluarga lansia peran ini sangat penting dalam memberikan perawatan bagi lansia terkait dengan perubahan-perubahan yang dialami lansia, keterbatasan yang dialami lansia dan akibat dari perubahan yang dialami lansia tersebut sehingga diperlukan perhatian khusus terhadap lansia.

*Caregiver* yang merawat lansia dengan gangguan mental potensial mengalami depresi dibandingkan dengan *caregiver* yang merawat lansia dengan masalah fisik. Ini dihubungkan karena adanya stigma pada lansia dengan gangguan mental, kurang pengetahuan/ketidapkahaman keluarga (*caregiver*) dalam merawat lansia serta kurangnya dukungan sosial (Jeon, Brodaty & Chesterson, 2005 dalam Fontaine, 2009). Oleh karena itu pada keluarga (*caregiver*) yang merawat lansia dengan depresi dapat mengalami masalah psikososial terkait dengan adanya stigma masyarakat pada lansia dengan gangguan mental.

Keluarga (*caregiver*) yang merawat lansia dengan depresi diagnosa keperawatan yang muncul pada *caregiver* adalah resiko ketegangan peran pemberi asuhan dan ketidakefektifan performa peran (NANDA, 2009).

a. Resiko Ketegangan Peran Pemberi Asuhan

Yaitu pemberi asuhan rentan merasa kesulitan dalam melakukan peran pemberi asuhan keluarga. Faktor resiko yang berhubungan yaitu karena banyaknya tugas memberi asuhan, gangguan kesehatan pemberi asuhan, penerima asuhan menunjukkan perilaku yang aneh, ketidaksiapan pemberi asuhan baik berupa

pengetahuan, pengalaman, kondisi fisik, ketidakadekuatan lingkungan fisik untuk menyediakan asuhan, kondisi ekonomi, faktor psikologis pemberi asuhan seperti kurang istirahat, kurang waktu senggang, adaptasi koping, stressor situasional (kehilangan, bencana serta kondisi ekonomi) serta kondisi penyakit dari penerima asuhan yang tidak dapat diduga.

b. Ketidakefektifan Performa Peran

Yaitu pola perilaku dan ekspresi diri yang tidak sesuai dengan harapan, norma dan konteks lingkungan. Batasan karakteristiknya yaitu (1) perubahan persepsi peran (2) ansietas (3) perubahan pola tanggung jawab dari biasanya (4) kurangnya pengetahuan dan pengalaman (5) depresi (6) ketidakadekuatan adaptasi terhadap perubahan (7) ketidakadekuatan koping (8) ketidakadekuatan dukungan eksternal dan internal dan perasaan pesimisme, ketidakberdayaan, kebingungan/ ketegangan peran serta kelebihan beban peran (NANDA, 2009).

## 2.2. Depresi pada lansia

Depresi merupakan masalah paling banyak dialami lansia (Kompas, 2008) dan gangguan mental yang sering ditemukan selain insomnia, ansietas dan delirium (Depkes, 2000). Depresi yang merupakan gangguan alam perasaan atau mood dapat memperpendek harapan hidup lansia karena pada lansia sehingga terjadi penurunan kualitas hidup sehingga menghambat pemenuhan tugas – tugas perkembangan lansia (Stanley & Beare, 2007, Viedebeck, 2008).

Issacs (2001) menyatakan depresi merupakan suatu keadaan emosional yang dicirikan dengan kesedihan, kecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusasaan. Dalam pedoman penggolongan dan diagnosa gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ III) disebutkan bahwa gangguan utama depresi adalah adanya gangguan suasana perasaan, kehilangan minat, menurunnya kegiatan, pesimisme

menghadapi masa yang akan datang. Pada kasus patologi depresi merupakan ketidakmampuan ekstrim untuk bereaksi terhadap rangsang disertai menurunnya nilai dari delusi tidak mampu dan putus asa (Maslim, 2001). Berdasarkan definisi tersebut maka depresi pada lansia adalah suatu gangguan alam perasaan berupa perasaan sedih, putus asa, tidak berdaya, kehilangan minat, disfungsi afek, emosi, pikiran yang mengakibatkan penurunan terhadap aktivitas sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup lansia.

Prevalensi depresi pada lansia di dunia sekitar 8-15%. Hasil survey dari berbagai Negara di dunia diperoleh prevalensi rata – rata depresi pada lansia adalah (13,5%) perbandingan wanita : pria 14,1 : 8,6 dimana wanita dua kali lebih banyak daripada pria (Kompas, 2008, *Indian Womens Health*, 2009). Ini menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada lansia yang terjadi di masyarakat di dunia cukup tinggi dan sebagian besar adalah wanita.

Di Indonesia angka kejadian depresi pada lansia berdasarkan penelitian kesehatan Universitas Indonesia dan *Oxford Institute of aging* menunjukkan bahwa 30% dari jumlah lansia di Indonesia mengalami depresi. (Komnas lansia, 2011). Hal ini didukung oleh data Riset Kesehatan Dasar (2007) bahwa gangguan mental emosional (di atas usia 15 tahun termasuk lansia) sekitar 11,6% dan di Jawa Barat menempati urutan yang tertinggi yaitu 20%. Jumlah Penduduk Provinsi Jawa Barat 41.902.385 jiwa, yang terdiri dari 7,95% usia > 60 tahun (29.620.796 jiwa), 70,64% usia 15 – 60 tahun (29.620.796 jiwa) (Profil Penduduk Lanjut Usia, 2009). Ini menunjukkan rerata prevalensi angka gangguan mental emosional di Indonesia dan di Jawa Barat cukup tinggi serta sejalan dengan meningkatnya usia penduduk.

Di Indonesia prevalensi lansia depresi yang menjalani perawatan di RS dan Panti perawatan diperoleh prevalensi sebesar 30 – 45 % (Dharmono,

2008). Sedangkan di unit komunitas (masyarakat) jumlah lansia sebanyak 30% hidup mandiri, 53,6% dengan pasangan hidup dan 11,9% dengan anggota keluarga lainnya (Mohr, 2006) dengan prevalensi depresi lansia di komunitas bervariasi mulai 2 – 44% dan 1 – 35% (Frazer, Christensen & Griffith, 2005). Data tersebut menunjukkan bahwa jumlah lansia di komunitas (masyarakat) lebih banyak dan memiliki tingkat prevalensi depresi lebih besar daripada di unit perawatan utama.

### 2.2.1 Penyebab Depresi

Depresi pada lansia disebabkan oleh multifaktor (kompleks) karena perbedaan diagnosis yang sering dihubungkan dengan kerusakan organik otak serta faktor resiko lainnya (Stuart & Laraia, 2005). Faktor penyebab depresi terdiri dari faktor biologis (seperti genetik, penurunan fungsi fisik, penyakit fisik berisiko mengalami gangguan mental 3,5 kali lebih besar daripada individu yang sehat penyakit fisik), dampak sakit, pengaruh hormonal, depresi pasca-melahirkan, penurunan berat yang drastis), faktor psikologis (seperti masalah eksistensi, masalah kepribadian, masalah keluarga) dan faktor sosial (seperti konflik individual atau interpersonal, kehilangan pasangan hidup, stresor kehidupan dan faktor kepribadian) (Granfa, 2007; Kaplan & Saddock, 2005) kehilangan harga diri, kehilangan peran yang berarti, kehilangan sesuatu benda yang sangat berarti dan penurunan kontak sosial Reker (1997, dalam Miller, 2004), umur, pengalaman buruk/ trauma yang dimiliki, stresor sosial, kehilangan pekerjaan, paska bencana, dampak situasi kehidupan sehari-hari dan kognitif (Blazer, 1993, dalam Miller, 2004).

Ada beberapa faktor resiko yang menyebabkan terjadinya depresi pada lansia meliputi keturunan, jenis kelamin wanita, onset < 40 tahun, periode post partum, *medical comorbidity*, kurangnya dukungan sosial (keluarga), stres dalam kehidupan serta memiliki pengalaman terhadap pelecehan seksual (Stuart & Laraia, 2005) kesepian dan isolasi karena kematian atau tinggal di panti, menurunnya aktivitas fisik karena penyakit, kehilangan

motivasi, tidak memiliki tujuan yang dicapai, masalah kesehatan dan ketidakmampuan, pengobatan, ketakutan, kehilangan, kecemasan dan berduka karena kematian teman dan anggota keluarga (Segal, *et al*, 2009). Dapat disimpulkan bahwa lansia yang berada di masyarakat dan tinggal bersama keluarga faktor yang dapat menjadi pencetus terjadinya depresi yaitu stress karena kehilangan atau tidak memiliki pekerjaan, perceraian ataupun kematian pasangan hidup, adanya penyakit fisik yang memerlukan pengobatan terus-menerus, status sosial ekonomi yang rendah serta kurangnya dukungan keluarga dan lingkungan sekitar.

### **2.2.2 Tanda dan Gejala Depresi**

Lansia yang mengalami depresi akan ditemukan tanda dan gejala yaitu penurunan energi, penurunan motivasi, penurunan minat terhadap sesuatu, putus asa, meningkatnya ketergantungan, kehilangan pasangan, keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari – hari, menarik diri dari orang lain dan aktivitas yang biasa dilakukan, penurunan seksual, kecemasan dalam menghadapi kematian (Meinner & Lueckenotte, 2005 dalam Ebersole & Hes, 2010).

Berdasarkan hal tersebut untuk lebih memudahkan maka tanda dan gejala depresi dikelompokkan atas 3 aspek yaitu aspek fisik, psikis dan sosial (Lubis, 2010; Grandfa, 2007 dalam Kristyaningsih, 2009).

#### **2.2.2.1 Gejala Fisik**

Gejala fisik yang dapat ditemukan pada individu yang mengalami depresi meliputi gangguan pola tidur, menurunnya tingkat aktivitas, menurunnya efisiensi dan produktivitas kerja serta mudah merasa letih dan sakit.

#### **2.2.2.2 Gejala Psikis**

Gejala psikis yang dapat ditemukan pada individu yang mengalami depresi adalah Kehilangan rasa percaya diri, perasaan yang sangat sensitif, mudah tersinggung, mudah marah, curiga akan maksud

orang lain, mudah sedih dan lebih suka menyendiri, merasa diri tidak berguna. perasaan bersalah, perasaan terbebani.

### **2.2.2.3 Gejala Sosial**

Masalah sosial yang sering terjadi adalah masalah hubungan dan interaksi dengan lingkungan seperti anggota keluarga, teman, rekan kerja, atasan atau bawahan, yang berupa konflik atau perasaan minder, malu, cemas. Selain tanda dan gejala tersebut diatas tanda dan gejala depresi lainnya pada lansia yaitu perasaan sedih, mudah lelah, penurunan terhadap minat dan hobi, penurunan aktivitas dan pertemanan, penurunan berat badan, gangguan pola tidur serta memiliki penilaian negatif pada diri sendiri seperti (cemas akan menjadi beban, perasaan tidak berharga, benci pada diri sendiri), peningkatan penggunaan alkohol atau obat-obatan lain, berfikir tentang kematian, serta memiliki upaya bunuh diri (Segal, *et al*, 2009)

## **2.2.3 Diagnosa Keperawatan Pada Lansia dengan Depresi**

### **2.2.3.1 Harga Diri Rendah Kronik (*Chronic low self – esteem*)**

Harga diri rendah kronik adalah evaluasi diri yang negative yang dihubungkan dengan perasaan lemah, tidak berdaya, tidak ada harapan, takut bahaya, lemah, rapuh, tidak sempurna, tidak berharga dan tidak adekuat (Stuart & Laraia, 2005).

Pada lansia dengan harga diri rendah kronik akan memiliki perasaan negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri yang berlangsung lama. Harga diri rendah kronik ini dapat terjadi karena faktor ketidakefektifan adaptasi terhadap kehilangan, kegagalan berulang, penguatan negatif berulang, kurang kasih sayang dan persetujuan, ketidaksesuaian anantara norma budaya/ spiritual, kurang dihargai oleh orang lain serta memiliki gangguan psikiatrik (NANDA, 2009)

Pada individu dengan harga diri rendah kronis dapat ditemukan tanda dan gejala yang dikelompokan berdasarkan atas:

1. Gejala fisik meliputi penurunan aktivitas, kesulitan memfokuskan atau berkonsentrasi.
2. Gejala psikisnya adalah penilaian diri yang negatif (tidak mampu menghadapi peristiwa, hilangnya penilaian diri sendiri yakni perasaan tidak berharga, merasa bersalah, tidak asertif, bimbang, tidak mau mencoba hal baru dan kehilangan rasa percaya diri.
3. Gejala sosial yang tampak adalah adanya perasaan malu, sering mengalami kegagalan, bergantung pada orang lain dan menghindari kontak dengan orang lain (Varcarolis, 2010; NANDA, 2009)

#### **2.2.3.2 Ketidakberdayaan (*Powerlessness*)**

Ketidakberdayaan (*Powerlessness*) adalah ungkapan verbal individu karena kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu (Gulanick & Myers, 2007). Sehingga individu mempersepsikan bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan mempengaruhi hasil terhadap situasi saat ini dan yang akan terjadi (NANDA, 2009).

Pada individu dengan ketidak berdayaan dapat ditemukan tanda dan gejala yang dikelompokan berdasarkan atas:

1. Gejala fisik yang ditemukan yaitu merasa lelah, menurunnya aktivitas, tidak mampu membuat keputusan, tidak mau mencari informasi, tidak mau berpartisipasi dalam pembuatan keputusan tentang dirinya, iritabilitas serta tidak memiliki kemauan untuk ADL
2. Gejala psikis yang ditemukan adalah pasif, marah, benci, frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya, ketakutan, adanya perasaan tidak berguna, perasaan bersalah serta enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.

3. Gejala sosial yang ditemukan adalah lansia akan menjadi pasif (penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain) (NANDA, 2009; Varcarolis, 2010)

### 2.2.3.3 Keputusasaan (*Hopelessness*)

Keputusasaan merupakan kondisi subjektif individu yang ditandai dengan individu memandang hanya ada sedikit atau tidak ada alternatif dan pilihan yang tersedia serta individu tidak mampu memobilisasi energi yang dimiliki untuk kepentingan sendiri (NANDA, 2009).

Faktor yang berhubungan dengan keputusasaan (*hopelessness*) yaitu: penurunan kondisi fisiologis, kehilangan kepercayaan terhadap nilai dan spiritual, stress jangka panjang serta adanya pembatasan aktivitas yang mengakibatkan isolasi. Pada individu dengan keputusasaan (*hopelessness*) dapat ditemukan tanda dan gejala yang dikelompokkan berdasarkan atas:

1. Gejala fisik meliputi gangguan tidur, kehilangan berat badan, merasa lelah dan tidak mampu membuat keputusan serta penurunan respon stimulus
2. Gejala psikologis dengan keputusasaan adalah perasaan sedih, bersalah, kurang inisiatif dan perasaan tidak berguna.
3. Gejala sosial yaitu pasif dan apatis sehingga interaksi dengan orang lain minimal serta kurang respon ketika diajak berkomunikasi. (NANDA, 2009; Varcarolis, 2010).

### 2.2.3.4 Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah kesepian yang dialami individu dan dirasakan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam (NANDA, 2009). Frisch dan Frisch (2006) bahwa tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial bertujuan untuk melatih klien ketrampilan sosial sehingga merasa nyaman dalam situasi sosial dan melakukan

interaksi sosial. Swanson, dkk (2008) juga menyatakan tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial bertujuan meningkatkan ketrampilan interaksi sosial, partisipasi/terlibat dalam kegiatan sosial, mengurangi rasa kesendirian, dan menciptakan iklim sosial dalam keluarga.

Pada individu dengan isolasi sosial dapat ditemukan tanda dan gejala yang dikelompokkan berdasarkan atas:

1. Gejala fisik meliputi berupa penurunan aktivitas, penurunan efisiensi dan produksi kerja
2. Gejala psikologis meliputi perasaan sedih, tidak memiliki tujuan hidup yang adekuat, merasa bersalah, kurang inisiatif, afek tumpul, sering mengungkapkan perasaan kesendirian, mengungkapkan penolakan dalam berinteraksi dengan orang lain, tidak percaya diri.
3. Gejala sosial yaitu tidak memiliki dukungan yang dianggap penting, menunjukkan permusuhan, keinginan untuk menyendiri, menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima oleh kelompok, tidak komunikatif, (NANDA, 2009; Varcarolis, 2010).

Tanda dan gejala dari diagnosa keperawatan yang ditemukan pada lansia dengan depresi ini sesuai dengan pertanyaan yang terdapat pada *Geriatric Depression Scale (GDS)* versi Indonesia.

#### **2.2.4 Dampak Depresi bagi Lansia**

Dampak depresi pada lansia dapat mengakibatkan munculnya penyakit fisik, penurunan fungsi fisik (Blazer, *et al.*, 2002; Mehta, *et al.*, 2002, dalam Miller, 2004) sampai dengan riwayat kesehatan yang memburuk dari status kesehatan sebelumnya (Han, 2002; Oxman *et al*, 2000; Xavier *et al*, 2002 dalam Miller, 2004), penyalahgunaan obat, alkohol dan nikotin serta angka kematian yang lebih tinggi hingga kejadian bunuh

diri (Segal, *et al*, 2009). Dampak depresi pada psikologis lansia yaitu adanya perasaan cemas, iritabel, harga diri yang menurun, perasaan hampa dan perasaan negatif terhadap diri sendiri (Miller, 2004). Depresi dapat meningkatkan morbiditas (kesakitan), mortalitas (kematian), risiko bunuh diri, serta berdampak pada penurunan kualitas hidup individu dan seluruh keluarga (Granfa, 2007). Berdasarkan dampak yang ditimbulkan tersebut maka lansia perlu mengetahui perubahan yang terjadi akibat proses menua agar lansia mampu beradaptasi terhadap perubahannya dan didukung oleh keluarga lansia tersebut.

### **2.2.5 Instrumen pada lansia mengalami depresi**

Terdapat beberapa instrumen pemeriksaan untuk mengetahui bahwa lansia mengalami depresi yaitu *Geriatric Depression Scale (GDS)*, Skala depresi rentang – mandiri Zung, *Inventaris depresi Beck. Zung Self Rating Depression Scale*, *Beck Depression Inventory (BDI)* dan *PRIME-MD (Pfizer)*, *Hamilton Rating Scale for Depression* dan *Geriatric Depression Scale (GDS)* (Wheeler, 2008; Videbeck, 2008). *Geriatric Depression Scale* adalah alat ukur yang paling tepat dan akurat untuk mengukur kondisi depresi pada lansia dibandingkan alat ukur depresi yang lain (Ebersole & Hess, 2010). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *Geriatric Depression Scale (GDS)* versi Indonesia yang terdiri atas 30 pertanyaan yang sesuai dengan tanda dan gejala depresi pada lansia dengan tingkat sensitivitas 90, 19% dan spesifitas 83,67% (FKUI, 2007). Dalam penelitian ini pengukuran depresi pada lansia menggunakan *GDS* versi Indonesia. *GDS* ini sebelumnya telah dianalisis oleh peneliti dengan dikonsultasikan kepada pakar keperawatan jiwa. Item pertanyaan tersebut dianalisis dengan item pertanyaan *GDS* yang terdiri atas 15 pertanyaan, dimana pertanyaan-pertanyaan tersebut kemudian disesuaikan dengan tanda dan gejala pada diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial yang ditemukan pada lansia yang mengalami depresi. (Lampiran 4).

### 2.2.6 Penatalaksanaan Depresi pada Lansia

Pada lansia yang mengalami depresi penatalaksanaan medis yang diberikan adalah pemberian antidepresan, yaitu antidepresi (trisiklik, tetrasiklik, MAO-A inhibitor, SSRI dan lain-lain), lithium carbonate, boleh ditambahkan obat anticemas apabila diperlukan dan boleh diberikan obat antipsikosis apabila ada gejala psikotik, *Electro Compulsive Therapy (ECT)* dengan indikasi yaitu obat-obatan kurang efektif atau pasien tidak bisa menerima obat-obatan, *Sleep deprivation therapy*, *photo therapy (light therapy)*, *Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)* dan *Vagal Nerve Stimulation (VNS)* (Kaplan & Saddock 2004; Videbeck, 2008; Stuart & Laraia, 2005; Ebersole & Hess, 2010). Penatalaksanaan medis ini lebih mengatasi pada masalah biologis yang berkaitan dengan sistem persarafan dan neuroanatomi sedangkan untuk perubahan perilaku pada lansia dengan depresi dapat dilakukan dengan pemberian psikoterapi.

Psikoterapi merupakan intervensi yang sehat bagi lansia (Landreville, 2001 dalam Wheeler, 2008). Psikoterapi yang dapat diberikan adalah *Cognitiv Behavior Therapy (CBT)*, *Reminiscence Therapy (RT)*, *Psychodynamic Therapy* yang ringkas, dan kombinasi *Interpersonal Therapy (IPT)* dengan obat-obatan telah mendukung intervensi untuk depresi ringan sampai sedang pada depresi mayor (Mackin & Arean, 2005 dalam Wheeler, 2008).

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan dengan lansia depresi yang mengalami harga diri rendah adalah berupa konseling. Terapi yang berupa konseling ini dapat berupa *cognitive and behaviour therapy* untuk individu (Oemarjoedi, 2003), logoterapi untuk terapi kelompok, trianggel terapi untuk keluarga, dan terapi komunitas berupa psikoedukasi (NIMMS, 1998 dalam Shives, 2005).

Logoterapi sangat baik jika di kombinasikan dengan metode terapi lain (Schulenberg et al, 2008), karena dapat melihat individu secara jelas dan holistik yang meliputi gambaran diri, kepercayaan diri dan kemampuan individu dalam menangani stress (Savolaine & Granello, 2002 dalam Schulenberg et al, 2008). Pelaksanaan terapi akan lebih baik jika dilakukan secara berkelompok karena dapat memberikan kesempatan untuk sosialisasi, berbagi pengalaman, sehingga menurunkan perasaan isolasi, keputusasaan, tidak berdaya dan kesendirian (Varcarolis, 2010)..

Penelitian terkait tentang pengaruh logoterapi sudah banyak dilakukan antara lain pada klien dengan kondisi penyakit terminal, kondisi penyakit kronik, berduka, depresi, *Post Trauma Syndrome Distress*, ketergantungan alkohol, gangguan kepribadian, *obsessive compulsivedisorder* dan *Phobia*. Ini menunjukkan bahwa logoterapi dapat digunakan sebagai intervensi pada masalah gangguan dan masalah psikososial (Bastaman, 2007).

Berdasarkan hal tersebut maka terapi kelompok yang dapat dilakukan pada lansia yang mengalami depresi adalah logoterapi yang dilakukan secara berkelompok karena diharapkan dapat dijadikan sebagai wadah kegiatan untuk lansia saling berbagi dalam menjalankan dan menikmati hidup.

## **2.3 Logoterapi**

### **2.3.1 Konsep Logoterapi**

Seseorang akan merasa bermakna dalam kehidupan jika dapat dan mampu mengaktualisasikan potensi-potensi yang dimilikinya. Jika seseorang tidak mampu mengaktualisasikan potensi yang dimilikinya maka akan menimbulkan apa yang dinamakan *Existensial Vacuum* yang ditandai dengan kecemasan, kesepian, rasa hampa, kebosanan, merasa tidak berguna yang mengarah kepada kondisi depresi.

Woodroffe (1999) menyatakan bahwa kehampaan eksistensial (*Existensial Vacuum*) terjadi karena adanya frustrasi dalam mencapai keinginan makna yang disebut dengan frustrasi eksistensial. Kehampaan eksistensial ini sering ditemukan pada lansia. Karena pada lansia akan mengalami perubahan akibat proses menua yang dapat mengakibatkan terjadi penurunan terhadap kondisi fisik, aktivitas sosial sehingga lansia merasa tidak berdaya, tidak berguna.

Adler (1930, dalam Mc. Donald 2004) menyatakan bahwa terjadinya kehampaan eksistensi didalam diri seseorang karena berkembangnya perasaan tidak berharga yang menjadi koping bagi dirinya, sehingga mengakibatkan seseorang tersebut tertekan oleh perasaannya. Kemudian diperjelas oleh Frankl (2008) kehampaan eksistensi sebenarnya terjadi bukan karena individu tersebut merasa tertekan oleh perasaan tidak berharga tetapi oleh karena persepsi individu terhadap kehidupan yang membuat individu tersebut tidak bermakna dalam kehidupannya.

Salah satu psikoterapi yang mengajarkan tentang penemuan makna hidup adalah logoterapi (Frankl, 2002). Logoterapi adalah suatu jenis psikoterapi yang dirintis oleh Victor Emille Frankl (1905-1997), seorang neuropsikiater dari Wina Austria dan *survivor* dari empat kamp konsentrasi NAZI pada waktu perang dunia II. Logoterapi berasal dari kata *Logos* (Yunani) berarti makna (*meaning*) dan kerohanian (*Spirituality*). Logoterapi mengakui adanya dimensi kerohanian (*spiritual*) pada manusia disamping dimensi ragawi (*somatic*) dan kejiwaan (*psyche*), serta beranggapan bahwa hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) merupakan motivasi utama manusia guna meraih taraf kehidupan yang bermakna (*the meaningful life*) dengan jalan menemukan dan mengembangkan makna hidup (*the meaning of life*) (Bastaman, 2007). Berdasarkan atas hal tersebut maka logoterapi merupakan psikoterapi yang mengembangkan dimensi kepribadian, somatic dan spiritual untuk menuju individu yang memiliki

kualitas hidup karena pada logoterapi dikenal istilah *Existensial analysis* yang akan menganalisa dan menemukan makna hidup berdasarkan masalah yang ditemukan.

Logoterapi berusaha membuat klien untuk menyadari secara penuh tanggung jawabnya, pilihan pada dirinya untuk apa dan siapa dia memahami dirinya untuk menjadi bertanggung jawab (Frankl, 2003). Jadi logoterapi merupakan terapi bagaimana klien menentukan sendiri pilihan yang bertanggung jawab terhadap kehidupannya agar mencapai kehidupan yang bermakna.

### 2.3.2 Prinsip Dasar Logoterapi

Logoterapi tidak terlepas dari definisi spiritualitas dan makna kehidupan. Prinsip dasar dari logoterapi (Bastaman, 2007; Hutzell, 1990; Schulenberg, 2003 & Rogina, 2008) yaitu:

#### 2.3.2.1 Hidup manusia memiliki makna

Makna merupakan hal yang penting dicapai dalam hidup. Setiap individu menginginkan hidupnya bermakna. Ketika makna hidup dapat dicapai maka individu akan merasakan kehidupannya berarti dan bermanfaat.

#### 2.3.2.2 Setiap manusia memiliki keinginan besar dan kebebasan tak terbatas dalam menemukan sendiri makna hidupnya.

#### 2.3.2.3 Makna hidup dan sumber-sumbernya dapat ditemukan dalam kehidupan individu itu sendiri bisa pada kondisi pekerjaan, tugas dan karya yang dilakukan dengan memiliki keyakinan terhadap harapan dan kebenaran, serta penghayatan atas keindahan, iman dan cinta kasih.

Setiap manusia memiliki kemampuan untuk mengambil sikap terhadap kondisi apapun. Frankl (1984 dalam Allport, 2003) menjelaskan individu berespon dalam melakukan setiap tindakannya didasarkan atas pengalaman atau sikap yang berpedoman pada nilai-nilai individu tersebut.

Maksudnya adalah ketika seorang individu melakukan tindakan berdasarkan atas nilai – nilai yang dipilihnya maka individu tersebut akan menemukan suatu pengalaman tersendiri bagi kehidupannya sehingga akan tercapai makna kehidupan yang diinginkannya. Sebaliknya terjadinya ketidakbermaknaan dalam hidup disebabkan bukan karena individu tersebut merasa tertekan dengan kondisi kelemahan, ketidak berdayaan serta perasaan tidak berharga tetapi oleh karena persepsi individu tersebut terhadap kehidupan yang membuat individu tersebut tidak bermakna dalam kehidupannya.

Dalam kondisi masyarakat yang materialistis saat ini banyak contoh individu yang sukses di luar tetapi belum tentu internalnya mampu memaknai secara mendalam makna kehidupannya. Frankl mendefinisikan ini sebagai kekosongan makna kekosongan eksistensial (Schulenberg et al, 2008). Makna hidup dapat dicapai melalui dimensi spiritualitas, karena terdapat hubungan positif yang bermakna antara kualitas hidup dan makna pengalaman pribadi atau spiritualitas (Melton & Schulenberg, 2008). Selain itu juga terdapat hubungan antara makna hidup dengan kesehatan mental (Boneright, Clay, & Ankenman, 2000, dalam Joshi Arvind, 2009).

### **2.3.3 Landasan Filsafat Logoterapi**

Landasn filsafat logoterapi yakni kebebasan untuk berkehendak, keinginan untuk bermakna dan makna hidup (Loho, 1997; Bastaman 2007). 3 (tiga) landasan filsafat logoterapi tersebut adalah:

#### **2.3.3.1 *The Freedom of Will* (Kebebasan Berkehendak)**

Kebebasan berkehendak ini adalah bahwa manusia memiliki kebebasan berkehendak atas segala perubahan yang terjadi pada dirinya yang dibatasi oleh aspek ragawi, aspek kejiwaan, aspek sosial budaya.

### 2.2.3.2 *The Will to Meaning* (Hasrat untuk Hidup Bermakna)

Hasrat untuk hidup bermakna ini merupakan keinginan jiwa yang sangat penting dalam kehidupan seseorang. Frankl (1978 dalam Bastaman 2007) bahwa hasrat untuk hidup bermakna ini merupakan motivasi utama kepribadian individu. Hasrat untuk hidup bermakna ini yang mendorong individu untuk melakukan sesuatu yang menghasilkan sehingga individu tersebut merasa berharga.

### 2.2.3.3 *The Meaning of Life* (Makna Hidup)

Frankl (1978 dalam Loho, 1997) menjelaskan bahwa makna hidup memberikan sesuatu yang memiliki arti khusus bagi individu dan berbeda antara individu yang satu dengan yang lainnya. Pencapaian makna hidup ini memberikan kehidupan yang sangat berarti dan berharga bagi seorang individu sehingga seorang individu akan berusaha mencari dan menemukan sendiri makna hidupnya agar tercapai kebahagiaan.

Untuk mendapatkan gambaran lebih jelas tentang filosofis makna hidup, perlu dijelaskan mengenai karakteristik makna hidup (Bastaman, 2007).

a. Makna hidup bersifat personal dan unik.

Makna hidup dikatakan bersifat personal dan unik karena hanya individu secara pribadi yang dapat merasakan dan tidak dapat tergantikan (Frankl, 1984 dalam McDonald, 2004).

b. Makna hidup bersifat spesifik dan konkrit.

Makna hidup dapat ditemukan berdasarkan atas pengalaman atau kegiatan yang biasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Sehingga makna hidup antara individu yang satu dengan yang lainnya pasti berbeda.

c. Makna hidup memberikan pedoman dan arah terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan. Ditemukannya makna hidup dalam kegiatan yang dilakukan seseorang akan mengakibatkan seseorang merasa terpanggil untuk terus melakukan kegiatan tersebut,

sehingga kegiatan-kegiatan yang dilakukannya pun akan lebih terarah.

Untuk menemukan makna hidup ada 3 pendekatan yang dilakukan (Bastaman, 2007) yaitu:

- a. Nilai pengalaman yakni dengan cara memperoleh pengalaman tentang sesuatu atau seseorang yang bernilai bagi kita. Pengalaman dahsyat, pengalaman estetik maupun pengalaman penderitaan.
- b. Nilai – nilai kreatif yakni dengan melakukan sesuatu perbuatan/ bertindak sesuai dengan kemampuan/ potensi positif yang masih dimiliki, sehingga makna hidup dapat ditemukan dengan cara terlibat atau melakukan sesuatu kegiatan yang bermanfaat dari kemampuan/ potensi yang masih dimiliki tersebut.
- c. Nilai – nilai attitudinal yakni dengan menemukan nilai – nilai kebaikan seperti kasih sayang, humor dan keberanian dari diri sendiri, lingkungan maupun orang sekitar seseorang akan merasa memiliki makna dalam kehidupan.

Dengan ditemukannya makna hidup seseorang maka akan mempengaruhi hasrat seseorang untuk hidup bermakna dan memiliki kebebasan berkeinginan.

#### **2.3.4 Tujuan Logoterapi**

Frankl (1984, dalam Kirbach 2002) menjelaskan logoterapi merupakan suatu metode konseling atau pengobatan dengan cara menemukan atau mencari makna dari suatu peristiwa/ kejadian. Pencarian makna hidup ini dapat dilakukan pada individu dengan gangguan jiwa dan lebih diutamakan pada individu yang belum mengalami gangguan tetapi mengalami kehilangan orientasi eksistensi. Berdasarkan definisi tersebut perubahan yang dialami lansia karena proses menua akan mengakibatkan lansia mengalami kehilangan orientasi eksistensi, kondisi lemah, tidak berdaya, merasa tidak berguna sehingga lansia akan

mengalami krisis masa tua dan pada akhirnya akan menimbulkan krisis makna hidup. Krisis makna hidup ini akan mengakibatkan lansia merasakan kehampaan, kesepian dan tidak memiliki keinginan untuk melalui kehidupan dengan cara yang lebih baik.

Frankl (2002) mengatakan bahwa sumber motivasi utama seseorang hidup adalah mencari makna hidup. Dengan merasa bermakna dalam hidup maka lansia akan mencapai integritas dirinya sebaliknya jika lansia tidak mencapai kebermaknaan dalam hidup akan menjadi putus asa. Berdasarkan hal tersebut peran terapis adalah membantu lansia dalam membangkitkan motivasi melalui pengalaman nyata yang diperoleh dalam kehidupan sehari-hari, sehingga lansia dapat mengeluarkan potensi yang dimiliki dan mampu melakukan hal yang bermanfaat dan bermakna.

Tujuan lain logoterapi adalah membangkitkan keinginan individu untuk bermakna (Pandia, 2007). Frankl (2002) untuk dapat membangkitkan keinginan bermakna ini dapat dilakukan melalui transendensi yaitu membawa individu keluar dari kondisi atau pengalaman yang biasanya. Melalui logoterapi lansia dibantu untuk menemukan makna hidupnya melalui kegiatan yang biasa dilakukan sehingga lansia dapat berkualitas dalam hidup dan mencapai integritas dirinya.

### **2.3.5 Jenis Tehnik Logoterapi**

Logoterapi merupakan suatu bentuk konseling yang berusaha untuk mencari makna dari suatu kejadian melalui *logoanalysis* yang merupakan model pengembangan diri dalam membantu individu untuk lebih menyadari makna serta tujuan hidupnya dan panca cara temuan makna (Frankl, 2002; Bastaman, 2007).

Metode yang digunakan pada *logoanalysis* adalah: *self evaluation*, *action as if*, *establishing an encounter* dan *search for meaningful values*.

Kemudian oleh Bastaman *logoanalysis* disederhanakan menjadi suatu konsep pelatihan pengembangan diri yang dikenal dengan panca cara temuan makna yang didasarkan atas prinsip kesadaran yaitu menyadari akan citra diri yang diinginkan, kelebihan dan kelemahan diri sendiri, faktor yang dapat mendukung dan menghambat, metode dan pendekatan yang dapat dilakukan pada diri sendiri serta menyadari akan adanya tokoh yang dapat dijadikan panutan atau suri tauladan.

Ada beberapa tehnik yang digunakan dalam logoterapi. Salah satunya yaitu tehnik yang berada dalam bentuk *logophilosophy* (Kirchbach, 2002) dan kesadaran terhadap nilai (Hutzell & Jerkins, 1990 ) yang pada dasarnya seluruh teknik logoterapi berdasarkan atas *personal existensial analysis* (Bastaman, 2007; Hutzell 1990, Schulenberg, 2004) yaitu:

#### 2.3.5.1 Teknik intensi paradoksikal

Teknik yang berdasarkan konsep kebebasan berkeinginan (*freedom of will*). Teknik ini menggunakan kemampuan individu dalam mengambil keputusan dan mengambil jarak terhadap dirinya sendiri sehingga individu memiliki kemampuan membangun suatu pola perilaku atas kondisi yang dialami pada individu tersebut. Logoterapi dengan teknik intensi paradoksikal telah dilakukan penelitiannya oleh Sutedjo (2009) pada penduduk pasca gempa yang mengalami ansietas di Kabupaten Klaten Propinsi Jawa Tengah.

Penelitian ini menyatakan bahwa ansietas dengan respon fisiologis pada penduduk pasca gempa berdasarkan self evaluasi dan observasi terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan setelah dilakukan logoterapi dan juga terdapat perbedaan yang bermakna pada respon kognitif ansietas sedang penduduk pasca gempa berdasarkan self evaluasi dan observasi. Logoterapi kelompok dengan teknik intensi paradoksikal dilakukan atas 4 sesi yaitu:

1. Sesi 1 : Membina hubungan yang baik dan nyaman

Bertujuan untuk mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antara terapis, klien dan anggota kelompok serta mengidentifikasi masalah yang muncul akibat peristiwa gempa.

2. Sesi 2 : Mengidentifikasi reaksi klien terhadap masalah yang dirasakan.

Pada sesi ini, klien diminta untuk mengungkapkan reaksi atau repon (fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional) terhadap masalah yang muncul akibat gempa. Terapis menanyakan kepada klien cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, bagaimana hasilnya serta mengidentifikasi masalah yang belum teratasi terkait peristiwa gempa.

3. Sesi 3 : Mendiskusikan pola reaksi klien dan mengajarkan cara yang sesuai. Terapis membantu klien mendiskusikan masalah yang belum teratasi dan membantu menyelesaikannya melalui teknik *paradoxical intention*. Pada sesi ini, terapis menjelaskan penggunaan teknik *paradoxical intention* yaitu meminta anggota kelompok untuk memikirkan dan mengungkapkan hal yang bertentangan dari masalah yang dihadapi terkait peristiwa gempa. Contoh : terapis juga mengajarkan kepada klien untuk menghindari semua obyek yang ditakuti dan dicemaskan atau disebut *flight form fear*.

4. Sesi 4 : Evaluasi

Bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi melalui teknik *paradoxical intention*, menemukan makna hidup yang klien dapatkan dan mampu menerima perpisahan. Terapis mendiskusikan bersama anggota kelompok mengenai masalah yang sudah dan belum teratasi. Pada akhir sesi ini, terapis mendiskusikan rencana tindak lanjut dari masalah yang belum terselesaikan

### 2.3.5.2 Direfleksi (*Dereflection*)

Teknik yang berdasarkan atas prinsip kemauan untuk bermakna (*the will to meaning*) dan kemampuan transendensi diri (*self transcendence*). Transendensi diri adalah suatu kemampuan dimana individu berusaha untuk keluar dan membebaskan diri terhadap kondisi yang dialami dan tidak lagi peduli dengan kondisinya tersebut dan individu lebih memfokuskan perhatiannya kepada hal lain yang lebih positif dan berguna baginya. Dengan berusaha mengabaikan keluhannya dan memandangnya secara ringan, kemudian mengalihkan perhatian kepada hal – hal yang bermanfaat, gejala *hyper intention* dan *hyper reflection* menghilang (Frankl, 2002; Lukas 1998).

Direfleksi ini merupakan jenis logoterapi yang dapat digunakan untuk membantu klien yang mengalami harga diri rendah, ketidaknyamanan, depresi, kecanduan, penyakit fisik dan gangguan emosi. (Lukas, dalam Marshall, 2010). Direfleksi ini terdiri atas 4 sesi yaitu: 1) tahap pengkajian, yaitu membuka pandangan klien terhadap “*freedom and fate*” kebebasan dan kondisi klien saat ini 2) membuka pikiran positif dan negatif klien 3) membuka pandangan klien tentang kejadian trauma/ kebohongan masa lampau yang mampu dilakukan saat ini 4) membuka area kepada klien untuk melakukan hal tersebut sebagai ungkapan dari tanggung jawab klien “*responsibility and no – responsibility*”.

Logoterapi dengan teknik direfleksi telah dilakukannya oleh Wijayanti (2010) terhadap kecemasan narapidana perempuan di lembaga pemasyarakatan perempuan Semarang, didapatkan bahwa kecemasan pada narapidana perempuan menurun lebih bermakna setelah diberikan logoterapi berdasarkan evaluasi diri. Pelaksanaan logoterapi yang dilakukan terdiri atas 4 sesi yaitu:

1. Sesi 1 : Membina hubungan yang baik dan nyaman. Bertujuan untuk mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antara terapis, klien dan anggota kelompok lain mengidentifikasi masalah yang muncul.
2. Sesi 2 : *Paradoxical Intention*. Pada sesi ini, klien diminta untuk mengungkapkan reaksi atau respon (fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional) terhadap masalah yang muncul dan cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, dan bagaimana hasilnya dengan menggunakan teknik *paradoxical intension*. Klien diminta untuk berpikir atau membayangkan hal-hal yang tidak menyenangkan, menakutkan, atau memalukan baginya.
3. Sesi 3 : *de-Reflection*. Pada sesi ini klien pertama-tama dibantu untuk menyadari kemampuan atau potensinya yang tidak digunakan atau terlupakan, lalu memotivasi klien untuk mengembangkan dan mempraktekkan kemampuan dan potensinya tersebut.
4. Sesi 4 : Evaluasi  
Bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi melalui teknik *paradoxical intention dan de-reflection*, menemukan makna hidup yang klien dapatkan dan mampu menerima perpisahan.

#### 2.3.5.3 Bimbingan rohani

Merupakan metode khusus yang digunakan pada individu yang menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan, memiliki kondisi buruk yang tidak bisa diubah sehingga individu tersebut tidak lagi mau berusaha selain menghadapi penderitaan itu.

#### 2.3.5.4 *Logophilosophy*

Merupakan teknik logoterapi yang mengajarkan kepada individu untuk lebih menerima atau adaptif terhadap respon rasa nyeri, perasaan bersalah dan kematian.

#### 2.3.5.5 Kesadaran terhadap nilai (*Value Awareness Technique*)

Merupakan teknik yang membantu individu menyadari nilai-nilai atau potensi yang masih dimiliki dan dapat digunakan walaupun dalam kondisi yang sulit. Pelaksanaan logoterapi adalah teknik VAT (*Value Awareness Technique*) atau teknik menyadari nilai-nilai yang dimiliki (Hutzell & Jerkins, 1990) dilakukan pada individu yang mengalami perubahan kondisi fisik dan kehilangan yang mengakibatkan munculnya pikiran tidak berdaya dan merasa hampa menunjukkan hasil yang bermakna yang dijelaskan dalam bentuk kemampuan klien mengidentifikasi 30-130 nilai-nilai yang membuat individu merasa berguna dan berharga. Selanjutnya Wahyuni (2007) mengembangkan teknik VAT (*Value Awareness Technique*) dalam penelitiannya mengenai pengaruh logoterapi terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada lansia dengan harga diri rendah kedalam empat sesi yaitu:

##### 1. Pengkajian

Bertujuan untuk mengembangkan kesadaran terhadap nilai-nilai yang dimiliki oleh klien dan mengidentifikasikan respon-respon yang timbul terhadap pertanyaan.

##### 2. Menstimulasi imajinasi yang kreatif

Pada sesi ini terapis berupaya menggali lebih dalam jawaban dari klien untuk mendapatkan alasan-alasan atau penyebab dari harapan yang diinginkan, sehingga pada akhirnya klien mampu mengidentifikasi dan membayangkan harapan yang paling bermakna.

### 3. Memproyeksikan nilai-nilai pribadi

Merupakan cara untuk mempraktekkan atau mengaplikasikan terhadap nilai-nilai atau harapan yang paling diinginkan klien dalam situasi atau aktivitas yang biasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

### 4. Evaluasi dan terminasi

Tahap akhir yang bertujuan mengevaluasi terhadap pencapaian makna hidup yang diperoleh dalam kegiatan atau aktivitas yang dilakukan serta menerima perpisahan.

Penelitian Wahyuni (2007) bahwa terdapat pengaruh logoterapi pada peningkatan harga diri lansia di Panti Wredha yang ditunjukkan dengan peningkatan kondisi harga diri sebesar 25.33% atau dalam arti kondisi harga diri membaik. Penelitian yang dilakukan oleh Kivinen, *et al* (1998 dalam Marshall, 2010) mengatakan adanya hubungan yang bermakna antara tujuan hidup dan status kesehatan individu. Burbank (1988, dalam Meinner & Lueckenotte 2006) menyatakan bahwa makna hidup pada lansia dapat dikaitkan dengan dua hal antara lain penurunan kesehatan fisik dan adanya gejala depresi. Berdasarkan atas penelitian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa makna hidup dapat ditemukan ketika seseorang berada dalam kondisi lemah tidak berdaya seperti halnya lansia.

Penelitian lain yang membuktikan pengaruh logoterapi pada individu dengan kondisi ketidakberdayaan yaitu penelitian yang dilakukan oleh (Kang, Kyung-Ah, dkk, 2009) pada 29 responden remaja yang menderita kanker didapatkan hasil yang menyatakan bahwa logoterapi dapat mengurangi kondisi ketidakberdayaan, penderitaan, mengatasi *existensial distress*, meningkatkan makna hidup dan kualitas hidup pada remaja yang mengalami kanker terminal. Penelitian-penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa logoterapi dapat digunakan pada berbagai kasus psikososial dan gangguan jiwa. Sedangkan penelitian tentang kombinasi logoterapi dengan terapi lain belum pernah dilakukan. Menurut Frankl

logoterapi sangat baik bila dikombinasikan dengan teori dan metode terapi lain (Schulenberg, *et al*, 2008). Karena dengan mengkombinasikan logoterapi dengan terapi lain akan dapat memperluas lapang pandang manusia terhadap kondisinya dan dapat meningkatkan konsep diri serta kualitas individu yang meliputi gambaran diri, kepercayaan diri, kemampuan diri dalam menangani stres (Savolaine & Granello, 2002 dalam Schulenberg, *et al*, 2008).

### 2.3.6 Instrumen Pengukuran Makna Hidup

Instrumen pengukuran makna hidup lansia dikenal dengan nama *meaning life questionnaire* yang diadopsi dari *the meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life* (Steger, Frazier, *et al*, 2006). Instrumen ini terdiri dari pertanyaan pengkajian tentang makna hidup yang terdiri dari 2 pengkajian yaitu pengkajian tentang makna hidup saat ini yang telah dicapai (*presence*) dan pengkajian proses pencarian terhadap makna hidup (*search*), yang terbagi atas 10 (sepuluh) pertanyaan dengan menggunakan 7 skala likert yang dikategorikan atas 5 (lima) pertanyaan tentang kondisi makna hidup yang telah dicapai (*presence*) dan 5 (lima) pertanyaan tentang pencarian makna hidup (*search*) yang masing-masing berdiri sendiri dan tidak saling mempengaruhi. Instrumen ini telah banyak digunakan kepada klien untuk menilai peningkatan kondisi kesejahteraan dan menurunkan distress. Instrumen ini memberikan esensi penting terkait dengan persepsi individu tentang makna kehidupan.

Tingkat keakuratan dari instrumen ini terdiri atas hubungan negatif ( $r = -0.09$ ,  $p > 0.05$ ), konsistensi *internal reliability* dari item kondisi makna hidup yang telah dicapai (*presence*) terhadap uji coba kuesioner pada 3 (tiga) penelitian yang dilakukan yaitu dengan koefisien 0.86, 0.86, 0.82 sedangkan untuk item pertanyaan tentang pengkajian terhadap pencarian makna hidup (*search*) dengan koefisien 0.87, 0.86, dan 0.87. Ini menunjukkan tingkat validitas dari masing-masing skala pengkajian tersebut.

Instrumen makna hidup ini telah dilakukan ujicoba dengan membandingkan dengan instrumen yang lain seperti untuk skala pengkajian makna hidup yang telah dicapai (*Presence*) memiliki hubungan negatif dengan depresi ( $r = -0.48, p < 0.05$ ) dengan menggunakan kuesioner *Brief symptom Inventory* (BSI) dan untuk skala pengkajian tentang pencarian makna hidup (*search*) memiliki hubungan yang positif dengan ( $r = 0.36, p < 0.05$ ).

Berdasarkan atas uji yang telah dilakukan pada instrumen tersebut (Frankl, 1965 & Crumbaugh's, 1969 dalam Lewiss, M.H, 2010) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara makna hidup (*meaning in life*) dan keinginan untuk hidup bermakna (*will to-meaning*). Untuk nilai *alpha cronbach reliability* untuk pengkajian makna hidup yang telah dicapai (*presence*) adalah 0.86 dan untuk pengkajian terhadap pencarian makna hidup (*search*) adalah 0.88. Hasil ini menunjukkan bahwa 2 sub skala dari kuesioner ini mengindikasikan sangat baik dan layak untuk digunakan dalam mengukur makna hidup (*meaning in life*) dan keinginan untuk hidup bermakna (*will to – meaning*).

### **2.3.7 Pelaksanaan Logoterapi pada Lansia Depresi**

Lansia yang mengalami depresi dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial akan memperlihatkan perilaku yaitu mengalami penurunan aktivitas dan kesenangan, merasa bosan, perasaan hampa, merasa tidak berguna, diisolasi, tidak memiliki motivasi dan tujuna hidup sehingga lansia berfikir bahwa hidupnya tidak memiliki makna. Perasaan tidak bermakna/ tidak berharga ini disebabkan karena lansia tidak menyadari akan potensi atau kelebihan serta nilai yang saat ini masih lansia miliki, dan hanya berfokus pada kekurangan dan keterbatasan yang dimiliki lansia tersebut.

Berdasarkan hal tersebut maka lansia perlu mengetahui perubahan-perubahan proses menua yang dialaminya, kondisi dan masalah terkait dengan perubahan proses menua tersebut. Sehingga harapannya lansia mampu memahami dan mengerti bahwa dibalik keterbatasan yang dimilikinya ternyata masih memiliki potensi yang dapat dijadikan suatu motivasi sehingga lansia merasa memiliki makna dalam kehidupannya.

Logoterapi lansia mengajarkan bagaimana meningkatkan atau memperluas pandangan positif lansia terhadap apa yang dialaminya dengan melihat kembali potensi yang masih dimiliki kemudian mengembangkan karakter atau sikap “menjadi sesuatu (*being*)” dan diterapkan dalam kehidupan sehari-hari lansia sehingga lansia akan merasa bermakna dalam kehidupannya. Untuk itu dilakukan logoterapi pada lansia dengan menggunakan teknik VAT (*Value Awareness Technique*). Teknik ini mengajarkan bagaimana cara lansia untuk mengaktualisasikan nilai-nilai yang dimiliki sehingga dapat mengembangkan karakter dan sikap lansia dalam memaknai hidup. Berdasarkan atas penelitian yang dilakukan sebelumnya dan dengan melihat kondisi pada lansia yang mengalami depresi serta diagnosa keperawatan yang menyertai, maka peneliti akan melakukan logoterapi dengan tehnik VAT pada lansia dengan depresi atas 4 sesi yang telah di modifikasi pada penelitian sebelumnya, yaitu:

a. Sesi 1 : Perubahan dan masalah yang dialami lansia

Pada sesi ini diharapkan lansia mengetahui dan memahami perubahan-perubahan yang terjadi pada proses menua serta akibat yang ditimbulkan dari perubahan tersebut. Sehingga dengan mengetahui perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia, maka lansia akan menyadari kondisinya dan mampu melihat/ mengembangkan nilai-nilai yang masih dimiliki melalui respon yang ditimbulkan dari pertanyaan tentang harapan yang diajukan kepada lansia.

b. Menstimulasi imajinasi kreatif lansia

Pada sesi ini lansia akan di stimulus atas alasan jawaban dari harapan yang diinginkan lansia terkait dengan kondisi yang dialami saat ini. Tugas terapis disini yaitu mengembangkan dan menstimulus lansia terhadap alasan yang disampaikan sebagai suatu alasan yang dianggap sangat bermakna/berarti bagi lansia tersebut. Stimulasi imajinasi kreatif adalah proses mental manusiawi yang menjadikan semua kekuatan/motif berpotensi untuk menstimulasi dan memberi energi pada tindakan kreatif. Imajinasi adalah daya pikir untuk membayangkan atau menciptakan gambar atau kejadian berdasarkan kenyataan atau pengalaman seseorang; atau dapat juga diartikan sebagai khayalan.

Imajinasi sangat diperlukan oleh manusia untuk mengembangkan potensi yang ada pada dirinya. Dalam stimulasi imajinatif ini tugas logoterapis adalah membantu lansia untuk mengatasi kondisi depresinya serta masalah keperawatan yang menyertai secara emosional dalam menghadapi perubahan yang terjadi pada proses menua pada lansia. Salah satu cara untuk mencapainya adalah memperkenalkan filsafat hidup yang lebih sehat, yaitu mengajak untuk menemukan makna hidup lansia tersebut. Menemukan makna hidup merupakan sesuatu yang kompleks dan abstrak.

c. Memproyeksikan makna dalam kegiatan sehari-hari

Pada sesi ini lansia diajarkan untuk memilih dari makna/nilai yang dianggap bermakna atau sangat berarti bagi lansia tersebut, kemudian dari nilai/ makna yang dipilih akan dipraktekkan kedalam situasi dan kegiatan sehari – hari lansia di rumah.

d. Evaluasi kemampuan makna hidup lansia

Tujuan pada sesi ini adalah untuk mengevaluasi terhadap kemampuan makna hidup lansia dari kegiatan sesi yang dilakukan.

Pelaksanaan logoterapi pada lansia dengan depresi dilaksanakan dalam bentuk terapi kelompok. Terapi kelompok memberikan informasi atau pembelajaran baru, kemampuan interaksi dengan anggota kelompoknya, merasa diterima dan memiliki, menyadari bahwa individu tidak sendiri dan orang lain juga memiliki masalah yang sama, memahami masalah, perilaku dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi anggota dalam kelompok tersebut (Viedebeck, 2008).

Jumlah anggota yang mengikuti logoterapi disesuaikan dengan peserta pada terapi kelompok, yang terdiri dari 6-12 orang dengan masalah sama (Atkinson, 1993). Waktu pelaksanaan logoterapi disesuaikan dengan kesepakatan kelompok dengan mempertimbangkan waktu dan tempat. Alokasi waktu yang digunakan selama kegiatan ini adalah 45 – 60 menit dan tempat pertemuan dilakukan di tatanan komunitas yakni di Kelurahan Katulampa Kota Bogor. Pada setiap sesi dari kegiatan logoterapi ini akan dilakukan evaluasi dan penugasan bagi lansia yang dituliskan pada buku kerja dan buku evaluasi. Penjelasan lebih lengkap tentang pelaksanaan logoterapi kelompok pada lansia dengan depresi dapat dibaca dalam modul (Lampiran 15).

#### **2.4 Psikoedukasi Keluarga**

Individu dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa membutuhkan anggota keluarga sebagai sumber dukungan utama yang memberikan dorongan kepada klien untuk meningkatkan status kesehatan dan kesembuhan klien. *Family Psychoeducation therapy* merupakan salah satu program perawatan kesehatan jiwa yang melibatkan keluarga melalui pemberian informasi dan edukasi yang menggunakan komunikasi yang terapeutik dalam penyampaiannya. Psikoedukasi keluarga menggunakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2005). Melalui psikoedukasi keluarga, tenaga keperawatan jiwa profesional bekerjasama dengan keluarga memberikan pelatihan dan pengajaran serta

kepada intervensi atau perawatan keluarga kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (Anderson, 1993, dalam Levine, 2002). Sehingga dengan dilakukannya psikoedukasi keluarga akan mengakibatkan terjadinya peningkatan *outcomes* pada klien dengan schizophrenia dan gangguan jiwa berat lainnya. Berdasarkan atas definisi tersebut maka jelas bahwa psikoedukasi merupakan salah satu jenis terapi keluarga yang dapat memberikan informasi, edukasi serta cara perawatan kepada keluarga tentang kondisi/ masalah anggota keluarga yang mengalami masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Tujuan utama psikoedukasi keluarga adalah berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Varcarolis, 2006), mencegah kekambuhan klien gangguan jiwa, mempercepat pulihnya klien sehingga mampu beradaptasi ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan adanya suatu penghargaan terhadap fungsi sosial dan peran klien gangguan jiwa tersebut (Levine (2002). Berdasarkan definisi tersebut bahwa psikoedukasi keluarga merupakan suatu terapi yang melibatkan klien dan anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang lain dalam mengurangi beban keluarga (fisik, mental dan finansial) akibat merawat klien yang mengalami gangguan jiwa dan masalah psikososial.

Psikoedukasi keluarga memberikan informasi, pengetahuan dan mengajarkan keluarga tentang bagaimana manajemen stress keluarga yang mengalami distress sehingga keluarga memahami dan mampu menggunakan koping dalam penyelesaian masalah yang terjadi pada keluarga (Goldenberg & Goldengerg, 2004). Psikoedukasi keluarga memberikan pengetahuan dan berbagi pengalaman dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Notoatmodjo (2010) menyatakan pengetahuan diperoleh dengan adanya proses pembelajaran, budaya, pendidikan ,pengalaman hidup. Kegiatan yang dilakukan pada psikoedukasi keluarga berakibat terhadap peningkatan pengetahuan, tindakan dan perilaku yang didukung juga oleh kekuatan, dorongan melalui diskusi yang dilakukan.

Pada klien yang mengalami depresi dukungan keluarga (khususnya dukungan pasangan merupakan komponen penting dalam pengobatan depresi (Miklowitz, 2008; Cordova & Gee, 2001 dalam Petterson et al, 2009). Penelitian lain menyatakan bahwa perkawinan dan terapi keluarga efektif untuk mengatasi klien depresi ringan yang dikombinasikan dengan pengobatan farmakoterapi atau pun terapi individu (Prince & Jacobson, 1995 dalam Petterson et al, 2009). Berdasarkan atas kedua penelitian tersebut maka terapi keluarga salah satunya psikoedukasi keluarga efektif digunakan untuk mengatasi klien depresi.

Pada beberapa kasus, pelaksanaan psikoedukasi keluarga lebih efektif jika dilakukan secara berkelompok dibandingkan dengan pelaksanaan secara individual (Varcarolis, 2006; Falloon et al, 2002). Pada kegiatan yang dilakukan berkelompok masing-masing anggota kelompok akan berbagi pengalaman dan merasakan bahwa mereka tidak sendiri dalam menghadapi masalah. Terapi psikoedukasi secara berkelompok dikembangkan oleh Carol Anderson dan kawan-kawan pada tahun 1983 yang menyusun tahapan perkembangan psikoedukasi sebagai berikut :

1. Tahap *Orthodoxy*, lebih berfokus pada pelaksanaan dan pengembangan teknik serta cara hanya untuk menangani gejala.
2. Tahap *Negation*, khusus membahas tentang faktor biologis dan genetik dari schizophrenia, materi diberikan melalui pemberian leaflet kepada keluarga.
3. Tahap *Substitution*, pada tahap ini keluarga merupakan objek terpenting dalam pemberian terapi.
4. Tahap *Evolution*, merupakan evaluasi dari serangkaian tahapan yang telah dilakukan dan diharapkan memberikan manfaat lebih baik terhadap keluarga.

Penelitian yang dilakukan McFarlane (2002 dalam Dopp, 2008) dalam mengembangkan psikoedukasi keluarga secara berkelompok yang dikenal dengan *Psychoeducational Multifamily Group Treatment* (PMFGT) yang

memfasilitasi *shared problem solving*, usaha pemulihan dan mengurangi stigma. Mc Farlane melakukan PMFGT terdiri atas 4 sesi yaitu :

1. Sesi I : pertemuan terpisah antara terapis dan keluarga.
2. Sesi II : membina hubungan saling percaya antara terapis dan keluarga dan pemberian informasi serta dasar pengetahuan tentang gangguan jiwa.
3. Sesi III : Dalam kurun waktu 1 tahun, berfokus pada pencegahan kekambuhan dan rehospitalisasi.
4. Sesi IV : Setelah 6 – 12 bulan, program ini berfokus pada rehabilitasi pekerjaan dan adaptasi sosial bagi klien.

Psikoedukasi keluarga dirancang terutama untuk memberikan edukasi dan dukungan. *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) dan beberapa kelompok lain menyusun dan mengembangkan sebuah jenis program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa.

*National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) mengembangkan psikoedukasi keluarga pada keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa. Psikoedukasi keluarga memberikan pemahaman dan informasi kepada keluarga tentang penyakit, gangguan jiwa serta masalah keluarga, mengajarkan cara perawatan yang dilakukan dalam mengatasi perubahan perilaku klien dan memberikan kekuatan pada fungsi keluarga (McFarlane, 1995 dalam Stuart & Laraia, 2005). Oleh karena itu psikoedukasi keluarga dapat memberikan pengaruh positif kepada klien yang mengalami gangguan jiwa, masalah psikososial serta keluarga klien tersebut.

Berikut ini merupakan sepuluh sesi program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa menurut NAMI (1999) :

1. Dasar dan tujuan program, pada tahap ini merupakan tahap pengenalan dan orientasi terhadap program atau intervensi yang akan diberikan termasuk pengkajian tentang masalah keluarga.

2. Pengalaman keluarga, pada tahap ini keluarga berbagi pengalaman terkait dengan beban keluarga, sistem dan subsistem keluarga serta gambaran hidup keluarga.
3. Gangguan Jiwa I, meliputi diagnosa, etiologi, prognosis dan intervensi.
4. Gangguan Jiwa II, meliputi gejala, pengobatan, model stres dan riset terkait
5. Manajemen simptom dan masalah, meliputi perilaku yang ditunjukkan pada klien gangguan jiwa seperti perilaku bizarre, perilaku destruktif diri, *personal hygiene* dan gejala distress.
6. Stres, koping dan adaptasi, meliputi penyebab stress gangguan jiwa, adaptasi keluarga, dan penggunaan koping yang efektif.
7. Peningkatan efektifitas klien dan keluarga I, meliputi manajemen perilaku, keterampilan komunikasi dan pemecahan masalah.
8. Peningkatan efektifitas klien dan keluarga II, meliputi manajemen stres, latihan asertif, pencapaian keseimbangan keluarga dan kebutuhan individu.
9. Hubungan antara keluarga dan tenaga kesehatan, meliputi jenis hubungan keluarga dan tenaga kesehatan, hambatan dalam berhubungan dan cara mengatasi hambatan.
10. Sumberdaya komunitas, meliputi pergerakan anggota masyarakat, pelibatan sistem yang terkait, isu-isu legal dan sistem rujukan yang tepat.

Berdasarkan atas 10 (sepuluh) sesi yang dilakukan sudah menggambarkan secara keseluruhan komponen-komponen dari psikoedukasi keluarga yang meliputi pemberian informasi dan edukasi tentang gangguan jiwa, manajemen stres dan beban keluarga, peningkatan koping dan adaptasi keluarga serta pemberian latihan dan keterampilan khusus kepada keluarga untuk mengantisipasi jika klien gangguan jiwa mengalami kekambuhan.

Dopp (2008) melakukan penelitian dengan membandingkan dua model intervensi psikoedukasi keluarga dengan gangguan jiwa yaitu *Single Family Network Enhancement* (SFNE) yang berfokus pada satu keluarga dengan *Psychoeducational Multifamily Group Treatment* (PMFGT) yang berfokus pada sekelompok keluarga. Dopp melakukannya dengan mengadopsi model PMFGT yang dikembangkan oleh Mc Farlane dan dilakukan atas 4 (empat) sesi selama dua tahun pada sekelompok keluarga. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa secara umum kedua model memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing akan tetapi tetap memberikan dampak positif bagi keluarga sehingga beberapa keluarga yang dilakukan SFNE bersedia melanjutkan terapi PMFGT.

*North Carolina Evidence Based Practice Center* (NCEBPC dalam Nurbani, 2009) fokus dari sesi psikoedukasi keluarga adalah:

1. Mengkaji faktor presipitasi untuk melihat kejadian penyakit di masa lalu
2. Melihat tanda dan gejala penyakit
3. Respon keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarga yang sakit.
4. Strategi koping dan kekuatan untuk mencapai keberhasilan.
5. Dukungan sosial di masyarakat.
6. Proses berduka dan kesedihan yang berhubungan dengan penyakit dan mengembangkan rencana pengobatan selanjutnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Chien, W.T. dan Wong, K.F. (2007) tentang efektifitas psikoedukasi keluarga yang dilakukan pada 84 keluarga klien schizophrenia di Hongkong, diikuti selama 12 bulan, dengan materi yang diberikan berupa persepsi, pengetahuan (kognitif) dan keterampilan (psikomotor) tentang perawatan anggota keluarga dengan schizophrenia dan dilakukan evaluasi didapatkan sebagian besar keluarga menunjukkan peningkatan terhadap perbaikan fungsi keluarga dan fungsi klien.

Penelitian psikoedukasi keluarga yang dilakukan oleh Wardaningsih (2007) yang bertujuan untuk mengetahui tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta. Didapatkan hasil bahwa psikoedukasi keluarga yang dilakukan secara berkelompok memberikan pengaruh secara bermakna dalam menurunkan beban keluarga dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Psikoedukasi keluarga yang dilakukan terdiri atas enam sesi yang meliputi : Sesi I (Pendahuluan) yang terdiri dari materi tentang gangguan jiwa di Indonesia dan beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Sesi II (Cara Merawat Klien Halusinasi) yang terdiri dari 2 subsesi dengan materi : konsep halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, cara komunikasi dengan klien halusinasi, dan cara merawat klien dengan halusinasi. Sesi III (Manajemen Stress dan Kekambuhan) yang terdiri dari materi : mengatasi kekambuhan halusinasi, manajemen stress dan beban keluarga. Sesi IV (Mengatasi Hambatan) terdiri dari materi : hambatan dalam merawat klien halusinasi dan mengatasi stress, serta mengatasi hambatan dalam hubungan keluarga dengan tenaga kesehatan. Sesi V (Tindak Lanjut) terdiri dari materi : dialog dengan puskesmas, dan pembentukan kelompok swabantu.

Selain pada klien dengan gangguan psikoedukasi juga dilakukan pada keluarga yang anggota keluarganya dengan penyakit fisik (stroke). Penelitian ini dilakukan oleh Nurbani (2009) bahwa psikoedukasi keluarga dapat menurunkan ansietas pada keluarga dari ansietas sedang menjadi ringan. Psikoedukasi pada keluarga klien dengan penyakit fisik ini dilakukan atas 5 sesi yaitu pengkajian masalah yang dialami, perawatan pasien dengan stroke, manajemen ansietas, manajemen beban dan hambatan serta pemberdayaan keluarga.

Penelitian lainnya oleh Sari (2009) *Family Psychoeducation* dapat menurunkan beban keluarga secara bermakna dan meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung. Penelitian ini dilakukan atas 5 sesi yaitu: pengkajian Masalah keluarga, meliputi penyampaian tujuan dan kontrak program psikoedukasi dengan keluarga, perawatan klien gangguan jiwa (pasung), manajemen stres keluarga, manajemen beban keluarga dan pemberdayaan komunitas meliputi hambatan dalam merawat klien gangguan jiwa (khususnya pasung) di rumah dan dengan tenaga kesehatan dan cara mengatasi hambatan.

Tabel 2.1  
Perbandingan Prosedur *Family Psychoeducation*

Komponen inti	NAMI (1999)	Carol (1993)	Mc. Farlen (1995)	NCEBPC (2009)	Wardaningsih (2007)	Nurbani (2009)	Sari (2009)
Tujuan program	v		v		v		v
Pengalaman keluarga	v		v	v	v	v	v
Tanda, gejala, prognosis	v	v	v	v	v	v	v
Manajemen masalah	v		v		v	v	v
Stres koping adaptasi	v	v		v	v		v
Peran keluarga kelompok	v				v	v	v
Hubungan dengan tenaga kesehatan	v	v			v	v	v
Sumber daya komunitas	v		v	v	v	v	v
Pencegahan kekambuhan	v		v	v	v		

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka psikoedukasi pada keluarga dengan lansia yang mengalami depresi akan dilakukan atas 4 sesi dengan memodifikasi sesi yang sudah dilakukan dan disesuaikan dengan kondisi lansia depresi yang berada di tatanan komunitas:

1. Identifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat perubahan tersebut serta masalah yang dialami *caregiver* (pengasuh)
  - a. Mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang muncul dari perubahan tersebut.

- b. Mengidentifikasi masalah yang dialami *caregivers* dalam merawat lansia Cara merawat lansia dengan depresi
2. Cara merawat lansia dengan depresi
  - a. Perawatan lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan
  - b. Perawatan lansia dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial
3. Merawat *caregiver* yang mengalami stress akibat merawat lansia
  - a. Mengajarkan teknik nafas dalam dan hipnotis 5 (lima) jari
  - b. Mengajarkan teknik relaksasi progresif dan penghentian pikiran
4. Pemberdayaan keluarga dan komunitas  
 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.

#### **2.4.1 Pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga Dalam Merawat Lansia Depresi**

Perubahan yang terjadi pada proses menua yang dialami lansia dapat menimbulkan terjadinya masalah psikososial apabila lansia tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang dialami. Ketidakmampuan lansia beradaptasi dan ketidakadekuatan dukungan sosial yang diterima akan menimbulkan masalah psikososial depresi dengan diagnose keperawatan harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial. Sehingga dibutuhkan pemberian psikoedukasi keluarga dapat diberikan kepada lansia dan keluarganya (*caregiver*). Tujuan dari psikoedukasi keluarga adalah untuk dapat menurunkan tingkat emosi yang terjadi dalam keluarga, meningkatkan pengetahuan/ pemahaman keluarga tentang penyakit serta mengajarkan keluarga tentang upaya dalam membantu anggota keluarganya yang mengalami masalah yaitu dengan mengetahui gejala-gejala perilaku serta mendukung kekuatan dari keluarganya.

Adapun pelaksanaan psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia depresi dibagi atas 4 sesi dengan 6 kali pertemuan yaitu:

1. Sesi 1 : Identifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat perubahan pada lansia yang dialami keluarga

a. Mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang muncul dari perubahan tersebut.

Kegiatan pada sesi ini yaitu *caregiver* mampu mengetahui semua perubahan yang terjadi pada lansia yang meliputi perubahan fisik/ tubuh, perubahan psikologis, kejiwaan, perubahan sosial dan perubahan spiritual. Selain mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia, *caregiver* diharapkan mampu mengetahui masalah yang ditimbulkan dari perubahan yang terjadi pada lansia karena ketidakmampuan lansia untuk beradaptasi terhadap perubahan tersebut.

b. Mengidentifikasi masalah yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia.

Dalam merawat lansia yang mengalami depresi peran keluarga (*caregiver*) sangat penting karena mempengaruhi bagaimana cara bersikap dan bertindak kepada lansia yang mengalami masalah psikososial. Pada *caregiver* yang merawat lansia juga akan mengalami perubahan terhadap fungsi keluarga, konflik antar keluarga serta masalah internal *caregiver* sendiri. Pada sesi ini terapis akan mengidentifikasi masalah yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia.

2. Cara merawat lansia dengan depresi

Pada sesi ini *caregiver* diajarkan bagaimana cara perawatan yang dilakukan lansia dengan depresi serta diagnosa keperawatan yang menyertai yaitu harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial. Pada sesi 2 (dua) ini akan dibagi atas 2 kali pertemuan yaitu:

a. Perawatan lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan.

b. Perawatan lansia dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

3. Merawat *caregiver* yang mengalami stress akibat merawat lansia

Pada sesi ini *caregiver* diajarkan bagaimana cara perawatan terhadap dirinya karena merawat lansia yang mengalami depresi yaitu dengan mengajarkan

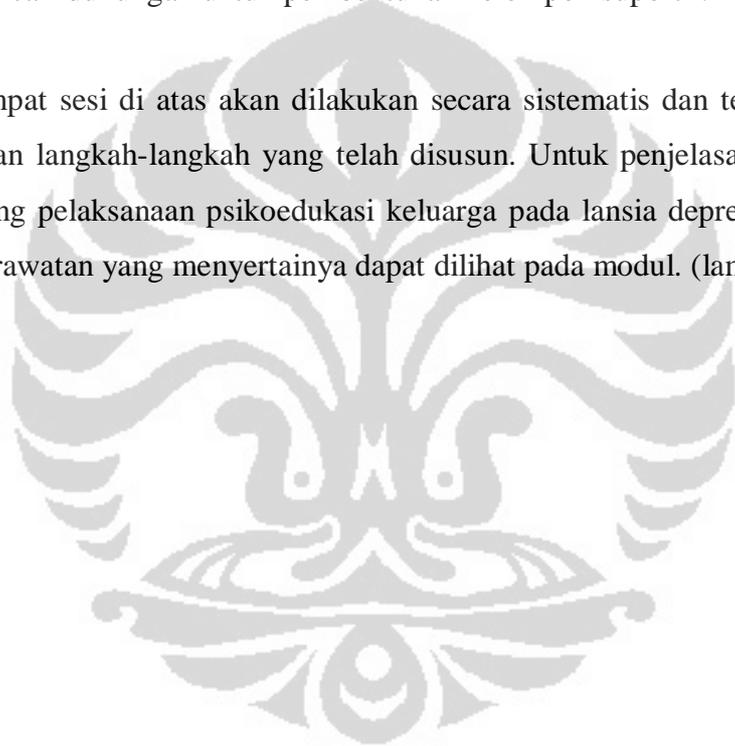
cara manajemen stres dan mempraktekkannya. Pada sesi 2 (dua) ini akan dibagi atas 2 kali pertemuan yaitu:

- a. Mengajarkan teknik nafas dalam dan hipnotis 5 (lima) jari
- b. Mengajarkan teknik relaksasi progresif dan penghentian pikiran

4. Pemberdayaan keluarga dan komunitas

Pada sesi ini *caregiver* diajarkan bagaimana cara pembagian peran dalam merawat lansia yang dilakukan keluarga dan bagaimana berhubungan dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan layanan bagi lansia serta mencari dukungan untuk pembentukan kelompok suportif.

Keempat sesi di atas akan dilakukan secara sistematis dan terstruktur sesuai dengan langkah-langkah yang telah disusun. Untuk penjelasan lebih lengkap tentang pelaksanaan psikoedukasi keluarga pada lansia depresi dan diagnosa keperawatan yang menyertainya dapat dilihat pada modul. (lampiran 16)



### **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.

### **3.1 Kerangka Teori Penelitian**

Kerangka teori merupakan uraian dari kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian ini. Kerangka teori yang disajikan meliputi perubahan pada lansia, depresi, diagnosa keperawatan, logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga

Lansia merupakan seseorang yang berusia diatas 60 tahun atau lebih (Hurlock, 2004; BPS, 2010; WHO, 2010) yang mengalami perubahan fisik, biologis, psikologis, sosial, kognitif dan spiritual (Ebersole & Hess, 2010; Miller, 2004) serta berada dalam tahap integritas ego *versus* keputusasaan (*integrity versus despair*) (Keliat, dkk, 2006; Viedebeck, 2008; Lahey, 2002) yang menerima berbagai perubahan sebagai suatu kondisi yang harus terjadi (Stanley, Blair & Beare, 2005).

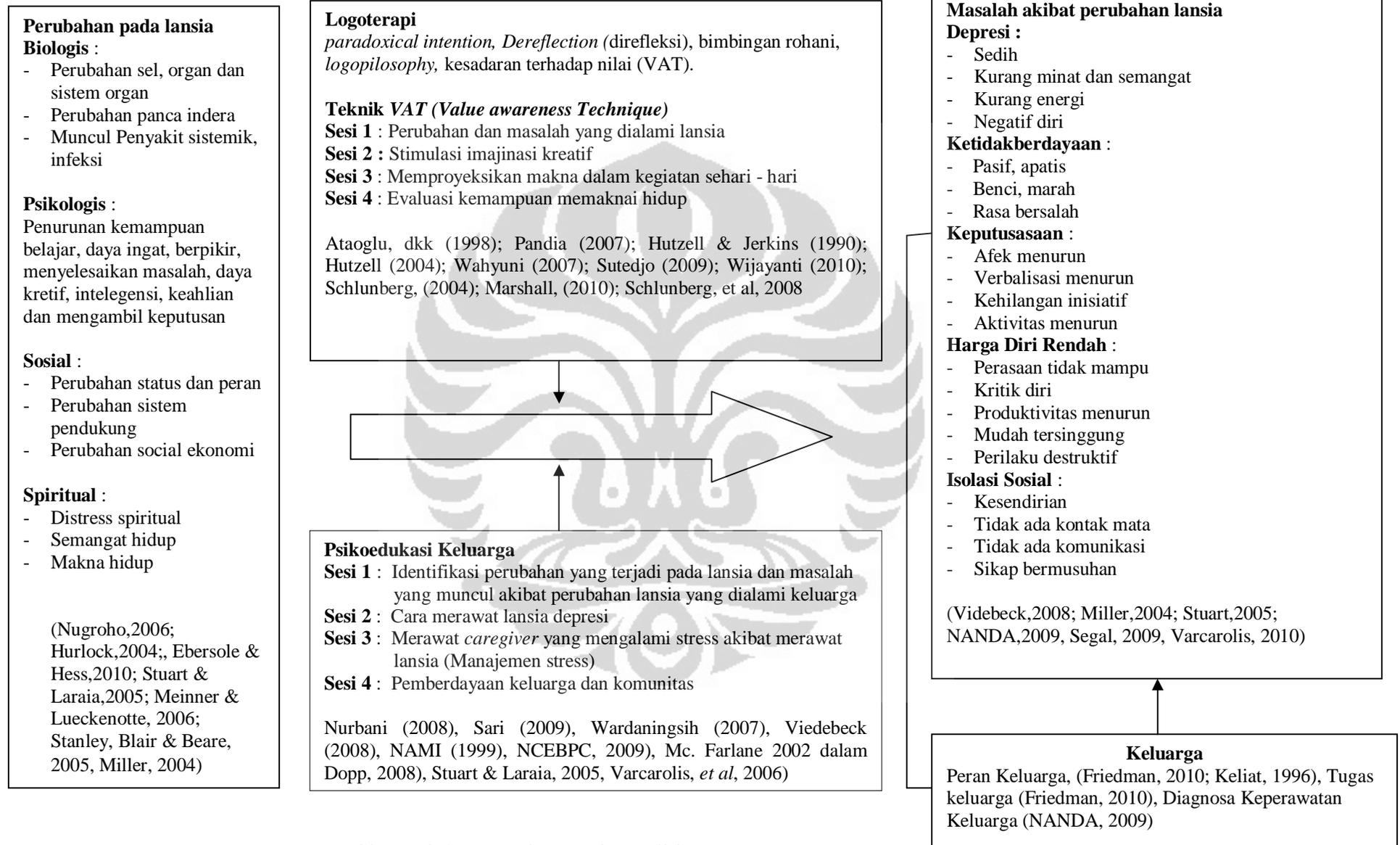
Perubahan biologis yang terjadi di mulai dari sel, organ, system syaraf, sistem panca indera, sistem pencernaan, sistem hormon dan reproduksi, sistem muskuloskeletal dan sistem pernafasan/ kardiovaskuler (Nugroho, 2006; Ebersole & Hess, 2010; Maramis, 2006; Meiner & Lueckenotee, 2006; Grandfa, 2007) yang mengakibatkan terjadinya perubahan psikologis dan psikososial (Depkes, RI, 2005; Kuntjoro, 2002), timbulnya penyakit infeksi dan penyakit degeneratif (Nugroho, 2006; Grandfa; 2005).

Perubahan sosial yang terjadi pada lansia yaitu kehilangan peran, status dan sosio ekonomi (Nugroho, 2006; Hoyman & Kiyak dalam Ebersole & Hess, 2010) dan perubahan spiritual yang terjadi pada lansia yaitu dalam hal tingkat

berhubungan dengan tuhan dan sesama manusia (Crowther & Colleagues, 2002 dalam Ebersole & Hess, 2010). Perubahan-perubahan yang diakibatkan oleh proses menua dipengaruhi oleh faktor individual (Carpenter, 2000 dalam Viedebeck 2008), keluarga (Hagerty & Patusky, 1955 dalam Viedebeck, 2008; Johnson & Johnson 1996 dalam Purwadi dkk, 2006). Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia menyebabkan lansia depresi (Grandfa, 2007; Miller, 2004; Stuart & Laraia, 2005) dengan diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan adalah harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan, dan isolasi sosial (Miller, 2004; Stuart & Laraia, 2005; NANDA,2009; Segal, 2009; Varcarolis, 2010).

Perubahan yang terjadi pada lansia karena proses menua akan mempengaruhi sistem keluarga pada lansia tersebut yaitu peran keluarga (Keliat, 1996; Friedman, 2010) sehingga pada keluarga (*caregiver*) yang merawat lansia depresi dapat ditemukan diagnosa keperawatan resiko ketegangan peran pemberi asuhan dan tidak efektifan performa peran (NANDA, 2009). Untuk itu diperlukan suatu bentuk tindakan untuk menurunkan depresi pada lansia dan keluarga yaitu logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.

Logoterapi merupakan suatu metode konseling dengan mencari makna dari suatu kejadian (Frankl 1984 dalam Kirchbach 2002) dan membantu lansia untuk dapat mengeluarkan potensi yang dimiliki sehingga menjadi bermakna di kehidupannya melalui teknik-teknik logoterapi (Bastaman, 2007; Hutzell, 2004; Schlunberg, 2004). Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu terapi kepada keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik dapat mendukung kelurgadan membantu keluarga dalam menyelesaikan masalah keluarga, perawatan pada kesehatan mental serta penyakit fisik (Stuart & Laraia, 2005, Varcarolis, *et al*, 2006).



Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian

### 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

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

#### 3.2.1 Variabel *Dependen* (Variabel Terikat)

Variabel *dependen* atau variabel output, kriteria, konsekuen adalah variabel yang dipengaruhi dan menjadi akibat karena adanya variabel bebas (*Independent*) (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010). Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah depresi dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kemampuan memaknai hidup pada lansia

#### 3.2.2 Variabel *Independen* (Variabel Bebas)

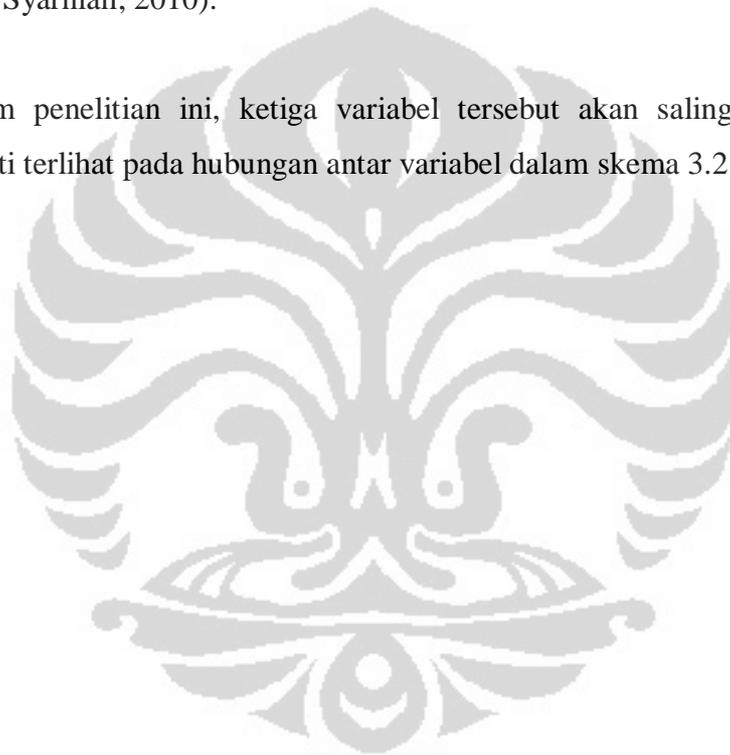
Variabel *Independent* merupakan variabel stimulus, prediktor, sebab, resiko dan variabel yang mempengaruhi atau yang menyebabkan munculnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010). Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga. Logoterapi lansia yang terdiri atas 4 sesi yaitu perubahan dan masalah yang dialami lansia, stimulasi imajinasi kreatif, memproyeksikan makna dalam kegiatan sehari – hari dan evaluasi makna hidup lansia. Psikoedukasi keluarga terdiri atas 4 sesi yang terdiri dari Identifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat perubahan lansia yang dialami keluarga, cara merawat lansia depresi , merawat *caregiver* yang mengalami stress akibat merawat lansia (Manajemen stress) dan pemberdayaan keluarga komunitas.

### 3.2.3 Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)

Variabel perancu/ pengganggu (*confounding*) adalah variabel yang mempengaruhi hasil antara variabel independen dengan variabel dependen. Ini berkaitan dengan faktor risiko atau faktor akibat (Notoatmodjo, 2010).

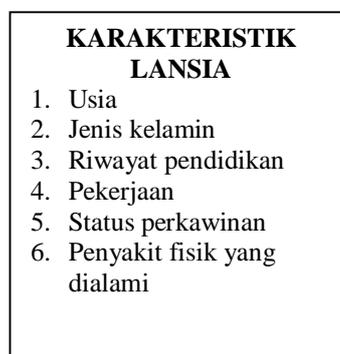
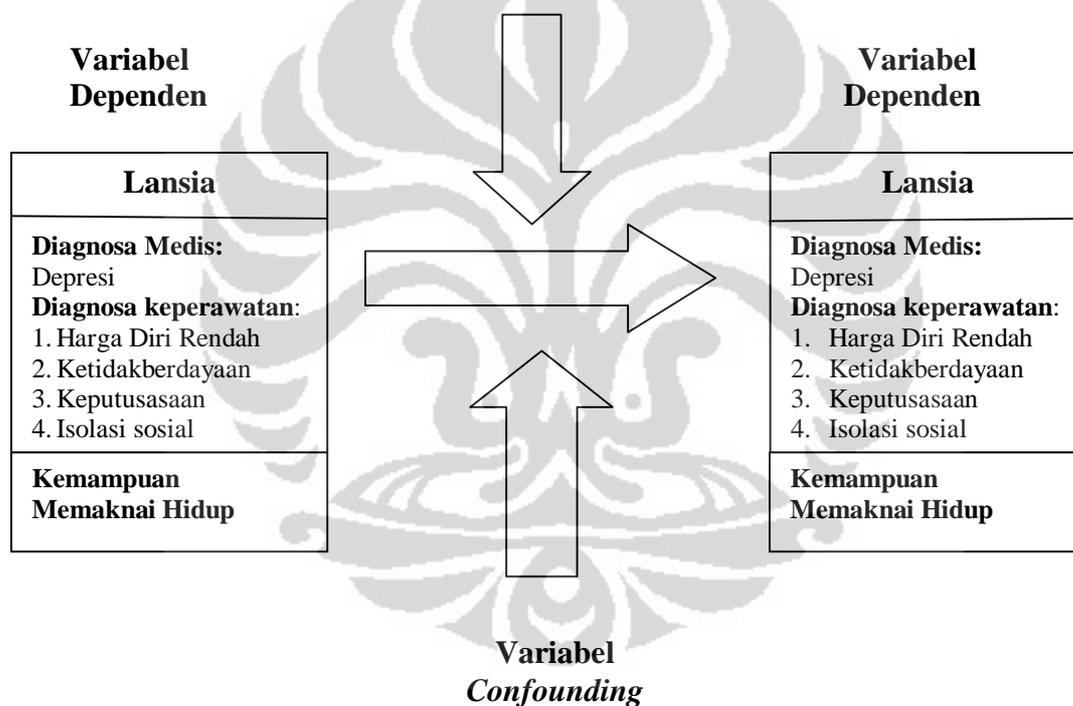
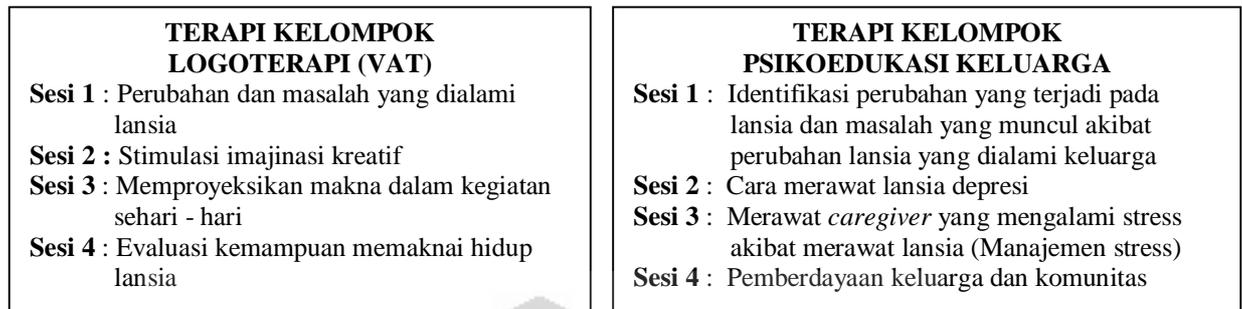
Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan penyakit fisik yang dialaminya (Stuart & Laraia, 2005; Segal, et al, 2009; Syarniah; 2010).

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**



### 3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang harus diuji validitasnya secara empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Hipotesis adalah jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian (Notoatmodjo, 2010)

Rumusan Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 3.3.1 Terdapat penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia setelah diberikan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga
- 3.3.2 Terdapat perbedaan penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia pada kelompok yang mendapatkan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dibandingkan dengan kelompok yang hanya mendapatkan psikoedukasi keluarga
- 3.3.3 Adanya hubungan antara karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan penyakit fisik yang dialami) terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia.

### 3.4 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 memberikan cara mengukur variabel yang telah ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran.. Definisi operasional penelitian ini disajikan pada tabel 3.1

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

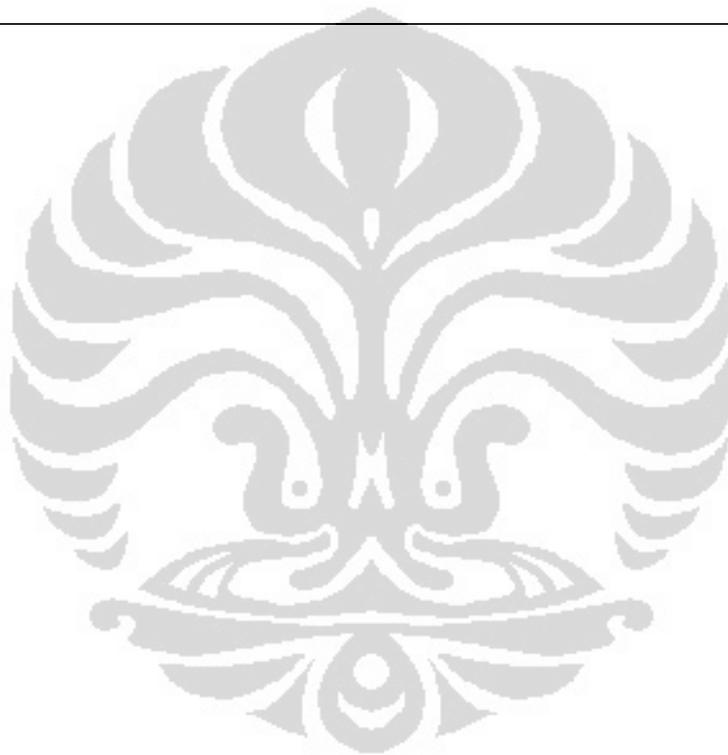
No	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>A Variabel Dependen</b>					
1.	Depresi	Keadaan emosi yaitu perasaan sedih, penurunan minat, aktivitas yang mempengaruhi kualitas hidup lansia.	30 (tiga puluh) ítem pertanyaan dalam kuesioner B (kuesioner GDS versi Indonesia)	Skor dalam rentang 0 – 30	Interval
2.	Harga diri rendah	Perasaan diri negatif tentang kemampuan diri lansia dihubungkan dengan tidak berdaya, tidak memiliki harapan, tidak berharga dan tidak mampu.	7 (Tujuh) ítem pertanyaan dalam kuesioner B (kuesioner GDS versi Indonesia)	Skor dalam rentang 0 – 7	Interval
3.	Ketidak berdayaan	Keadaan emosi ketidakpuasan dan ketidakmampuan lansia dalam melakukan aktivitas.	11 (sebelas) ítem pertanyaan dalam kuesioner B (kuesioner GDS versi Indonesia)	Skor dalam rentang 0 – 11	Interval
4.	Keputus-asaan	Suatu keadaan emosi tentang ketidakmampuan dan keterbatasan dirinya.	8 (delapan) ítem pertanyaan dalam kuesioner B (kuesioner GDS versi Indonesia)	Skor dalam rentang 0 – 8	Interval
5.	Isolasi Sosial	Kemampuan interaksi yang ditampilkan dalam bentuk perilaku lansia terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan.	4 (empat) ítem pertanyaan dalam kuesioner B	Skor dalam rentang 0 - 4	Interval

Tabel 3.1 Definisi Operasional (*sambungan*)

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>A Variabel Dependen</b>					
6.	Kemampuan memaknai hidup	Kemampuan lansia dalam memaknai hidup yang ditunjukkan dalam kegiatan sehari-hari	10 (sepuluh) ítem pertanyaan dalam kuesioner C	Skor dalam rentang 0 - 20	Interval
<b>B Variabel Independen</b>					
7	Psikoedukasi keluarga  Logoterapi lansia	Terapi kelompok yang melibatkan <i>caregiver</i> (keluarga) lansia dalam memberikan informasi dan dukungan pada keluarga klien yang terdiri atas 4 sesi  Logoterapi adalah terapi kelompok dengan menggunakan teknik VAT ( <i>Value Awareness Technique</i> ) untuk menurunkan kondisi depresi dan meningkatkan makna hidup lansia	Buku kerja dan buku evaluasi dari pelaksanaan terapi kelompok logoterapi  Buku kerja dan buku evaluasi dari pelaksanaan terapi kelompok psikoedukasi keluarga.	1. Dilakukan psikoedukasi keluarga tanpa logoterapi lansia 2. Dilakukan psikoedukasi keluarga dan logoterapi lansia	Nominal
<b>C Variabel Confounding (Karakteristik lansia)</b>					
8.	Usia	Lama hidup responden dihitung sejak lahir sampai hari ulang tahun terakhir saat menjadi responden	1 (satu) ítem pertanyaan pada lembar kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Interval
9.	Jenis Kelamin	Identitas seksual responden yang dibawa sejak lahir	1 (satu) ítem pertanyaan dalam lembar kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki. 2. Perempuan	Nominal
10.	Riwayat Pendidikan	Riwayat pendidikan formal klien yang pernah dicapai responden sesuai ijazah yang dimiliki.	1 (satu) ítem pertanyaan dalam lembar kuesioner A tentang pendidikan responden.	1. Tidak sekolah 2. Sekolah	Nominal

Tabel 3.1 Definisi Operasional (*sambungan*)

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
11	Pekerjaan	Pekerjaan atau usaha yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan	1 (satu) ítem pertanyaan dalam lembar kuesioner A tentang riwayat pekerjaan	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
12	Penyakit fisik yang dialami	Keadaan sakit fisik yang sedang dialami responden yang ditetapkan berdasarkan diagnosa medis.	1 (satu) ítem pertanyaan dalam lembar kuesioner A tentang sakit yang sedang dialami.	1. Sakit 2. Tidak sakit	Nominal



## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

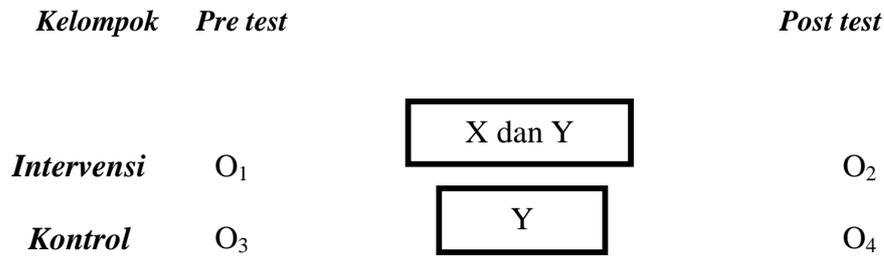
Pada bab ini akan dibahas desain penelitian, populasi dan sampel, waktu dan tempat penelitian, kuesioner penelitian, uji coba kuesioner, pelaksanaan penelitian, pengumpulan data, etika penelitian dan analisa data.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dan desain penelitian yang digunakan adalah “*Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group*” dengan intervensi yang diberikan adalah logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perubahan penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia sebelum dan sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga. Penelitian ini juga membandingkan perbedaan perubahan penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia antara kelompok intervensi (kelompok yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga) dan kelompok kontrol (kelompok yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga).

Hal ini sesuai dengan pernyataan Sastroasmoro dan Ismael (2010) bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan perlakuan dan mengukur hasil (efek) perlakuannya. Dalam penelitian ini pengukuran dilakukan sebanyak dua kali yakni sebelum perlakuan (*pre test*) dan setelah perlakuan (*post test*). Secara skematis desain penelitian ini digambarkan dalam skema 4.1.

Skema 4.1  
Desain Penelitian



**Keterangan:**

- Y : Psikoedukasi keluarga
- X : Logoterapi lansia
- O<sub>1</sub> : Kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kemampuan memaknai hidup pada lansia kelompok intervensi sebelum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.
- O<sub>2</sub> : Kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kemampuan memaknai hidup pada lansia kelompok intervensi sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga
- O<sub>3</sub> : Kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kemampuan memaknai hidup pada lansia kelompok kontrol sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga
- O<sub>4</sub> : Kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kemampuan memaknai hidup pada lansia kelompok kontrol setelah dilakukan psikoedukasi keluarga
- O<sub>2</sub> - O<sub>1</sub> : Perubahan penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia kelompok intervensi setelah mendapatkan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga

- O<sub>4</sub>-O<sub>3</sub> : Perubahan penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup pada lansia kelompok intervensi setelah mendapatkan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga
- O<sub>2</sub>-O<sub>4</sub> : Perbedaan penurunan kondisi depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia antara yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga dan yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.

## **4.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi terjangkau (*Accessible population*) adalah populasi yang dapat dijangkau peneliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Berdasarkan definisi tersebut maka populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami depresi di Kelurahan Katulampa yang diperkirakan berjumlah 344 orang berdasarkan hasil analisis dengan menggunakan persentase RISKESDAS (2007).

### **4.2.2 Sampel Penelitian**

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009). Sampel yang dikehendaki (*intended sample*) adalah bagian dari populasi terjangkau yang direncanakan untuk diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi serta terpilih sebagai subjek yang akan diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Berdasarkan definisi tersebut sampel penelitian ini adalah lansia yang mengalami depresi yang berada di RW yang memiliki penduduk padat, distribusi lansia yang terpusat, memiliki karakteristik lansia yang sama dan banyak serta memiliki posyandu atau posbindu.

Pemilihan tempat penelitian dilakukan secara *purposive sampling* yakni pengambilan sampel yang didasarkan atas pertimbangan sendiri (Danim, 2003). Berdasarkan atas pertimbangan tersebut maka dipilih RW 01 sebagai kelompok kontrol karena letak RW tersebut berada ditengah-tengah dan mudah dijangkau serta RW 07 dan 03 sebagai kelompok intervensi. Dimana jarak antara kedua kelompok kontrol dan intervensi berjauhan dan terpisahkan oleh 2 RW. Setelah RW pada masing-masing kelompok ditentukan, kemudian dipilih posyandu atau posbindu yang berada didalam RW tersebut yang memiliki wilayah kerja dengan jumlah penduduk lansia banyak, terpusat dan mudah dijangkau oleh lansia. Pada RW 01 sebagai kelompok kontrol dipilih posyandu Palm (wilayah kerja RT 05 dan 06) dan RW 03 sebagai kelompok intervensi dengan posyandu Melati (wilayah kerja RT 01 dan 02) serta RW 07 dengan posyandu Dalima Bodas (wialyah kerja RT 02 dan 03).

Adapun kriteria inklusi responden:

- a. Lansia berusia 60 tahun sampai 75 tahun
- b. Lansia tinggal bersama keluarga
- c. Bersedia menjadi responden.
- d. Komunikatif dan kooperatif.
- e. Lansia dengan diagnosa depresi (nilai kuesioner *GDS*  $\geq$  11)

Besar sampel dalam penelitian analitis 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
- $\sigma^2$  : Standar 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 berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya. Syarniah (2010) penelitian pengaruh terapi kelompok *reminiscence* terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha budi sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan. Pada penelitian tersebut standar deviasi ( $\sigma$ ) 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  $\sigma$  ( $Sp^2$ ) diperkirakan dari varian gabungan kelompok 1 dan 2, yaitu:

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

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

$$Sp^2 = \frac{234,778357 + 314,991504}{73} = 7,53$$

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. 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 rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 36 responden untuk setiap kelompok sehingga jumlah total sampel adalah 72 responden

#### 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). Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *simple random sampling*. Pertama – tama yaitu mengidentifikasi jumlah lansia yang berada di wilayah posyandu yang sudah ditetapkan, kemudian dari jumlah lansia yang ditemukan dilakukan skreening depresi dengan menggunakan kuesioner pengukuran depresi (kuesioner B), setelah didapatkan lansia yang mengalami depresi kemudian disesuaikan dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan, dengan teknik random melalui undian dipilih jumlah lansia yang menjadi responden. Adapun pemetaan jumlah sampel pada kelompok kontrol dan intervensi yang diambil dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1  
Pemetaan jumlah sampel tiap Posyandu  
Di Kelurahan Katulampa Pada Bulan Mei 2011

Kelompok	RW	RT	Posyandu	Jumlah Lansia	Hasil Skreening Depresi	Kriteria Inklusi	Jumlah Sampel
Kontrol	01	05 & 06	Palm	47	25	20	18 orang
	01	04	Kemuning I	52	27	22	18 orang
Intervensi	03	01 & 02	Melati	53	28	23	18 orang
	07		Dalima bodas	42	23	20	18 orang

#### 4.4 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan mulai minggu kedua bulan Februari sampai dengan Juni 2011 yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal (minggu kedua Februari sampai dengan akhir april), persiapan penelitian (Minggu pertama Mei) dan pelaksanaan kegiatan terapi (Minggu kedua Mei sampai dengan Minggu kedua Juni) dan dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Dapat dilihat dalam Jadwal pelaksanaan penelitian (Lampiran 14) .

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Katulampa Bogor yang merupakan tempat praktik mahasiswa magister keperawatan jiwa Universitas Indonesia dan sedang menjalani program Desa Siaga Sehat Jiwa.

#### 4.5 Etika Penelitian

Dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden penelitian, maka dilakukan serangkaian proses uji kelayakan penelitian yang dimulai dengan melakukan *Ethical clearence* yang dilakukan oleh komite etik penelitian keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 6); modul yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan dalam pelaksanaan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga yang telah melalui *uji expert validity* (Lampiran 11); dan kemampuan peneliti dalam memberikan intervensi terapi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga telah melalui *uji kompetensi*

(Lampiran 8) dimana kedua uji tersebut dilakukan oleh pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Aspek etik yang dijalankan kepada responden dalam penelitian ini memperhatikan aspek *autonomy*, *confidentiality*, *nonmaleficence*, *beneficence*, dan *justice* (Polit & Beck, 2006; Polit & Hungler, 1999). Responden penelitian adalah lansia yang mengalami depresi beserta *caregiver* dari lansia tersebut. Prinsip *Autonomy* yang peneliti lakukan adalah memfasilitasi lansia dan *caregiver* dalam mengambil keputusan sendiri untuk terlibat dalam penelitian ini tanpa paksaan dan menjelaskan serta memberikan informasi (*informed consent*) tentang kegiatan yang dilakukan, tujuan, dan manfaat penelitian bagi responden, perkembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan jiwa. Informasi ini diberikan melalui pertemuan resmi dan tertulis dengan lansia yang didampingi oleh *caregiver*nya. (Lampiran 1).

Setiap responden memiliki hak penuh dan kesediaan untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani atau cap jari surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan dan peneliti menjamin kerahasiaan penelitian (*Confidentiality*) dengan cara meminta responden menuliskan nama dalam bentuk inisial serta peneliti memberikan kode tertentu atas jawaban yang diberikan. (Lampiran 2). Etika penelitian *beneficence* dan *nonmaleficence* terhadap responden meliputi penjelasan tentang manfaat pemberian logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga yang tidak akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi lansia dan *caregiver*. Kemudian prinsip adil (*justice*) yang dilakukan oleh peneliti adalah melakukan intervensi logoterapi lansia berupa penyuluhan dan pembagian leaflet logoterapi pada kelompok kontrol yang dilakukan setelah kegiatan *post test* pada kedua kelompok selesai.

## 4.6 Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari data demografi responden (kuesioner A), pengukuran depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan, dan isolasi sosial (kuesioner B) serta kuesioner kemampuan memaknai hidup lansia (kuesioner C).

### 4.6.1 Data Demografi Responden

Data demografi responden adalah gambaran faktor – faktor yang mempengaruhi depresi responden yang terdiri atas usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan dan penyakit fisik yang dialami. Pengambilan data ini dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner A yang terdiri atas 7 pertanyaan.

### 4.6.2 Pengukuran Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusasaan dan Isolasi sosial

Pengukuran depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial pada lansia dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner B yaitu kuesioner yang menggunakan skala pengukuran depresi pada lansia (*Geriatric Depression Scale/GDS*) versi Indonesia yang terdiri atas 30 pertanyaan dengan tingkat sensitivitas 90.19% dan spesifitas 83.67% (FKUI, 2007). Skala *GDS* merupakan pengukuran depresi pada lansia yang bersifat universal dan lebih akurat daripada alat ukur depresi yang lain (Ebersole & Hess, 2010). Berdasarkan analisis peneliti dan konsultasi dengan pembimbing terhadap kuesioner tersebut, item pertanyaan dari kuesioner sudah mewakili untuk item pertanyaan dari setiap diagnosa keperawatan pada lansia dengan depresi yaitu 7 item pertanyaan untuk harga diri rendah, 11 item untuk ketidakberdayaan, 8 item pertanyaan untuk keputusasaan dan 4 item pertanyaan untuk isolasi sosial.

Bentuk jawaban pertanyaan pada lembar kuesioner dengan skala dikotomis yaitu “YA” atau “TIDAK”, responden diminta untuk mengisi sesuai dengan kondisi yang dirasakannya. Rentang nilai untuk setiap jawaban adalah antara 0 dan 1, serta penilaian kondisi depresi diperoleh dengan menjumlahkan skor (nilai) seluruh jawaban pilihan responden pada item pertanyaan no 1 – 30, kemudian di jumlah dimana dinyatakan ada indikasi depresi jika memperoleh skor  $\geq 11$ .

#### 4.6.3 Pengukuran kemampuan memaknai hidup pada lansia

Pengukuran terhadap kemampuan makna hidup lansia menggunakan lembar kuesioner C yang diadopsi dari *Meaning in Life Quesioner* terdiri atas 10 pertanyaan (Steger, Frazier, Oishi dan Kaler, 2006). Kuesioner ini sebelumnya telah digunakan untuk mengukur makna hidup dan *mental well – being*. Kuesioner ini terdiri atas 10 item pertanyaan, 5 pertanyaan untuk pencarian makna hidup lansia (*the search for*) dan 5 pertanyaan yang menjelaskan kondisi makna hidup saat ini (*presence of*) yang jawabannya terdiri atas 3 pilihan jawaban yaitu (0 = tidak 1= kadang – kadang 2= Ya) dengan rentang nilai 0 sampai dengan 20.

#### 4.7 Uji coba Kuesioner

Validitas adalah kesahihan, yaitu seberapa dekat alat ukur menyatakan apa yang seharusnya diukur (Sastroasmoro, 2008). Instrumen yang valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2009). Validitas internal instrumen penelitian ini dilakukan dengan konsultasi dengan pakar dalam hal ini yaitu pembimbing I dan pembimbing II. Sedangkan validitas eksternal dengan melakukan uji coba kuesioner kepada lansia yang memiliki karakteristik sama dengan responden penelitian. 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 valid apabila nilai  $r$  hasil (kolom *corrected item – total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari  $r$  tabel (0,444) (Hastono, 2007).

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilaksanakan pada tanggal 13 April 2011 pada 20 lansia di RW 04 Kelurahan Katulampa. peneliti memilih RW ini karena jarak yang jauh dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol serta memiliki persamaan karakteristik yang sama dengan responden. Hasil uji validitas terhadap kuesioner terdapat 9 item pertanyaan yang nilai koefisien  $r$  lebih dari tabel yaitu 0,444 dan dinyatakan valid, sebaliknya ada 1 item pertanyaan yang memiliki nilai koefisien  $r$  kurang dari  $r$  tabel yaitu pertanyaan nomor 9 sehingga dinyatakan tidak valid. Item pertanyaan yang tidak valid tersebut oleh peneliti dilakukan perbaikan dan modifikasi redaksi kalimat tanpa menghilangkan makna dari pertanyaan tersebut dan dikonsultasikan dengan pakar dalam hal ini pembimbing I dan pembimbing II. Selanjutnya kuesioner ini digunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian. Kemudian item pertanyaan yang tidak valid dilakukan uji validitas lagi pada saat penelitian berlangsung dan diperoleh nilai koefisien  $r$  lebih dari nilai  $r$  tabel sehingga seluruh item pertanyaan dinyatakan valid.

Reliabilitas adalah keandalan atau ketepatan pengukuran (Sastroasmoro, 2008). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2009). Dengan kata lain instrumen dikatakan reliabel apabila hasil pengukuran selalu konsisten dan bebas dari kesalahan dan memiliki nilai *Cronbach's coefficient-alpha* lebih besar dari nilai  $r$ -tabel. Pada kuesioner C ini didapatkan hasil pengukuran kemampuan makna hidup lansia reliabel dengan hasil (0,884) >  $r$  tabel.

## **4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan mulai dari minggu kedua bulan Februari sampai dengan Juni 2011 yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal (minggu kedua Februari sampai dengan akhir april), persiapan penelitian (Minggu pertama Mei) dan pelaksanaan kegiatan penelitian (Minggu kedua Mei sampai dengan Minggu kedua Juni). Prosedur pelaksanaan penelitian ini terdiri dari tahap persiapan dan pelaksanaan.

### **4.8.1 Tahap Persiapan**

Dimulai dengan surat izin penelitian yang merupakan salah satu bentuk tanggung jawab yang harus dilakukan oleh peneliti sebelum melakukan penelitian. Berdasarkan hal tersebut, peneliti menyampaikan surat permohonan izin penelitian kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor (Lampiran 10). Persyaratan administrasi selain surat izin penelitian, yaitu peneliti menjelaskan proses pelaksanaan penelitian secara informal melalui bidang pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Kepala Puskesmas Bogor Timur yang diwakili oleh bagian penanggung jawab kesehatan jiwa dan lansia. Setelah pelaksanaan kegiatan ini, maka peneliti diizinkan untuk melakukan penelitian (Lampiran 11).

Pada penelitian ini peneliti bekerja sama dengan rekan sesama peneliti yang juga meneliti di Kelurahan Katulampa dan kader kesehatan jiwa. Tahap persiapan yang peneliti lakukan dimulai dari persiapan kepada kader yang akan membantu peneliti dalam penelitian kepada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Kelompok kontrol adalah kelompok yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga sedangkan kelompok intervensi adalah kelompok yang diberikan psikoedukasi keluarga dan logoterapi lansia.

Kriteria kader yang akan membantu peneliti dalam penelitian ini adalah kader kesehatan jiwa, memiliki kesediaan untuk membantu, latar pendidikan SMP, aktif dalam kegiatan kesehatan jiwa dan cukup berpengaruh baik di lingkungan warga. Didapatkan jumlah kader yang bertanggung jawab untuk kelompok kontrol dan intervensi adalah 5 (lima) orang yaitu 1 (satu) orang kader pada Posyandu Palm, 1 (satu) orang kader pada Posyandu Kemuning I, 1 (satu) orang kader pada Posyandu Melati dan 2 (dua) orang kader pada Posyandu Dalima Bodas.

Persiapan yang diberikan kepada kader kesehatan jiwa yang terpilih yaitu memberi menjelaskan maksud dan tujuan pemberian terapi, penjelasan tentang kuesioner yang dipakai untuk pengukuran depresi dan kemampuan makna hidup, petunjuk pengisian dari masing – masing kuesioner, menjelaskan isi dari masing – masing butir pertanyaan serta cara pengumpulan kuesioner tersebut. Setelah melakukan persiapan kepada kader yang akan bertugas sebagai pendamping peneliti dan membantu dalam pengumpulan data, kemudian peneliti melakukan skrining depresi untuk mendapatkan sampel sesuai dengan kriteria inklusi pada lansia dengan lokasi penelitian yaitu pada Posyandu Melati dan Posyandu Dalima Bodas sebagai kelompok intervensi dan Posyandu Palm dan posyandu Kemuning I sebagai kelompok kontrol.

Jumlah lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi pada kelompok kontrol yaitu Posyandu Palm sebanyak 20 lansia dan posyandu Kemuning I sebanyak 22 lansia. Sedangkan pada kelompok intervensi yang terdiri dari Posyandu Melati diperoleh sebanyak 23 lansia dan Posyandu Dalima Bodas diperoleh 20 jumlah lansia. Total jumlah responden yang diperoleh yaitu 42 lansia pada kelompok kontrol dan 43 lansia pada kelompok intervensi. Kemudian dilakukan undian untuk mengambil lansia yang akan dijadikan responden.

Sehingga masing – masing didapatkan 36 kelompok kontrol dan 36 kelompok intervensi. Tahap selanjutnya yaitu peneliti membina hubungan saling percaya kepada calon responden yaitu lansia dan *caregiver*, menyepakati kontrak kegiatan, menjelaskan tujuan penelitian, menandatangani lembar persetujuan penelitian, mengisi kuesioner A (karakteristik responden) dan pembagian kelompok.

Pembagian kelompok pada kelompok intervensi terdiri dari 4 kelompok kecil lansia dan *caregiver* yang dibagi menurut tempat tinggal yang berdekatan. Setiap kelompok terdiri dari 9 - 10 pasang lansia dan *caregiver*nya. Sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga, pembagian kelompok terdiri atas 4 kelompok kecil dan setiap kelompok kecil terdiri dari 9 *caregiver* lansia saja. Dimana untuk koordinasi masing – masing kelompok dilakukan oleh peneliti bersama kader kesehatan jiwa yang bertanggung jawab.

## **4.8.2 Tahap Pelaksanaan**

### **4.8.2.1 Pretest**

Sebelum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga, peneliti melakukan *pre-test* pada masing – masing kelompok kontrol dan intervensi yang dilakukan sesuai dengan kesepakatan yaitu wilayah kerja Posyandu Melati *pretest* dilakukan di Posyandu Melati, wilayah kerja Posyandu Kemuning I dilakukan di rumah Ketua RW 01, wilayah kerja Posyandu Palm dilakukan di rumah salah satu kader lansia dan wilayah kerja Posyandu Dalima Bodas dilakukan di Posyandu Dalima Bodas. Pelaksanaan *pretest* dilakukan untuk kuesioner C (makna hidup lansia) pada kelompok kontrol dilaksanakan pada hari Selasa tanggal 10 Mei 2011 sedangkan kelompok intervensi dilakukan pada hari Rabu tanggal 11 Mei 2011.

Jumlah keseluruhan responden yang mengikuti *pre – test* adalah 72 orang, masing – masing 36 orang untuk kelompok kontrol dan 36 orang untuk kelompok intervensi. Pada saat *pretest* waktu yang dibutuhkan lansia untuk menjawab 10 (sepuluh) pertanyaan pada kuesioner C lebih kurang 60 menit.

#### **4.8.2.2 Pelaksanaan Intervensi**

Pelaksanaan intervensi terapi dilakukan selama lebih kurang 6 minggu (dimulai dari minggu kedua Mei sampai Minggu kedua Juni). Kegiatan terapi logoterapi dan psikoedukasi keluarga dilakukan setiap hari sesuai dengan jadwal yang sudah disepakati yaitu untuk kelompok intervensi di Posyandu Melati dilakukan pada hari Senin dan Sabtu dari jam 09.00 – 11.00 WIB (2 kelompok lansia) dan jam 13. 00-15.00 WIB (2 kelompok *caregiver*) yang masing – masing kelompok terdiri atas 9-10 orang. Sedangkan di wilayah Posyandu Dalima Bodas dilakukan pada hari Rabu dan Jumat dari jam 09.00-11.00 WIB (2 kelompok lansia) dan jam 13.00-15.00 WIB (2 kelompok *caregiver*). Pada kelompok kontrol yaitu Posyandu Palm dan Kemuning I dilakukan pada hari Selasa dan Kamis dari jam 09.00-11.00 WIB (2 kelompok lansia) (Lampiran 13).

Kegiatan terapi yang dilakukan terlebih dahulu adalah logoterapi lansia yang hanya dilakukan pada kelompok intervensi. Logoterapi lansia terdiri atas 4 (empat) sesi dengan 5 (lima) kali pertemuan dan lama kegiatan rata-rata 60 menit tiap sesinya serta 1 (satu) kali kegiatan pendampingan kepada responden. Sedangkan 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.

Kegiatan pada kedua terapi yang dilakukan lebih banyak berbagi pengalaman yang didapat (dirasakan) antar sesama anggota kelompok lansia dan *caregiver*. Penjelasan pelaksanaan Terapi Kelompok logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dalam penelitian ini dapat dilihat pada Modul Pelaksanaan logoterapi dan psikoedukasi keluarga pada lansia dengan depresi (Lampiran 15 dan 16).

Adapun rincian pelaksanaan sesi-sesi pada logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga tampak pada tabel 4.2.

Tabel 4.2  
Rincian pelaksanaan sesi-sesi  
logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga  
di Kelurahan Katulampa tahun 2011

Sesi	Logoterapi Lansia	Psikoedukasi Keluarga	Frekuensi
1	Perubahan pada lansia dan masalah yang terjadi akibat perubahan tersebut.	Perubahan pada lansia dan masalah yang terjadi akibat perubahan lansia tersebut serta masalah yang dialami <i>caregiver</i>	1 kali
2	Memilih harapan yang paling diinginkan dan mengidentifikasi alasan - alasannya	Cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusan	1 kali
	Memilih harapan yang paling diinginkan dan mengidentifikasi alasan - alasannya	Cara merawat lansia dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial	1 kali
3	Memproyeksikan makna dalam kegiatan sehari – hari	Merawat <i>caregiver</i> yang mengalami stress akibat merawat lansia (manajemen stress)	2 kali
4	Evaluasi makna hidup lansia	Pemberdayaan keluarga dan komunitas	1 kali

Selama kegiatan penelitian seluruh anggota kelompok mengikuti dan memperhatikan kegiatan yang dilakukan serta respon yang diberikan secara umum baik, peserta menyatakan merasa senang dan merasa

kegiatan yang diikuti bermanfaat. Kegiatan *post-test* dilakukan sesudah seluruh kegiatan sesi dan pendampingan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol selesai. Kegiatan *Post-test* pada kelompok kontrol dan intervensi dilakukan pada tgl 8 – 10 Juni 2011 yang diikuti 36 responden pada kelompok kontrol dan 36 responden pada kelompok intervensi. Untuk kelompok kontrol penyuluhan dan pembagian leaflet logoterapi lansia dilakukan sesudah *post - test* pada tanggal 09 Juni 2011.

## **4.9 Tehnik Pengolahan Data**

### **4.9.1 *Editing Data***

Kuesioner yang telah diisi oleh responden diperiksa ulang kelengkapan pengisian datanya untuk melihat kesalahan atau ada jawaban dari kuesioner yang belum diisi oleh responden. Seluruh kuesioner yang masuk berjumlah 72 kuesioner dan telah terisi dengan lengkap mulai dari penjelasan penelitian dan *informed consent* yang telah ditandatangani atau cap jari oleh responden, serta data demografi, kuesioner pengukuran depresi dan makna hidup pada lansia (Kuesioner A, B dan C).

### **4.9.2 *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. Setelah *editing*, data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu untuk kelompok intervensi diberikan kode awal 03 dan 07 dan untuk kelompok kontrol diberikan kode awal 04 dan 05.

Pemberian kode (*coding*) juga diberikan untuk seluruh variabel kategorik, 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 tidak dilakukan pengkodean.

#### **4.9.3 Entry Data**

Kegiatan *entry* data meliputi memasukkan data hasil jawaban responden terhadap kuesioner dalam bentuk kode ke program komputer dan diproses dengan program yang sudah ada di komputer.

#### **4.9.4 Cleaning Data**

*Cleaning* data adalah suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas 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 dianalisis.

### **4.10 Analisis Data**

Dalam penelitian ini analisis data dilakukan adalah analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

#### **4.10.1 Analisis Univariat**

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan/ mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). 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 makna hidup lansia dianalisis untuk mean, median, standar deviasi, nilai

maksimal – minimal dan interval *confidence*. Sedangkan data kategorik yaitu jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan dan penyakit yang dialami lansia dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

#### 4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Analisis bivariat dilakukan bertujuan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum melakukan analisis bivariat, peneliti terlebih dahulu melakukan uji kesetaraan karakteristik lansia, depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kemampuan memaknai hidup lansia untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3  
Analisis kesetaraan karakteristik,  
depresi lansia dan kemampuan memaknai hidup lansia  
antara kelompok kontrol dan intervensi

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	Pekerjaan (Data nominal)	Pekerjaan (Data nominal)	<i>Chi- Square</i>
5	Status perkawinan (Data Nominal)	Status perkawinan (Data Nominal)	<i>Chi- Square</i>
6	Penyakit Fisik Yang Dialami (Data Nominal)	Penyakit Fisik Yang Dialami (Data Nominal)	<i>Chi-Square</i>
7	Depresi, keputusasaan, ketidakberdayaan, harga diri rendah dan isolasi sosial dan kemampuan makna hidup (Data Interval)	Depresi keputusasaan, ketidakberdayaan, harga diri rendah dan isolasi sosial dan kemampuan makna hidup (Data Interval)	<i>Independent sample t-test</i>

Pada tahap ini peneliti melakukan analisis perubahan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan kemampuan memaknai hidup lansia pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dengan menggunakan uji *Dependent t-test (Paired sample t-test)* dan untuk menganalisa perbedaan kondisi depresi setelah mendapatkan intervensi pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol menggunakan uji *Independent t test* dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4  
Analisis bivariat variabel penelitian  
pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga

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

### 4.10.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang dirumuskan yaitu apakah ada karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan dan penyakit fisik yang dialami) yang berhubungan dengan depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia. Analisis untuk variabel karakteristik lansia dengan depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia menggunakan uji korelasi regresi linier ganda. Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5  
Analisis multivariat variabel penelitian  
pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga  
terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia

Analisis Multivariat Variabel			
No	Variabel karakteristik Responden	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Usia (data numerik)	Kondisi Depresi (data numerik)	Regresi Linier ganda
2	Jenis Kelamin (data katagorik)		
3	Riwayat pendidikan (data katagorik)		
4	Status Perkawinan (data katagorik)		
5	Pekerjaan (data katagorik)		
6	Penyakit fisik yang dialami (data katagorik)		
7	Depresi <i>pretest</i> (Data numerik)		
8	Kemampuan memaknai hidup lansia <i>pretest</i> (Data numerik)	Kemampuan Makna hidup lansia <i>Postest</i> (data numerik)	
9.	Logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga		

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur yang telah dilakukan pada tanggal 01 Mei sampai 10 Juni 2011 (Minggu pertama Mei sampai dengan Minggu kedua Juni). Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik responden yang meliputi karakteristik lansia, depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, kemampuan memaknai hidup lansia serta karakteristik yang berhubungan terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia. Jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 72 lansia yang terbagi menjadi dua kelompok, yaitu 36 orang kelompok intervensi dan 36 orang kelompok kontrol. Kedua kelompok dilakukan *pre-test* dan *post-test* yang hasilnya dibandingkan.

Hasil penelitian ini meliputi karakteristik, kesetaraan karakteristik lansia, depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial dan kemampuan memaknai hidup pada lansia serta karakteristik yang berhubungan terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia.

#### **5.1 Karakteristik Lansia**

Karakteristik lansia pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, riwayat pendidikan, pekerjaan, penyakit fisik yang dialami, serta kesetaraan karakteristik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Untuk pengukuran usia lansia menggunakan skala ukur numerik yang dianalisis dengan menggunakan mean, median, standar deviasi dan nilai minimal-maksimal. Sedangkan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan penyakit fisik yang dialami menggunakan data kategorik yang dianalisis dalam bentuk proporsi.

### 5.1.1 Karakteristik Lansia Berdasarkan Usia

Karakteristik usia lansia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol merupakan variabel numerik sehingga dianalisis menggunakan analisis *explore* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan 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 Analisis usia lansia di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 (N=72)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	Min-Maks	t	P value
Usia lansia	Intervensi	36	68,44	5,102	60-75	-0.090	0.800
	Kontrol	36	68,33	5,340	60-75		
	Total	72	68,38	5,221	60-75		

**Keterangan :** usia dalam tahun

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui rata-rata usia lansia secara keseluruhan berumur 68,38 tahun dengan usia termuda 60 tahun dan tertua 75 tahun. Berdasarkan uji statistik disimpulkan rata-rata usia lansia tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol atau dengan kata lain rata-rata usia pada kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} > \alpha 0.05$ ).

### 5.1.2 Karakteristik Lansia Berdasarkan Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Riwayat Pendidikan, Pekerjaan dan Penyakit Fisik yang Dialami Lansia

Karakteristik lansia berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan penyakit fisik yang dialami lansia merupakan variabel kategorik, sehingga dianalisa menggunakan distribusi frekuensi. Sedangkan uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kontrol menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil hasil analisis karakteristik dan kesetaraan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan penyakit fisik yang dialami lansia disajikan pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Distribusi lansia menurut jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan penyakit yang dialami di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 (N = 72)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n = 36)		Kelompok Kontrol (n = 36)		Jumlah (n = 72)		P value
	N	%	N	%	N	%	
1. Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	14	38.9	13	36.1	27	37.5	<b>1.000</b>
b. Perempuan	22	61.1	23	63.9	45	62.5	
2. Status Perkawinan							
a. Kawin	22	61.1	19	52.7	41	72.9	<b>0.634</b>
b. Janda/ Duda	14	38.9	17	47.3	31	43.1	
3. Pendidikan							
a. Sekolah	20	55.6	28	77.8	48	66.7	<b>0.080</b>
b. Tidak Sekolah	16	44.4	8	22.2	24	33.3	
4. Pekerjaan							
a. Bekerja	7	19.4	7	19.4	14	19.4	<b>1.000</b>
b. Tidak Bekerja	29	80.6	29	80.6	58	80.6	
5. Penyakit Yang Dialami							
a. Sakit	13	36.1	20	55.6	33	45.8	<b>0.636</b>
b. Tidak Sakit	23	63.9	16	44.4	39	54.2	

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui distribusi frekuensi lansia berdasarkan jenis kelamin secara keseluruhan perempuan sebanyak 45 orang (62.5%). Berdasarkan status perkawinan, kawin sebanyak 41 orang (72.9%), berdasarkan pendidikan, sekolah 48 orang (66.7%). Sebagian besar lansia tidak bekerja 58 orang (80.6%), dan berdasarkan penyakit yang dialami lansia, tidak sakit 39 orang (54.2%). Untuk kesetaraan diketahui bahwa tidak ada perbedaan jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan penyakit yang dialami lansia yang bermakna antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi atau dengan kata lain pada kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} > \alpha 0.05$ ).

## 5.2 Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan dan Isolasi Sosial pada Lansia

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi rata-rata depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan, isolasi sosial pada lansia, kesetaraan antara kelompok kontrol dan intervensi, perbedaan antara sebelum dengan sesudah pemberian terapi pada kedua kelompok dan perbedaan rata-rata selisih skor depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

### 5.2.1 Depresi, Harga diri rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan dan Isolasi Sosial Pada Lansia Sebelum Dilakukan Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga

Distribusi rata-rata hasil analisis depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial pada lansia kelompok kontrol dan intervensi sebelum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dengan hasil seperti pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Analisis depresi lansia sebelum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 ( N = 72 )

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Min – Max	t	P value
Harga diri rendah	1. Intervensi	36	3.91	1.295	1 - 7	1.009	0.113
	2. Kontrol	36	4.25	1.500	1 - 7		
	Total	72	4.08		1 - 7		
Ketidakberdayaan	1. Intervensi	36	5.17	1.682	3 - 8	0.405	0.493
	2. Kontrol	36	5.33	1.805	2 - 9		
	Total	72	5.25		2 - 9		
Keputusan	1. Intervensi	36	4.25	1.339	1 - 8	-0.976	0.062
	2. Kontrol	36	3.55	1.629	1 - 7		
	Total	72	3.90		1 - 8		
Isolasi Sosial	1. Intervensi	36	1.86	1.046	0 - 4	0.000	0.915
	2. Kontrol	36	1.86	1.046	0 - 4		
	Total	72	1.86		0 - 4		
Depresi	1. Intervensi	36	15.19	3.370	12 - 24	-0.223	0.175
	2. Kontrol	36	15.00	4.000	11 - 24		
	Total	72	15.09		11 - 24		

Hasil analisis usia pada tabel 5.3 didapatkan dari total 72 responden lansia yang dilakukan dalam penelitian ini (1) rata-rata skor harga diri rendah 4.08 dengan nilai terendah 1 dan tertinggi 7 (2) rata-rata skor ketidakberdayaan adalah 5.25 dengan nilai terendah 2 dan tertinggi 9 (3) rata-rata skor keputusasaan 3.90 dengan nilai terendah 1 dan tertinggi 8 (4) rata-rata skor isolasi sosial 1.86 dengan nilai terendah 0 dan tertinggi 4 (5) rata-rata skor depresi adalah 15.09 dengan nilai terendah 11 dan tertinggi 24.

Hasil uji kesetaraan didapatkan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial antara lansia kelompok kontrol dan intervensi memiliki varian yang sama atau setara dengan ( $p \text{ value} > \alpha 0.05$ ).

### **5.2.2 Perubahan Depresi, Harga Diri Rendah, Ketidakberdayaan, Keputusasaan Dan Isolasi Sosial Lansia Sebelum dan Sesudah Dilakukan Intervensi pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi**

Perubahan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial lansia sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok kontrol dan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *dependent sample t-test*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.4.

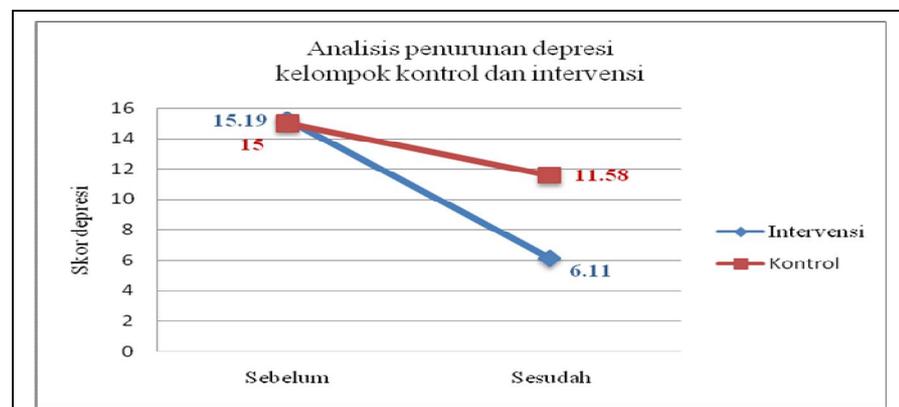
Tabel 5.4 Analisis penurunan depresi lansia pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum dan sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga Di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 (N = 36)

Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	SE	t	P-value
Intervensi	<b>Harga Diri Rendah</b>						
	a. Sebelum	36	3.92	1.295	0.215	9.222	0,001*
	b. Sesudah	36	1.53	1.298	0.216		
	<b>Selisih</b>		<b>2.39</b>	<b>1.554</b>	<b>0.296</b>		
	<b>Ketidakterdayaan</b>						
	a. Sebelum	36	5.17	1.682	0.280	9.407	0,000*
	b. Sesudah	36	2.64	0.930	0.155		
	<b>Selisih</b>		<b>2.53</b>	<b>1.612</b>	<b>0.268</b>		
	<b>Keputusan</b>						
	a. Sebelum	36	4.25	1.339	0.223	9.222	0,001*
	b. Sesudah	36	1.39	1.128	0.188		
	<b>Selisih</b>		<b>2.86</b>	<b>1.476</b>	<b>0.246</b>		
	<b>Isolasi Sosial</b>						
	a. Sebelum	36	1.86	1.046	0.174	9.407	0,000*
	b. Sesudah	36	0.55	0.734	0.122		
<b>Selisih</b>		<b>1.30</b>	<b>1.238</b>	<b>0.268</b>			
<b>Skor depresi</b>							
a. Sebelum	36	15.19	3.37	0.562	18.717	0,000*	
b. Sesudah	36	6.11	2.85	0.474			
<b>Selisih</b>		<b>9.08</b>	<b>2.91</b>	<b>0.485</b>			
Kontrol	<b>Harga Diri Rendah</b>						
	a. Sebelum	36	4.25	1.500	0.250	3.011	0,005*
	b. Sesudah	36	3.11	2.201	0.367		
	<b>Selisih</b>		<b>1.14</b>	<b>2.270</b>	<b>0.378</b>		
	<b>Ketidakterdayaan</b>						
	a. Sebelum	36	5.33	1.805	0.300	4.053	0,000*
	b. Sesudah	36	4.05	1.984	0.330		
	<b>Selisih</b>		<b>1.28</b>	<b>1.891</b>	<b>0.315</b>		
	<b>Keputusan</b>						
	a. Sebelum	36	3.55	1.629	0.271	2.880	0,007*
	b. Sesudah	36	2.83	1.844	0.307		
	<b>Selisih</b>		<b>0.72</b>	<b>1.504</b>	<b>0.250</b>		
	<b>Isolasi Sosial</b>						
	a. Sebelum	36	1.86	1.046	0.174	1.303	0.201
	b. Sesudah	36	1.58	1.155	0.192		
<b>Selisih</b>		<b>0.28</b>	<b>1.278</b>	<b>0.213</b>			
<b>Skor depresi</b>							
a. Sebelum	36	15.00	4.000	0.667	5.543	0,000*	
b. Sesudah	36	11.58	5.217	0.870			
<b>Selisih</b>		<b>3.42</b>	<b>3.698</b>	<b>0.616</b>			

Berdasar tabel 5.4 diketahui pada kelompok intervensi rata-rata penurunan yang paling kecil adalah skor isolasi sosial sebesar 1.31 menurun secara bermakna ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ) dan komposit secara keseluruhan yang merupakan skor depresi lansia sebesar 9.08 menurun secara bermakna ( $p \text{ value} > \alpha 0.05$ ). Selanjutnya berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang sangat bermakna rata-rata perubahan skor depresi lansia antara sebelum dengan sesudah dilakukan terapi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ).

Hasil analisis pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga didapatkan rata-rata penurunan yang paling kecil adalah skor keputusan menurun sebesar 0.72 sedangkan skor isolasi sosial tidak mengalami penurunan yang bermakna ( $p \text{ value} > \alpha 0.05$ ). Komposit secara keseluruhan yang merupakan skor depresi lansia mengalami penurunan sebesar 3.42 ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ) dan hasil uji statistik menyimpulkan ada perbedaan yang sangat bermakna rata-rata perubahan skor depresi lansia antara sebelum dengan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok kontrol ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ).

Grafik 5.1 Analisis penurunan depresi lansia pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum dan sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga



### 5.2.3 Perbedaan Selisih Penurunan Depresi, Harga Diri Rendah, Ketidakberdayaan, Keputusan dan Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah Dilakukan Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Perbedaan selisih rata-rata penurunan skor depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial sebelum dan sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil seperti pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Perbedaan selisih penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial sebelum dan sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 ( N = 72 )

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p
Harga diri rendah	a. Intervensi	36	2.38	1.554	0.378	2.726	0,008*
	b. Kontrol	36	1.13	2.269	0.259		
Ketidakberdayaan	a. Intervensi	36	2.52	1.612	0.268	3.018	0.004*
	b. Kontrol	36	1.28	1.891	0.315		
Keputusan	a. Intervensi	36	2.86	1.476	0.246	6.088	0,000*
	b. Kontrol	36	0.72	1.504	0.250		
Isolasi Sosial	a. Intervensi	36	1.30	1.237	0.206	3.465	0.001*
	b. Kontrol	36	0.27	1.279	0.213		
Depresi	a. Intervensi	36	9.08	2.912	0.485	7.223	0.000*
	b. Kontrol	36	3.41	3.698	0.616		

Dari tabel 5.5 menunjukkan selisih penurunan skor depresi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi sebesar 9.08 (30.26%) dan pada kelompok kontrol sebesar 3.41 (11.36%). Selisih penurunan skor depresi antara kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol (*p value* <  $\alpha$  0.05).

Dapat disimpulkan bahwa penurunan skor depresi lansia pada kelompok intervensi yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga 2.66 kali dibandingkan lansia pada kelompok kontrol yang hanya mendapat psikoedukasi keluarga.

Selisih penurunan skor harga diri rendah sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi sebesar 2.38 (34%) dan pada kelompok kontrol sebesar 1.13 (16.14%) yang menunjukkan bahwa terdapat penurunan 2 kali lebih besar bermakna ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ) kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Selisih penurunan skor ketidakberdayaan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi sebesar 2.52 (8.4%) dan pada kelompok kontrol sebesar 1.28 (11.63%) yang menunjukkan bahwa terdapat penurunan 1.96 kali lebih besar bermakna ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ) kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Selisih penurunan skor keputusan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi sebesar 2.86 (35.75%) dan pada kelompok kontrol sebesar 0.72 (9%) yang menunjukkan bahwa terdapat penurunan 4 kali lebih besar bermakna ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ) kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Selisih penurunan skor isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi sebesar 1.30 (32.5%) dan pada kelompok kontrol sebesar 0.27 (6.75%) yang menunjukkan bahwa terdapat penurunan 4.8 kali lebih besar bermakna ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ) kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Untuk melihat pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap penurunan depresi yang merupakan komposit dari diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial maka dilakukan sesuai rumus dibawah ini:

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

Keterangan:

E : Pengaruh terapi

$\Delta I$  : Selisih penurunan komposit skor depresi setelah dilakukan intervensi (logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga) pada kelompok intervensi

$\Delta K$  : Selisih penurunan komposit skor depresi setelah dilakukan intervensi (psikoedukasi keluarga) pada kelompok kontrol.

Maka berdasarkan rumus didapatkan:

$$\begin{aligned} E &= \frac{\Delta I - \Delta K}{\Delta I} \times 100\% \\ &= \frac{9.08 - 3.41}{9.08} \times 100\% = 62.44\% \end{aligned}$$

Jadi pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap penurunan skor depresi yang merupakan komposit dari diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial adalah sebesar 62.44%.

### 5.3 Kemampuan Makna Hidup Lansia

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi rata-rata kemampuan memaknai hidup pada lansia sebelum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga, kesetaraan antar kelompok, perbedaan antara sebelum dengan sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga pada kedua kelompok serta perbedaan rata-rata selisih kemampuan memaknai hidup

sebelum dengan sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga antara kedua kelompok.

### 5.3.1 Kemampuan Memaknai Hidup Lansia Sebelum Dilakukan Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga

Kesetaraan kemampuan makna hidup lansia pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan intervensi dianalisis menggunakan uji *independent sample t-test (Pooled t test)*. Distribusi kemampuan makna hidup lansia dan kesetaraan sebelum dilakukan intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Analisis kemampuan memaknai hidup lansia sebelum dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 ( N = 72 )

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Min-Max	T	P value
Kemampuan Makna Hidup	1. Intervensi	36	10.75	2.67	5-16	0.847	0.984
	2. Kontrol	36	10.22	2.60	6-17		
	Total	72	10.48	2.63	5-17		

Berdasar tabel 5.6 diketahui rata-rata kemampuan memaknai hidup lansia sebelum dilakukan intervensi secara keseluruhan 10.48 (dengan nilai minimal 5 dan maksimal 17). Hasil uji kesetaraan kemampuan memaknai hidup lansia antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol disimpulkan tidak terdapat perbedaan kemampuan memaknai hidup atau kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} > \alpha 0.05$ ).

### 5.3.2 Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Lansia pada Kelompok Intervensi dan Kontrol.

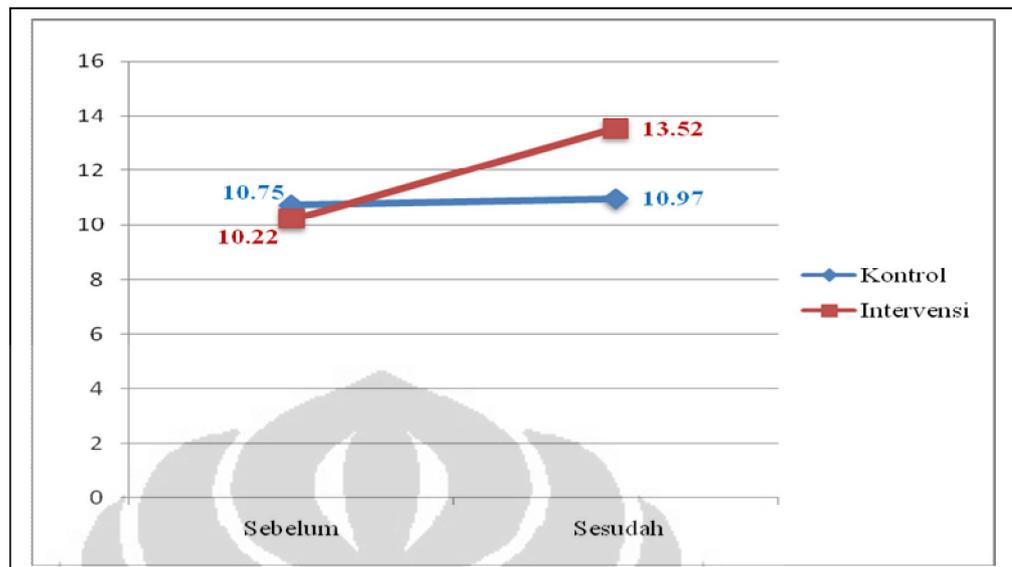
Perubahan rata – rata kemampuan memaknai hidup lansia sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol dianalisis dengan menggunakan uji *dependent sample t-test*, sedangkan perbedaan selisih rata-rata kemampuan memaknai hidup lansia antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test*, dengan hasil tercantum pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Analisis perubahan kemampuan memaknai hidup lansia pada kelompok kontrol dan intervensi di Kelurahan Katulampa bulan Mei-Juni Tahun 2011 (N = 36)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	P-value	P-value Selisih
Kemampuan Memaknai Hidup	<b>Intervensi</b>						
	a. Sebelum	36	10.22	2.60	0.434	0.000*	<b>0.000*</b>
	b. Sesudah	36	13.52	2.65	0.442		
	<b>Selisih</b>		<b>-3.30</b>	<b>2.61</b>	<b>0.436</b>		
	<b>Kontrol</b>						
	a. Sebelum	36	10.75	2.67	0.446	0.688	
b. Sesudah	36	10.97	3.08	0.514			
<b>Selisih</b>		<b>-0.22</b>	<b>3.28</b>	<b>0.540</b>			

Berdasar tabel 5.7 menunjukkan selisih peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi sebesar 3.30 (16.26%) dan pada kelompok kontrol sebesar 0.22 (1.1%). Selisih peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia antara kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol ( $p \text{ value} < \alpha 0.05$ ).

Grafik 5.2 Analisis peningkatan kemampuan memaknai hidup pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum dan sesudah dilakukan



Untuk melihat pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia maka dilakukan sesuai rumus dibawah ini:

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

Keterangan:

E :Pengaruh terapi

$\Delta I$  :Selisih peningkatan kemampuan memaknai hidup setelah dilakukan intervensi (logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga) pada kelompok intervensi

$\Delta K$  :Selisih peningkatan kemampuan memaknai hidup setelah intervensi (psikoedukasi keluarga) pada kelompok kontrol.

Maka berdasarkan rumus didapatkan:

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

$$= \frac{3.30 - 0.22}{3.30} \times 100\% = 93.33\%$$

3.30

Jadi pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia adalah sebesar 93.33%.

#### 5.4 Karakteristik Lansia yang Berhubungan dengan Depresi

Pada bagian ini akan dipaparkan hasil dari analisis hubungan antara usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, penyakit fisik yang dialami, kondisi depresi sebelumnya dan intervensi yang diberikan terhadap kondisi depresi setelah dilakukan intervensi pada lansia dengan menggunakan regresi linier berganda. Hasil analisis statistik untuk semua faktor tercantum pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Karakteristik lansia yang berhubungan dengan depresi pada lansia di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 (N=72)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	r
(Constant)	7.530	5.696				
1. Usia	-0.026	0.075	-0.270	0.730		
2. Jenis kelamin	0.785	0.899	0.077	0.386		
3. Riwayat pendidikan	-2.874	0.933	-0.273	0.003		
4. Pekerjaan	-0.60	0.997	-0.005	0.952		
5. Status Perkawinan	-0.373	0.900	0.037	0.680		
6. Penyakit fisik yang dialami	0.659	0.754	0.066	0.385	0.657	0.810
7. Depresi Sebelum intervensi	0.764	0.108	0.561	0.000		
8. Logoterapi dan psikoedukasi keluarga (Intervensi)	-4.871	0.779	-0.491	0.000		

Dari regresi linear ganda pada tabel 5.8, variabel-variabel yang mempunyai *p value* > 0.25 seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan dan penyakit fisik yang dialami dikeluarkan dari pemodelan sehingga pemodelan akhir tampak seperti tabel 5.9.

Tabel 5.9 Karakteristik lansia yang berhubungan dengan depresi pada lansia di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 (N=72)

Karakteristik	B	SE	Beta	P Value	R Square	r
(Constant)	7.874	1.945		0.000		
1. Pendidikan	-2.317	0.790	-2.933	0.005		
2. Depresi Sebelum Intervensi	-0.233	0.099	0.571	0.000	0.644	0.803
3. Logoterapi dan Psikoedukasi Keluarga (Intervensi)	-5.108	0.739	-0.514	0.000		

Berdasar tabel 5.9 dapat diketahui bahwa riwayat pendidikan, depresi sebelum intervensi serta intervensi yang diberikan (logoterapi dan psikoedukasi keluarga) mempunyai hubungan yang kuat terhadap depresi setelah dilakukan intervensi ( $r = 0.803$ ). Pada tabel 5.9 diketahui bahwa riwayat pendidikan, depresi sebelum intervensi serta intervensi yang diberikan (logoterapi dan psikoedukasi keluarga) menentukan depresi sebesar 64.4 % sisanya ditentukan oleh faktor lain. Analisa ini juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara riwayat pendidikan, depresi sebelum intervensi serta intervensi yang diberikan dengan depresi ( $p\ value < \alpha 0.05$ ).

### 5.5. Karakteristik Lansia yang Berhubungan dengan Kemampuan Memaknai Hidup pada lansia

Pada bagian ini akan dipaparkan hasil dari analisis hubungan antara usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, penyakit fisik yang dialami, kemampuan memaknai hidup lansia sebelum dilakukan intervensi dan intervensi yang diberikan terhadap kemampuan memaknai hidup pada lansia dengan menggunakan regresi linier berganda. Hasil analisis statistik untuk semua faktor tercantum pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Karakteristik lansia yang berhubungan dengan kemampuan memaknai hidup pada lansia Di Kelurahan Katulampa Tahun 2011 (N=72)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	r
(Constant)	-4.465	5.115				
1. Usia	0.079	0.665	0.132	0.224		
2. Jenis kelamin	0.064	0.776	0.010	0.934		
3. Pendidikan	-0.447	0.790	-0.068	0.573		
4. Pekerjaan	1.064	0.843	0.135	0.211		
5. Status Perkawinan	-0.668	0.767	-0.106	0.387		
6. Penyakit fisik yang dialami	0.744	0.634	0.119	0.245		
7. Kemampuan memaknai hidup sebelum intervensi	0.503	0.126	0.424	0.000	0.374	0.612
8. Logoterapi dan psikoedukasi keluarga (Intervensi)	2.920	0.662	0.469	0.000		

Dari regresi linear ganda tersebut, variabel-variabel yang mempunyai p value < 0.25 seperti skor kemampuan memaknai hidup dan intervensi dikeluarkan dari pemodelan sehingga pemodelan akhir seperti tabel 5.11.

Tabel 5.11 Karakteristik lansia yang berhubungan dengan kemampuan memaknai hidup pada lansia di Kelurahan Katulampa bulan Mei – Juni Tahun 2011 (N=72)

Karakteristik	B	SE	Beta	Sig.	R Square	r
(Constant)	3.215	1.659				
1. Kemampuan memaknai hidup <i>pre test</i>	0.461	0.119	0.388	0.000	0.318	0.564
3. Psikoedukasi keluarga dan logoterapi	2.799	0.622	0.450	0.000		

Berdasar tabel 5.11 dapat diketahui bahwa kemampuan memaknai hidup sebelum intervensi dan intervensi yang diberikan mempunyai kekuatan hubungan yang cukup terhadap kemampuan memaknai hidup lansia setelah dilakukan intervensi ( $r = 0.564$ ) dan karakteristik lansia tidak memiliki hubungan terhadap kemampuan memaknai hidup lansia. Pada tabel 5.11 terlihat bahwa kemampuan memaknai hidup sebelum intervensi dan intervensi yang diberikan menentukan kemampuan memaknai hidup sebesar 31.8%, sisanya ditentukan oleh faktor lain. Analisa ini juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kemampuan memaknai hidup lansia sebelum intervensi dan intervensi yang diberikan dengan kemampuan memaknai hidup lansia ( $p \text{ value} > \alpha 0.05$ ).

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian seperti yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, keterbatasan penelitian yang terkait dengan proses pelaksanaan penelitian dan selanjutnya tentang implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, keilmuan dan pendidikan keperawatan serta untuk kepentingan penelitian selanjutnya. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap penurunan depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, isolasi sosial dan peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur.

#### **6.1 Pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap depresi pada lansia**

Depresi lansia pada kelompok intervensi menunjukkan adanya penurunan yang bermakna sebelum dan sesudah dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga. Begitu juga pada kelompok kontrol yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga menunjukkan adanya penurunan yang bermakna sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap penurunan depresi yang merupakan komposit dari diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial adalah sebesar 62.44%.

Lansia yang mengalami depresi disebabkan karena ketidakmampuan dalam adaptasi terhadap perubahan proses menua yang dialami lansia. Perubahan fisik/ biologis yang terjadi pada lansia umumnya yaitu lansia mudah merasa kelelahan, penurunan fungsi panca indera, mudah terserang penyakit seperti hipertensi, asam urat sehingga lansia mengalami keterbatasan dalam aktivitas fisiknya yang mengakibatkan lansia membatasi dalam hubungan sosialnya dengan orang lain. Proses ini sesuai dengan teori biologis proses menua yaitu terjadi perubahan biologis pada lansia yang dimulai dari sel, jaringan, organ

dan sistem organ yang saling mempengaruhi satu sama lain (Meinner & Luckenotte, 2006) sehingga mengakibatkan perubahan pada semua sistem organ yang mengakibatkan timbulnya penyakit yang berkaitan dengan sistem kardiovaskuler seperti jantung, hipertensi (Ebersole & Hess, 2010). Adanya perubahan fisik/ biologis yang terjadi pada lansia apabila lansia tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan tersebut akan mengakibatkan depresi pada lansia. Perubahan fisik pada lansia yang tampak yaitu karena penyakit dan faktor yang berhubungan dengan penyakit fisik seperti isolasi, deprivasi sensori dan ketergantungan yang dapat berperan untuk terjadinya depresi (Maramis, 2004). Berdasarkan atas definisi tersebut bahwa terjadinya depresi pada lansia salah satunya adalah karena perubahan fisik/ biologis.

Depresi pada lansia dapat terjadi karena permasalahan psikologis yang dapat terjadi karena lansia tidak mampu menyelesaikan setiap tahapan perkembangannya dengan sukses. Tugas perkembangan lansia yaitu mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi baik fisik/ biologis, sosial ekonomi sehingga lansia mengerti dan menerima kehidupan serta mampu menggunakan pengalaman hidup untuk dapat mengikuti perubahan yang terjadi karena proses menua sehingga tercapai integritas diri. Ini sejalan dengan pernyataan bahwa lansia yang sukses dalam melampaui tahapan perkembangannya akan tercapai integritas diri yang utuh, memiliki tugas perkembangan untuk menerima tanggung jawab diri dan kehidupan (Keliat, dkk, 2006; Viedebeck, 2008; Lahey, 2002) serta menerima berbagai perubahan yang terjadi dengan tulus sebagai satu – satunya kondisi dari tahapan kehidupan yang harus terlampaui dan tidak tergantikan (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Lansia yang mengalami depresi tampak dalam aktivitas sehari – harinya yaitu tidak memiliki semangat, tidak memiliki tujuan, penurunan aktivitas, sikap terhadap diri yang negatif, putus asa, tidak berdaya, merasa kehidupannya tidak berarti. Berdasarkan atas kondisi tersebut dapat disimpulkan bahwa lansia yang mengalami depresi dapat terjadi karena lansia tersebut tidak

mampu melewati atau mengalami kegagalan dalam tugas perkembangannya (*Integrity versus despair*). Keliat, dkk, (2006) menyatakan bahwa lansia yang mengalami putus asa (*despair*) akan tampak pada perilaku yaitu stress, penolakan, marah, memandang rendah atau menghina orang lain, merasakan kehidupan yang tidak berarti, merasakan kehilangan dan masih menginginkan melakukan banyak hal tetapi takut tidak memiliki waktu lagi.

Pada depresi juga ditemukan perasaan tidak berdaya, perasaan hampa, tidak berguna, bosan dan tidak memiliki tujuan hidup. Tanda dan gejala tersebut merupakan salah satu tanda dan gejala dari individu yang tidak berhasil menemukan dan memenuhi makna hidupnya. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada individu yang tidak memiliki dan berhasil memenuhi makna dalam hidupnya adalah perasaan hampa, gersang, tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak berguna, bosan dan apatis (Frankl, 1978 dalam Loho, 1997). Berdasarkan definisi tersebut maka pada lansia yang mengalami depresi akan terjadi gangguan suasana perasaan berupa kesedihan, putusasa, tidak berdaya, kehilangan minat, penurunan terhadap aktivitas, isolasi sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup dan makna hidup dari lansia tersebut. Ini sesuai dengan pendapat Priven & Buckwalter, 2001 dalam Miller (2004) bahwa pada lansia yang mengalami depresi dapat ditemukan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial (Lueckenote, 2006; Frisch, 2006; Gulanick & Myers, 2007). Jadi pada lansia dengan depresi dapat ditemukan dianosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial.

Logoterapi merupakan salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada lansia yang mengalami masalah psikososial. Pemberian logoterapi pada kelompok intervensi berdampak terhadap penurunan depresi yang cukup tinggi karena pada logoterapi yang dilakukan atas 4 (empat) sesi mengajarkan bagaimana lansia mengetahui perubahan yang terjadi pada proses menua serta akibat dari perubahan tersebut sehingga lansia menyadari terhadap kondisi yang dialaminya. Pada sesi 2 (dua) yaitu menstimulasi imajinasi kreatif lansia,

stimulasi imajinasi kreatif ini merupakan proses mental manusiawi yang menjadikan semua potensi kekuatan akan memberikan suatu energi untuk melakukan tindakan kreatif. Melalui proses imajinasi ini akan membantu lansia untuk menemukan kembali harapan sesuai dengan kondisinya saat ini. Dimana harapan tersebut dapat dibayangkan atau diciptakan berdasarkan kenyataan hidup yang terjadi, berdasarkan pengalaman serta dapat berupa khayalan. Berdasarkan atas logoterapi yang dilakukan kebanyakan lansia memiliki harapan untuk sehat alasan lansia ingin sehat karena ketika mereka sehat, mereka mampu melakukan hal-hal yang berguna bagi dirinya sendiri dan orang lain.

Kegiatan sesi 2 (dua) yaitu stimulasi imajinasi kreatif. Pada sesi ini lansia distimulasi untuk memberikan alasan terhadap harapan yang paling diinginkan sesuai dengan kondisi lansia saat ini. Pernyataan ini sesuai dengan (Khatena, 1992 dalam Serniawan Conny, 1997) bahwa melalui imajinasi individu dapat mengembangkan potensi yang ada pada dirinya. Tampak jelas bahwa kegiatan logoterapi lansia yang mengajarkan stimulasi imajinasi kreatif, dapat membangkitkan imajinasi, menemukan harapan yang dapat menjadikan motif lansia untuk melakukan tindakan kreatif sehingga depresi lansia menurun.

Savolaine dan Granello (2002 dalam Lewiss, 2010) bahwa dengan logoterapi, individu dapat melihat secara jelas, holistik tentang dirinya yang meliputi gambaran diri, kepercayaan diri dan kemampuan individu tersebut dalam menangani stress. Pada sesi 1 (satu) logoterapi lansia, tugas terapis yaitu mengajarkan kepada lansia untuk membuka pandangan yang lebih luas tentang kondisi keterbatasan, perubahan lansia, masalah yang dialami lansia dan kemampuan yang masih dimiliki lansia sehingga harapannya walaupun lansia dalam kondisi keterbatasan tetapi lansia masih mampu melakukan hal – hal yang bermanfaat bagi dirinya dan orang lain misalnya dengan melakukan suatu kegiatan aktivitas sehari-hari yang bermanfaat sehingga individu merasakan dan menyadari dibalik keterbatasan yang dimiliki masih mampu memiliki harapan dan dapat bermanfaat bagi orang lain.

Pada sesi 2 (dua) logoterapi lansia yaitu stimulasi imajinasi keratif. Terapis melakukan stimulasi imajinasi kreatif kepada lansia melalui alasan kenapa harapan tersebut dipilih dan kemudian alasan terhadap pemilihan harapan tersebut dihubungkan dengan makna yang terkandung dalam alasan tersebut. Pada sesi 2 (dua) ini lansia secara tidak langsung diajarkan untuk memiliki tujuan dalam hidup yang didapatkan melalui harapan yang diinginkan. Dengan memiliki tujuan hidup lansia akan berupaya mewujudkannya melalui kegiatan-kegiatan yang berguna bagi dirinya sendiri dan orang lain, sehingga lansia tidak akan merasa bosan, merasa tidak berguna dan dapat menurunkan depresi pada lansia.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa penurunan depresi pada kelompok yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga menurun sebesar 30.27% dari 50.63% menjadi 20.36% dari skor maksimal depresi lansia. Sedangkan pada kelompok yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga penurunan depresi sebesar 11.4% dari 50% menjadi 38.6% dari skor maksimal depresi lansia. Ini menunjukkan bahwa logoterapi sangat efektif diberikan pada lansia yang mengalami depresi, karena pada lansia depresi akan mengalami perasaan tidak berguna dan perasaan tidak memiliki makna dalam kehidupannya. Hal diperkuat dengan penelitian yang dilakukan Hak hoe Chi (2010) pada 51 responden lansia menemukan bahwa logoterapi dengan latihan dapat meningkatkan makna hidup, integritas ego dan IADL pada lansia sehingga logoterapi sangat direkomendasikan sebagai intervensi keperawatan untuk lansia.

Logoterapi merupakan salah satu jenis terapi yang dapat diberikan kepada klien yang mengalami masalah dan diagnosa penyakit kronis, berduka, PTSD, stres, kelelahan (*burnout*), MPD (*Multiple Personal Dissorder*), Phobia dan depresi (Lewis MH, 2010). Logoterapi merupakan suatu metode konseling atau pengobatan dengan usaha mencari makna dari suatu kejadian (Frankl, dalam Kirchbabch, 2002). Dengan logoterapi, lansia yang mengalami depresi diajarkan bagaimana memahami kondisi yang dialaminya kemudian diarahkan

terhadap harapan yang diinginkan lansia terkait dengan kondisinya tersebut serta bagaimana cara mengatasi dari kondisi atau penderitanya tersebut. Melalui kegiatan logoterapi ini lansia akan mampu menciptakan dan membangkitkan pengalaman yang membawa lansia keluar dari kondisi yang dirasakannya saat ini yaitu kondisi merasa tidak berguna, tidak berdaya karena perubahan proses menua yang dialami. Ini sejalan dengan pernyataan Frankl (2002) bahwa pengalaman akan membawa individu keluar dari kondisi yang seharusnya atau biasanya (transedensi). Dengan memiliki pengalaman yang dilakukan melalui aktivitas maka lansia akan merasa tidak bosan, merasa berguna, adanya interaksi sehingga dapat menurunkan depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia tersebut. Hal ini dipertegas oleh Bastaman (2007) bahwa melalui kegiatan dalam logoterapi dapat membantu dalam menangani masalah individu yang mencakup 3 (tiga) dimensi yaitu fisik, psikis dan spirit.

Penurunan depresi yang lebih tinggi pada kelompok yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dengan kelompok yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga menurut pendapat peneliti hal ini terjadi karena pada kelompok yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga hanya mendapatkan pengetahuan yang berasal dari keluarga saja tanpa dilakukan intervensi atau terapi kepada lansia secara langsung. Sehingga informasi yang didapatkan pada kelompok intervensi lebih banyak dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2010) bahwa pengetahuan diperoleh dengan adanya proses pembelajaran, budaya, pendidikan, pengalaman hidup. Berdasarkan atas hal tersebut kelompok intervensi yang dilakukan logoterapi lansia mendapatkan pembelajaran secara langsung tentang logoterapi yaitu terapi yang mengajarkan bagaimana menemukan makna hidup, dimana dengan ditemukannya makna hidup bagi lansia akan dapat menurunkan depresi pada lansia tersebut.

Hasil penelitian yang telah dilakukan juga menunjukkan bahwa pemberian intervensi kombinasi antara logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga memberikan pengaruh yang cukup tinggi dalam penurunan depresi pada lansia yang tinggal di komunitas bersama *caregiver*. Hal ini sejalan dengan pernyataan Frankl bahwa logoterapi sangat baik jika dikombinasikan dengan metode terapi lain (Schulenberg et al, 2008). Psikoedukasi keluarga ini merupakan terapi yang melibatkan keluarga (*caregiver*) dengan cara pemberian informasi dan edukasi terhadap keluarga sehingga keluarga mampu meningkatkan keterampilan untuk dapat memahami dan memiliki koping akibat gangguan jiwa yang mengakibatkan masalah pada keluarganya (Goldenberg & Golenberg, 2004). Sehingga melalui psikoedukasi keluarga yang dilakukan keluarga (*caregiver*) dapat melakukan tindakan yang dapat mendukung lansia terhadap penurunan depresi lansia tersebut.

Psikoedukasi keluarga yang dilakukan kepada *caregiver* selain mengajarkan tentang perubahan dan masalah akibat perubahan yang terjadi pada lansia, bagaimana cara perawatan yang diberikan kepada lansia yang mengalami depresi, *caregiver* juga diajarkan tentang perawatan *caregiver* sendiri terkait dengan masalah yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi sehingga terjadi peningkatan koping dan pengetahuan dalam mengatasi gangguan atau masalah psikososial yang terjadi di keluarga. Disini tampak bahwa pengaruh pemberian logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga berdampak terhadap peningkatan pengetahuan terhadap perawatan *caregiver* maupun lansia dalam menurunkan depresi lansia tersebut.

Hasil penelitian yang dilakukan Keliat (2006) bahwa angka kekambuhan pada klien gangguan yang tidak diberikan terapi keluarga adalah sebesar 25-50% sedangkan pada klien yang diberikan terapi keluarga adalah sebesar 5-10%. Berdasarkan pernyataan tersebut jelas bahwa penting diberikan terapi keluarga yaitu psikoedukasi keluarga kepada *caregiver* dan lansia yang mengalami depresi. Karena salah satu orang terdekat lansia di rumah adalah keluarga yang merupakan sistem pendukung lansia. Dengan diberikan psikoedukasi

keluarga, *caregiver* dapat meningkatkan pengetahuannya tentang kondisi lansia yang mengalami depresi, mengetahui perawatan yang dapat dilakukan pada lansia yang mengalami depresi, mengetahui masalah yang dialami *caregiver* sendiri dalam merawat lansia depresi serta mengetahui dukungan masyarakat yang dapat diberikan pada lansia dengan depresi.

Hasil penelitian ini menunjukkan pelaksanaan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga yang dilakukan secara berkelompok efektif dalam menurunkan depresi, karena pada terapi yang dilakukan secara berkelompok akan memberikan kesempatan bagi tiap-tiap anggota kelompok untuk memberikan pendapat, bertukar informasi dan pengalaman sehingga antar anggota kelompok saling berinteraksi dan merasa memiliki perasaan senasib sehingga akan mengakibatkan peningkatan terhadap sikap positif lansia, meningkatkan interaksi yang akan menurunkan depresi lansia tersebut. Hal ini sesuai dengan pernyataan (Varcarolis, 2010) bahwa pelaksanaan terapi yang dilakukan secara berkelompok dapat menurunkan depresi karena dengan terapi kelompok memberikan kesempatan untuk sosialisasi, berbagi pengalaman sehingga menurunkan perasaan isolasi, keputusasaan, tidak berdaya dan kesendirian. Penelitian lain yang mendukung tentang pelaksanaan psikoedukasi keluarga secara berkelompok yaitu Mc. Farlane (2002 dalam Dopp, 2008) yang dikenal dengan PMFGT (*Psychoeducational Multifamily Group Treatment*). Karena dirasakan bermanfaat bagi *caregiver* dan lansia maka perlu dilakukan kegiatan kelompok untuk mendukung kesinambungan dari pelaksanaan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.

## **6.2 Pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap harga diri rendah pada lansia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa harga diri rendah pada lansia yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga mengalami peningkatan lebih tinggi yang bermakna dibandingkan dengan kelompok lansia yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga. Peningkatan harga diri yang bermakna tersebut maksudnya adalah harga diri lansia menunjukkan kondisi semakin baik atau mengalami peningkatan harga diri.

Pada lansia yang mengalami harga diri rendah akan ditemukan tanda gejala berupa penurunan aktivitas, merasa tidak berharga, merasa tidak berguna, penilaian negatif pada diri sendiri, kehilangan percaya diri, tergantung sama orang lain bahkan menghindari kontak dengan orang lain. Terjadinya harga diri rendah pada lansia karena lansia tidak dapat mencapai apa yang diharapkan terkait dengan kelemahan dan kondisi akibat perubahan proses menua, perubahan sosial yang mengakibatkan perubahan status dan peran dalam kelompok masyarakat, kehilangan pasangan hidup sehingga menimbulkan konsep diri yang negatif pada lansia. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa ketika lansia gagal mencapai integritas dirinya, lansia akan mengalami keputusasaan, merasa tidak berguna yang berakibat pada penurunan harga diri lansia (Stuart & Laraia, 2005).

Pelaksanaan logoterapi lansia yang dilakukan secara kelompok memberikan pengalaman tersendiri bagi lansia seperti terjadi proses berbagi pengalaman, eksplorasi pendapat dari setiap sesi yang dilakukan diantara sesama anggota sehingga terjadi komunikasi diantara anggota kelompok. Komunikasi yang terjalin antara anggota dalam suatu kelompok dapat meningkatkan rasa bangga, meningkatkan kepercayaan diri lansia sehingga meningkatkan perasaan berharga bagi lansia. Selain itu kegiatan yang dilakukan pada sesi-sesi logoterapi yang berupa berbagi pendapat dan pengalaman akan memberikan perasaan saling memotivasi diantara lansia yang akan membangkitkan konsep diri yang positif pada lansia.

Logoterapi adalah suatu psikoterapi untuk menemukan makna hidup (Frankl, 2002). Makna merupakan hal – hal yang memberikan sesuatu yang memiliki arti khusus sebagai kekuatan motivasi utama bagi seseorang yang apabila mampu dipenuhi akan menyebabkan kehidupan seseorang tersebut dirasakan berarti dan berharga, sehingga akan tercapai kebahagiaan (Frankl, 1978 dalam Loho, 1997). Pada lansia yang mengalami harga diri rendah dengan dilakukan logoterapi, lansia akan menemukan makna hidupnya melalui kegiatan sehari – hari yang biasa dilakukan lansia tersebut, sehingga lansia tidak merasakan dirinya tidak berharga, tidak berguna lagi dan terjadi peningkatan pada harga diri lansia tersebut.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kombinasi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan harga diri lansia sebesar 34.15%. Penelitian Wahyuni (2007) pengaruh logoterapi pada peningkatan harga diri lansia di Panti Wredha menunjukkan dapat meningkatkan harga diri sebesar 25.28% dan pada kelompok lansia yang hanya mendapatkan psikoedukasi keluarga terjadi peningkatan harga diri sebesar 16.29%. Dari ketiga penelitian ini dapat dibandingkan bahwa terjadi peningkatan harga diri yang lebih tinggi pada kelompok lansia yang diberikan kombinasi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga. Ini disebabkan karena selain lansia yang diberikan intervensi, keluarga sebagai sumber pendukung lansia juga mempengaruhi keberhasilan kondisi lansia. Selisih peningkatan antara lansia yang diberikan kombinasi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dengan lansia yang hanya diberikan logoterapi saja adalah sebesar 8.87%.

Perbedaan peningkatan tersebut disebabkan karena pada lansia yang tinggal dipanti Wredha sebagian besar tidak memiliki keluarga yang merupakan support sistem utama dalam keberhasilan kondisi kesehatan klien. Pernyataan ini sesuai dengan teori bahwa lansia yang mengalami depresi dapat diberikan intervensi dan dukungan keluarga serta dukungan sosial yang merupakan salah satu sumber coping bagi individu yang mengalami depresi (Ebersole, dkk

2010; Stuart, 2009). Sedangkan pada lansia yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga perbedaan selisih peningkatan dengan yang diberikan kombinasi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga yaitu sebesar 17.86%. Selisih lebih besar dibandingkan dengan yang hanya diberikan logoterapi lansia yaitu 8.87%. Menurut asumsi peneliti hal ini terjadi karena pada kelompok yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga hanya diajarkan tentang perubahan yang terjadi pada lansia, akibat perubahan yang terjadi pada lansia serta perawatan yang dilakukan pada lansia dengan kondisi harga diri rendah selain itu juga cara perawatan *caregiver* yang mengalami masalah dalam merawat lansia serta pemberdayaan masyarakat dan komunitas.

Psikoedukasi keluarga yang diberikan kepada *caregiver* dengan harapan agar *caregiver* dapat mendukung perawatan dari lansia yang mengalami depresi tersebut. Karena faktor interpersonal (keluarga) akan mempengaruhi kondisi dan perubahan yang dialami individu. Individu yang mendapat dukungan emosional dan fungsional terbukti lebih sehat daripada individu yang tidak mendapat dukungan (Buchanan, 1995 dalam Viedebeck, 2008) dan adanya dukungan sosial dapat menjadi salah satu sumber coping yang dapat mendukung untuk terjadinya perubahan perilaku seseorang (Stuart, 2009). Disini tampak bahwa psikoedukasi keluarga juga sangat efektif dalam memberikan pengaruh terhadap kondisi lansia yang mengalami depresi dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah.

### **6.3 Pengaruh Logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga Terhadap Ketidakberdayaan Pada Lansia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi ketidakberdayaan pada lansia yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi yang bermakna dibandingkan dengan lansia yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga. Penurunan yang bermakna tersebut maksudnya adalah perasaan ketidakberdayaan lansia menunjukkan kondisi semakin baik atau perasaan ketidakberdayaan berkurang.

Perasaan ketidakberdayaan pada lansia dapat muncul karena kondisi akibat proses perubahan yang terjadi pada lansia. Perubahan yang terjadi pada proses menua pada lansia antara lain biologis, psikologis, sosial, kognitif dan spiritual (Ebersole & Hess, 2010). Perasaan ketidakberdayaan lansia karena terjadi perubahan fungsi tubuh dari sel sampai dengan sistem organ (Ham, 2007) sehingga mudah terserang penyakit dan keterbatasan dalam beraktivitas (Ebersole & Hess, 2010; Hurlock, 2004; Nugroho; 2006). Pada lansia yang mengalami ketidakberdayaan tampak mengalami keterbatasan aktivitas dalam pemenuhan kebutuhan akibat penyakit fisik yang dialami, tergantung pada orang lain, tidak memiliki kekuatan seperti dahulu sehingga pada diri lansia akan muncul perasaan ketidakmampuan.

Logoterapi yang diberikan kepada lansia dapat memberikan kesempatan kepada lansia untuk berbagi pengalaman terkait dengan kegiatan yang masih mampu dilakukan sesuai dengan kondisi keterbatasan dan kelemahan pada lansia. Pada sesi 3 (tiga) logoterapi yaitu memproyeksikan makna dalam kegiatan sehari-hari, lansia diberi jadwal aktivitas sehari-hari yang tujuannya agar lansia melakukan kegiatan sehari-hari yang masih mampu dilakukan dalam kesehariannya sehingga menjadi pembudayaan. Selain itu pada lansia juga diberikan buku kerja yang harapannya melalui buku kerja tersebut lansia dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara terstruktur dan terarah.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dapat menurunkan perasaan ketidakberdayaan lansia sebesar 23%. Hasil ini menunjukkan bahwa masih ada 77% yang harus dicapai untuk menurunkan perasaan ketidakberdayaan pada lansia. Sedangkan pada kelompok yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga didapatkan penurunan perasaan ketidakberdayaan sebesar 11.6%. Penelitian lain yang memperkuat hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan Hutzel dan Jerkin (1990) yang melakukan logoterapi pada individu yang mengalami perubahan kondisi fisik dan kehilangan yang mengakibatkan munculnya pikiran tidak berdaya dan merasa hampa menunjukkan hasil bermakna yang ditunjukkan dengan

kemampuan klien mengidentifikasi 30 sampai dengan 130 nilai – nilai yang membuat individu merasa berguna dan berharga. Penelitian lain yang mendukung yaitu penelitian Kang, Kyung-Ah, dkk (2009) pada 29 remaja dengan penyakit kanker terminal didapatkan hasil bahwa logoterapi efektif untuk mengurangi kondisi ketidakberdayaan/ penderitaan, mengatasi *existential distress*, meningkatkan makna hidup dan kualitas hidup pada remaja yang mengalami kanker terminal. Hal ini semakin menjelaskan tentang pengaruh logoterapi dalam meningkatkan kondisi ketidakberdayaan.

Perasaan ketidakberdayaan pada lansia jika tidak ditangani secara efektif akan menimbulkan masalah yang lebih kompleks, karena pada lansia dengan ketidakberdayaan akan sangat tergantung kepada orang lain maupun keluarga. Untuk itu penting diberikan psikoedukasi keluarga kepada *caregiver* (keluarga) sebagai sumber dukungan utama pada lansia. Melalui psikoedukasi ini diharapkan *caregiver* mampu mendampingi dan memfasilitasi lansia untuk memulihkan kondisi ketidakberdayaan lansia tersebut. Selain itu pemberian psikoedukasi keluarga pada *caregiver* akan memberikan informasi dalam mengatasi masalah yang dialami *caregiver* sendiri dalam menghadapi lansia yang mengalami ketidakberdayaan yang cenderung akan memiliki konflik. Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Chien dan Wong (2007) tentang efektifitas psikoedukasi pada 84 keluarga dengan schizofrenia di Hongkong yang diikuti selama 12 bulan. Kegiatan psikoedukasi yang diberikan antara lain materi tentang persepsi, pengetahuan (kognitif) dan keterampilan (psikomotor) tentang perawatan anggota keluarga dengan schizofrenia. Setelah dilakukan psikoedukasi kemudian dievaluasi didapatkan sebagian besar keluarga melaporkan adanya perbaikan fungsi keluarga dan fungsi klien.

Hasil penelitian ini dan didukung hasil-hasil riset terdahulu membuktikan bahwa psikoedukasi keluarga berpengaruh dalam menurunkan perasaan ketidakberdayaan lansia dan meningkatkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat lansia dengan perasaan ketidakberdayaan.

#### **6.4 Pengaruh Logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga Terhadap Keputusan Pada Lansia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi keputusan pada lansia yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi yang bermakna dibandingkan dengan lansia yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga. Penurunan yang bermakna tersebut maksudnya adalah perasaan keputusan lansia menunjukkan kondisi semakin baik atau perasaan keputusan berkurang.

Keputusan merupakan kondisi subjektif individu yang ditandai dengan penurunan kondisi fisiologis, kehilangan kepercayaan terhadap nilai dan spiritual, stres jangka panjang serta adanya pembatasan aktivitas yang mengakibatkan isolasi (NANDA, 2009). Perasaan keputusan dapat terjadi pada lansia karena lansia merasa karena perubahan proses menua yang dialaminya sehingga lansia merasa dirinya tidak berguna, tidak memiliki harapan.

Pemberian logoterapi yang dilakukan pada lansia mengajarkan dan memfasilitasi lansia untuk menemukan harapan hidupnya dengan kondisi kelemahan dan keterbatasan yang dialaminya. Logoterapi mengajarkan tentang stimulasi imajinasi, melalui proses ini lansia akan menyebutkan apa harapan yang diinginkannya karena dengan adanya suatu harapan akan dapat menjadikan sumber motivasi utama hidup seseorang. Pandia (2007) juga menjelaskan bahwa tujuan logoterapi adalah membangkitkan kemauan untuk bermakna dalam individu yang sifatnya khusus dan pribadi. Sehingga lansia akan menemukan apa yang menjadi harapannya, sumber motivasi yang menjadikan lansia mencapai integritas diri dan tidak terjadi keputusan.

Logoterapi juga mengajarkan kepada lansia tentang bagaimana menciptakan kondisi atau peristiwa yang dapat membawa lansia keluar dari kondisi yang tidak menyenangkan, kondisi yang dialami lansia yang mengalami depresi yaitu perasaan tidak berguna, tidak berharga. Kondisi atau pengalaman yang

membawa individu keluar dari kondisi biasanya ini dikenal dengan transedensi (Frankl, 2002). Pada sesi 3 (tiga ) logoterapi diajarkan cara memproyeksikan makna melalui kegiatan sehari-hari. Melalui kegiatan sehari-hari yang terjadwal, lansia akan mendapatkan makna atau manfaat dari kegiatan yang dilakukan sehingga lansia akan mampu keluar dari kondisi keputusasaan, perasaan tidak berharga dan berguna yang dapat menurunkan kondisi keputusasaan lansia tersebut.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dapat menurunkan perasaan keputusasaan lansia sebesar 35.74%. Hasil ini menunjukkan bahwa masih ada 64.26% yang harus dicapai untuk menurunkan perasaan keputusasaan pada lansia. Sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga didapatkan penurunan perasaan keputusasaan menurun sebesar 8.93%. Psikoedukasi keluarga yang dilakukan diharapkan dapat menurunkan perasaan keputusasaan lansia, karena salah satu komponen penting dalam psikoedukasi keluarga yaitu keluarga (*caregiver*), tetapi tidak menunjukkan persentase penurunan yang maksimal terhadap skor keputusasaan lansia. Ini berarti perlu diupayakan lagi kombinasi dengan terapi lain untuk memulihkan kondisi keputusasaan lansia disamping psikoedukasi keluarga antara lain terapi kognitif atau terapi kognitif perilaku yang diharapkan dapat memperbaiki kemampuan kognitif lansia terhadap dirinya sehingga dapat menurunkan perasaan negatif yang dialami lansia dengan keputusasaan.

### **6.5 Pengaruh Logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga Terhadap Isolasi Sosial Pada Lansia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi isolasi sosial pada lansia yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan dibandingkan dengan lansia yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga tidak mengalami penurunan kondisi isolasi sosial. Penurunan yang bermakna tersebut maksudnya adalah bahwa isolasi sosial lansia semakin berkurang dan interaksi dengan orang lain meningkat.

Isolasi sosial adalah perasaan kesepian yang dialami individu dan dirasakan sebagai keadaan negatif yang mengancam. Faktor yang berhubungan dengan kondisi isolasi sosial ini adalah perubahan status mental, gangguan penampilan fisik, gangguan kondisi kesehatan, ketidakmampuan menjalankan hubungan yang memuaskan (NANDA, 2009). Berdasarkan definisi tersebut isolasi sosial yang tampak pada lansia yaitu karena faktor yang berhubungan dengan perubahan yang terjadi akibat proses menua seperti penurunan kondisi fisik mengakibatkan lansia mengalami kelemahan dan keterbatasan dalam beraktivitas, lebih sering di rumah dan bergaul hanya kalau ada kegiatan khusus lansia.

Perubahan status dan peran lansia mengakibatkan lansia menarik diri dari kegiatan sebelumnya karena pertambahan usia akan berubah pula minat dan aktivitas lansia sehingga mengakibatkan isolasi sosial. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa kondisi isolasi sosial ini dapat dialami lansia karena perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, kehilangan pasangan hidup serta kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole & Hess, 2010). Pernyataan ini diperkuat dengan teori pemutusan hubungan (*Disengagement theory*) yang menjelaskan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur – angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lansia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas.

Dalam kegiatan logoterapi yang dilakukan secara berkelompok terapis memberikan kesempatan kepada lansia untuk melakukan hubungan atau interaksi dengan sesama anggota kelompok lansia melalui kegiatan berbagi pengalaman, berpendapat sehingga sesama lansia saling memberikan umpan balik yang positif. Sehingga dengan kegiatan secara berkelompok tidak ada lansia yang pasif. Adanya kegiatan komunikasi melalui berbagi pengalaman antara lansia dapat dijadikan bekal dalam melakukan hubungan sosial

(bersosialisasi). Hal ini sesuai dengan Frisch dan Frisch (2006) bahwa tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial bertujuan untuk melatih klien ketrampilan sosial sehingga merasa nyaman dalam situasi sosial dan melakukan interaksi sosial. Swanson, dkk (2008) juga menyatakan tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial bertujuan meningkatkan ketrampilan interaksi sosial, partisipasi/terlibat dalam kegiatan sosial, mengurangi rasa kesendirian, dan menciptakan iklim sosial dalam keluarga. Lansia dengan isolasi sosial perlu diberikan kegiatan yang banyak melibatkan komunikasi dan berbagi pendapat untuk melatih kemampuan sosialisasi lansia agar tidak terjadi penyimpangan perilaku berupa kegagalan untuk menjalin interaksi dengan orang lain. Selain itu dengan berkomunikasi dan berbagi pengalaman dapat menjadi sumber coping dalam menghadapi masalah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pengalaman peneliti dalam memberikan logoterapi kelompok pada lansia. Pada setiap sesi tampak peningkatan kemampuan lansia berkomunikasi dan memberikan umpan balik terhadap sesama lansia. Perubahan ini dapat menurunkan kondisi isolasi sosial lansia.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dapat menurunkan kondisi isolasi sosial lansia sebesar sebesar 32.75%. Hasil ini menunjukkan bahwa masih ada 67.25% yang harus dicapai untuk menurunkan kondisi isolasi sosial pada lansia. Sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya diberikan psikoedukasi keluarga didapatkan penurunan kondisi isolasi sosial sebesar 7%. Psikoedukasi keluarga yang dilakukan diharapkan dapat menurunkan kondisi isolasi sosial lansia, karena salah satu komponen penting dalam psikoedukasi keluarga yaitu keluarga (*caregiver*) yang merupakan orang terdekat klien, tetapi tidak menunjukkan persentase penurunan yang maksimal terhadap skor isolasi sosial. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pernyataan Bisconti dan Bergeman (1999 dalam Viedebeck, 2008) yang menyatakan bahwa hubungan sosial yang bermakna dengan keluarga dan teman terbukti dapat memperbaiki kondisi kesehatan dan kesejahteraan lansia. Ini berarti perlu diupayakan lagi

kombinasi dengan terapi lain untuk meningkatkan keterampilan sosial lansia seperti SST (*Sosial Skill Training*) karena pada logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga tidak diajarkan tentang kemampuan bersosialisasi secara terperinci.

#### **6.6. Pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa makna hidup lansia yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga mengalami peningkatan dibandingkan dengan lansia yang hanya dilakukan psikoedukasi keluarga. Peningkatan yang bermakna tersebut maksudnya adalah bahwa kemampuan lansia dalam memaknai hidup menjadi lebih baik.

Pada kelompok yang hanya mendapat psikoedukasi keluarga tidak terjadi peningkatan yang bermakna terhadap kemampuan memaknai hidup. Salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan pada lansia yaitu faktor interpersonal (keluarga). Dukungan yang baik dari keluarga akan mempengaruhi kondisi dan perubahan yang dialami lansia kearah yang lebih baik. Adanya dukungan dari orang terdekat (keluarga) akan mengakibatkan individu merasa dirinya dihargai sehingga individu tersebut merasa berkualitas dan bermakna dalam kehidupannya Seseorang merasa dirinya bermakna atau bermanfaat bagi orang lain ketika kehadiran atau keberadaan dirinya sangat berpengaruh terhadap orang lain, individu merasa sebagai bagian integral dari lingkungan serta adanya perasaan dihargaidan diterima..

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Johnson dan Johnson (1996 dalam Purwadi, 2006) bahwa adanya dukungan sosial sebagai bantuan, dorongan yang diberikan orang lain akan membuat individu merasa diperhatikan dan dicintai. Walaupun dukungan keluarga yang diberikan sudah baik atau optimal, tetapi kemampuan lansia dalam memaknai hidup tidak terjadi peningkatan yang optimal dibandingkan dengan yang diberikan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga. Hal ini bisa terjadi karena ketidakmampuan

individu lansia untuk mengaktualisasikan potensi yang dimiliki, persepsi individu tersebut terhadap kehidupan yang membuat individu tersebut tidak memiliki makna hidup.

Makna hidup itu sifatnya personal dan unik, hanya individu itu sendiri yang bisa merasakan kebermaknaan hidupnya (Frankl, 1984 dalam Mc. Donald, 2004). Berdasarkan atas pernyataan tersebut bahwa makna hidup itu tidak bisa dipaksakan, didatangkan dan makna yang berarti menurut kita belum tentu berarti bagi orang lain, sehingga makna hidup tergantung dari kemampuan individu untuk menemukannya. Olehkarena itu pemberian psikoedukasi keluarga masih belum optimal dalam meningkatkan kemampuan dalam memaknai hidup lansia, karena lansia tidak secara langsung diajarkan bagaimana menemukan makna hidup melalui aktivitas yang biasa dilakukan.

Pada kelompok intervensi yang diberikan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga mengalami peningkatan kemampuan memaknai hidup sebesar 16.5% dari 51.1% menjadi 67.6% dari nilai maksimal kemampuan makna hidup lansia. Peningkatan makna hidup lansia yang dilakukan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga karena selain mendapatkan terapi yang sama dengan kelompok kontrol juga mendapatkan terapi tambahan bagi lansia sendiri yaitu logoterapi lansia. Pendapat peneliti bahwa terjadi peningkatan memaknai hidup lansia pada kelompok intervensi karena pelaksanaan terapi diajarkan dan dilatih langsung kepada lansia dan dilakukan dengan pendampingan peneliti selama kegiatan pelaksanaan logoterapi tersebut. Selain itu adanya buku kerja yang memuat jadwal kegiatan sehari-hari yang terarah, terstruktur untuk menemukan makna hidup serta didukung oleh keluarga (*caregiver*), akan memotivasi lansia untuk melakukan kegiatan tersebut sehingga pada akhirnya akan membudaya pada lansia dan lansia akan memiliki kemampuan memaknai hidup melalui kegiatan yang dilakukan. Hal ini akan menyebabkan peningkatan makna hidup terhadap lansia yang dilakukan logoterapi lansia.

Logoterapi lansia mengajarkan lansia untuk menyadari kondisi yang dialami, memiliki harapan atas kondisi tersebut sehingga dengan memiliki harapan/ keinginan akan membuat lansia lebih termotivasi dalam mencoba melakukan logoterapi yang diajarkan. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoadmojo (2010) bahwa adanya perubahan tindakan dalam berperilaku dapat terjadi karena adanya kekuatan/ dorongan/ pemberian informasi dan diskusi. Melalui pemberian logoterapi pada lansia akan terjadi proses belajar dan menjadi lebih efektif jika dilakukan sambil mempraktekkan langsung.

Pendapat peneliti terjadinya peningkatan memaknai hidup pada lansia yang diberikan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga bahwa selain adanya proses pembelajaran dari psikoedukasi keluarga yang didapatkan dari keluarga (*caregiver*), lansia juga diberikan logoterapi lansia yang mengajarkan kepada lansia bagaimana cara menemukan makna hidup melalui kegiatan sehari-hari dengan menggunakan prinsip bahwa seseorang akan merasa bermakna dalam kehidupan jika mampu mengaktualisasikan potensi-potensi yang dimiliki. Jika seseorang tidak mampu mengaktualisasikan potensi – potensi yang dimiliki maka akan menimbulkan apa yang dinamakan *Existensial vacuum* atau kehampaan eksistensial dan perasaan tidak bermakna.

Kehampaan eksistensial ini sering ditemukan pada lansia yang ditandai dengan kecemasan, merasa kesepian, perasaan hampa, kebosanan, merasa tidak berguna dan depresi. Pada lansia dengan depresi dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial perasaan – perasaan dan pikiran – pikiran negatif sering muncul terkait dengan kondisi yang dialaminya. Sehingga karena perasaan dan pikiran negatif tersebut mengakibatkan lansia memiliki persepsi bahwa dirinya merupakan individu yang tidak berharga. Ini sejalan dengan pendapat Adler (1930, dalam Mc. Donald, 2004) bahwa terjadinya kehampaan eksistensi pada seseorang karena didalam diri seseorang tersebut berkembang respon diri tidak berharga yang menjadi koping bagi dirinya, sehingga mengakibatkan seseorang tersebut tertekan oleh perasaannya. Frankl (1984 dalam Allport,

2003) juga memperkuat pernyataan ini bahwa sebenarnya kondisi ini terjadi bukan karena individu tersebut merasa tertekan karena kondisi kelemahan, ketidakberdayaan serta perasaan tidak berharga tetapi oleh karena persepsi individu tersebut terhadap kehidupan yang membuat individu tersebut tidak bermakna dalam kehidupannya.

Tampak jelas bahwa lansia yang mengalami depresi dengan pemberian logoterapi akan terjadi penurunan depresi dan peningkatan memaknai hidup lansia. Karena ajaran pada logoterapi didasarkan atas prinsip bahwa hidup manusia memiliki makna yang penting yang harus dicapai dalam hidup dan setiap individu memiliki kebebasan dalam menemukan sendiri maknanya serta makna hidup dapat ditemukan dalam kehidupan individu itu sendiri dalam kondisi apapun dan harus disertai dengan keyakinan (Bastaman, 2007; Hutzell, 1990; Schlunberg, 2003 & Rogina, 2008). Oleh karena itu pada kegiatan logoterapi lansia akan terjadi peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia. Kemampuan memaknai hidup lansia ini merupakan hasil akhir dari kemampuan lansia dalam menyadari dan melihat kondisi diri, dengan menyadari dan melihat kondisi diri lansia mampu menggunakan/ menggali potensi yang masih dimiliki untuk melakukan sesuatu yang dapat membuat lansia merasa bermakna melalui kegiatan yang dilakukan sehari-hari. Sehingga dengan kegiatan logoterapi ini lansia menyadari secara penuh tanggung jawabnya, pilihan pada dirinya untuk menjadi bertanggung jawab dan pada akhirnya lansia akan menemukan makna dari kehidupannya.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan memaknai hidup lansia secara bermakna sebesar 93.33%. Berdasarkan penelitian ini maka logoterapi kelompok sangat cocok dan efektif diberikan pada klien yang memiliki perasaan tidak bermakna dalam hidup.

## **6.7 Karakteristik Yang Berhubungan Terhadap Depresi dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Lansia.**

Karakteristik lansia yang diteliti dalam penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan penyakit yang dialami lansia. Pada bagian ini akan dibahas hubungan karakteristik lansia terhadap depresi pada lansia dan kemampuan memaknai hidup.

### **6.7.1 Usia**

Rata – rata usia lansia yang mengalami depresi pada penelitian ini adalah usia 68.38 tahun. Dengan diketahuinya usia rata – rata lansia ini, dapat diketahui usia harapan hidup lansia di Kelurahan Katulampa dan ini sesuai dengan data Menkokesra, 2010: Ronawulan, 2009) bahwa usia harapan hidup lansia dari tahun ke tahun akan semakin meningkat dimana pada tahun 2010 usia harapan hidup lansia di Indonesia adalah 67.4 tahun dan pada tahun 2020 diperkirakan usia harapan hidup lansia Indonesia adalah 70.2 tahun. Berdasarkan analisis yang dilakukan bahwa usia lansia tidak memiliki hubungan terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia ( $P\ value > 0.05$ ). Ini disebabkan karena penyebab depresi pada lansia adalah multifaktor (kompleks) selain usia juga disebabkan karena perbedaan diagnosis yang sering dihubungkan dengan kerusakan organik otak serta faktor resiko lainnya.

### **6.7.2 Jenis Kelamin**

Hasil penelitian menunjukkan proporsi terbesar lansia yang mengalami depresi berjenis kelamin perempuan. Penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa prevalensi rata – rata depresi pada lansia adalah dengan perbandingan wanita : pria 14.1 : 8.6, dimana wanita dua kali lebih banyak daripada pria dan lansia yang berjenis kelamin perempuan memiliki resiko terhadap terjadinya depresi (Kompas, 2008; *Indian Womens Health*, 2009; Stuart & Laraia, 2005). Sedangkan jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap depresi dan kemampuan memaknai hidup lansia ( $P\ value > 0.05$ ).

### 6.7.3 Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan memiliki hubungan yang kuat terhadap depresi ( $P \text{ value} < 0.05$ ) tetapi faktor pendidikan ini tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap makna hidup lansia ( $P \text{ value} > 0.05$ ). Depresi merupakan salah satu masalah psikososial yang sering dialami lansia karena ketidakmampuan lansia beradaptasi terhadap perubahan yang diakibatkan karena proses menua.

Faktor pendidikan berpengaruh terhadap penurunan depresi lansia, Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa pendidikan secara umum dapat diartikan sebagai suatu usaha yang direncanakan seseorang untuk dapat mempengaruhi orang lain baik individu kelompok maupun masyarakat sehingga dengan berpendidikan orang tersebut mampu melakukan tindakan sesuai yang diharapkan atau cita – citakan.

Meinner (2006) juga menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi kemampuan dalam penyerapan dan penerimaan informasi sehingga mengakibatkan orang yang berpendidikan akan mampu menyelesaikan masalah dengan menggunakan koping yang efektif dan konstruktif, beradaptasi terhadap suatu perubahan yang diiringi dengan perubahan gaya hidupnya.

### 6.7.4 Pekerjaan

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan penurunan depresi dan peningkatan makna hidup ( $P \text{ value} > 0.05$ ). Hal ini tidak sejalan dengan pernyataan (Blazer, 1993 dalam Miller, 2004) bahwa salah satu faktor penyebab depresi adalah faktor sosial yaitu umur, pengalaman buruk/ trauma, stressor sosial, kehilangan pekerjaan, dampak situasi kehidupan sehari – hari. Selain itu hal ini bisa terjadi karena walaupun lansia sudah tidak bekerja lagi tetapi anak – anak mereka masih mampu bekerja sehingga kebanyakan lansia menopang kehidupan kepada anaknya dan hal ini tidak menjadi masalah

bagi anak mereka, karena ini merupakan perwujudan dari tanggung jawab dan kasih sayang seorang anak kepada orang tuanya.

#### 6.7.5 Status Perkawinan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara status perkawinan terhadap penurunan depresi lansia dan makna hidup lansia ( $P \text{ value} < 0.05$ ). Pada penelitian ini sebagian besar lansia menikah dan masih memiliki pasangan, penelitian ini sejalan dengan pernyataan bahwa sebagian besar 53.6% lansia yang tinggal di masyarakat memiliki pasangan hidup (Mohr, 2006) sehingga dari aspek psikologis mereka masih memiliki kedekatan hubungan dengan pasangannya, berbagi kesenangan sehingga tidak mempengaruhi terhadap penurunan depresi dan makna hidup lansia tersebut.

Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa salah satu faktor resiko yang menyebabkan depresi pada lansia adalah kesepian, kehilangan dan berduka karena kematian teman/ pasangan hidup atau anggota keluarganya (Segal, et al, 2009).

#### 6.7.6 Penyakit fisik yang dialami

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara penyakit fisik yang dialami dengan penurunan depresi dan peningkatan makna hidup lansia ( $P \text{ value} > 0.05$ ). Hal ini disebabkan karena pada lansia dengan perubahan akibat proses menua akan mudah terserang dan mengalami penyakit fisik, kondisi ini merupakan kondisi yang biasa bagi lansia karena peningkatan usia mengakibatkan fungsi tubuh juga menurun. Hal ini sesuai dengan teori biologis bahwa perubahan biologis pada lansia terjadi dimulai dari sel, jaringan, organ dan sistem organ yang saling mempengaruhi satu sama lain (Meiner & Lueckenotte, 2006) karena perubahan biologis ini pada lansia akan mengalami penurunan fungsi dan kegagalan komplit termasuk kegagalan organ dan sistem organ (Hayflick 1996, dalam Meiner & Lueckenotte, 2006). Akibat perubahan biologis

pada lansia tersebut maka lansia akan mudah terserang dan memiliki penyakit fisik. Pada penelitian ini didapatkan jumlah lansia yang memiliki penyakit fisik hampir sama dengan yang tidak memiliki penyakit fisik.

## **6.8 Keterbatasan Penelitian**

Dalam setiap penelitian akan memiliki resiko terhadap kelemahan yang diakibatkan karena adanya keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh faktor:

### **6.8.1 Waktu Pelaksanaan Intervensi**

Dalam melaksanakan satu sesi pertemuan dengan lansia sering kali lebih dari waktu yang ditentukan maksimal 60 menit, karena untuk mengidentifikasi nilai-nilai yang bermakna bagi lansia membutuhkan waktu dan cara yang berbeda-beda. Peneliti membutuhkan waktu dan tenaga ekstra untuk pelaksanaan terapi hingga didapatkan pengalaman yang sangat bermakna bagi lansia.

### **6.8.2 Proses pelaksanaan**

Dalam proses pelaksanaan pemberian logoterapi dan psikoedukasi keluarga pada kelompok kontrol yaitu Posyandu Palm mendapatkan kendala terkait setting ruangan yang awalnya di posyandu pindah ke rumah warga sehingga kurang memberikan ketenangan. Selain itu terkendala didalam penggunaan bahasa yang pada umumnya lansia memahami bahasa sunda tetapi dapat diatasi yaitu jika peneliti atau responden tidak mengerti maka kader yang telah di latih yang membantu dalam menerjemahkan atau interpretasikan.

## **6.9 Implikasi Hasil Penelitian**

Beberapa implikasi hasil penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan, pendidikan keperawatan dan penelitian berikutnya dapat dijelaskan sebagai berikut:

### **6.9.1 Pelayanan Perawatan di Puskesmas**

Tenaga kesehatan atau perawat Puskesmas yang selama ini terlibat dalam kesehatan jiwa di Kelurahan Katulampa belum dapat menerapkan logoterapi kelompok lansia dan psikoedukasi keluarga sehingga dibutuhkan seorang tenaga kesehatan keperawatan spesialis keperawatan jiwa di tingkat puskesmas.

Penelitian ini memberi implikasi pula kepada Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas sebagai penentu kebijakan yang memiliki wewenang untuk menentukan agar mempertimbangkan adanya tenaga kesehatan keperawatan spesialis yang menjadi perangkat untuk mendukung pelaksanaan terapi kelompok di masyarakat .

### **6.9.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan**

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh logoterapi pada lansia dengan masalah psikososial merupakan pembuktian bahwa logoterapi efektif digunakan sebagai salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada lansia dengan masalah gangguan dan psikososial. Penelitian ini memberikan implikasi bagi institusi pendidikan untuk dapat memasukkan logoterapi dan psikoedukasi keluarga sebagai salah satu terapi esensial yang merupakan kompetensi perawat spesialis jiwa.

### **6.9.3 Kepentingan Penelitian**

Penelitian yang dilakukan masih dalam tingkat kelurahan sehingga masih perlu dilakukan penelitian kembali di beberapa kelurahan lain atau beberapa puskesmas lain agar dapat digeneralisasi. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian kombinasi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga lebih lanjut di masyarakat. Penelitian kualitatif diperlukan untuk meneliti proses pelaksanaan kombinasi dari logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat ditarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

#### **7.1 Kesimpulan**

- 7.1.1 Karakteristik lansia yang mengalami depresi rata-rata berusia 68.38 tahun, lebih dari setengah berjenis kelamin perempuan, dengan tingkat pendidikan sebagian besar berpendidikan (Sekolah Dasar). Status perkawinan sebagian besar menikah/ memiliki pasangan, dan lansia yang memiliki penyakit fisik jumlahnya seimbang dengan yang tidak memiliki penyakit fisik.
- 7.1.2 Logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga memberikan pengaruh 62.44% dalam menurunkan depresi (harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial ) secara bermakna. dibandingkan dengan lansia yang diberikan psikoedukasi keluarga saja.
- 7.1.3 Logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga memberikan pengaruh 93.3% terhadap peningkatan kemampuan memaknai hidup lansia secara bermakna dibandingkan dengan lansia yang diberikan psikoedukasi keluarga saja
- 7.1.4 Karakteristik lansia yang berhubungan dengan depresi pada lansia adalah riwayat pendidikan lansia.

#### **7.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, ada beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan yaitu sebagai berikut:

##### **7.2.1 Aplikasi keperawatan**

- 7.2.2.1 Kementerian Kesehatan RI menetapkan suatu kebijakan untuk pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat yaitu pada kelompok lansia, dan menetapkan batasan kerja yang menjadi tanggung jawab dan wewenang antara kader kesehatan jiwa, perawat jiwa puskesmas, dan perawat spesialis keperawatan jiwa.

7.2.2.2 Perawat jiwa puskesmas Bogor Timur melakukan supervisi untuk pelaksanaan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga yang sudah berjalan.

7.2.2.3 Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat (berbasis komunitas).

### **7.2.3 Pengembangan keilmuan**

7.2.3.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menjadikan logoterapi sebagai salah satu kompetensi yang harus dikuasai sebagai mahasiswa untuk praktek ditatanan pelayanan kesehatan jiwa.

7.2.3.1 Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan teknik logoterapi yang lain pada klien dengan masalah gangguan jiwa dan psikososial.

### **7.2.4 Penelitian berikutnya**

7.2.4.1 Perlu dilakukan penelitian berikutnya untuk melihat sejauhmana keefektifan dari hasil logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga pada lansia dan keluarga (*caregiver*).

7.2.4.2 Perlu diteliti lebih lanjut tentang karakteristik keluarga (*caregiver*) yang dapat mempengaruhi logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga sebagai salah satu bentuk terapi untuk menurunkan depresi dan meningkatkan kemampuan memaknai hidup lansia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Allport, G.W. (2003). *Logoterapi: terapi psikologi melalui pemaknaan eksistensi*. Yogyakarta: Kreasi Wacana
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Atchley, R.C. dan Barusch, A.S. (2004). *Social forces and aging ; an introduction to social gerontology*. (10<sup>th</sup> ed.). USA: Thomson Learning, Inc.
- Atkinson, et al. (1993). *Pengantar psikologi*. Alih bahasa: Wijaya Kusuma. Edisi 11. Jakarta: Intra Aksara
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Indonesia dalam angka*. <http://www.bps.go.id>. Diakses tanggal 13 Februari 2011
- Bastaman, H.D. (2007). *Logoterapi: psikologi untuk menemukan makna hidup dan memilih hidup bermakna*. Edisi 1. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- BPKP Republik Indonesia. (1998). *Undang-undang Republik Indonesia nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia*. <http://www.bpkp.go.id/unit/hukum/uu/1998/13-98.pdf>, diperoleh 08 Pebruari 2011
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan jiwa dan psikiatri, pedoman klinis perawat (psychiatric and mental health care nurse's clinical guide)*. Edisi Bahasa Indonesia. Cetakan kedua. Alih bahasa: Akemat. Jakarta: EGC
- Dahlan, M,S. (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel*. Jakarta: Salemba Medika
- Danim, S. (2003). *Riset keperawatan: sejarah dan metodologi*. Jakarta: EGC
- Data Statistik Kelurahan Katulampa. 2010. tidak dipublikasikan
- Depkes RI. (2000). *Pharmaceutical care untuk penderita gangguan depresif*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik RI
- Depkes RI. (2002). *Buku pedoman pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan*. Jakarta. Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat
- Depkes RI. (2005). *Pedoman pelayanan kesehatan jiwa usia lanjut*. Edisi 2. Jakarta: Depkes Ditjen Pelayanan Medik
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Balitbangkes Depkes RI

- Dharmono, S. (2008). *Waspadai depresi pada lansia*. <http://www.klikdokter.com>, diperoleh 12 Februari 2011
- Dopp, P. (2008). *Single & multi family network interventions : an integrative response to serious mental illness*. [www.proquest.com](http://www.proquest.com).pqaauto. diperoleh tanggal 15 Maret 2011
- Ebersole & Hess. (2010). *Gerontological nursing and health aging*, (3<sup>th</sup> ed.). USA, Philadelphia: Mosby, Inc.
- FKUI, Departemen IPD. (2007). *Hendaya kognitif dan demensia. Buku pedoman skoring*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Frankl, EV. (2002). *Mencari makna hidup: man searching for meaning*. Bandung: (2<sup>nd</sup> ed) Boston: Mc. Graw Hill
- Frankl, EV. (2006). *Logoterapi: terapi psikologi melalui pemaknaan eksistensi*. Alih bahasa: M. Murtadlo. Yogyakarta: Kreasi Wacana.
- Frankl, EV. (2008). *Optimisme di tengah tragedi: analisis logoterapi*. Alih bahasa: Lala Herawati Dharma. Bandung: Nuansa.
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Keperawatan keluarga : teori dan praktik (family nursing : theory and practice)* alih bahasa : Ina Debora R.L, Jakarta : EGC
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental Health Nursing*. New Jersey. Sixth edition. Pearson Education. Inc
- Fortinash, K.M. dan Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. (3<sup>rd</sup> ed.). USA: Mosby, Inc
- Frazer C.J., Christensen, H. dan Griffith K.M. (2005). *Effectiveness of treatments for depression in older people*. Medical Journal of Australia. <http://proquest.umi.com>, diperoleh 12 Februari 2011
- Frisch, N.C. dan Frisch, L.E., (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3<sup>rd</sup> ed.). Canada: Thomson Delmar Learning
- Grandfa. (2007). *Tanggulangi depresi secara tepat*. <http://id.shvoong.com/medicine-and-health/neurology/1670144-tanggulangi-depresi-secara-tepat/>, diperoleh 19 Februari 2011
- Goldenberg, I dan Goldenberg, H. (2004). *Family therapy an overview*. Sixth edition. United States: Thomson
- Gulanick, M. dan Myers, J. (2007). *Nursing care plans; nursing diagnosis and intervention*. (6<sup>th</sup> ed.). USA: Mosby Elsevier

- Hakhoe Chi, T.K. (2006). *Journal Psychology: effects of logotherapy with exercise on meaning of life, ego integrity and IADL in the elderly*. Volume: 36, Issue: 5, Pages: 701 - 709
- Ham, R.J., dkk., (2007). *Primary care geriatric ; a case-based approach*. (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Mosby, Inc
- Hastono, S.P. (2007). *Modul analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan).
- Hidayat, A.A.A. (2007). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Hutzell, R.R & Jerkins, M.E. (1990). *The use of a logotherapy technique in the treatment of multiple personality disorder*. [https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/1529/Diss\\_3\\_2\\_1\\_OCR.pdf?sequence=1](https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/1529/Diss_3_2_1_OCR.pdf?sequence=1), diperoleh tanggal 11 Maret 2011.
- Hurlock, E. (2004). *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Jakarta : Erlangga.
- Hutapea, A. dkk. (2006). *Faktor – faktor yang memotivasi lansia belajar*. *Jurnal Psikologi*. Fakultas Psikologi Universitas Surabaya
- Indian Womens Health. (2009). *Depression*. <http://www.indianwomenshealth.com>, diperoleh 10 Februari 2011
- Issacs. A. (2001). *Keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. Jakarta: EGC
- Joshi, A.C. (2009). *Dissertation counseling psychology. An empirical validation of Victor Frankl's Logotherapeutic Model*. Kansas City. Missouri
- Kang, Kyung-Ah. (2009). *Journal Korean acad health nurs. The effect logotherapy on the suffering finding meaning and spiritual wellbeing of adolescent with terminal cancer*. April 2009. Vol. 15 No 2, 136 – 144.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. dan Grebb, J.A. (2005). *Sinopsis psikiatri*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa : Widjaja Kusuma. Jakarta: Binarupa Aksara
- Kaplan & Sadock. (2007). *Sinopsis Psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A. (1996). *Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa*. Jakarta. EGC
- Keliat, dkk. (2006). *Modul IC CMHN; Manajemen kasus gangguan jiwa dalam keperawatan kesehatan jiwa komunitas*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan World Health Organization

- Kemenkes RI. (2011, April). *Kebijakan pro lansia*. Paper presentasi pada kongres nasional API- 4. Makassar.
- Kirbach, G.V. (2002). *General introduction to logotherapy and existensial analysis*. <http://www.existantial analysis.org/some more.241.0.html>, diperoleh tanggal 10 Februari 2011.
- Kompas. (2008). Waspada Depresi Pada Lansia, [http:// tekno. Compass.com/](http://tekno.compass.com/) diperoleh tanggal 12 Februari 2011
- Kristyaningsih, T. (2009). *Pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan harga diri dan kondisi depresi pasien gagal ginjal kronik di ruang haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta tahun 2009*. Tesis. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Komnas Lansia. (2011, April). *Perlindungan bagi lansia di Indonesia*. Paper presentasi pada kongres nasional API- 4. Makassar.
- Kuntjoro, (2002). *Memahami kepribadian lansia*. 19 Februari 2011, From: <http://www.e-psikologi.com/lain-lain/tentang-kami.htm>
- Lahey, B.B. (2002). *Essentials of psychology*. USA: McGraw-Hill.
- Lameshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J. dan Lwanga, S.K. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa: Dibyo Pramono dan Hari Kusnanto. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Levine, I.S. (2002). *Family psychoeducation*. <http://www.minddisorders.com>. diperoleh tanggal 23 Februari 2011
- Lewis, M.H. (2010). *Guide to the Fundamental principles of Victor E. Frankl's Logotherapy*. Canada.
- Loho, L. (1997). Victor E. Frankl dalam Budiarjo (ed). *Mengenal Teori Kepribadian Mutakhir*. Yogyakarta: Kanisius
- Lukas, E. (1998). A Validation of logotherapy. The International Forum for Logotherapy.
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press
- Maslim, R. (2001). *Diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: PT Nuh Jaya

- Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI. (2010). *Lansia masa kini dan mendatang*. <http://www.menkokesra.go.id>, diperoleh 03 Februari 2011
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for wellness in older adults; theory and practice*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Marshall, Maria. (2010). *Guide to The Fundamental Principles of Victor E. Frankl's Logotherapy*. Canada
- Mc. Donald, J. (2004). Making sense and meaning of violent death in our contemporary world. <http://www.cpaapc.org/publications/Archives/cjp/2004/September/izgic.a.sp>: diperoleh 20 Februari 2011
- Meinner and Lueckenotte. (2006). *Gerontologic nursing*. St. Louis (3<sup>th</sup>. Ed). Missouri. Mosby
- Mohr.WK, (2006). *Psychiatric mental health nursing* (6 th edition), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- NANDA. (2009). *Nursing diagnoses: definition & classification 2009 - 2011*. Philadelphia, USA: NANDA International
- NANDA. (2009). *Panduan diagnosa keperawatan NANDA 2009-2011*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa : Made Sumarwati, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Notoatmodjo, S. (2010). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nugroho, W. (2006). *Keperawatan gerontik dan geriatrik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Nurbani. (2009). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial ansietas dan beban keluarga (caregiver) dalam merawat pasien stroke di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo*. Jakarta. Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan
- Oemarjoedi, A.K. (2003). *Pendekatan cognitive behavior dalam psikoterapi*. Jakarta: Kreatif Media
- Pandia, V. (2007). *Penerapan konsep logoterapi dalam konseling kristen*. <http://www.tiranus.net/?p=29>. diperoleh tanggal 20 Februari 2011.
- Petterson, et al. (2009). *Essential skills in family therapy*. Second edition. Guilford press. New York

- Purwadi, dan Roesita PA. (2006). *Jurnal Psikologi: hubungan antara dukungan sosial dengan kecemasan menghadapi pensiun*. Fakultas Psikologi.UAD
- Pollit, D.F, Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essential of nursing research: methods appraisal and utilization*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott. Williams & Wilkins.
- Profil Penduduk Lanjut Usia. (2009). *Komite nasional lanjut usia*. Jakarta
- Ronawulan, E. (2009). *Gangguan masalah mental pada lansia dapat dicegah*. <http://www.yastroki.or.id>, diperoleh 12 Februari 2011
- Sadock, B.J & Sadock, V.A. (2005). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science/ clinical psychiatry*. 10th Ed. Lippincot: Williams & Wilkins.
- Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Sari. (2009). *Pengaruh Family Psychoeducation therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireun Nangroe Aceh Darussalam*, Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan
- Schulenberg, S., & Kolivas, E. (2004). *Journal Logotherapy and male adolescents with mental retardation/ developmental disabilities and sexual behavioral problems*. International Forum for Logotherapy, 27, 15-20.
- Schulenberg, S.E. Huttzell, Rogina, Melton. (2008). *Journal Clinical Supervision and Logotherapy: Discovering Meaning in The Supervisory Relationship*. Diperoleh 20 Februari 2011
- Schulenberg, S.E and Melton, A.M.A. (2010). *A confirmatory factor – analysis evaluation of the purpose in Life Test: Preliminary Psychometric Support for a replicable two – factor model*. Journal of Happiness Studies
- Serniawan, Conny. (1997). *Perspektif pendidikan anak berbakat*. PT. Grasindo. Jakarta
- Steger, Frazier, et al. (2006). *Journal of Counseling Psychology: the meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life*. American Psychological Association.
- Segal, J. dkk. (2009). *Depression in older adults and the elderly*. [http://www.helpguide.org/mental/depression\\_elderly.htm](http://www.helpguide.org/mental/depression_elderly.htm), diperoleh 20 Februari 2011

- Shives, L.R., (2005). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. (6<sup>th</sup> ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanley, M., Blair, K.A. dan Beare, P.G., (2005). *Gerontological nursing: promoting successful aging with older adults*. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9<sup>th</sup> ed.). Canada: Mosby, Inc.
- Stuart, G. W. & Laraia, M.T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing*. (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, USA: Mosby, Inc.
- Sugiyono. (2009). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: CV. ALFABETA.
- Sutedjo, (2009). *Pengaruh logoterapi kelompok terhadap ansietas pada penduduk pasca gempa di kabupaten klaten propinsi jawa tengah*. Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan
- Syarniah. (2010). *Pengaruh terapi kelompok reminiscence terhadap depresi pada lansia di panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan*. Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan
- Swanson, E, dkk, (2008). *Nursing outcomes classification (NOC)*. USA : Mosby. Inc.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa : Renata Komalasari dan Afrina Hany. Jakarta: EGC.
- Varcarolis, E.M. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Sixth edition. St Louis Missouri.\
- Varcarolis, Elizabeth. M.et.al. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing a Clinical Approach*. Edisi 5. Saunders Elsevier. St. Louis. Missouri
- Wardaningsih, S. (2007). *Pengaruh Family Psychoeducation terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*, Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan
- Wahyuni, S. (2007). *Pengaruh Logoterapi terhadap peningkatan harga diri (kemampuan kognitif dan perilaku) pada lansia dengan harga diri rendah di Panti Wreda Pekanbaru Riau tahun 2007*. Tesis. Jakarta: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

- Wijayanti, D.Y. (2010). *Pengaruh logoterapi terhadap kecemasan Napi perempuan di lembaga pemasyarakatan perempuan Semarang tahun 2010*. Tesis. Jakarta: Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse*. St. Louis: Mosby.
- Woodroffe, K. (1999). Logotherapy (first – sixth lecture): Finding Meaning in Life. [http://www.answers.com/topic/man-s-search-for-meaningtor Frankl's 1946](http://www.answers.com/topic/man-s-search-for-meaningtor-Frankl's-1946), diperoleh 20 Februari 2011
- World Health Organization. (2010). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project*. <http://www.who.int.html>, diperoleh 12 Februari 2011.
- Wong, P. T. P. (1998). *Spirituality, meaning, and successful aging*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wong, K.F. (2007). *A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong*. Psychiatric Services. Arlington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Maret 2011

## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh Psikoedukasi Keluarga dan Logoterapi Lansia Terhadap Kondisi Depresi dan Kemampuan Makna Hidup Lansia Di Posyandu Melati dan Dalima Bodas Kelurahan Katulampa Bogor

Peneliti : Fathra Annis Nauli

Nomor telepon : 0813345989034

Saya, Fathra Annis Nauli (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Psikoedukasi Keluarga dan Logoterapi Lansia Terhadap Kondisi Depresi dan Kemampuan Makna Hidup Lansia Di Posyandu Melati dan Dalima Bodas Kelurahan Katulampa Bogor. Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di Kelurahan Katulampa dalam wilayah kerja Puskesmas Bogor Timur.

Peneliti memberikan jaminan 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 kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara untuk menjadi responden.

Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

## LEMBAR PERSETUJUAN

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

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

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.

Peneliti,

Fathra Annis Nauli  
NPM. 0906620575

Bogor, 2011

Responden,

.....

Nama Jelas

## 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. Riwayat pendidikan terakhir :
 

<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah	<input type="checkbox"/> SMU
<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> Diploma/Perguruan Tinggi
<input type="checkbox"/> SLTP	
5. Status perkawinan :
 

<input type="checkbox"/> Belum kawin	<input type="checkbox"/> Kawin
<input type="checkbox"/> Janda / Duda	Tahun ..... (perkawinan terakhir)
6. Pekerjaan saat ini:
 

<input type="checkbox"/> PNS/POLRI/TNI/Veteran
<input type="checkbox"/> Karyawan swasta
<input type="checkbox"/> Wiraswasta (petani, pedagang, dll)
<input type="checkbox"/> Tidak bekerja
7. Penyakit fisik yang sedang dialami :
 

<input type="checkbox"/> Sakit ; .....	lama sakit .....
<input type="checkbox"/> Tidak sakit	

### KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No.	Pokok Bahasan Materi Pertanyaan	Jumlah Soal	No. Soal
<b>I.</b>	<b>Data Demografi</b>		<b>Kuesioner A</b>
1.	Usia Responden	1	2
2.	Jenis Kelamin	1	3
3.	Pendidikan	1	4
4.	Status perkawinan	1	5
5.	Pekerjaan	1	6
6.	Penyakit fisik yang dialami	1	7
			<b>Kuesioner B</b>
<b>III.</b>	<b>Kondisi Depresi</b>	30	1 - 30
1.	Harga diri rendah	7	1, 6, 8, 11, 17, 18 dan 23
2.	Ketidakterdayaan	11	4, 7, 9, 10, 14, 19, 20, 24, 26, 27 dan 29
3.	Keputusasaan	8	3, 5, 13, 15, 16, 22, 25, dan 30
4.	Isolasi sosial	4	2, 12, 21, dan 27
			<b>Kuesioner C</b>
<b>IV</b>	<b>Kemampuan Makna Hidup</b>	10	1 - 10

### Analisis Kuesioner Depresi

No	Kisi-kisi pertanyaan	GDS 15 item pertanyaan	GDS Versi Ind	Diagnosa Keperawatan untuk Depresi			
				HDR	Ketidak berdayaan	Keputus asaan	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		

NO	Item pertanyaan GDS versi Indonesia (30 item pertanyaan)	GDS 15 item	GDS Versi Ind.	Diagnosa Keperawatan untuk Depresi			
				HDR	Ketidak berdayaan	Keputus asaan	Isolasi Sosial
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 khawatir 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
NO	Item pertanyaan GDS versi Indonesia	GDS 15 Item	GDS Versi Ind.	Diagnosa Keperawatan untuk Depresi			
				HDR	Ketidak berdayaan	Keputusa saan	Isolasi Sosial
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 merasa 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	
JUMLAH				7	11	8	4

Penilaian GDS versi Indonesia : diadopsi dari Pedoman Skoring Depertemen IPD FK UI (2007)

- 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 %)

## KUESIONER PENGUKURAN DEPRESI LANSIA

(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 (√).

Pilihlah jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan perasaan anda selama satu minggu terakhir. Beri tanda v pada kolom ya atau tidak

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 diganggunoleh 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 kuarir 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 : diadopsi dari Pedoman Skoring Depertemen IPD FK UI (2007)

- 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)

**KUESIONER KEMAMPUAN  
MEMAKNAI HIDUP LANSIA**  
(Kuesioner C)

**No Responden :**    (Diisi oleh peneliti)

**Petunjuk Pengisian :**

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Isilah jawaban pernyataan pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan sesuai keadaan Anda **saat ini**.
3. Pilihan Jawaban terdiri atas

NO	PERNYATAAN	Ya	Kadang-kadang	Tidak
1	Saya mengerti akan arti hidup saya			
2	Saya mencari sesuatu yang dapat membuat hidup saya berarti			
3	Saya selalu berusaha untuk menemukan tujuan hidup saya			
4	Hidup saya memiliki tujuan yang jelas			
5	Saya mempunyai perasaan yang baik untuk membuat hidup saya berarti			
6	Saya menemukan tujuan hidup yang dapat membuat saya puas			
7	Saya selalu mencari sesuatu yang dapat membuat hidup saya lebih baik			
8	Saya sedang mencari tujuan dalam hidup saya			
9	Hidup saya tidak memiliki tujuan yang jelas			
10	Saya sedang mencari arti dalam hidup saya			



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Pengaruh Psikoedukasi Keluarga dan Logoterapi terhadap Kondisi Depresi dan Kemampuan Makna Hidup Lansia di Posyandu Melati dan Bodas Kelurahan Katulampa.**

Nama peneliti utama : **Fathra Annis Nauli**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dekan,  
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 11 Mei 2011  
Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

### KETERANGAN LOLOS EXPERT VALIDITY

Expert validity keperawatan jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dan memvalidasi dengan teliti modul :

#### Pengaruh Psikoedukasi Keluarga dan Logoterapi

Setelah dikaji dan divalidasi modul ini aman untuk dipergunakan dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh psikoedukasi keluarga dan logoterapi terhadap kondisi depresi dan kemampuan makna hidup lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur”

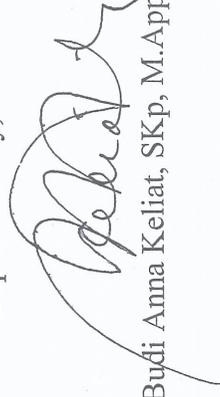
Nama peneliti : Fathra Annis Nauli

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Modul ini dinyatakan valid dan disetujui untuk dipergunakan dalam penelitian tersebut.

Depok, April 2011

Expert validity,



(Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc)

### KETERANGAN LULUS UJI KOMPETENSI

Tim pengujian kompetensi keperawatan jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah melakukan uji kompetensi pada :

Nama : Fathra Annis Nauli

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Setelah dilakukan uji kompetensi, dinyatakan :

### LULUS

Nama tersebut diatas dinyatakan kompeten untuk melaksanakan terapi kelompok terapeutik lansia dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Psikoedukasi Keluarga dan Logoterapi Terhadap Kondisi Depresi Dan Kemampuan Makna Hidup Lansia Di Posyandu Melati Dan Bodas Kelurahan Katulampa”

Ketua Tim Penguji,



(Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc)

Depok, 9 Mei 2011

Penguji,



(Yossie Susanti Eka Putri, MN)



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : /H2.F12.D/PDP.04.02/2011 8 Februari 2011  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan pengambilan data awal

Yth. Kepala  
Dinas Kesehatan  
Bogor Timur

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama

**Sdr. Fatra Annis Nauli**  
**09066205775**

bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

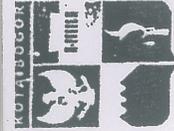
Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mencari data awal di Puskesmas Bogor Timur sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Puskesmas Bogor Timur
3. Kepala Kelurahan Katulampa
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Pertinggal



# PEMERINTAH KOTA BOGOR DINAS KESEHATAN

Lampiran 10

JL. KESEHATAN NO.3 TELPON 0251 -- 331753 BOGOR 16161

Nomor :  
Sifat :  
Lampiran :  
Perihal :

: 079 372 Nankes  
: Biasa  
: -  
: Pemberian izin  
: Pengambilan data awal

Bogor, 25 Februari 2011 M  
22 Maulud 1432 H

Kepada Yth :  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Di  
Jakarta

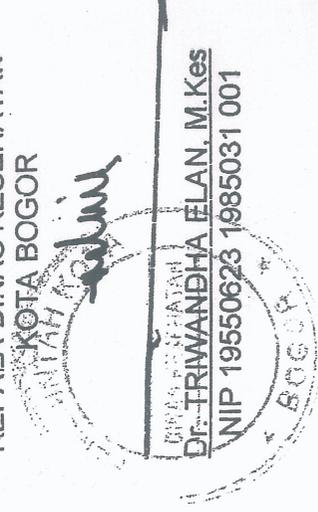
Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : /H2.F12.D/PDP.04.02/2011 tertanggal 8 Februari 2011, perihal Pemohonan pengambilan data awal, dalam rangka kegiatan tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa FIK UI, atas nama:

No	Nama	NPM
1	Endang Banon	0906621552
2	Fatra Annis Nauli	09066205775
3	Nuniek Setyo Wardani	0906594564
4	Khusnul Aini	0906594974

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin untuk mencari data awal di Puskesmas Bogor Timur; dengan catatan segera setelah kegiatan tersebut berakhir, Saudara dapat melaporkan hasil kegiatan ke Dinas Kesehatan Kota Bogor (Bidang Pelayanan Kesehatan) paling lambat 1 minggu setelah selesai pelaksanaan.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA BOGOR



Tembusan disampaikan kepada :

1. Yth. Bapak Walikota Bogor (sbg. Laporan)
2. Yth. Ka. Pkm. Bogor Timur



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1093 /H2.F12.D/PDP.04.02/2011 5 April 2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Kepala  
Dinas Kesehatan  
Kotamadya Bogor

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

**Sdr. Fathra Annis Nauli**  
**0906620575**

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Psikoedukasi Keluarga dan Logoterapi Lansia Terhadap Kondisi Depresi dan Kemampuan Makna Hidup Lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Kelurahan Katulampa Bogor Timur.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Bagian Pelayanan Medik Dinas Kesehatan
3. Kepala Puskesmas Bcgor Timur
4. Kelurahan Katulampa
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA BOGOR  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. KESEHATAN No. 3 TELPON/FAX. 0251 – 8331753 BOGOR 16161

Bogor, 20 Mei 2011 M  
16 Jumadil Ula 1432 H

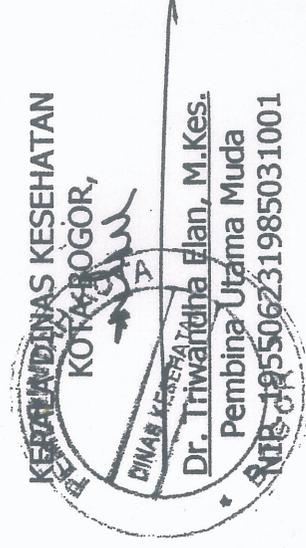
Nomor : 070 / 266 / Yankes  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Persetujuan penelitian

Kepada :  
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
di  
Jakarta

Menindaklanjuti surat saudara Nomor : 1093/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 perihal permohonan ijin penelitian atas nama **sdr. Fathra Annis Nauli (0906620575)** dengan judul penelitian "Pengaruh Psikoedukasi Keluarga dan Logoterapi Lansia terhadap Kondisi Depresi dan Kemampuan Makna Hidup Lansia di Kelurahan Katulampa Bogor Timur".

Pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberikan ijin penelitian tersebut dan mohon untuk segera **melaporkan hasil penelitian** tersebut ke Dinas Kesehatan Kota Bogor setelah selesai melaksanakan penelitian.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Tembusan disampaikan kepada :

1. Yth. Bapak Walikota Bogor (sebagai Laporan)
2. Yth. Kepala Puskesmas Bogor Timur

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata**

Nama : Fathra Annis Nauli  
Tempat/Tanggal Lahir : Malang, 03 Januari 1985  
Jenis Kelamin : Wanita  
Pekerjaan : Staf Pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan  
Universitas Riau  
Alamat Instansi : Kampus Gobah PSIK Universitas Riau  
Jl Pattimura  
Alamat Rumah : Pandau Permai Blok C 19 No 12  
Siak Hulu - Riau

### **Riwayat Pendidikan**

PSIK FK – Universitas Brawijaya Malang : Lulus tahun 2007  
SMAN I Pekanbaru : Lulus tahun 2002  
SMPN I Pekanbaru : Lulus tahun 1999  
SDN 005 Senapelan : Lulus tahun 1996

### **Riwayat Pekerjaan**

Staf pengajar STIKES Hangtuh Pekanbaru : 2007 - 2009  
Staf Pengajar Universitas Riau : 2009 - sekarang

**JADWAL PELAKSANAAN INTERVENSI  
PSIKOEDUKASI KELUARGA DAN LOGOTERAPI LANSIA**

Waktu	MINGGU I ( <i>PRE TEST</i> )						MINGGU II						MINGGU III					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
I	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1
II	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2
III	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3
IV	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4

Waktu	MINGGU IV						MINGGU V						MINGGU VI ( <i>POST TEST</i> )					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
I	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1	LA 1	LA 3	KK 1
II	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2	LA 2	LA 4	KK 2
III	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3	KLA 1	KLA 3	KK 3
IV	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4	KLA 2	KLA 4	KK 4

**KETERANGAN**

LA 1 : Lansia kelompok Intervensi di Posyandu Melati kelompok 1

LA 2 : Lansia di kelompok Intervensi di Posyandu Melati kelompok 2

KLA 1 : Keluarga lansia Kelompok Intervensi di Posyandu Melati kelompok 1

KLA 2 : Keluarga lansia Kelompok Intervensi di Posyandu Melati kelompok 2

LA 3 : Lansia Kelompok Intervensi di Posyandu Dalima bodas kelompok 1

LA 4 : Lansia Kelompok Intervensi di Posyandu Dalima bodas kelompok 2

KLA 3 : Keluarga lansia Kelompok Intervensi di Posyandu Dalima bodas kelompok 1

KLA 4 : Keluarga lansia Kelompok Intervensi di Posyandu Dalima bodas kelompok 2

KK 1 : Kelompok Kontrol 1

KK 2 : Kelompok Kontrol 2

KK 3 : Kelompok kontrol 3

KK 4 : Kelompok kontrol 4

## JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN

No.	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2011)																								
		Februari				Maret					April				Mei				Juni					Juli		
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3
1	Penyusunan dan Uji Proposal	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•												
2	Perbaikan, Uji Etik dan Kompetensi										•	•														
3	Pengurusan izin 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																								•	



**Universitas Indonesia**

## **MODUL**

### **PSIKOEDUKASI KELUARGA DALAM MERAHWAT LANSIA DEPRESI**

**Tim penyusun :**

**Ns. Hasmila Sari, S.Kep.**

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

**Ns. Endang Banon, S.Kep.**

**Ns. Fathra Annis Nauli, S.Kep.**

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
TAHUN 2011**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNYA sehingga “Modul Psikoedukasi Keluarga Dalam Merawat Lansia Depresi” ini dapat terselesaikan. Modul ini merupakan hasil dari modifikasi dari modul terdahulu yaitu Psikoedukasi Keluarga dalam merawat klien pasung yang telah dikembangkan pada tahun 2009 kemudian direvisi dan ditambahkan sesuai dengan kondisi pelaksanaan psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia depresi. Modul ini disertai dengan buku kerja *caregiver* yang dipegang oleh *caregiver* dan buku evaluasi *caregiver*. yang dipegang oleh Terapis. Buku-buku tersebut merupakan satu kesatuan dengan modul yang digunakan dalam melaksanakan psikoedukasi keluarga dalam merawat lansia depresi. Modul ini akan terus dikembangkan dan disempurnakan yang disesuaikan dengan kondisi yang dialami klien psikososial atau gangguan jiwa.

Semoga dengan penyusunan modul ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan dan pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga pada keperawatan jiwa di keluarga dan di masyarakat terutama dalam pelaksanaan CMHN.

Depok, April 2011

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	1
<b>DAFTAR ISI</b> .....	2
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	3
<b>BAB 2 PELAKSANAAN PSIKOEDUKASI KELUARGA DALAM MERAWAT LANSIA DEPRESI</b>	
2.1 Sesi 1: Identifikasi Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia dan Masalah yang Muncul Akibat Perubahan .....	10
2.2 Sesi 2: Cara Merawat Lansia dengan Depresi.....	18
2.3 Sesi 3: Cara Merawat <i>Caregiver</i> yang Mengalami Stres Akibat Merawat Lansia.....	31
2.4 Sesi 4: Pemberdayaan Keluarga dan Komunitas.....	42
<b>BAB III PENUTUP</b> .....	46
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar belakang**

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 2000 mencapai 64,5 tahun, tahun 2010 usia harapan hidup menjadi 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 lansia maka akan timbul masalah ketergantungan lansia pada orang lain.

Lansia merupakan periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang. Pada tahap ini akan terjadi suatu proses menua yang terjadi secara alamiah, yaitu adanya perubahan pada aspek fisik, psikologis, sosial, kognitif dan spiritual yang saling berinteraksi satu sama lain (Miller, 2004; Ebersole & Hess, 2010). Perubahan biologis ini mengakibatkan perubahan pada semua sistem organ seperti pada kulit yang mengakibatkan kulit menjadi keriput dan tidak elastis, sistem kardiovaskuler mengalami penurunan kemampuan dalam berkontraksi yang mengakibatkan timbulnya penyakit degeneratif dan kronis seperti jantung, hipertensi (Ebersole & Hess, 2010). Perubahan ini akan membuat aktivitas fisik lansia menjadi terbatas dan memiliki tingkat ketergantungan tinggi pada orang lain serta alat bantu sehingga mengakibatkan lansia tidak berdaya dan interaksi hubungan yang terbatas yang jika kondisi ini berlanjutan akan mengarahkan pada kondisi depresi dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

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 mempengaruhi kepribadian lansia. Penurunan mental pada tiap individu sangat berbeda-beda, yang berdampak pada perubahan perilaku. Masalah yang muncul akibat perubahan ini adalah gangguan kognitif (demensia, alzheimer) dan depresi.

Perubahan sosial yang dapat dialami lansia antara lain perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, kehilangan pasangan hidup serta kehilangan system pendukung dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole & Hess, 2010). Keluarga merupakan pendukung utama dalam memberikan perawatan terhadap lansia yang tinggal di rumah, namun banyak juga permasalahan dalam keluarga yang menjadi stressor bagi lansia misalnya kondisi dan keadaan rumah yang padat sehingga lansia menjadi tidak nyaman, pembebanan tugas dalam mengurus rumah dan keluarga (cucu) tanpa memahami kondisi lansia yang lemah dan tidak berdaya. Masalah ini dapat memicu terjadinya depresi pada lansia.

Perubahan yang terjadi pada lansia akan mengakibatkan keterbatasan dan ketergantungan fisik, sosial, ekonomi, perasaan semakin kurang berguna dan terisolasi yang merupakan masalah utama pada lansia (Semiun, 2006). Kondisi ini akan memicu masalah psikososial lansia terutama depresi dengan tanda dan gejala depresi seperti gejala psikis, fisik dan sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi dan menurunnya daya tahan tubuh.

Perubahan spiritual juga terjadi pada lansia. Spiritual adalah bagaimana seseorang berhubungan sosial dengan orang lain dan lingkungan budaya sehingga seseorang tersebut menemukan makna dari kehidupan, kualitas hidup

serta perasaan untuk mencapai kesejahteraan (Delgado, 2007 dalam Ebersole & Hess, 2010). Spiritual dan coping eksistensial menjadi sangat bermakna ketika individu memiliki masalah, dimana coping ini digunakan sebagai kontrol dalam menghadapi proses kehilangan dan kematian (Wong et al, 1998). Tingkat spiritual sangat mempengaruhi kehidupan lansia karena memberikan pandangan positif dalam memaknai kehidupan dan tujuan hidup lansia dalam menghadapi suatu masalah dan proses kehilangan yang sering dialami lansia.

Semua perubahan pada proses menua yang dialami lansia dapat menimbulkan terjadinya masalah psikososial apabila lansia tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Ketidakmampuan lansia beradaptasi dan ketidakadekuatan dukungan sosial yang diterima akan menimbulkan gangguan psikososial seperti perasaan kehilangan, kesepian, depresi, sulit tidur dan lain – lain (Miller, 2004). Berdasarkan uraian diatas perubahan yang terjadi pada lansia yaitu perubahan biologis, psikologis, sosial ekonomi dan spiritual dapat menjadikan lansia sebagai kelompok yang rentan terhadap berbagai permasalahan kesehatan khususnya masalah kesehatan mental dan depresi yang merupakan masalah kesehatan mental paling banyak ditemui pada lansia.

Depresi merupakan masalah paling banyak dialami lansia (Kompas, 2008) dan gangguan mental yang sering ditemukan selain insomnia, ansietas, dan delirium (Depkes, 2000). Depresi dapat memperpendek harapan hidup lansia karena pada lansia terjadi penurunan kualitas hidup sehingga menghambat pemenuhan tugas – tugas perkembangan lansia (Stanley & Beare, 2007). Lansia yang mengalami depresi dapat mengalami gangguan dalam kehidupan sehari-hari serta dalam aktivitas sosialnya.

Pada lansia dengan depresi dapat ditemukan satu atau lebih diagnosa keperawatan yang sesuai. Menurut (Priven & Buckwalter, 2001 dalam Miller 2004) pada kasus lansia dengan depresi, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah harga diri rendah, ketidakberdayaan, dan keputusasaan.

Selain ketiga diagnosa keperawatan tersebut bahwa diagnosa keperawatan isolasi sosial dapat juga ditegakkan pada lansia dengan depresi (Lueckenotte, 2006; Frisch, 2006; Gulanick & Myers, 2007). Jadi pada lansia depresi dapat ditemukan semua atau salah satu dari diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial.

Bentuk tindakan keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi depresi serta diagnosa keperawatan yang menyertainya adalah psikoedukasi keluarga. Pemberian psikoedukasi keluarga dapat diberikan kepada lansia dan keluarganya. Tujuan umum dari psikoedukasi keluarga adalah dapat menurunkan tingkat emosi yang terjadi dalam keluarga dan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang penyakit serta mengajarkan keluarga tentang upaya dalam membantu anggota keluarganya sebagai wujud perlindungan terhadap anggota keluarganya yang mengalami masalah yaitu dengan mengetahui gejala-gejala perilaku serta mendukung kekuatan dari keluarganya (Stuart & Laraia, 2005). Oleh karena itu psikoedukasi keluarga memiliki dapat diberikan bagi keluarga dan bagi anggota keluarga yang mengalami masalah melalui peningkatan pengetahuan dan pemahaman keluarga terhadap penyakit atau masalah kesehatan yang terjadi di dalam keluarganya. Selain itu dalam psikoedukasi keluarga juga diajarkan cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah baik psikososial maupun gangguan serta cara merawat *Caregiver* dalam mengatasi masalahnya akibat merawat salah satu anggota keluarganya.

*Caregiver* dalam merawat seorang 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.

Salah satu bentuk masalah keluarga (*Caregiver*) dalam merawat lansia dengan depresi adalah stres yang berupa ansietas, kemarahan, kelelahan, ketegangan, bosan, sedih yang dapat melibatkan semua aspek dalam kehidupan *Caregiver* tersebut sehingga mengakibatkan penurunan kualitas dalam memberikan layanan dan resiko *elder abuse* (Widyastuti dan Yuniar, 2011). Stres yang terjadi ini akan mempengaruhi status sehat sakitnya anggota keluarga, sehingga untuk mengatasinya diperlukan suatu tindakan berupa manajemen stres agar kecemasan *Caregiver* berkurang.

Dampak lain yang ditimbulkan pada keluarga (*Caregiver*) akibat merawat lansia dengan adalah diagnosa keperawatan resiko ketegangan peran pemberi asuhan dan Ketidakefektifan performa peran (NANDA, 2009). Resiko ketegangan peran pemberi asuhan yaitu pemberi asuhan rentan dan merasa kesulitan dalam melakukan peran pemberi asuhan keluarga. Faktor resiko yang berhubungan adalah banyaknya tugas pemberi asuhan, gangguan kesehatan pemberi asuhan, penerima asuhan menunjukkan perilaku yang aneh, ketidaksiapan pemberi asuhan baik berupa pengetahuan, pengalaman, kondisi fisik, ketidakadekuatan lingkungan fisik untuk menyediakan asuhan, kondisi ekonomi. Sedangkan faktor psikologis pemberi asuhan adalah kurang istirahat, kurang waktu senggang, adaptasi koping, stressor situasional (kehilangan, bencana dan kondisi ekonomi) serta kondisi penyakit dari penerima asuhan yang tidak dapat diduga.

Pada *Caregiver* juga akan mengalami diagnosa keperawatan ketidakefektifan performa peran yang merupakan pola perilaku dan ekspresi diri *Caregiver* yang tidak sesuai dengan harapan, norma dan konteks lingkungan. Batasan karakteristiknya meliputi perubahan persepsi peran, ansietas, perubahan pola tanggung jawab dari biasanya, kurangnya pengetahuan dan pengalaman, depresi, ketidakadekuatan adaptasi terhadap perubahan, ketidakadekuatan koping, ketidakadekuatan dukungan eksternal dan internal, perasaan pesimisme, ketidakberdayaan, kebingungan/ ketegangan peran serta kelebihan beban peran, dan ketidakpastian

Berdasarkan hal tersebut maka melalui psikoedukasi keluarga diharapkan *Caregiver* mengetahui perawatan yang dilakukan pada salah satu anggota keluarga yaitu lansia yang mengalami depresi serta masalah dan perawatan bagi *Caregiver* sendiri akibat merawat lansia dengan depresi. Olehkarena itu melalui modul psikoedukasi keluarga ini akan diajarkan tentang cara merawat lansia dengan depresi serta perawatan *Caregiver* dalam menghadapi stress akibat merawat lansia dengan depresi yang terbagi atas 4 (empat) sesi kegiatan yaitu :

1. Masalah dalam merawat lansia (masalah dalam merawat lansia dan masalah pribadi *Caregiver*)
2. Cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial
3. Cara merawat *Caregiver* yang mengalami stress dalam merawat lansia
4. Pemberdayaan keluarga dan komunitas

## **1.1 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan umum**

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa dapat memberikan pendidikan kesehatan dan melatih *Caregiver* dalam merawat lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial serta melatih *Caregiver* dalam merawat dirinya.

### **1.2.2 Tujuan khusus**

Setelah mempelajari modul ini perawat spesialis keperawatan jiwa diharapkan mampu :

- a. Mengidentifikasi masalah yang dialami keluarga dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial

- b. Mengidentifikasi masalah *Caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial
- c. Melatih *Caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial
- d. Merawat *Caregiver* yang mengalami stress dalam merawat lansia

### **1.3 Manfaat**

Modul ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pemeliharaan kesehatan jiwa lansia.

- 1.3.1 Bagi keluarga *Caregiver*, dapat dijadikan panduan dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial.
- 1.3.2 Bagi puskesmas, dapat dijadikan pedoman pengembangan program kesehatan jiwa komunitas dan mencegah terjadinya masalah keluarga dalam merawat lansia dengan depresi
- 1.3.3 Bagi perawat spesialis jiwa, dapat memberikan keperawatan jiwa komunitas khususnya pada keluarga yang merawat lansia dengan depresi

## **BAB 2**

### **PELAKSANAAN PSIKOEDUKASI KELUARGA DALAM MERAWAT LANSIA DEPRESI**

Terapi ini terdiri dari 4 (empat) sesi dimana tiap sesi dilaksanakan dalam waktu antara 40-60 menit. Sesi yang sama dapat diulang kembali bila tujuan sesi tersebut belum tercapai. Langkah-langkah kegiatan terapi adalah :

#### **Sesi 1 : Identifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang muncul akibat perubahan pada lansia yang dialami keluarga**

##### **a. Mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada lansia dan akibat yang muncul dari perubahan tersebut.**

Lansia merupakan periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang. Pada tahap ini akan terjadi suatu proses menua yang terjadi secara alamiah, adanya perubahan pada aspek fisik/ biologis, psikologis, kognitif, sosial dan spiritual yang saling berinteraksi satu sama lain (Miller, 200; Ebersole & Hess, 2010 ). Perubahan biologis/ fisik yang terjadi adalah ini mengakibatkan perubahan pada semua sistem organ seperti pada kulit yang mengakibatkan kulit menjadi keriput dan tidak elastis, sistem kardiovaskuler mengalami penurunan kemampuan dalam berkontraksi yang mengakibatkan timbulnya penyakit degeneratif dan kronis seperti jantung, hipertensi serta penyakit fisik lainnya (Ebersole & Hess, 2010). Pada sistem muskuloskeletal terjadi penurunan masa tulang, gangguan pada tulang seperti kifosis, atrofi otot dan osteoporosis yang mengakibatkan lansia mengalami keterbatasan fisik (Hurlock, 2004; Nugroho, 2006).

Perubahan biologis pada sistem pancaindra seperti penurunan kemampuan pendengaran yang mengakibatkan lansia mengalami ketegangan/ stress, penurunan daya akomodasi dan luas pandang

berkurang, penurunan kemampuan sensasi (Nugroho, 2006) akan berdampak pada kemampuan sensasi, persepsi dan penampilan psikomotor yang sangat penting bagi individu dalam menjalankan aktivitas sehari – hari.

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.

Perubahan sosial yang dapat dialami lansia antara lain perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, perubahan sosio ekonomi, terisolasi, lebih memilih bergaul dengan seusianya, kehilangan pasangan hidup serta kehilangan sistem pendukung dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole & Hess, 2010; Semiun, 2006). Selain itu perubahan spiritual juga terjadi pada lansia. Spiritual merupakan coping/ kontrol bagi individu dalam berhubungan sosial dengan orang lain dan lingkungan budaya, menghadapi proses kehilangan, sehingga seseorang tersebut menemukan makna dari kehidupan, kualitas hidup serta perasaan untuk mencapai kesejahteraan (Delgado, 2007 dalam Ebersole & Hess, 2010; Wong et al, 1998). Jadi pada lansia perubahan spiritual akan tampak pada perilaku seperti rajin/ giat beribadah, lebih bijak dalam memandang kehidupan serta memiliki kesiapan dalam menghadapi kematian.

Semua perubahan pada proses menua yang terjadi pada lansia dapat menimbulkan terjadinya masalah psikososial apabila lansia tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi.

Ketidakmampuan lansia beradaptasi dan ketidakadekuatan dukungan sosial yang diterima akan menimbulkan gangguan psikososial seperti perasaan kehilangan, kesepian, depresi, sulit tidur dan lain – lain (Miller, 2004). 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.

Pada lansia dengan depresi dapat ditemukan satu atau lebih diagnosa keperawatan yang sesuai. Menurut (Priven & Buckwalter, 2001 dalam Miller 2004) pada kasus lansia dengan depresi, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah harga diri rendah, ketidakberdayaan, dan keputusan dan isolasi sosial (Lueckenotte, 2006; Frisch, 2006; Gulanick & Myers, 2007). Jadi pada lansia depresi dapat ditemukan semua atau salah satu dari diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan isolasi sosial.

Harga diri rendah ditandai dengan perasaan diri yang negatif dan dihubungkan dengan perasaan lemah, tidak berdaya, tidak ada harapan, takut bahaya, lemah, rapuh, tidak sempurna, tidak berharga dan tidak adekuat (Stuart & Laraia, 2005; NANDA, 2009).

Ketidakterdayaan (*Powerlessness*) ditandai dengan merasa lelah, menurunnya aktivitas, tidak mampu membuat keputusan, tidak memiliki kemauan untuk ADL, penurunan motivasi/ kesenangan serta berinteraksi dengan orang lain (NANDA, 2009; Varcarolis, 2010).

Keputusasaan (*Hopelessness*) ditandai dengan gejala fisik berupa gangguan tidur, kehilangan berat badan, merasa lelah dan tidak mampu membuat keputusan, penurunan respon stimulus, perasaan sedih, bersalah, kurang inisiatif dan perasaan tidak berguna serta kurang respon ketika diajak berkomunikasi. (NANDA, 2009; Varcarolis, 2010).

Isolasi sosial ditandai dengan penurunan aktivitas, penurunan efisiensi/ produktivitas kerja, kurang inisiatif, afek tumpul, mengungkapkan penolakan dalam berinteraksi dengan orang lain, tidak percaya diri, menunjukkan permusuhan, keinginan untuk menyendiri serta tidak komunikatif (NANDA, 2009; Varcarolis, 2010)

**b. Mengidentifikasi masalah yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial.**

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.

### **Strategi pelaksanaan sesi 1**

#### **A. Tujuan:**

*Caregiver* mampu :

1. Mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang timbul akibat perubahan tersebut
2. Menyampaikan masalah yang dihadapi *Caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

#### **B. Setting tempat**

Di ruang pertemuan yang ada di masyarakat

1. *Caregiver* dan terapis duduk bersama secara melingkar
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
3. *Caregiver* dan terapis menggunakan papan nama

**C. Alat**

Kartu nama, buku kerja, pena, buku raport dan format evaluasi sesi 1.

**D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

**E. Langkah-langkah**

## 1. Persiapan

- a. Membuat kontrak dengan keluarga (*Caregiver*) satu hari sebelumnya bahwa terapi akan dilaksanakan secara kelompok dalam 4 (empat) sesi 6 kali pertemuan dengan waktu pelaksanaan masing-masing sesi 40 sampai 60 menit. *Caregiver* berada ditempat 10 menit sebelum kegiatan dimulai.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

## 2. Pelaksanaan

## 1. Fase Orientasi

## 1) Salam terapeutik

Salam terapeutik dari terapis kepada *Caregiver*, perkenalan dengan semua anggota kelompok dengan menyampaikan nama dan panggilan terapis, menanyakan nama dan panggilan *Caregiver*.

## 2) Evaluasi/validasi

Menanyakan bagaimana perasaan *Caregiver* saat ini.

## 3) Kontrak

- a) Menjelaskan kegiatan psikoedukasi keluarga dengan jumlah sesi sebanyak 4 (empat) sesi dan menyepakati jadwal pertemuan
- b) Menjelaskan tujuan sesi pertama mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada lansia, masalah yang timbul akibat perubahan tersebut serta masalah yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia.
- c) Terapis menjelaskan aturan main sebagai berikut:
  - Lama kegiatan 40 sampai 60 menit.
  - *Caregiver* mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
  - *Caregiver* berperan aktif dalam mengungkapkan pikiran, perasaan dan perilakunya pada saat *sharing* pengalaman.

## 2. Fase Kerja

### 1) Ice breaking

- a) Meminta *Caregiver* untuk duduk membentuk setengah lingkaran dan membagi kartu nama dengan warna yang berbeda
- b) Meminta *Caregiver* menuliskan namanya dan memakai kartu nama tersebut
- c) Meminta *Caregiver* memperkenalkan dirinya dengan menyebutkan nama, panggilan, alamat dan hobi
- d) Meminta *Caregiver* memperkenalkan salah satu temannya.

### 2) Mendiskusikan tentang perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang timbul akibat perubahan tersebut.

- a) Masing – masing *Caregiver* menyampaikan perubahan yang terjadi pada lansia
- b) Masing – masing *Caregiver* menyampaikan masalah yang ditimbulkan dari perubahan tersebut
- c) Masing – masing *Caregiver* menuliskan pada buku kerja
- d) Terapis menyimpulkan dan menjelaskan perubahan yang terjadi pada lansia serta masalah yang ditimbulkan dari perubahan tersebut

### 3) Berbagi pengalaman tentang masalah yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi :

- a) Identifikasi masalah yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia
- b) Menuliskan masalah tersebut ke dalam buku kerja
- c) Terapis menyimpulkan dan menjelaskan masalah yang dapat dialami *Caregiver* dalam merawat lansia

### 4) Memberikan Pujian

### 3. Fase Terminasi

#### 1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan *Caregiver* setelah mengikuti kegiatan psikoedukasi keluarga
- b) Mengevaluasi kemampuan *Caregiver* dalam mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah akibat yang ditimbulkan dari perubahan tersebut
- c) Mengevaluasi kemampuan *Caregiver* mengenal masalah dalam merawat lansia dengan
- d) Memberikan pujian kepada kelompok

#### 2) Tindak lanjut

- a) Menganjurkan *Caregiver* untuk mengidentifikasi kembali perubahan yang terjadi pada lansia selain yang ditulis tadi kemudian menuliskan pada buku kerja
- b) Menuliskan kembali masalah akibat perubahan yang terjadi pada lansia selain yang disampaikan tadi kemudian menuliskan pada buku kerja
- c) Meminta *Caregiver* menyampaikan masalah yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia selain yang disampaikan tadi dan kemudian menuliskan kembali pada buku kerja

#### 3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati kegiatan sesi 2 yaitu cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusasaan.
- b) Menyepakati waktu dan tempat pertemuan sesi 2 (dua).

### 4. Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi kemampuan *Caregiver* dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang timbul akibat perubahan tersebut serta masalah yang dihadapi *Caregiver* dalam merawat lansia. Evaluasi dilakukan pada buku evaluasi, sedangkan dilakukan pada buku kerja

## **Sesi 2 : Cara merawat lansia dengan depresi**

### **a. Perawatan lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusan (pertemuan pertama)**

#### **1. Depresi**

Depresi adalah suatu keadaan kesedihan atau keputusan yang ekstrim yang mencapai suatu titik tertentu yang mempengaruhi aktifitas dan kualitas hidup individu (Indian Womens Health, 2009).

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. Secara umum depresi ditandai oleh suasana perasaan murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya (Basuki, dkk, 2007). 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).

#### **2. Harga diri rendah**

Harga diri adalah penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri (Keliat, 1999). 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 (Murk, 1999 dalam Weber, 2003).

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).

### 3. Keputusasaan

Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilhan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya (NANDA, 2009). Karakteristik diagnosa keperawatan keputusasaan adalah afek menurun, pasif, penurunan verbalisasi, nafsu makan menurun, gangguan tidur, kehilangan inisiatif dan aktivitas menurun (Gulanick & Myers, 2007; NANDA, 2009).

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

### Strategi pelaksanaan sesi 2

#### A. Tujuan:

*Caregiver* mampu:

1. Mengidentifikasi tanda dan gejala depresi yang dialami lansia
2. Mengidentifikasi tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami lansia
3. Mengidentifikasi tanda dan gejala keputusasaan yang dialami lansia
4. Merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusasaan

**B. Setting tempat**

Di ruang pertemuan yang ada di masyarakat

1. *Caregiver* dan terapis duduk bersama secara melingkar
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
3. *Caregiver* dan terapis menggunakan papan nama

**C. Alat**

Kartu nama, leaflet, buku kerja, pena, buku raport dan format evaluasi sesi 1 dan sesi 2.

**D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

**E. Langkah-langkah**

1. Persiapan
  - a. Membuat kontrak dengan *Caregiver* satu hari sebelumnya bahwa terapi akan dilaksanakan secara kelompok dengan waktu pelaksanaan 40 sampai 60 menit. Peserta berada ditempat 10 menit sebelum kegiatan dimulai.
  - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
2. Pelaksanaan
  - a. Fase Orientasi
    - 1) Salam terapeutik  
Salam terapeutik dari terapis kepada *Caregiver*
    - 2) Evaluasi/validasi
      - a) Menanyakan perasaan dan kondisi *Caregiver* saat ini
      - b) Menanyakan apakah *Caregiver* menemukan lagi perubahan yang terjadi pada lansia
      - c) Menanyakan apakah *Caregiver* menemukan lagi masalah akibat dari perubahan lansia
      - d) Menanyakan apakah *Caregiver* menemukan lagi masalah yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia
      - e) Menganjurkan *Caregiver* untuk mencek pada buku kerja
      - f) Berikan pujian jika *Caregiver* telah melakukannya.

### 3) Kontrak

- a) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan pada sesi ini
- b) Menjelaskan tujuan sesi kedua pertemuan pertama : cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, keputusan
- c) Terapis menjelaskan aturan main sebagai berikut:
  - Lama kegiatan 40 sampai 60 menit.
  - *Caregiver* mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
  - *Caregiver* berperan aktif dalam mengungkapkan pikiran, perasaan dan perilakunya pada saat *sharing* pengalaman

#### a. Fase Kerja

- 1) Identifikasi pengetahuan *Caregiver* tentang tanda dan gejala dari depresi, harga diri rendah, keputusan
  - a. Masing – masing *Caregiver* diminta untuk menyampaikan tanda dan gejala yang diketahui dari lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah, keputusan
  - b. Meminta *Caregiver* menuliskan pada buku kerja masing – masing
  - c. Terapis menyimpulkan dan menjelaskan tanda dan gejala dari lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah, keputusan,
- 2) Mengajarkan cara merawat lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah, keputusan
  - a. Terapis menjelaskan dan mempraktekkan cara merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah dan keputusan
    - 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 keputusan

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. ”*

- c) Meminta Caregiver untuk mempraktekkan cara merawat yang sudah disampaikan
- d) Memberikan pujian kepada *Caregiver*

### c. Fase Terminasi

#### 1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan *Caregiver* setelah mengikuti kegiatan
- b) Mengevaluasi kemampuan mengidentifikasi tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan
- c) Mengevaluasi kemampuan *Caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan,

#### 2) Tindak lanjut

- a) Memotivasi *Caregiver* untuk menuliskan kembali pada buku kerja tanda dan gejala yang ditemukan pada lansia dengan depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan
- b) Meminta *Caregiver* untuk menyampaikan kepada keluarga yang lain sambil melatih diri *Caregiver* di rumah bagaimana cara merawat lansia depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan

#### 3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati kegiatan sesi 2 (pertemuan kedua) :yaitu merawat lansia ketidakberdayaan, dan isolasi sosial
- b) Menyepakati waktu dan tempat pertemuan sesi 2 (pertemuan kedua)

### 3. Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi kemampuan *Caregiver* dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan mengetahui tanda dan gejala lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah, keputusasaan, serta mempraktekkan cara melakukan perawatan yang dilakukan pada lansia tersebut dan pendokumentasian dilakukan pada buku evaluasi.

**b. Perawatan lansia dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial  
(pertemuan kedua)**

**1. Ketidakberdayaan (*Powerlessness*)**

Ketidakberdayaan (*Powerlessness*) adalah ungkapan verbal individu karena kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu (Gulanick & Myers, 2007). Sehingga individu mempersepsikan bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan mempengaruhi hasil terhadap situasi saat ini dan yang akan terjadi (NANDA, 2009)

Faktor yang mempengaruhi individu dengan ketidakberdayaan (*Powerlessness*) adalah lingkungan layanan kesehatan, regimen terkait penyakit, interaksi interpersonal serta gaya individu tersebut (NANDA, 2009). Pada individu dengan ketidakberdayaan dapat ditemukan tanda dan gejala yang dikelompokkan berdasarkan atas:

1. Gejala fisik yang ditemukan yaitu merasa lelah, menurunnya aktivitas, tidak mampu membuat keputusan, tidak mau mencari informasi, tidak mau berpartisipasi dalam pembuatan keputusan tentang dirinya, iritabilitas serta tidak memiliki kemauan untuk ADL.
2. Gejala psikis yang ditemukan adalah pasif, marah, benci, frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya, ketakutan, adanya perasaan tidak berguna, perasaan bersalah serta enggan mengungkapkan apa yang diinginkan.
3. Gejala sosial yang ditemukan adalah lansia akan menjadi pasif (penurunan motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain)

(NANDA, 2009; Varcarolis, 2010)

Tindakan yang dapat dilakukan keluarga pada lansia depresi dengan diagnosa ketidakberdayaan adalah keluarga mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki lansia dan membantu lansia 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.

(Keperawatan kesehatan jiwa, 2007)

## 2. Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah kesepian yang dialami individu dan dirasakan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam (NANDA, 2009). Faktor yang berhubungan dengan kondisi isolasi sosial adalah karena perubahan status mental, gangguan penampilan fisik, gangguan kondisi kesehatan, pengalaman terhadap tidak adanya hubungan interpersonal yang memuaskan, ketidakmampuan menjalankan hubungan yang memuaskan, perilaku sosial yang tidak diterima serta adanya nilai sosial yang tidak diterima.

Pada individu dengan isolasi sosial dapat ditemukan tanda dan gejala yang dikelompokkan berdasarkan atas:

1. Gejala fisik meliputi berupa penurunan aktivitas, penurunan efisiensi dan produksi kerja
2. Gejala psikologis meliputi perasaan sedih, tidak memiliki tujuan hidup yang adekuat, merasa bersalah, kurang inisiatif, afek tumpul, sering

mengungkapkan perasaan kesendirian, mengungkapkan penolakan dalam berinteraksi dengan orang lain, tidak percaya diri.

3. Gejala sosial yaitu tidak memiliki dukungan yang dianggap penting, menunjukkan permusuhan, keinginan untuk menyendiri, menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima oleh kelompok, tidak komunikatif, (NANDA, 2009; Varcarolis, 2010)

Tindakan yang dapat diberikan keluarga pada lansia depresi dengan diagnosa keperawatan isolasi sosial adalah bertujuan agar keluarga mampu merawat lansia dengan isolasi sosial di rumah. Adapun tahapan yang dapat diberikan keluarga dalam merawat lansia isolasi sosial di rumah meliputi:

- a. Mengajak lansia untuk berkomunikasi dengan keluarga lainnya serta orang disekitar lansia
- b. Mengajarkan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara berkomunikasi dengan lansia

## **Strategi pelaksanaan sesi 2**

### **A. Tujuan:**

*Caregiver* mampu:

1. Mengidentifikasi tanda dan gejala ketidakberdayaan yang dialami lansia
2. Mengidentifikasi tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami lansia
3. Merawat lansia dengan depresi, ketidakberdayaan dan isolasi sosial

### **B. Setting tempat**

Di ruang pertemuan yang ada di masyarakat

2. *Caregiver* dan terapis duduk bersama secara melingkar
3. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
4. *Caregiver* dan terapis menggunakan papan nama

### C. Alat

Kartu nama, leaflet, buku kerja, pena, buku raport dan format evaluasi sesi 1 dan sesi 2 (pertemuan pertama)

### D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

### E. Langkah-langkah

#### 1. Persiapan

- a. Membuat kontrak dengan *Caregiver* satu hari sebelumnya bahwa terapi akan dilaksanakan secara kelompok dengan waktu pelaksanaan 40 sampai 60 menit. Peserta berada ditempat 10 menit sebelum kegiatan dimulai.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

#### 2. Pelaksanaan

##### a. Fase Orientasi

###### 1) Salam terapeutik

Salam terapeutik dari terapis kepada *Caregiver*

##### a. Evaluasi/validasi

1. Menanyakan perasaan dan kondisi *Caregiver* saat ini
2. Menanyakan apakah *Caregiver* menemukan lagi tanda dan gejala depresi, harga diri rendah, dan keputusasaan
3. Menanyakan apakah *Caregiver* sudah mempraktikkan cara merawat lansia seperti yang sudah diajarkan
4. Menganjurkan *Caregiver* untuk mencek pada buku kerja
5. Berikan pujian jika *Caregiver* telah melakukannya.

##### b. Kontrak

1. Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan pada sesi 2 pertemuan kedua
2. Menjelaskan tujuan sesi 2 pertemuan kedua : cara merawat lansia dengan ketidakberdayaan dan isolasi sosial

3. Terapis menjelaskan aturan main sebagai berikut:
  - Lama kegiatan 40 sampai 60 menit.
  - *Caregiver* mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
  - *Caregiver* berperan aktif dalam mengungkapkan pikiran, perasaan dan perilakunya pada saat *sharing* pengalaman

b. Fase Kerja

- 1) Identifikasi pengetahuan *Caregiver* tentang tanda dan gejala dari ketidakberdayaan dan isolasi sosial
  - a. Masing – masing *Caregiver* diminta untuk menyampaikan tanda dan gejala yang diketahui dari lansia yang mengalami depresi, ketidakberdayaan, dan isolasi sosial
  - b. Meminta *Caregiver* menuliskan pada buku kerja masing – masing
  - c. Terapis menyimpulkan dan menjelaskan tanda dan gejala dari lansia yang mengalami ketidakberdayaan dan isolasi sosial.
- 2) Mengajarkan cara merawat lansia yang mengalami ketidakberdayaan dan isolasi sosial
  - a. Terapis menjelaskan dan mempraktekkan cara merawat lansia dengan 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. “Dan jangan lupa untuk selalu memberikan pujian bila lansia mampu melakukannya.*

- Merawat lansia dengan isolasi sosial

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

*“Untuk menghadapi keadaan pasien 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.”*

- b. Meminta Caregiver untuk mempraktekkan cara merawat yang sudah disampaikan
- c. Memberikan pujian kepada *Caregiver*

c. Fase Terminasi

Evaluasi

- a. Menanyakan perasaan *Caregiver* setelah mengikuti kegiatan
- b. Mengevaluasi kemampuan mengidentifikasi tanda dan gejala ketidakberdayaan, dan isolasi sosial
- c. Mengevaluasi kemampuan *Caregiver* dalam merawat lansia ketidakberdayaan dan isolasi sosial.

2) Tindak lanjut

- a) Memotivasi *Caregiver* untuk menuliskan kembali pada buku kerja tanda dan gejala yang ditemukan pada lansia dengan depresi, ketidakberdayaan, dan isolasi sosial
- b) Meminta *Caregiver* untuk menyampaikan kepada keluarga yang lain sambil melatih diri *Caregiver* di rumah bagaimana cara merawat lansia dengan ketidakberdayaan, dan isolasi sosial

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati kegiatan sesi 3 : merawat *Caregiver* yang mengalami stress akibat merawat keluarga
- b) Menyepakati waktu dan tempat pertemuan sesi 3 (tiga)

3. Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi kemampuan *Caregiver* dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan mengetahui tanda dan gejala lansia yang mengalami depresi, ketidakberdayaan dan isolasi sosial serta mempraktekkan cara melakukan perawatan yang dilakukan pada lansia tersebut dan pendokumentasian dilakukan pada buku evaluasi.

**Sesi 3 : Merawat *Caregiver* yang mengalami stress akibat merawat lansia  
(Pertemuan pertama)**

**1. Dengan menggunakan teknik nafas dalam dan hipnotis 5 (lima) jari.**

Keluarga (*Caregiver*) yang merawat lansia dengan depresi akan mengalami stres. Stres yang dialami dapat berupa ansietas, kemarahan, kelelahan. Sesi ini bertujuan untuk mempersiapkan keluarga (*Caregiver*) mengatasi stres yang dialami dalam merawat lansia dengan depresi. Salah satunya yaitu mengatasi ansietas dengan melakukan manajemen ansietas 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 senyaman 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

1. Pejamkan mata, tenangkan pikiran, rilekskan badan
2. Sentuh ibu jari dengan telunjuk. Kenang saat anda sehat, fisik menyenangkan, segar, habis olah raga, jalan-jalan (kenang semua keadaan fisik yang menyenangkan)
3. Sentuh ibu jari dengan jari tengah. Kenang saat anda jatuh cinta, kasmaran, kehangatan, atau percakapan intim (kenangan manis dengan orang yang dicintai)
4. Sentuh ibu jari dengan jari manis. Kenang saat anda mendapat pujian, penghargaan, prestasi, dan anda sangat berterimakasih (kenang semua keberhasilan dan prestasi)

5. Sentuh ibu jari dengan kelingking. Kenang semua tempat terindah yang pernah dikunjungi, bayangkan anda berada di sana beberapa saat

### **Strategi pelaksanaan sesi 3**

#### **A. Tujuan:**

*Caregiver* mampu :

1. Menyebutkan kondisi psikologis (stres) yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia
2. Melakukan cara mengatasi stres yang dialami dengan teknik nafas dalam dan hipnotis 5 (lima) jari.

#### **B. Setting tempat**

Di ruangan pertemuan yang ada di masyarakat

1. *Caregiver* dan terapis duduk bersama secara melingkar
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
3. *Caregiver* dan terapis menggunakan papan nama

#### **C. Alat**

Kartu nama, leaflet, buku kerja, pena, buku raport dan format evaluasi sesi 1, sesi 2, dan sesi 3.

#### **D. Metode**

Diskusi, tanya jawab dan role play

#### **E. Langkah-langkah**

1. Persiapan
  - a. Membuat kontrak dengan *Caregiver* satu hari sebelumnya bahwa terapi akan dilaksanakan secara kelompok dengan waktu pelaksanaan 40 sampai 60 menit. *Caregiver* berada ditempat 10 menit sebelum kegiatan dimulai.
  - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

## 2. Pelaksanaan

### a. Fase Orientasi

#### 1) Salam terapeutik

Salam terapeutik dari terapis kepada *Caregiver*

#### 2) Evaluasi/validasi

a) Menanyakan perasaan dan kondisi *Caregiver* saat ini

b) Mengajukan *Caregiver* untuk mengecek buku kerja, cek kembali apa yang sudah dilakukan selama dirumah. Apakah sudah ada tambahan yang dilakukan oleh *Caregiver* terkait dengan pelaksanaan pada sesi satu dan dua.

c) Berikan pujian jika *Caregiver* telah melakukannya.

d) Berikan motivasi jika *Caregiver* masih belum mampu untuk melakukan

#### 3) Kontrak

a) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan pada sesi 3

b) Menjelaskan tujuan sesi ketiga : menyebutkan kondisi (stres) yang dialami *Caregiver* dan cara mengatasi stres *Caregiver* dalam merawat lansia dengan depresi dengan menggunakan teknik nafas dalam, hipnotis 5 (lima) jari, relaksasi proressif dan penghentian pikiran.

c) Terapis menjelaskan aturan main sebagai berikut:

- Lama kegiatan 40 sampai 60 menit.
- *Caregiver* mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
- *Caregiver* berperan aktif selama mengikuti kegiatan

### b. Fase Kerja

1) Meminta *Caregiver* menyampaikan kondisi psikologis (stres) yang dialami dan tanda – tandanya (sesuai yang disampaikan pada sesi 1)

2) Terapis menjelaskan dan mengajarkan tentang cara mengatasi stres yang dialami dengan teknik nafas dalam.

a. Mengajarkan *Caregiver* mengatasi stres dengan cara teknik nafas dalam.

*Pertama – tama marilah kita lakukan teknik nafas dalam, sebelumnya lakukan langkah-langkah sebagai berikut : duduk dengan posisi senyaman mungkin, atau berdiri tegak, pejamkan mata, lemaskan semua otot kemudian tarik napas dalam melalui hidung dan tahan ( sampai hitungan ketiga), dan hembuskan napas melalui mulut secara perlahan-lahan dengan suara kelegaan. Ulangi latihan ini sampai empat kali*

- b. Meminta *Caregiver* untuk mempraktikkan teknik nafas dalam
- c. Memberikan umpan balik positif kepada *Caregiver*

3) Terapis menjelaskan dan mengajarkan tentang cara mengatasi stres yang dialami dengan teknik hipnotis 5 (lima) jari.

a. Mengajarkan *Caregiver* mengatasi stres dengan cara 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*

- b. Meminta *Caregiver* untuk mempraktikkan teknik hipnotis 5 (lima) jari
- c. Memberikan umpan balik positif kepada *Caregiver*
- d. Memberikan pujian

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan *Caregiver* setelah mengikuti kegiatan
- b) Mengevaluasi kemampuan *Caregiver* dalam mengatasi stres dengan teknik yang sudah diajarkan
- c) Memberikan pujian kepada *Caregiver*

2) Tindak lanjut

- a) Menganjurkan *Caregiver* untuk menyebutkan kembali kondisi psikologis (stress) yang dialami dalam merawat lansia
- b) Memotivasi *Caregiver* untuk mempraktikkan cara mengatasi stres yang sudah diajarkan di rumah
- c) Menuliskan kegiatan yang dilakukan di rumah pada buku kerja

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati kegiatan sesi 3 pertemuan kedua yaitu mempraktikkan cara mengatasi stres dengan menggunakan teknik relaksasi progresif dan penghentian pikiran
- b) Menyepakati waktu dan tempat pertemuan sesi 3 (tiga) lanjutan

3. Evaluasi

Evaluasi kemampuan *Caregiver* dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan mengatasi stres yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia dengan mempraktekkan teknik nafas dalam dan hipnotis 5 (lima) jari. Evaluasi dilakukan pada buku evaluasi serta pendokumentasian dilakukan pada buku kerja

**Sesi 3 : Merawat *Caregiver* yang mengalami stress akibat merawat lansia  
(Pertemuan kedua)**

**2. Dengan menggunakan teknik relaksasi progresif dan penghentian pikiran**

Adapun cara yang dilakukan pada sesi 3 pertemuan kedua adalah relaksasi progressif dan penghentian pikiran

**a. Relaksasi progresif**

Cara ini dapat digunakan apabila muncul gejala-gejala seperti lelah, kram 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
- 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.
- j Ulangi setiap kegiatan sampai empat kali

b. Penghentian pikiran

Cara penghentian pikiran dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Buat daftar pikiran yang menegangkan/dikhawatirkan
- b. Nilai yang paling tidak menyenangkan
- c. Tarik napas dalam, kosongkan pikiran
- d. Bayangkan pikiran yang paling tidak menyenangkan dan coba berpikir rasional dan normal ( dengan menutup mata)
- e. Putuskan dengan bantuan set alarm jam tiga menit atau hitung 1 sampai 5 atau 1 sampai 10. Pada saat alarm atau hitungan berakhir katakan “STOP”
- 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 selalu gagal ujian”, langsung katakan pada diri : “Tapi ada kok ujian yang saya lulus”

### Strategi pelaksanaan sesi 3

#### A. Tujuan:

*Caregiver* mampu :

1. Menyebutkan kondisi psikologis (stres) yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia
2. Melakukan cara mengatasi stres yang dialami dengan relaksasi progresif (lima) dan penghentian pikiran

#### B. Setting tempat

Di ruangan pertemuan yang ada di masyarakat

1. *Caregiver* dan terapis duduk bersama secara melingkar
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
3. *Caregiver* dan terapis menggunakan papan nama

**F. Alat**

Kartu nama, leaflet, buku kerja, pena, buku raport dan format evaluasi sesi 1, sesi 2, dan sesi 3 (pertemuan pertama)

**G. Metode**

Diskusi, tanya jawab dan role play

**H. Langkah-langkah**

## 1. Persiapan

- a. Membuat kontrak dengan *Caregiver* satu hari sebelumnya bahwa terapi akan dilaksanakan secara kelompok dengan waktu pelaksanaan 40 sampai 60 menit. *Caregiver* berada ditempat 10 menit sebelum kegiatan dimulai.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

## 2. Pelaksanaan

## a. Fase Orientasi

## 1) Salam terapeutik

Salam terapeutik dari terapis kepada *Caregiver*

## 2) Evaluasi/validasi

- a) Menanyakan perasaan dan kondisi *Caregiver* saat ini
- b) Menganjurkan *Caregiver* untuk mengecek buku kerja, cek kembali apa yang sudah dilakukan selama dirumah. Apakah sudah ada tambahan yang dilakukan oleh *Caregiver* terkait dengan pelaksanaan pada sesi satu, dua, dan tiga
- c) Berikan pujian jika *Caregiver* telah melakukannya.
- d) Berikan motivasi jika *Caregiver* masih belum mampu untuk melakukan

## 3) Kontrak

- a) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan pada sesi 3 pertemuan kedua
- b) Menjelaskan tujuan sesi ketiga : cara mengatasi stres *Caregiver* dalam merawat lansia depresi dengan teknik hipnotis 5 jari dan penghentian pikiran

c) Terapis menjelaskan aturan main sebagai berikut:

- Lama kegiatan 40 sampai 60 menit.
- *Caregiver* mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
- *Caregiver* berperan aktif selama mengikuti kegiatan

b. Fase Kerja

- 1) Meminta *Caregiver* menyampaikan kondisi psikologis (stres) yang dialami dan tanda – tandanya (sesuai yang disampaikan pada sesi 1)
- 2) Terapis menjelaskan dan mengajarkan tentang cara mengatasi stres yang dialami dengan relaksasi progresif.

a. Mengajarkan cara relaksasi progresif

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

*Pertama – tama duduk dengan posisi senyaman mungkin, atau berdiri tegak, pejamkan mata, lemaskan semua otot kemudian tarik napas dalam melalui hidung dan tahan ( sampai hitungan ketiga), dan hembuskan napas melalui mulut secara perlahan-lahan dengan suara kelegaan. Kemudian lakukan gerakan inti yaitu:*

1. *Kerutkan dahi dan pejamkan mata dengan kencang (sampai hitungan ketiga-4) kemudian lemaskan*
2. *Monyongkan mulut kedepan (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan*
3. *Tarik pipi kesamping (hitungan 3-4) lemaskan*
4. *Tarik dagu sampai sampai menyentuh dada (sampai hitungan 3-4), angkat dagu mendongak kedepan (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan*
5. *Angkat kedua bahu setinggi mungkin (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan*

6. *Kepalkan kedua telapak tangan, kencangkan lengan bawah dan lengan atas kearah depan atau kesamping (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan*
  7. *Lengkungkan punggung kebelakang sambil membusungkan dada (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan*
  8. *Tarik napas dalam, Kempiskan perut (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan*
  9. *Dalam posisi duduk tarik ibu jari kaki, kencangkan betis, paha dan bokong (sampai hitungan 3-4) kemudian lemaskan*
  10. *Ulangi setiap kegiatan sampai empat kali*
- b. Memberikan umpan balik positif kepada *Caregiver*
  - c. Meminta *Caregiver* untuk mempraktekkan kembali
  - d. Memberikan pujian
3. Terapis menjelaskan dan mengajarkan tentang cara mengatasi stres yang dialami dengan teknik penghentian pikiran.
    - a. Mengajarkan *Caregiver* mengatasi stres dengan cara teknik penghentian pikiran :
      1. *Pertama – tama membuat daftar pikiran yang tidak menyenangkan*
      2. *Kemudian pilih dari salah satu pikiran yang paling tidak menyenangkan dari daftar tersebut*
      3. *Tarik napas dalam, kosongkan pikiran*
      4. *Bayangkan pikiran yang paling tidak menyenangkan dan coba berpikir rasional dan normal ( dengan menutup mata)*
      5. *Putuskan dengan bantuan set alarm jam tiga menit atau hitung 1 sampai 5 atau 1 sampai 10. Pada saat alarm atau hitungan berakhir katakan “STOP”*
      6. *Putuskan tanpa bantuan. Pada saat membayangkan pikiran yang tidak menyenangkan, katakan “STOP”*

7. *Ganti pikiran : pada saat muncul pikiran yang tidak menyenangkan, lalu dilawan atau diganti secara atentif/positif dan rasional. Misalnya: “saya selalu gagal ujian”, langsung katakan pada diri : “Tapi ada kok ujian yang saya lulus*
  - b. Meminta *Caregiver* untuk mempraktikkan teknik penghentian pikiran.
  - c. Memberikan umpan balik positif kepada *Caregiver*
  - d. Memberikan pujian
- c. Fase Terminasi
- 1) Evaluasi
    - a) Menanyakan perasaan *Caregiver* setelah mengikuti kegiatan
    - b) Mengevaluasi kemampuan *Caregiver* dalam mengatasi stres dengan teknik yang sudah diajarkan
    - c) Memberikan pujian kepada *Caregiver*
  - 2) Tindak lanjut
    - a) Menganjurkan *Caregiver* untuk menyebutkan kembali kondisipsikologis (stress) yang dialami dalam merawat lansia
    - b) Memotivasi *Caregiver* untuk mempraktikkan cara mengatasi stres yang sudah diajarkan di rumah
    - c) Menuliskan kegiatan yang dilakukan di rumah pada buku kerja
  - 3) Kontrak yang akan datang
    - a) Menyepakati kegiatan sesi 4 : pemberdayaan keluarga dan komunitas
    - b) Menyepakati waktu dan tempat pertemuan sesi 4 (empat)

### 3. Evaluasi

Evaluasi kemampuan *Caregiver* dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan mengatasi stres yang dialami *Caregiver* dalam merawat lansia dengan mempraktekkan relaksasi progresif dan penghentian pikiran dan pendokumentasian dilakukan pada buku evaluasi serta buku kerja.

#### **Sesi 4 : Pemberdayaan keluarga dan komunitas**

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 .

#### **Strategi pelaksanaan sesi 4**

##### **A. Tujuan:**

*Caregiver* dapat :

1. Menyampaikan pengalaman memberdayakan anggota keluarga dalam merawat lansia.
2. Menyampaikan pengalaman tentang kesulitannya dalam mencari pelayanan kesehatan
3. Mengetahui tentang cara mencari dukungan melalui kegiatan kelompok

##### **B. Setting tempat**

Di ruang pertemuan yang ada di masyarakat

1. *Caregiver* dan terapis duduk bersama secara melingkar
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
3. *Caregiver* dan terapis menggunakan papan nama

### C. Alat

Kartu nama, buku kerja, pena, buku raport dan format evaluasi sesi 1, sesi 2, sesi 3, dan sesi 4.

### D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

### E. Langkah-langkah

#### 1. Persiapan

- a. Membuat kontrak dengan *Caregiver* satu hari sebelumnya bahwa terapi akan dilaksanakan secara kelompok dengan waktu pelaksanaan 40 sampai 60 menit. *Caregiver* berada ditempat 10 menit sebelum kegiatan dimulai.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

#### 2. Pelaksanaan

- a. Fase Orientasi
  - 1) Salam terapeutik  
Salam terapeutik dari terapis kepada *Caregiver*
  - 2) Evaluasi/validasi
    - a) Menanyakan perasaan dan kondisi *Caregiver* saat ini
    - b) Menanyakan apakah *Caregiver* sudah melakukan cara yang dilakukan untuk mengatasi stres dengan menggunakan cara relaksasi progresif dan penghentian pikiran
    - c) Mengajukan pada *Caregiver* untuk mencek buku kerja dan menuliskannya
    - d) Memberikan pujian jika *Caregiver* telah melakukannya.
  - 3) Kontrak
    - a) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan pada sesi ini
    - b) Menjelaskan tujuan sesi keempat : pemberdayaan keluarga dan komunitas
    - c) Terapis menjelaskan aturan main sebagai berikut:
      - Lama kegiatan 40 sampai 60 menit.
      - *Caregiver* mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
      - *Caregiver* berperan aktif selama mengikuti kegiatan

b. Fase Kerja

- 1) Meminta *Caregiver* menyampaikan pengalaman memberdayakan anggota keluarga dalam merawat lansia dan menuliskannya di dalam buku kerja
- 2) Meminta *Caregiver* menyampaikan pengalaman tentang masalah dalam mencari pelayanan kesehatan dan dukungan melalui kegiatan kelompok
- 3) Terapis dan *Caregiver* berdiskusi tentang cara memberdayakan anggota keluarga dan sistem pendukung melalui kegiatan kelompok.
- 4) Memberi pujian kepada *Caregiver*

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan *Caregiver* setelah mengikuti kegiatan
- b) Mengevaluasi kemampuan *Caregiver* dalam memberdayakan anggota keluarga serta komunitas yang telah dilakukan *caregiver*
- c) Memberikan pujian kepada *Caregiver*

2) Tindak lanjut

- a) Memotivasi *Caregiver* untuk rencana pembentukan kelompok suportif
- b) Memotivasi *Caregiver* untuk dalam pemberdayaan anggota keluarga untuk merawat lansia

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati rencana pembentukan kelompok suportif bersama
- b) *Caregiver* dan keluarga sudah memiliki daftar tentang peran dan tanggung jawab keluarga dalam merawat lansia

### 3. Evaluasi

Evaluasi kemampuan *Caregiver* dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan pemberdayaan keluarga dan komunitas dalam merawat lansia dan pendokumentasian dilakukan pada buku evaluasi serta buku kerja.

### **BAB 3**

## **PENUTUP**

Kondisi depresi yang dialami lansia dapat menyebabkan lansia mengalami harga diri rendah, merasa tidak berdaya, merasa putus asa, dan menarik diri dari kehidupan sosial. Untuk mengatasi hal tersebut pada keluarga dapat diberikan Psikoedukasi Keluarga yang bertujuan untuk mengatasi depresi yang dialami lansia. Psikoedukasi Keluarga terdiri dari 4 (empat) sesi yaitu identifikasi masalah *Caregiver* dalam merawat lansia, cara merawat lansia dengan depresi, merawat *Caregiver* yang mengalami stress melalui manajemen stres, dan pemberdayaan anggota keluarga dan komunitas. Melalui Psikoedukasi Keluarga diharapkan keluarga dapat merawat lansia dengan depresi agar lansia dapat meningkatkan kualitas hidupnya, merasa berharga dan dibutuhkan, tetap sehat dan produktif, serta hidup berbahagia

Komunitas merupakan salah satu tempat tinggal lansia bersama keluarga yang dapat dijadikan sebagai lahan untuk mengembangkan program kesehatan jiwa lansia beserta keluarganya yang memiliki masalah psikososial. Diharapkan dengan psikoedukasi keluarga dapat membekali *Caregiver* dalam perawatan dan dukungan pada lansia yang mengalami depresi, sehingga dapat menurunkan kondisi depresi lansia tersebut dan keluarga tidak mengalami masalah psikososial dalam merawat salah satu anggota keluarganya yaitu lansia yang mengalami depresi. Oleh karena itu, Psikoedukasi Keluarga dianggap cocok untuk mengatasi masalah psikososial yang terjadi pada keluarga dalam merawat lansia dengan depresi.

Psikoedukasi Keluarga yang diberikan secara berkelompok diharapkan lebih efektif ketimbang bila diberikan pada tiap-tiap keluarga. Melalui kegiatan kelompok, *Caregiver* dapat berbagi pengalaman dalam merawat lansia dengan depresi dan merawat dirinya pada anggota kelompok lainnya dan mendapatkan dukungan sosial dari anggota kelompok, aparat desa dan pihak puskesmas untuk

pembentukan kelompok swabantu. Melalui modul ini diharapkan Keluarga dapat merawat lansia dengan depresi; harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan isolasi sosial serta membantu lansia dalam mengatasi masalah yang dialaminya

## DAFTAR PUSTAKA

- Atchley, R.C. dan Barusch, A.S. (2004). *Social forces and aging ; an introduction to social gerontology*. (10<sup>th</sup> ed.). USA: Thomson Learning, Inc.
- Basuki, TSP. (2009). *Positive Aging*. Jakarta: Majalah lansia edisi 04 tahun 03. 2009
- Depkes RI. (2000). *Pharmaceutical care untuk penderita gangguan depresif*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik RI
- Ebersole & Hess. (2010). *Gerontological nursing and health aging*, (3<sup>th</sup> ed.). USA, Philadelphia: Mosby, Inc.
- Frisch, N.C. dan Frisch, L.E., (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3<sup>rd</sup> ed.). Canada: Thomson Delmar Learning
- Gulanick, M. dan Myers, J. (2007). *Nursing care plans; nursing diagnosis and intervention*. (6<sup>th</sup> ed.). USA: Mosby Elsevier
- Hurlock, E. (2004). *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Jakarta : Erlangga.
- Keliat, B.A. (1996). *Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa*. Jakarta. EGC
- Keliat, dkk. (2007). *Keperawatan keseshatan jiwa komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta. EGC
- Kompas. (2008). Waspada Depresi Pada Lansia, [http:// tekno. Compass.com/](http://tekno.compass.com/) diperoleh tanggal 12 Februari 2011
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for wellness in older adults; theory and practice*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meinner and Lueckenotte. (2006). *Gerontologic nursing*. St. Louis (3<sup>th</sup>. Ed). Missouri. Mosby
- Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI. (2010). *Lansia masa kini dan mendatang*. <http://www.menkokesra.go.id>, diperoleh 03 Februari 2011
- NANDA. (2009). *Panduan diagnosa keperawatan NANDA 2009-2011*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa : Made Sumarwati, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

- Nugroho, W. (2006). *Keperawatan gerontik dan geriatrik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Semiun, Y. (2006). *Kesehatan mental 1; pandangan umum mengenai penyesuaian diri dan kesehatan mental serta teori-teori yang terkait*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Stanley, M., Blair, K.A. dan Beare, P.G., (2005). *Gerontological nursing; promoting successful aging with older adults*. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9<sup>th</sup> ed.). Canada: Mosby, Inc.
- Stuart, G. W. & Laraia, M.T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing*. (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, USA: Mosby, Inc.
- Tim Workshop Kekhususan Keperawatan Jiwa. (2009). Riset dan Pengembangan Pelayan Keperawatan Jiwa. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa. Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Varcarolis, E.M. (2010), *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Sixth edition. St Louis Missouri.
- Watson. R. (2003). *Perawatan pada Lansia*. Jakarta: EGC
- Wong, P. T. P. (1998). *Spirituality, meaning, and successful aging*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur selalu kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga "MODUL LOGOTERAPI KELOMPOK PADA LANSIA DEPRESI" dapat diselesaikan. Dalam proses penyusunan modul ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc, selaku pembimbing I tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis beserta modul dalam kegiatan tesis ini.
4. Rekan-rekan angkatan V Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis beserta modul terapi kelompok terapeutik lansia ini.

Semoga amal dan budi baik bapak dan ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa. Pada kesempatan ini ucapan terima kasih dan rasa kasih sayang juga penulis anugerahkan orang tua dan keluarga tercinta yang tidak pernah berhenti memberikan dukungan dalam proses studi peneliti.

Semoga modul logoterapi pada lansia depresi ini bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa khususnya perawatan kesehatan jiwa pada lansia.

Depok, April 2011

Penulis



## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar belakang**

Proses menua merupakan proses yang terjadi secara alamiah sepanjang hidup sesuai dengan tahapan perkembangan usia seseorang. Tahapan lanjut usia (lansia) merupakan periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang. Seseorang dikatakan lanjut usia jika sudah mencapai usia 60 tahun atau lebih (WHO, 2010). Pada proses menua pada lansia akan terjadi perubahan yang dialami antara lain biologis, psikologis, sosial, kognitif dan spiritual (Ebersole & Hess, 2010). Perubahan biologis pada proses menua mengakibatkan perubahan dan penurunan kemampuan pada semua sistem organ yang mengakibatkan timbulnya penyakit degeneratif dan kronis seperti jantung, hipertensi (Ebersole & Hess, 2010) serta mengalami keterbatasan fisik (Hurlock, 2004; Nugroho, 2006). Perubahan fisik yang terjadi karena penyakit mengakibatkan isolasi, deprivasi sensori dan ketergantungan yang dapat berperan dalam terjadinya depresi. (Maramis, 2004).

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). Perubahan ini mengakibatkan lansia mengalami perubahan mental, perilaku yang berhubungan dengan kepribadian lansia tersebut sehingga dapat menjadi pemicu terhadap depresi. Perubahan sosial dapat juga dialami lansia antara lain perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, kehilangan pasangan hidup serta kehilangan system pendukung dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole & Hess, 2010). Kondisi ini akan memicu masalah psikososial lansia terutama depresi dengan tanda dan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi dan menurunnya daya tahan tubuh.

Perubahan spiritual dapat terjadi pada lansia. Perubahan spiritual tersebut yaitu bagaimana lansia tersebut berhubungan sosial dengan orang lain dan lingkungan budaya sehingga dapat menemukan makna dari kehidupan, kualitas hidup serta perasaan untuk mencapai kesejahteraan (Delgado, 2007 dalam Ebersole & Hess, 2010). Pada lansia tingkat spiritual sangat mempengaruhi kehidupan lansia karena memberikan pandangan positif dalam memaknai kehidupan dan tujuan hidup lansia dalam menghadapi suatu masalah dan proses kehilangan yang sering dialami lansia sehingga lansia mampu mengatasi permasalahan yang terjadi pada dirinya.

Semua perubahan pada proses menua yang dialami lansia dapat menimbulkan terjadinya masalah psikososial apabila lansia tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Ketidakmampuan lansia beradaptasi dan ketidakadekuatan dukungan sosial yang diterima akan menimbulkan gangguan psikososial seperti perasaan kehilangan, kesepian, depresi, sulit tidur dan lain – lain (Miller, 2004). Pada lansia dengan depresi dapat ditemukan satu atau lebih diagnosa keperawatan yang sesuai. Menurut (Priven & Buckwalter, 2001 dalam Miller 2004) pada kasus lansia dengan depresi, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah harga diri rendah, ketidakberdayaan, dan keputusasaan. Selain ketiga diagnosa keperawatan tersebut bahwa diagnosa keperawatan isolasi sosial dapat juga ditegakkan pada lansia dengan depresi (Lueckenotte, 2006; Frisch, 2006; Gulanick & Myers, 2007). Jadi pada lansia depresi dapat ditemukan semua atau salah satu dari diagnosa keperawatan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan dan isolasi sosial.

Tindakan keperawatan untuk menemukan cara agar lansia merasa berharga dan berguna adalah psikoterapi yang dapat meningkatkan hubungan interpersonal, meningkatkan harga diri dan keyakinan diri serta menurunkan perasaan ketidakberdayaan (Sadock & Kaplan, 1997; Stuart & Laraia, 2005). Logoterapi adalah psikoterapi yang dapat melihat individu secara jelas dan holistik yang meliputi gambaran diri, kepercayaan diri dan kemampuan individu dalam menangani stress (Savolaine & Granello, 2002 dalam

Marshall, 2010) serta dapat di rekomendasikan dan efektif sebagai tindakan intervensi keperawatan untuk lansia (Hakhoe Chi, 2006). Logoterapi berusaha membuat lansia untuk menyadari secara penuh tanggung jawabnya, pilihan pada dirinya untuk apa dan siapa dia memahami dirinya untuk menjadi bertanggung jawab (Frankl, 2003). Tujuan logoterapi adalah membangkitkan “kemauan untuk bermakna” dalam individu tersebut, yang bersifat khusus dan pribadi bagi masing-masing orang (Pandia, 2007). Seseorang dapat bertahan dalam kondisi yang paling tidak menguntungkan hanya bila tujuan ini terpenuhi. Pada lansia karena faktor usia dan proses menua akan mengalami perubahan dalam hidupnya, perasaan kehilangan yang dirasakan sebagai suatu stressor sehingga menyebabkan terjadinya krisis makna yang akhirnya menurunkan motivasi untuk hidup. Melalui logoterapi lansia dibantu untuk menemukan makna hidupnya dengan cara mempelajari keterampilan yang baru, menemukan kesenangan yang baru atau menghidupkan kembali kegiatan/ kesenangan yang telah lama ditinggalkan sehingga lansia dapat berkualitas dan merasa bermakna dalam hidup dan mencapai integritas dirinya.

Ada beberapa teknik logoterapi yaitu paradoksikal intensi, derefleksi, logophilosofi, bimbingan rohani, VAT (*Value Awareness Tehnique*). Pada modul ini akan dibahas logoterapi dengan teknik VAT yaitu mengaktualisasikan nilai – nilai yang dimiliki (Hutzell & Jerkins, 1990). Logoterapi yang dilakukan kepada lansia dengan teknik VAT ini akan memberikan manfaat kepada lansia yaitu dapat meningkatkan kemampuan lansia dalam memaknai hidup yang diperoleh lansia melalui pengalaman, kegiatan yang biasa dilakukan lansia serta mampu mengarahkan kembali dalam meningkatkan kesadaran baru tentang masalah lansia. Sehingga lansia tidak memandang dirinya sebagai seseorang yang memiliki usia tua atau usia akhir yang dianggap sebagai tahapan yang sudah menetap, tidak dapat diubah, tidak dapat berkembang lagi, tidak mampu melakukan sesuatu serta tidak memiliki makna serta tujuan hidup.

Logoterapi adalah suatu tindakan yang akan memperluas dan meningkatkan pandangan lansia terhadap apa yang terjadi pada dirinya ke hal – hal yang positif dengan mengembangkan karakter lebih untuk “menjadi sesuatu” (*being*) dengan cara mengaktualisasikan nilai – nilai yang dimiliki. Berdasarkan hal tersebut maka disusunlah modul logoterapi kelompok pada lansia depresi ini terdiri dari 4 (empat) sesi kegiatan yaitu :

Sesi 1: Perubahan dan masalah yang dialami lansia

Sesi 2: Stimulasi Imajinasi Kreatif

Sesi 3: Memproyeksikan makna hidup dalam kegiatan sehari – hari

Sesi 4: Evaluasi makna hidup

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan umum**

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa mampu melaksanakan logoterapi kelompok pada lansia depresi dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial

### **1.2.2 Tujuan khusus**

Setelah mempelajari modul ini perawat spesialis keperawatan jiwa diharapkan mampu :

- a. Memahami konsep yang mendasari pelaksanaan logoterapi kelompok pada lansia depresi, harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial.
- b. Mengaplikasikan logoterapi kelompok pada lansia dengan depresi , harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial sebagai upaya untuk menurunkan kondisi depresi dan diagnosa keperawatan yang menyertainya.
- c. Mengaplikasikan logoterapi kelompok pada lansia dengan depresi , harga diri rendah, keputusan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan dalam memaknai hidup.

### **1.3 Manfaat**

Modul ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat pembinaan dan pemeliharaan kesehatan jiwa lansia

- 1.3.1 Bagi lansia, dapat dijadikan sebagai panduan dalam menurunkan kondisi depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial serta meningkatkan kemampuan lansia dalam memaknai hidup
- 1.3.2 Bagi Perawat, dapat dijadikan sebagai panduan dalam mengaplikasikan logoterapi kelompok pada lansia depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial sebagai upaya untuk mengatasi dan menurunkan kondisi depresi serta meningkatkan makna hidup pada lansia

## **BAB 2**

### **PELAKSANAAN LOGOTERAPI PADA LANSIA DENGAN DEPRESI**

Pelaksanaan logoterapi kelompok pada lansia dengan depresi ini terdiri dari 4 (empat) sesi dan masing-masing sesi dilaksanakan dalam waktu kurang lebih 45-60 menit. Jarak waktu untuk sesi I ke sesi II adalah satu hari untuk memberikan kesempatan lansia menyelesaikan tugas – tugas yang di berikan, begitu juga dengan sesi 2 ke sesi 3. Untuk sesi 3 akan dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan. Pada akhir kegiatan logoterapi kelompok ini seluruh makna yang ditemukan diurutkan sesuai dengan makna yang paling sering ditemukan dan akan membentuk suatu tingkatan makna bagi lansia sehingga diketahui makna hidup yang paling berpengaruh bagi lansia tersebut. Adapun uraian kegiatan sebagai berikut :

#### **2.1 Sesi 1 : Perubahan dan masalah yang dialami lansia**

Pada sesi ini terapis mampu menjelaskan kepada lansia tentang kondisi lansia yang sebenarnya, perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia yaitu perubahan biologis, psikologis, sosialekonomi dan spiritual yang akan menjadi suatu pemicu masalah jika lansia tidak mampu untuk beradaptasi terhadap perubahan yang dialaminya. Lansia yang terlibat didalam logoterapi kelompok diberikan kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya masing-masing sehingga lansia dapat saling support antar sesamanya.

Perubahan biologis pada proses menua mengakibatkan perubahan dan penurunan kemampuan pada semua sistem organ yang mengakibatkan timbulnya penyakit degeneratif dan kronis seperti jantung, hipertensi (Ebersole & Hess, 2010) serta mengalami keterbatasan fisik (Hurlock, 2004; Nugroho, 2006). Perubahan fisik yang terjadi karena penyakit mengakibatkan isolasi, deprivasi sensori dan ketergantungan yang dapat berperan dalam terjadinya depresi. (Maramis, 2004).

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). Perubahan ini mengakibatkan lansia mengalami perubahan mental, perilaku yang berhubungan dengan kepribadian lansia tersebut sehingga dapat menjadi pemicu terhadap depresi. Perubahan sosial dapat juga dialami lansia antara lain perubahan status dan perannya dalam kelompok atau masyarakat, kehilangan pasangan hidup serta kehilangan system pendukung dari keluarga, teman dan tetangga (Ebersole & Hess, 2010). Kondisi ini akan memicu masalah psikososial lansia terutama depresi dengan tanda dan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi dan menurunnya daya tahan tubuh.

Perubahan spiritual dapat terjadi pada lansia. Perubahan spiritual tersebut yaitu bagaimana lansia tersebut berhubungan sosial dengan orang lain dan lingkungan budaya sehingga dapat menemukan makna dari kehidupan, kualitas hidup serta perasaan untuk mencapai kesejahteraan (Delgado, 2007 dalam Ebersole & Hess, 2010). Pada lansia tingkat spiritual sangat mempengaruhi kehidupan lansia karena memberikan pandangan positif dalam memaknai kehidupan dan tujuan hidup lansia dalam menghadapi suatu masalah dan proses kehilangan yang sering dialami lansia sehingga lansia mampu mengatasi permasalahan yang terjadi pada dirinya.

Semua perubahan pada proses menua yang dialami lansia dapat menimbulkan terjadinya masalah psikososial apabila lansia tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Ketidakmampuan lansia beradaptasi dan ketidakadekuatan dukungan sosial yang diterima lansia akan menimbulkan masalah psikososial seperti perasaan kehilangan, kesepian, depresi, sulit tidur dan lain – lain (Miller, 2004). Sehingga pada lansia dengan depresi dapat ditemukan satu atau lebih diagnosa keperawatan yang sesuai.

Perubahan yang terjadi pada lansia dapat mengakibatkan masalah psikososial pada lansia antara lain depresi, merasa rendah diri, tidak berdaya, putus asa dan menarik diri. Sebagai contoh, karena perubahan fisik dan kondisi kesehatan pada lansia mengakibatkan lansia sangat rentan terhadap penyakit sehingga memberikan dampak pada perubahan psikologis (perasaan) lansia tersebut yaitu perasaan sedih, tidak berdaya, tidak berguna, putus asa, merasa malu dan mengisolasi diri dari orang lain.

Depresi yang terjadi pada lansia dapat memperpendek harapan hidup lansia karena pada lansia terjadi penurunan kualitas hidup sehingga menghambat pemenuhan tugas – tugas perkembangan lansia (Stanley & Beare, 2007, Viedebeck, 2008). Depresi dapat diartikan sebagai keadaan emosional (perasaan) yang dicirikan dengan kesedihan, kecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, tidak berdaya dan putus asa. Sehingga pada lansia yang depresi akan mengalami kehilangan minat, malas melakukan kegiatan, pesimis (tidak memiliki) masa depan serta tidak memiliki harapan.

Pada lansia dengan depresi dapat terjadi harga diri rendah kronik yaitu evaluasi diri yang negatif dan dihubungkan dengan perasaan lemah, tidak berdaya, tidak ada harapan, takut bahaya, lemah, rapuh, tidak sempurna, tidak berharga dan tidak adekuat (Stuart & Laraia, 2005). Pada lansia dengan harga diri rendah kronik akan memiliki perasaan negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri yang berlangsung lama (Nanda, 2009).

Keputusasaan merupakan kondisi subjektif individu yang ditandai dengan individu memandang hanya ada sedikit atau tidak ada alternatif dan pilihan yang tersedia serta individu tidak mampu memobilisasi energi yang dimiliki untuk kepentingan sendiri (NANDA, 2009). Faktor yang berhubungan dengan keputusasaan (*hopelessness*) yaitu karena penurunan kondisi fisiologis, kehilangan kepercayaan terhadap nilai dan spiritual, stress jangka panjang serta adanya pembatasan aktivitas yang mengakibatkan isolasi.

Ketidakberdayaan (*Powerlessness*) adalah ekspresi verbal individu yang menyatakan kehilangan kontrol atau pengaruh kehidupan yang lalu (Gulanick & Myers, 2007). sehingga individu mempersepsikan bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan mempengaruhi hasil terhadap situasi saat ini dan yang akan terjadi (Nanda, 2009). Faktor yang mempengaruhi individu dengan ketidakberdayaan (*Powerlessness*) adalah lingkungan layanan kesehatan, regimen terkait penyakit, interaksi interpersonal serta gaya individu tersebut (Nanda, 2009).

Isolasi sosial adalah kesepian yang dialami individu dan dirasakan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam (NANDA, 2009). Faktor yang berhubungan dengan kondisi isolasi sosial adalah karena perubahan status mental, gangguan penampilan fisik, gangguan kondisi kesehatan, pengalaman terhadap tidak adanya hubungan interpersonal yang memuaskan, ketidakmampuan menjalankan hubungan yang memuaskan, perilaku sosial yang tidak diterima serta adanya nilai sosial yang tidak diterima. Isolasi. Perawat dapat menemukan gejala fisik, gejala psikis pada lansia dengan isolasi sosial adalah perasaan tidak berguna dan gejala sosialnya adalah menarik diri dari orang lain.

Tanda dan gejala lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan serta isolasi sosial secara umum adalah penurunan harga diri, tidak berdaya, putus asa serta menarik diri dapat terlihat dari kondisi fisik seperti gangguan tidur (lebih sering tidur atau bahkan susah tidur), menurunnya nafsu makan, berat badan menurun, sulit konsentrasi, menurunnya keinginan dan motivasi dalam melakukan kegiatan, mudah merasa letih dan sakit. Untuk tanda dan gejala Psikis (perasaan) yaitu 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. Tanda dan gejala depresi ini akan berbeda pada masing – masing lansia dan kondisi ini akan memberi dampak

lanjut pada kualitas dan makna hidup dari lansia tersebut. Pada sesi ini lansia akan belajar tentang akibat yang dapat ditimbulkan dari perubahan yang terjadi pada lansia, tanda dan gejala serta masalah yang terjadi pada perubahan tersebut.

### 2.1.2 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 1

#### **A. Tujuan: lansia mampu :**

1. Mengetahui perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia
2. Mengetahui masalah/ akibat yang timbul dari proses perubahan yang terjadi pada lansia
3. Menyebutkan harapan lansia saat ini yang terkait dengan kondisi lansia terhadap masalah/ akibat yang timbul dari proses perubahan yang terjadi.

#### **B. Setting**

1. Kelompok dan terapis duduk dengan melingkar
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
3. Lansia dan terapis menggunakan papan nama

#### **C. Alat**

1. Alat tulis, buku kerja, buku raport
2. Format evaluasi sesi 1

#### **D. Metode**

1. Dinamika kelompok,
2. Diskusi,
3. Tanya jawab

#### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

1. Persiapan
  - a. Persiapan lansia : Mengingatkan kontrak dengan dengan lansia satu hari sebelumnya
  - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
2. Fase orientasi
  - a. Salam terapeutik

Salam terapeutik dari terapis kepada lansia dan lansia memakai kartu nama

b. Evaluasi/validasi

Menanyakan perasaan saat ini

c. Kontrak

(1) Menjelaskan kegiatan logoterapi kelompok pada lansia dengan jumlah sesi sebanyak 4 (empat) dan menyepakati jadwal pertemuan

(2) Menjelaskan tujuan sesi 1 (pertama) yaitu mengetahui perubahan yang terjadi pada lansia, masalah/ akibat dari perubahan yang terjadi pada lansia serta harapan lansia saat ini yang terkait dengan kondisi lansia terhadap masalah/ akibat yang timbul dari proses perubahan yang terjadi.

(3) Menjelaskan aturan main sebagai berikut :

- a. Setiap lansia mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
- b. Lama kegiatan 45-60 menit
- c. Jika lansia akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
- d. Setiap lansia berperan aktif dalam mengungkapkan Pikiran dan perasaannya.

3. Fase Kerja

a. Ice Breaking

- Terapis meminta lansia duduk membentuk setengah lingkaran dan membagikan kartu nama dengan warna yang berbeda
- Meminta lansia menulis nama panggilannya dan memakai kartu nama tersebut
- Meminta setiap lansia memperkenalkan dirinya dengan menyebutkan nama, nama panggilan serta alamat.

- Setelah memperkenalkan diri, terapis mengajak lansia untuk relaksasi bersama – sama sebelum memulai kegiatan dengan cara tarik nafas dalam.
- b. Diskusi terhadap perubahan yang terjadi pada lansia serta akibat/ masalah yang timbul karena proses perubahan yang terjadi lansia
- Memberikan kesempatan pada lansia untuk menceritakan perubahan yang dialami lansia.
  - Meminta setiap lansia untuk menuliskan di buku kerjanya masing – masing tentang perubahan yang dialami lansia.
  - Memberikan kesempatan pada lansia untuk menceritakan pengalamannya yang terjadi akibat / masalah yang muncul pada proses perubahan yang dialaminya.
  - Meminta setiap lansia untuk menuliskan di buku kerjanya masing – masing
- c. Diskusikan harapan lansia saat ini yang terkait dengan kondisi lansia terhadap masalah/ akibat yang timbul dari proses perubahan yang terjadi.
- Mengajukan pertanyaan kepada setiap lansia terkait dengan kondisi lansia terhadap masalah/ akibat yang timbul dari proses perubahan yang terjadi
  - Contoh pertanyaan yang diajukan:  
 “Apa harapan/ keinginan Nenek/ kakek dengan kondisi saat ini?”  
 Jika lansia tidak bisa menjawab maka bisa dengan menggunakan pertanyaan lain yaitu:  
 “Apa yang Kakek/ nenek pikirkan dengan kondisi saat ini?”  
 Catat seluruh jawaban dan bantu lansia untuk mengarahkan jawaban yang mempunyai makna tertentu bagi lansia
  - Berikan pujian setelah masing – masing lansia mampu mengungkapkannya

4. Terapis memberikan kesimpulan terhadap kegiatan yang dilakukan yaitu memberikan penjelasan tentang perubahan yang terjadi pada lansia, masalah/ akibat yang terjadi karena proses perubahan pada lansia (kondisi depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial) serta tanda dan gejala yang tampak pada masing – masing kondisi.

#### 4. Terminasi

##### a) Evaluasi

- (1) Menanyakan perasaan lansia setelah mengikuti sesi 1 (satu)
- (2) Mengevaluasi kemampuan lansia mengenal perubahan yang terjadi pada lansia, masalah akibat yang ditimbulkan dari perubahan yang terjadi pada lansia
- (3) Mengevaluasi harapan yang di inginkan lansia saat ini terkait dengan kondisi lansia terhadap masalah/ akibat yang timbul dari proses perubahan yang terjadi.

##### b) Tindak lanjut

1. Memotivasi lansia untuk menuliskan kembali pada buku kerja perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia yang belum ditemukan.
2. Memotivasi lansia untuk menuliskan kembali pada buku kerja tentang masalah akibat perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia yang belum ditemukan
3. Meminta lansia untuk menuliskan kembali pada buku kerja tentang harapan yang diinginkan terkait dengan kondisi saat ini yang belum ditemukan

##### c) Kontrak yang akan datang

- (1) Menyepakati topik dan kegiatan pada sesi 2 (dua) yaitu: stimulasi imajinasi kreatif dimana lansia akan menyebutkan alasan memilih harapan yang paling bermakna dalam hidup lansia.

(2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2 (dua).

### 2.1.2 Evaluasi

Evaluasi kemampuan lansia dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan mengetahui perubahan yang terjadi karena proses menua pada lansia dan masalah yang terjadi akibat perubahan yang tersebut kemudian pendokumentasian dilakukan pada buku evaluasi dan buku kerja.

## 2.2 Sesi 2 : Stimulasi Imajinasi Kreatif

Stimulasi imajinasi kreatif adalah proses mental manusiawi yang menjadikan semua kekuatan/ motif berpotensi untuk menstimulasi dan memberi energi pada tindakan kreatif. Imajinasi adalah daya pikir untuk membayangkan atau menciptakan gambar atau kejadian berdasarkan kenyataan atau pengalaman seseorang; atau dapat juga diartikan sebagai khayalan.

Imajinasi sangat diperlukan oleh manusia untuk mengembangkan potensi yang ada pada dirinya. Dalam stimulasi imajinatif ini tugas logoterapis adalah membantu lansia untuk mengatasi kondisi depresinya serta masalah keperawatan yang menyertai secara emosional dalam menghadapi perubahan yang terjadi pada proses menua pada lansia. Salah satu cara untuk mencapainya adalah memperkenalkan filsafat hidup yang lebih sehat, yaitu mengajak untuk menemukan makna hidup lansia tersebut. Menemukan makna hidup merupakan sesuatu yang kompleks dan abstrak.

Pada banyak kasus, logoterapis hanya dapat mengajak klien untuk mulai menemukan makna dengan cara melakukan stimulasi terhadap apa yang diinginkan lansia pada saat ini yang disesuaikan dengan kondisi, kemudian meminta lansia memberikan alasan terkait dengan harapan yang

diinginkan pada kondisi tersebut. Logoterapis harus menghindar untuk memaksakan suatu makna tertentu pada klien, melainkan mempertajam kepada klien akan makna hidupnya.

Klien akan menemukan makna dan tujuan hidupnya dalam kerangka acuannya sendiri. Makna hidup ini bersifat personal dan spesifik, sehingga antara satu individu dengan lainnya tidak sama. Mungkin cara yang lebih baik yang dapat dilakukan seorang logoterapis guna membantu klien agar mengenali apa yang ingin ia lakukan dalam hidup adalah memperdulikan dan menciptakan atmosfer yang bersahabat, sehingga klien bebas menjelajahi keunikan dirinya tanpa merasa takut ditolak serta diharapkan klien juga berperan aktif.

### **2.2.1 Strategi pelaksanaan sesi 2**

#### **A. Tujuan: lansia mampu:**

1. Memilih harapan yang paling diinginkan terkait dengan kondisi lansia saat ini
2. Memberikan alasan – alasan memilih harapan yang paling diinginkan terkait dengan kondisi lansia saat ini.
3. Membayangkan makna yang terdapat dalam setiap alasan yang dikemukakan lansia

#### **B. Setting dan tempat**

1. Kelompok dan terapis duduk dengan melingkar
2. Di ruangan dengan suasana nyaman dan tenang.

#### **C. Alat**

Buku kerja, buku raport, flip chart, papan tulis, spidol, lembar evaluasi sesi satu dan dua

#### **D. Metode**

Diskusi dan tanya jawab

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### 1. Persiapan

- a. Persiapan lansia: Mengingatkan kontrak satu hari sebelumnya dan sudah berada di tempat pertemuan 15 menit sebelum dimulai
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

### 2. Fase orientasi

#### a) Salam terapeutik

Salam terapeutik terapis kepada lansia dan lansia memakai papan nama

#### b) Evaluasi/validasi

- (1) Menanyakan perasaan saat ini
- (2) Mengajukan lansia untuk mencek buku kerja
- (3) Menanyakan apakah lansia masih menemukan perubahan – perubahan yang terjadi pada diri lansia
- (4) Menanyakan apakah lansia masih menemukan masalah/ akibat yang muncul pada proses perubahan yang terjadi
- (5) Menanyakan apakah lansia masih menemukan harapan yang diinginkan terkait dengan kondisi lansia saat ini.
- (6) Berikan pujian jika lansia telah melakukannya.

#### c) Kontrak

- (1) Menjelaskan tujuan kegiatan yaitu lansia dapat memberikan alasan – alasan memilih harapan yang paling diinginkan terkait dengan kondisi lansia saat ini dan membayangkan makna yang ada dari setiap alasan yang dikemukakan lansia
- (2) Menjelaskan aturan main sebagai berikut
  - a. Setiap lansia mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
  - b. Lama kegiatan 45-60 menit
  - c. Jika lansia akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis
  - d. Setiap lansia harus berperan aktif dalam kegiatan yang dilakukan

### 3. Fase Kerja

- a. Sebelum memulai kegiatan diminta lansia untuk berdoa dan rileks dengan cara melakukan relaksasi nafas dalam secara bersama – sama.
- b. Diskusikan bersama lansia tentang harapan yang paling diinginkan lansia saat ini
- c. Diskusikan bersama lansia alasan – alasan mengapa lansia memilih harapan yang diinginkan tersebut.
  - Beri kesempatan lansia mengungkapkan pendapatnya tentang alasan mengapa harapan yang diinginkan sangat bermakna bagi lansia.
  - Beri kesempatan kepada anggota kelompok lansia memberi tanggapan lain sehubungan dengan harapan yang dipilih
  - Berikan pujian pada partisipasi masing – masing lansia.
- d. Bantu lansia mengidentifikasi dan membayangkan makna yang ditemukan pada setiap alasan – alasan yang disampaikan.

Contoh: harapan lansia adalah ingin sehat seperti dulu. “Apakah dengan bercerita tentang kondisi kesehatan Nenek/ Kakek itu membuat nenek/ kakek menjadi bangga? Merasa dibutuhkan? Merasa bisa melakukan sesuatu? “ atau contoh lain: Harapan ingin bisa bertani lagi dengan alasan kalau bertani dan bisa mengolah kebun/ sawah dapat menghasilkan sesuatu untuk dimakan keluarga. Makna yang ditemukan disini adalah kekekluargaan, menolong, menghasilkan sesuatu yang bermanfaat, memiliki tanggung jawab terhadap keluarga serta dapat menolong orang lain”

- Beri kesempatan lansia mengungkapkan pendapat dan alasannya
- Beri kesempatan kepada anggota kelompok lansia untuk memberi tanggapan tentang makna lain yang ditemukan sehubungan dengan alasan harapan yang dipilih
- Berikan kesimpulan tentang topik yang dibahas yaitu alasan memilih harapan yang paling bermakna dan makna yang ditemukan.

### 4. Fase terminasi

- a. Evaluasi

- Menanyakan perasaan lansia setelah melakukan kegiatan
  - Mengevaluasi kemampuan lansia memilih dan memberikan alasan terhadap harapan yang paling diinginkan lansia terkait dengan kondisi saat ini
  - Mengevaluasi makna yang ditemukan pada setiap alasan dari harapan yang dikemukakan lansia.
  - Memberikan pujian
- b. Tindak lanjut
- a) Menganjurkan lansia untuk memilih harapan paling diinginkan terkait dengan kondisi saat ini yang masih belum ditemukan
  - b) Menganjurkan lansia untuk memberikan alasan dalam memilih harapan paling diinginkan terkait dengan kondisi saat ini yang masih belum ditemukan
  - c) Menganjurkan lansia untuk membayangkan kembali makna yang terdapat dari setiap alasan yang dikemukakan tersebut
  - d) Menganjurkan lansia untuk mencatat di buku kerja
- c. Kontrak yang akan datang
- a) Menyepakati kontrak pertemuan sesi 3 (tiga) yaitu mempraktekkan makna dalam kegiatan sehari – hari dimana lansia akan memilih 3 makna yang paling penting dan mempraktekkan makna tersebut dalam kehidupan sehari – hari.
  - b) Meyepakati waktu dan pertemuan sesi 3 (tiga)

### 2.2.2 Evaluasi Dan Dokumentasi

Evaluasi kemampuan lansia dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan memilih harapan yang paling diinginkan, kemampuan menyampaikan alasan memilih harapan yang paling diinginkan tersebut serta membayangkan makna hidup yang terdapat dari setiap alasan kemudian pendokumentasian dilakukan pada buku evaluasi dan buku kerja.

### 2.3 Sesi 3 (tiga) : Memproyeksikan makna dalam kegiatan sehari - hari

Makna hidup tidak hanya dicari oleh individu yang masih muda namun lanjut usiapun mencari apa makna hidup yang telah dijalani lanjut usia selama hidupnya. Makna hidup yang diperoleh lanjut usia akan membawa lanjut usia pada kondisi tua yang sukses atau dikatakan sebagai *successful aging*. Makna hidup yang dicari oleh individu lanjut usia terdiri atas adanya visi hidup dan pemenuhan visi hidup. Visi hidup tersebut antara lain aktualisasi diri, dekat dengan Tuhan, produktif, dan mempunyai motivasi. Sedangkan pemenuhan terhadap visi hidup meliputi kreatif dan interpretasi terhadap pengalaman. Aktualisasi diri mampu diraih oleh individu lanjut usia apabila lanjut usia sudah berhasil mencapai apa yang diinginkan dan merasa puas dengan hasil tersebut. Sehingga apabila lanjut usia berhasil mengaktualisasikan dirinya maka lanjut usia akan mampu mencari makna hidupnya.

Lanjut usia yang mempunyai kekuatan untuk mengontrol hidupnya dan memilih kegiatan – kegiatan untuk mengisi hari – harinya dengan menggunakan visi hidup dan pemenuhan visi hidup secara tidak langsung akan membangun makna dalam hidupnya sehingga kegiatan – kegiatan yang dilakukan oleh individu lanjut usia akan dirasakan berguna

Logoterapi lebih ditekankan kepada landasan filosofis makna hidup, hal ini sesuai dengan tujuan logoterapi yaitu pencarian makna. Dengan ditemukannya makna hidup seseorang, maka secara otomatis mempengaruhi hasrat untuk hidup bermakna dan kebebasan berkeinginan. Guna mendapatkan gambaran lebih jelas tentang filosofis makna hidup, perlu diungkapkan mengenai karakteristik makna hidup (Bastaman, 2007).

- a. Makna hidup bersifat personal dan unik.

Karakteristik ini disebabkan oleh fakta bahwa setiap individu memiliki pilihannya sendiri dengan caranya menemukan atau menciptakan makna

hidupnya seperti keindahan seni atau keindahan alam, sedangkan individu yang lain lagi menemukan makna hidup atau mengalami kehidupan yang bermakna melalui kebenaran yang diperjuangkannya atau melalui cinta yang dijalannya dan seterusnya.

Makna hidup dikatakan bersifat personal dan unik karena tidak ada seorangpun yang bisa menggantikan hidup orang lain. Hanya individu itu sendiri yang bisa merasakan atau mengalami apakah kehidupannya bermakna atau tidak dan juga apa makna hidup itu bagi dirinya (Frankl, 1984 dalam McDonald, 2004). Perlu ditekankan lagi disini bahwa apa yang dianggap berarti oleh seseorang belum tentu berarti bagi orang lain. Bahkan mungkin, apa yang dianggap penting dan bermakna pada saat ini oleh seseorang belum tentu sama bermaknanya bagi orang itu pada saat lain.

2. Makna hidup bersifat spesifik dan konkrit.

Pengalaman dan kehidupan nyata sehari-hari dapat ditemukan makna hidup dan tidak selalu harus dikaitkan dengan tujuan-tujuan idealistik, prestasi-prestasi akademik yang tinggi, atau hasil-hasil renungan filosofis yang kreatif. Kenyataan dan pengalaman yang dialami oleh seseorang selalu berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya.

3. Makna hidup memberi pedoman dan arah terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan sehingga makna hidup seakan-akan menantang (*challenging*) dan mengundang (*inviting*) seseorang untuk memenuhinya. Begitu makna hidup ditemukan dan tujuan hidup ditentukan, maka seseorang seakan-akan terpanggil untuk melaksanakan dan memenuhinya. Kegiatan-kegiatan yang dilakukannya pun akan lebih terarah.

Untuk menemukan makna hidup ada 3 pendekatan yang dilakukan (Bastaman, 2007) yaitu:

- a. Nilai pengalaman yakni dengan cara memperoleh pengalaman tentang sesuatu atau seseorang yang bernilai bagi kita. Pengalaman dahsyat, pengalaman estetik maupun pengalaman penderitaan.
- b. Nilai – nilai kreatif yakni dengan melakukan sesuatu perbuatan/ bertindak sesuai dengan kemampuan/ potensi positif yang masih dimiliki, sehingga makna hidup dapat ditemukan dengan cara terlibat atau melakukan sesuatu kegiatan yang bermanfaat dari kemampuan/ potensi yang masih dimiliki tersebut.
- c. Nilai – nilai Attitudinal yakni dengan menemukan nilai – nilai kebaikan seperti kasih sayang, humor dan keberanian dari diri sendiri, lingkungan maupun orang sekitar sehingga dari hal tersebut akan merasa diri memiliki makna dalam kehidupan.

Kegiatan pada sesi 3 (tiga) ini lansia akan memilih 3 (tiga) makna yang paling penting dalam kehidupan sehari – hari kemudian menentukan situasi dalam kehidupan sehari – hari yang dapat mempraktekan untuk menemukan makna tersebut.

#### **A. Tujuan: Lansia mampu :**

- a. Memilih makna yang paling penting yang akan dipraktekan dalam kegiatan sehari - hari
- b. Menentukan situasi yang dapat menemukan makna tersebut
- c. Mempraktekan makna yang ditemukan tersebut dalam kegiatan sehari – hari.

#### **B. Setting dan tempat**

- a. Kelompok dan terapis duduk dengan melingkar
- b. Tempat yang suasana ruangnya nyaman dan tenang.

#### **C. Alat**

Alat tulis, buku kerja, lembar evaluasi sesi 1, 2 dan 3

## D. Metode

Diskusi dan Tanya jawab

## E. Langkah-Langkah Kegiatan

### 1. Persiapan

- Persiapan lansia : Mengingat kontrak satu hari sebelumnya
- Persiapan alat dan tempat pertemuan.

### 2. Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik terapis kepada lansia
- b. Evaluasi/validasi
  - (1) Menanyakan perasaan lansia hari ini
  - (2) Mencek buku kerja lansia
  - (3) Menanyakan apakah lansia sudah memilih harapan yang paling diinginkan
  - (4) Menanyakan apakah lansia sudah menuliskan alasan – alasan memilih harapan yang paling diinginkan
  - (5) Menanyakan apakah lansia sudah menemukan makna yang terdapat dalam setiap alasan yang disampaikan.
  - (6) Berikan pujian jika lansia telah melakukannya.
- c. Kontrak
  - (1) Menyepakati terapi sesi 3 (tiga) yaitu memproyeksikan makna dalam kegiatan sehari – hari.
  - (2) Menyepakati tempat dan waktu pertemuan.

### 3. Fase Kerja

- a) Terapis meminta lansia untuk memulai kegiatan dengan berdoa dan dengan kondisi rileks yaitu sebelumnya melakukan relaksasi dengan tarik nafas dalam secara bersama – sama.

- b) Diskusikan makna yang paling penting dalam kegiatan sehari – hari
  - Beri kesempatan kepada lansia untuk memilih 3 (tiga) makna yang paling penting
  - Beri kesempatan kepada anggota kelompok lansia untuk memberi tanggapan tentang makna yang paling penting tersebut
- c) Diskusikan situasi di rumah yang dapat mendukung untuk mempraktekkan 3 (tiga) makna yang telah dipilih
  - Beri kesempatan kepada lansia menentukan situasi yang dapat mendukung untuk mempraktekkan makna yang telah dipilih
  - Beri kesempatan kepada anggota kelompok lansia memberi tanggapan tentang situasi yang mendukung tersebut
- d) Motivasi lansia untuk mempraktekkan 3 (tiga) makna yang dipilih
- e) Terapis memberikan pujian
- f) Memberikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas

#### 4. Terminasi

- a) Evaluasi
  - (1) Menanyakan perasaan lansia setelah mengikuti kegiatan sesi 3 (tiga)
  - (2) Mengevaluasi kemampuan lansia memilih makna yang paling penting yang akan dipraktekkan dalam kegiatan sehari – hari
  - (3) Mengevaluasi kemampuan lansia dalam menentukan situasi yang dapat menemukan makna tersebut
  - (4) Mengevaluasi kemampuan lansia dalam mempraktekkan makna yang ditemukan tersebut dalam kegiatan sehari – hari.
  - (5) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama lansia yang baik.

b) Tindak lanjut

- (1) Menganjurkan lansia untuk memilih makna yang paling penting yang akan dipraktekkan dalam kegiatan sehari – hari yang masih belum ditulis.
- (2) Menganjurkan lansia untuk menulis kembali jika menemukan situasi yang dapat menemukan makna tersebut
- (3) Menganjurkan lansia untuk mempraktekkan makna yang ditemukan tersebut dalam kegiatan sehari – hari.
- (4) Mencatat kegiatan dalam buku kerja lansia tersebut

c) Kontrak yang akan datang

- (1) Menyepakati topik diskusi pada sesi 4 (empat) yaitu hasil dari praktek yang dilakukan lansia terhadap makna yang dipilih.
- (2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 4 (empat)

### 2.3.2 Evaluasi Dan Dokumentasi

Evaluasi kemampuan lansia dilakukan pada saat proses terapi berlangsung sesuai dengan tujuan, yaitu kemampuan memilih makna yang paling penting yang akan dipraktekkan dalam kegiatan sehari – hari, kemampuan menemukan situasi yang dapat menemukan makna dan mempraktekkan makna yang ditemukan tersebut dalam kegiatan sehari – hari kemudian pendokumentasian dilakukan pada buku evaluasi dan buku kerja.

#### **1.4 Sesi 4 (empat) : Evaluasi makna hidup lansia**

Sesi ini adalah akhir dari seluruh kegiatan dalam logoterapi kelompok ini. Kegiatan dalam sesi ini bertujuan untuk mengevaluasi makna hidup yang dipilih lansia dari kegiatan yang dilakukan. Kemudian makna tersebut diurutkan mulai darimana yang paling sering ditemukan dari kegiatan yang dilakukan lansia di rumah. Sehingga dengan kegiatan logoterapi ini diharapkan lansia mampu untuk mengatasi diri sendiri (*self transcendence*) terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya dan mampu melihat diri sendiri secara obyektif (*self detachment*) sehingga mampu bertindak terhadap masalah yang dialami lansia tersebut.

##### **1.4.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 4 (empat)**

###### **A. Tujuan: Lansia mampu :**

1. Mengevaluasi hasil dari mempraktekkan makna dalam kegiatan sehari – hari
2. Menerima perpisahan

###### **B. Setting dan tempat**

1. Kelompok dan terapis duduk dengan melingkar
2. Ruang dengan suasana nyaman dan tenang.

###### **B. Alat**

Buku kerja, papan tulis, lembar balik, buku raport, lembar evaluasi sesi 1,2, dan 3

###### **D. Metode**

Diskusi dan Tanya jawab

###### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

1. Persiapan
  - a. Persiapan lansia : Mengingat kontrak satu hari sebelumnya
  - b. Persiapan alat dan tempat pertemuan.

## 2. Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik terapis kepada lansia
- b. Evaluasi/validasi
  - Menanyakan perasaan lansia hari ini
  - Menanyakan apakah lansia telah melakukan sesi 1,2, dan 3 di rumah
  - Meminta lansia untuk melakukan sesi 1,2, dan 3
  - Berikan pujian jika lansia telah melakukannya.
  - Beri motivasi jika masih ada lansia yang belum melakukannya
- b. Kontrak
  - Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 4 (empat) yaitu menilai hasil dari mempraktekkan makna dalam kegiatan sehari – hari di rumah serta menerima perpisahan.
  - Menyepakati tempat dan waktu pertemuan.

## 3. Fase Kerja

- a) Diskusikan makna yang ditemukan dalam setiap kegiatan yang dilakukan
  - Berikan kesempatan setiap lansia mengidentifikasi makna yang paling sering muncul pada saat melakukan kegiatan
  - Beri kesempatan kepada anggota kelompok lansia dalam memberi tanggapan tentang makna lain yang muncul dari kegiatan yang sama
  - Beri kesempatan setiap lansia mengungkapkan perasaan setelah menemukan makna dalam kehidupan
- b) Diskusikan tentang pembentukan kelompok lansia untuk berbagi masalah
  - Beri kesempatan kepada anggota kelompok lansia memberi tanggapan tentang pentingnya pembentukan kelompok lansia

- Sepakati pembentukan kelompok dan jadwal pertemuan
- c) Mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi sehingga lansia mampu menemukan makna hidup dan mampu menerima perpisahan.
- d) Terapis memberikan pujian
- e) Terapis bersama kelompok membuat kesimpulan tentang pentingnya melakukan kegiatan yang menimbulkan makna dalam kehidupan lansia dan pembentukan kelompok lansia di komunitas.

#### 4. Terminasi

##### c. Evaluasi

- (1) Menanyakan perasaan lansia setelah mengikuti terapi kelompok terapeutik sesi 4 (empat)
- (2) Menanyakan makna apa yang ditemukan dalam kegiatan logoterapi yang dilakukan
- (3) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama lansia yang baik

##### d. Tindak lanjut

- (1) Menganjurkan kepada lansia untuk melakukan semua sesi yang sudah diberikan dan menerapkan dalam kehidupan sehari-hari.
- (2) Motivasi lansia untuk melakukan kegiatan yang menimbulkan makna bagi dirinya.
- (3) Motivasi lansia untuk mengidentifikasi kegiatan lain yang dapat menimbulkan makna dalam kehidupan
- (4) Memasukan dalam jadwal kegiatan harian lansia.
- (5) Bekerjasama dengan keluarga (*caregiver*) untuk monitoring kegiatan yang dilakukan lansia dalam menemukan makna dan mempertahankan pertemuan kelompok bagi para lansia sesuai jadwal.

e. Kontrak yang akan datang

- Menyepakati pertemuan untuk post test
- Mengakhiri pertemuan kegiatan logoterapi dan melaporkan pembentukan kelompok lansia.

2.4.2 Evaluasi Dan Dokumentasi

Evaluasi proses kegiatan dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi keempat adalah hasil pelaksanaan logoterapi, evaluasi terhadap makna hidup yang ditemukan dan mampu menerima perpisahan yang di evaluasi pada buku evaluasi perawat dan buku kerja lansia

### **BAB 3**

#### **PENUTUP**

Kemampuan lansia untuk memiliki pengetahuan yang cukup terhadap perubahan yang terjadi pada tahap tumbuh kembangnya, dapat membantu lansia dalam menghadapi akibat/ masalah perubahan yang terjadi seperti depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial, sehingga lansia akan mencapai integritas diri dan memiliki kemampuan dalam memaknai kehidupan.

Komunitas merupakan salah satu tempat tinggal lansia bersama keluarga, di komunitas ini dapat dijadikan sebagai lahan untuk mengembangkan program kesehatan jiwa untuk lansia sehat dan memiliki masalah psikososial. Diharapkan dengan kegiatan yang diberikan dapat membekali lansia dan keluarga dalam menyelesaikan tugas perkembangan lansia serta permasalahan yang terjadi karena proses perubahan yang terjadi pada lansia bersama keluarganya. Untuk itulah dibutuhkan suatu terapi bagi lansia depresi yaitu logoterapi yang berguna menurunkan kondisi depresi dengan cara melakukan hal – hal atau kemampuan positif yang masih dapat dilakukan sehingga lansia depresi akan merasa hidupnya bermanfaat dan mampu menemukan makna dari kehidupannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bastaman, H.D. (2007). *Logoterapi: psikologi untuk menemukan makna hidup dan memilih hidup bermakna*. Edisi 1. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Ebersole & Hess. (2010). *Gerontological nursing and health aging*, (3<sup>th</sup> ed.). USA, Philadelphia: Mosby, Inc.
- Frankl, EV. (2003). *Mencari Makna Hidup: Man Searching For Meaning*. Bandung: (2<sup>nd</sup> ed) Boston: Mc. Graw Hill
- Frisch, N.C. dan Frisch, L.E., (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3<sup>rd</sup> ed.). Canada: Thomson Delmar Learning
- Gulanick, M. dan Myers, J. (2007). *Nursing care plans; nursing diagnosis and intervention*. (6<sup>th</sup> ed.). USA: Mosby Elsevier
- Hakhoe Chi, T.K. (2006). *Journal Psychology: Effects of logotherapy with exercise on meaning of life, ego integrity and IADL in the elderly*. Volume: 36, Issue: 5, Pages: 701 - 709
- Hurlock, E. (2004). *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Jakarta : Erlangga.
- Hutzell, R.R & Jerkins, M.E. (1990). The use of a logotherapy technique in the treatment of multiple personality disorder. [https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/1529/Diss\\_3\\_2\\_1\\_OCR.pdf?sequence=1](https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/1529/Diss_3_2_1_OCR.pdf?sequence=1), diperoleh tanggal 11 Maret 2011.
- Lueckenotte. (2006). *Gerontologic Nursing*. St. Louis (3<sup>th</sup>. Ed). Missouri. Mosby
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for wellness in older adults; theory and practice*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press
- Marshall, Maria. (2010). *Guide to The Fundamental Priciples of Victor E. Frankl's Logotherapy*. Canada

- Mc. Donald, J. (2004). Making sense and meaning of violent death in our contemporary world. <http://www.cpaapc.org/publications/Archives/cjp/2004/> September/ izgic.asp: diperoleh 20 Februari 2011
- NANDA. (2009). *Nursing diagnoses: definition & classification 2009 - 2011*. Philadelphia, USA: NANDA International
- Pandia, V. (2007). *Penerapan konsep logoterapi dalam konseling kristen*. <http://www.tiranus.net/?p=29>. diperoleh tanggal 20 Februari 2011.
- NANDA. (2009). *Panduan diagnosa keperawatan NANDA 2009-2011*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa : Made Sumarwati, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Sadock, B.J & Sadock, V.A. (1997). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science/ clinical psychiatri*. Lippincot: Williams & Wilkins.
- Stanley, M., Blair, K.A. dan Beare, P.G., (2005). *Gerontological nursing; promoting succceccful aging with older adults*. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Stuart, G. W. & Laraia, M.T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing*. (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, USA: Mosby, Inc.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa : Renata Komalasari dan Afrina Hany. Jakarta: EGC.
- World Health Organization. (2010). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project*. <http://www.who.int.html>, diperoleh 12 Februari 2011.

# **BUKU KERJA LOGOTERAPI KELOMPOK LANSIA**



**TIM PENYUSUN**

**Ns. Fathra Annis Nauli, S.Kep  
Dr . Budi Anna Keliat ,S.Kp.,M.APP.Sc**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2011**

**BUKU KERJA  
LOGOTERAPI KELOMPOK LANSIA**

**Nama Lansia:**

**Kelompok :**

**Alamat :**

***MOTTO HIDUP***

**TIM PENYUSUN**

**Ns. Fathra Annis Nauli, S.Kep  
Dr . Budi Anna Keliat ,S.Kp.,M.APP.Sc**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2011**

## KATA PENGANTAR

Buku kerja ini adalah buku penyerta modul logoterapi lansia dengan masalah depresi, harga diri rendah, keputusasaan, ketidakberdayaan dan isolasi sosial yang diperuntukkan bagi lansia. Buku ini terdiri dari 4 (empat) bagian sesuai dengan 4 sesi pertemuan pada modul. Untuk tiap-tiap bagian, berisi informasi kegiatan dari masing - masing sesi yang akan dilakukan pada logoterapi kelompok pada lansia dengan masalah depresi. Lansia diharapkan dapat menuliskan kondisi yang dialami dan tindakan apa yang dilakukan di rumah terkait dengan kegiatan logoterapi kelompok pada lansia dengan masalah depresi.

Dengan demikian, buku ini dapat digunakan oleh lansia sebagai panduan untuk melaksanakan logoterapi kelompok pada lansia dengan masalah depresi agar memiliki kemampuan memaknai hidup.

Depok, April 2011  
Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	3
Daftar Isi .....	4
Pelaksanaan Logoterapi Kelompok lansia	
Sesi 1: Perubahan dan masalah yang dialami lansia .....	5
Sesi 2 : Stimulasi Imajinasi Kreatif .....	19
Sesi 3: Memproyeksikan makna dalam	
kegiatan sehari – hari .....	24
Sesi 4: Evaluasi makna hidup lansia .....	29

## **Sesi 1: Menyebutkan perubahan dan masalah yang dialami lansia**

Terlebih dahulu marilah kita mendengarkan penjelasan dari perawat tentang perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia dan masalah yang ditimbulkan akibat perubahan tersebut, untuk lebih jelasnya dapat dibaca dibawah ini:

**Tujuan pada sesi 1:** Lansia mampu mengenal perubahan yang terjadi pada dirinya , masalah yang terjadi akibat perubahan serta harapan yang diinginkan terhadap kondisi tersebut.

### **A. 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 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 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 biologis/ fisik, psikologis, sosialekonomi 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.
- 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.
- Menarik diri (isolasi sosial): menurunnya 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 YANG TERJADI PADA DIRI KITA SENDIRI KEMUDIAN BERI TANDA CHECKLIST (V) SESUAI DENGAN KONDISI YANG DIALAMI.

**1. 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 kuli						
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)						
9	Badan mulai kurus atau gemuk						
10	Mudah terserang penyakit						
11	lemah, cepat terasa lelah/ capek						
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur, Mengompol atau susah buang air						
13	Lain – lain, sebutkan.....						

**Catatan:**

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

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 kuli						
8	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)						
9	Badan mulai kurus atau gemuk						
10	Mudah terserang penyakit						
11	lemah, cepat terasa lelah/ capek						
12	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur, Mengompol atau susah buang air						
13	Lain – lain, sebutkan.....						

## 1.2 PERUBAHAN PSIKOLOGIS/KEJIWAAN

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

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

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

***Catatan: checklist dan tuliskan lagi jika menemukan perubahan - perubahan psikologis/kejiwaan 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	Dan lain – lain, Sebutkan .....						

***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 MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANSIA

NO	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI	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	Dan Lain – lain, sebutkan.....						
25							
26							

***Catatan: checklist dan tuliskan lagi jika menemukan masalah yang muncul akibat perubahan – perubahan yang dialami***

NO	MASALAH YANG MUNCUL AKIBAT PERUBAHAN YANG DIALAMI	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	Dan Lain – lain, sebutkan.....						
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							

SETELAH MENGETAHUI PERUBAHAN – PERUBAHAN YANG TERJADI PADA DIRI LANSIA SERTA MASALAH YANG DITIMBULKAN KARENA TIDAK MAMPU MENYESUAIKAN/ MENERIMA PERUBAHAN YANG TERJADI, SEKARANG SILAHKAN TULIS KEINGINAN/ HARAPAN YANG DIINGINKAN TERKAIT DENGAN KONDISI YANG DIALAMI SAAT INI.

3. HARAPAN YANG DIINGINKAN LANSIA TERHADAP KONDISI YANG DIALAMI LANSIA

TANGGAL	NO	HARAPAN/ KEINGINAN YANG DIINGINKAN LANSIA

**Catatan: Tuliskan lagi jika menemukan harapan yang diinginkan lansia terhadap kondisi yang dialami lansia**

HARAPAN YANG DIINGINKAN LANSIA TERHADAP KONDISI YANG DIALAMI LANSIA

TANGGAL	NO	HARAPAN/ KEINGINAN YANG DIINGINKAN LANSIA

## **Sesi 2: Stimulasi Imajinasi Kreatif**

TERLEBIH DAHULU MARILAH KITA DENGARKAN PENJELASAN PERAWAT TENTANG KEGIATAN PADA SESI 2 YAITU STIMULASI IMAJINASI KREATIF

SETELAH MENDENGARKAN PENJELASAN DARI PERAWAT, MAKA UNTUK LEBIH JELAS JUGA DAPAT DILIHAT PENJELASAN DIBAWAH INI.

**Tujuan pada sesi 2:** Lansia mampu memilih harapan yang diinginkan, menyampaikan alasan dalam memilih harapan tersebut serta menemukan makna dari setiap alasan yang disampaikan

Stimulasi imajinasi kreatif adalah suatu cara membayangkan alasan – alasan dari setiap harapan/ keinginan sehingga menjadikan semua kekuatan/ motif dapat berpotensi untuk memberikan energi pada suatu tindakan yang kreatif. Imajinasi sangat diperlukan oleh manusia sebagai motivasi/ penyemangat dalam mewujudkan harapan/ keinginan.

Harapan adalah sesuatu yang diharapkan, keinginan agar menjadi kenyataan . Dengan stimulasi imajinasi kreatif (membayangkan pikiran) segala sesuatu yang diinginkan memungkinkan untuk tercapai. Pada lansia, untuk mencapai suatu tujuan hidup yang bermakna pertama – tama lansia harus diarahkan kepada pikiran kreatif yang akan membantu lansia dalam mengatasi masalah dan menemukan cara – cara baru untuk mencapai apa yang diinginkan lansia tersebut.

Dalam stimulasi imajinasi kreatif ini lansia akan diarahkan pada pertanyaan – pertanyaan tentang alasan memilih harapan yang dianggap bermakna. Pertanyaan ini akan membuka segala kemungkinan dari apa yang dibayangkan berupa harapan/ keinginan bisa berupa harapan/ keinginan untuk sehat, harapan/ keinginan untuk bertani dan bekerja, harapan/ keinginan untuk hidup bahagia bersama keluarga. Dari harapan/ keinginan ini kemudian di pilih yang paling berarti bagi lansia saat ini. Misalnya: harapan lansia adalah keinginan untuk sehat, karena jika saya sehat saya mampu melakukan sesuatu untuk keluarga, tidak

menyusahkan keluarga, dapat berjalan – jalan menikmati hari tua atau harapan/keinginan untuk bisa bertani lagi dengan alasan kalau bertani dan bisa mengolah kebun/ sawah dapat menghasilkan sesuatu untuk dimakan keluarga.

Berdasarkan dari harapan/ keinginan yang disebutkan maka dapat diperoleh suatu makna yang ditemukan yaitu bahwa menginginkan suatu perasaan kekeluargaan, menolong, menghasilkan sesuatu, bermanfaat bagi orang lain, serta memiliki tanggung jawab. Dengan adanya harapan/ keinginan tersebut akan menjadi motivasi bagi lansia untuk melakukan sesuatu dan memberikan arti khusus bagi lansia sehingga menyebabkan kehidupannya dirasakan berarti, berharga dan memiliki makna.

**SETELAH MEMBACA DAN MENDAPATKAN PENJELASAN DARI PERAWAT PADA SESI 2 INI,  
SEKARANG PILIH DAN TULISKAN HARAPAN YANG PALING DIINGINKAN  
BESERTA ALASAN MEMILIH HARAPAN/ KEINGINAN TERSEBUT  
( HARAPAN YANG PALING DIINGINKAN DAPAT DILIHAT PADA JAWABAN DI SESI I )**

TANGGAL	NO	HARAPAN YANG PALING DIINGINKAN/ BERMAKNA	ALASAN MEMILIH HARAPAN



***Tuliskan kembali pada kotak di bawah ini jika menemukan harapan/ keinginan yang diinginkan terhadap kondisi yang dialami dan alasan memilih harapan tersebut serta makna yang ditemukan pada tiap - tiap alasan tersebut masalah yang muncul akibat perubahan - perubahan yang dialami***

TANGGAL	NO	HARAPAN/ KEINGINAN TERHADAP KONDISI YANG DIALAMI	ALASAN MEMILIH HARAPAN	MAKNA YANG TERDAPAT DALAM TIAP – TIAP ALASAN



### **Sesi 3: Memproyeksikan makna dalam kegiatan sehari – hari**

TERLEBIH DAHULU MARILAH KITA DENGARKAN PENJELASAN PERAWAT TENTANG KEGIATAN PADA SESI 3 YAITU MEMPROYEKSIKAN MAKNA DALAM KEGIATAN SEHARI - HARI

SETELAH MENDENGARKAN PENJELASAN DARI PERAWAT, MAKA UNTUK LEBIH JELAS JUGA DAPAT DILIHAT PENJELASAN DIBAWAH INI.

**Tujuan pada sesi 3:** Lansia mampu mempraktekkan makna yang dipilih kedalam kegiatan sehari – hari

Pada sesi ini lansia akan memilih makna (arti) yang benar – benar sesuai dengan yang di harapkan/ difikirkan. Dari seluruh jawaban yang telah ditulis pada sesi 2, maka dipilih 3 yang mampu dipraktekkan atau dilakukan dalam kehidupan sehari – hari lansia bisa dalam bentuk kegiatan yang biasa lansia lakukan sehari – hari dirumah. Untuk mempraktekkan atau menemukan makna (arti) yang dipilih ini ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu pertama – tama pilihlah tindakan/kegiatan yang nyata yang benar – benar dapat dilaksanakan oleh lansia dalam kehidupan sehari – hari, dilakukan secara wajar tanpa memaksa diri serta memahami terhadap kondisi dan waktu untuk melaksanakannya. Sebaiknya kegiatan yang dipilih untuk di praktekkan atau dilakukan ini adalah kegiatan yang sehari – hari atau biasa dilakukan oleh lansia supaya didapatkan hasil yang optimal tanpa memaksakan kepada lansia tersebut.

Sebagai contoh: Diantara makna yang sudah disebutkan lansia dipilih 2 makna yang paling penting bagi lansia, misalnya adalah menjadi/ menghasilkan sesuatu yang bermanfaat bagi keluarga. Untuk mewujudkan makna ini lansia dapat melakukan tindakan/ kegiatan seperti menanam tumbuh –tumbuhan (bercocok tanam) disekitar rumah hasilnya tumbuh – tumbuhan yang ditanam bisa menghasilkan sesuatu yang dapat dinikmati oleh keluarga baik itu keindahan dan manfaat dari tumbuhan tersebut. Selain itu lansia juga dapat melakukan dalam hal berbagi dalam mengasuh cucu ini harus disesuaikan dengan kondisi lansia sehingga lansia tidak merasa terbebani, makna yang diperoleh adalah lansia akan merasa

berguna karena dapat meringankan tugas keluarga, menolong keluarga selain itu dengan mengasuh cucu ini lansia akan tercurahkan rasa kasih sayangnya.

**SETELAH MENDAPAT PENJELASAN DARI PERAWAT TENTANG KEGIATAN SESI 3  
INI, SEKARANG MARI KITA TULISKAN KE DALAM KOTAK DI BAWAH INI.**

Silahkan pilih 3 (tiga) makna paling penting/ berarti diantara makna yang sudah ditulis pada sesi 2 kemudian bayangkan dan tentukan kegiatan yang dapat memunculkan makna tersebut.

TANGGAL	NO	MAKNA YANG DIPILIH	SITUASI/ KEGIATAN YANG DAPAT MEMUNCULKAN MAKNA

SETELAH MEMILIH MAKNA DAN MENENTUKAN SITUASI/ KEGIATAN YANG DIPILIH, SEKARANG MARI KITA MASUKKAN SITUASI/ KEGIATAN YANG MEMBERI MAKNA TERSEBUT KE DALAM JADWAL KEGIATAN SEHARI – HARI

NO	WAKTU	KEGIATAN	TANGGAL DAN KETERANGAN						
1	05.00 – 06.00								
2	06.00 – 07.00								
3	07.00 – 08.00								
4	08.00 – 09.00								
5	09.00 – 10.00								
6	10.00 – 11.00								
7	11.00 – 12.00								
8	13.00 – 14.00								
9	14.00 – 15.00								
10	16.00 – 17.00								
11	18.00 – 19.00								
12	20.00 – 21.00								
13	21.00 – 22.00								
14	23.00 – 24.00								
15	01.00 – 02.00								
16	03.00 -04.00								

**Keterangan:**

Beri kode M (mandiri) apabila kegiatan dilakukan secara mandiri oleh lansia, B (bantu) apabila dilakukan setelah diingatkan dan T (tidak melakukan) apabila kegiatan tidak dilakukan.

**UNTUK MELATIH KEMAMPUAN LANSIA MAKA, SILAHKAN TULIS KEMBALI  
PADA KOTAK DI BAWAH INI JIKA MENEMUKAN KEMBALI SITUASI/  
KEGIATAN YANG DAPAT MEMUNCULKAN MAKNA SERTA MASUKKAN KE  
DALAM JADWAL HARIAN.**

NO	MAKNA YANG DIPILIH	SITUASI/ KEGIATAN YANG DAPAT MEMUNCULKAN MAKNA
1.		
2.		
3.		
1.		
2.		
3.		

SETELAH MEMILIH MAKNA DAN MENENTUKAN SITUASI/ KEGIATAN YANG DIPILIH, SEKARANG MARI KITA MASUKKAN SITUASI/ KEGIATAN YANG MEMBERI MAKNA TERSEBUT KE DALAM JADWAL KEGIATAN SEHARI – HARI

NO	WAKTU	KEGIATAN	TANGGAL DAN KETERANGAN						
1	05.00 – 06.00								
2	06.00 – 07.00								
3	07.00 – 08.00								
4	08.00 – 09.00								
5	09.00 – 10.00								
6	10.00 – 11.00								
7	11.00 – 12.00								
8	13.00 – 14.00								
9	14.00 – 15.00								
10	16.00 – 17.00								
11	18.00 – 19.00								
12	20.00 – 21.00								
13	21.00 – 22.00								
14	23.00 – 24.00								
15	01.00 – 02.00								
16	03.00 -04.00								

**Keterangan:**

Beri kode M (mandiri) apabila kegiatan dilakukan secara mandiri oleh lansia, B (bantu) apabila dilakukan setelah diingatkan dan T (tidak melakukan) apabila kegiatan tidak dilakukan.

## **Sesi 4: Evaluasi kemampuan makna hidup lansia**

Sesi 4 (empat) ini adalah akhir dari seluruh kegiatan dalam kelompok ini. Kegiatan dalam sesi ini bertujuan untuk mengevaluasi pencapaian kemampuan pencarian makna hidup setelah seluruh sesi dilakukan. Latihan yang dapat dilakukan dalam evaluasi makna hidup lansia ini adalah:

1. Mengungkapkan pendapat dan perasaan tentang kegiatan logoterapi (mencari makna hidup) pada lansia yang telah dipelajari
2. Menyebutkan makna hidup yang ditemukan dalam kegiatan sehari – hari yang telah dilakukan
3. Mengurutkan makna hidup yang paling sering ditemukan dalam kegiatan sehari – hari yang dilakukan

**TULISKAN PENDAPAT DAN PERASAAN YANG DIALAMI SETELAH MELAKUKAN  
KEGIATAN SELURUH SESI PADA KOTAK DIBAWAH INI**

### **1. PENDAPAT DAN PERASAAN SETELAH MELAKUKAN KEGIATAN**

TANGGAL	NO	PENDAPAT	PERASAAN

**SETELAH MENDENGARKAN PENJELASAN PERAWAT SEKARANG SILAHKAN DITULIS MAKNA  
HIDUP YANG DITEMUKAN DALAM KEGIATAN SEHARI – HARI YANG TELAH DILAKUKAN**

**2. MAKNA HIDUP YANG DITEMUKAN DALAM KEGIATAN SEHARI – HARI**

NO	WAKTU	KEGIATAN SEHARI –HARI YANG TELAH DILAKUKAN	MAKNA HIDUP YANG DITEMUKAN
1	05.00 – 06.00		
2	06.00 – 07.00		
3	07.00 – 08.00		
4	08.00 – 09.00		
5	09.00 – 10.00		
6	10.00 – 11.00		
7	11.00 – 12.00		
8	13.00 – 14.00		
9	14.00 – 15.00		
10	16.00 – 17.00		
11	18.00 – 19.00		
12	20.00 – 21.00		
13	21.00 – 22.00		
14	23.00 – 24.00		
15	01.00 – 02.00		
16	03.00 -04.00		





**BUKU EVALUASI**  
**LOGOTERAPI KELOMPOK**  
**PADA LANSIA DEPRESI**



**Disusun oleh :**

**Ns. Fathra Annis Nauli, S.Kep.**

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

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**2011**

## PERTEMUAN 1

### SESI 1 : Menyebutkan perubahan dan masalah yang dialami lansia

#### Evaluasi Proses kemampuan 1

Tanggal : .....

Kelompok :

No	Aspek yang dinilai	nama lansia							
1	Mengungkapkan perasaan								
2	Menyampaikan perubahan yang terjadi pada lansia								
3	Menyebutkan masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi pada lansia								
4	Menyebutkan harapan yang diinginkan lansia terkait dengan kondisi lansia terhadap masalah/ akibat yang timbul dari proses perubahan yang terjadi								

#### EVALUASI KEMAMPUAN 1

Lansia diharapkan untuk menuliskan kembali ke dalam buku kerja tentang :

1. Perubahan fisik/tubuh, psikologis/kejiwaan, sosial/pergaulan, spiritual/keagamaan yang dialami lansia
2. Masalah yang muncul akibat perubahan pada lansia
3. Harapan yang diinginkan lansia terkait dengan kondisi lansia terhadap masalah/ akibat yang timbul dari proses perubahan yang terjadi

**Evaluasi Tugas Kemampuan 1**

1. 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	Mudah lupa								
3	Mudah lelah/ capek,								
4	Mudah terserang penyakit								
5	Rambut beruban dan menipis (rontok)								
6	Kulit keriput dan terdapat bercak – bercak pada kuli								
7	Gaya berjalan berubah (membungkuk dan pelan)								
8	Badan mulai kurus atau gemuk								
9	Mudah terserang penyakit								
10	lemah, cepat terasa lelah/ capek								
11	Waktu tidur yang panjang atau bahkan sulit tidur, Mengompol atau susah buang air								
12	Dan lain – lain, sebutkan.....								

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										
Perubahan Emosi/ perasaan											
6	Marah										
7	Tersinggung										
8	Curiga										
9	Sedih										
10	Cemas										
11	Takut										
12	gelisah										
Perubahan Perilaku											
13	Seperti anak – anak lagi										
14	Ingin diperhatikan										
15	Ingin diakui/ dianggap										
	Dan lain – lain, sebutkan .....										

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	Dan lain – lain, sebutkan.....										

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										
6	Dan lain – lain, sebutkan.....										

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	Dan lain – lain, sebutkan.....										





## PERTEMUAN 2

### SESI 2 : Stimulasi Imajinasi Kreatif

Tanggal.....

kelompok :.....

No	Aspek yang dinilai	nama lansia							
1	Memilih harapan yang paling diinginkan lansia terkait dengan kondisi saat ini								
2	Memberikan alasan jawaban dalam memilih harapan yang paling diinginkan lansia terkait dengan kondisi saat ini								
3	Membayangkan makna yang terdapat dalam setiap alasan yang diberikan								
4	Memberi masukan terhadap teman anggota kelompoknya								

### EVALUASI KEMAMPUAN 2

Lansia diharapkan untuk menuliskan kembali ke dalam buku kerja tentang :

1. Harapan yang paling diinginkan lansia terkait dengan kondisi saat ini yang masih ditemukan
2. Alasan jawaban dalam memilih harapan yang paling diinginkan
3. Makna yang terdapat dalam setiap alasan yang diberikan



### PERTEMUAN 3

#### SESI 3 : Memproyeksikan makna dalam kegiatan sehari – hari

#### Evaluasi Proses Kemampuan sesi 3

Tanggal.....

kelompok :.....

No	Aspek yang dinilai	Nama lansia							
1	Memilih 3 (tiga) makna yang paling diinginkan/ penting								
2	Menentukan situasi/ kegiatan yang memunculkan makna tersebut								
3	Mempraktekan makna yang dipilih dalam kegiatan sehari – hari								
3	Memberi masukan terhadap teman anggota kelompok lainnya								
4	Mengungkapkan perasaan setelah kegiatan sesi 3								

#### EVALUASI KEMAMPUAN 3

Lansia diharapkan untuk menuliskan kembali ke dalam buku kerja tentang :

1. Memilih 3 makna yang paling penting
2. Menentukan situasi/ kegiatan yang memunculkan makna tersebut
3. Mempraktekan makna yang dipilih dalam kegiatan sehari - hari

### EVALUASI KEMAMPUAN SESI 3

#### EVALUASI KEMAMPUAN MEMPROYEKSIKAN MAKNA

#### DALAM KEGIATAN SEHARI – HARI

NAMA	NO	3 (TIGA) MAKNA YANG DIPILIH	SITUASI/ KEGIATAN YANG DAPAT MEMUNCULKAN MAKNA

MEMASUKKAN DALAM JADWAL KEGIATAN SEHARI - HARI

NO	WAKTU	KEGIATAN SEHARI –HARI YANG DILAKUKAN	KETERANGAN
1	05.00 – 06.00		
2	06.00 – 07.00		
3	07.00 – 08.00		
4	08.00 – 09.00		
5	09.00 – 10.00		
6	10.00 – 11.00		
7	11.00 – 12.00		
8	13.00 – 14.00		
9	14.00 – 15.00		
10	16.00 – 17.00		
11	18.00 – 19.00		
12	20.00 – 21.00		
13	21.00 – 22.00		
14	23.00 – 24.00		
15	01.00 – 02.00		
16	03.00 -04.00		

**Petunjuk:**

1. Tulis tindakan yang akan dilakukan oleh lansia sesuai dengan waktu yang diinginkan untuk dilakukan
2. Beri Kode M (mandiri) apabila kegiatan dilakukan secara mandiri oleh lansia, B (bantu) apabila dilakukan setelah diingatkan dan T (tidak melakukan) apabila kegiatan tidak dilakukan

## PERTEMUAN 4

### SESI 4 : Evaluasi Makna hidup lansia

#### Evaluasi Proses Kemampuan 4

Tanggal.....

kelompok :.....

No	Aspek yang dinilai	kode lansia								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Menyebutkan makna hidup yang ditemukan dalam situasi/ kegiatan sehari – hari yang dilakukan									
2	Memberi masukan terhadap teman anggota kelompoknya									
3	Mengungkapkan pendapat dan perasaan									
4	Menerima Perpisahan									

#### TUGAS 4 :

1. Lansia diharapkan mampu menemukan makna hidup dalam kegiatan sehari – hari yang telah dilakukan
2. Lansia diharapkan mampu menemukan makna hidup dalam kegiatan sehari – hari yang telah dilakukan
3. untuk melakukan kembali apa yang sudah dilakukan pada sesi sebelumnya dengan pendampingan dari *caregiver*

**1. MAKNA HIDUP YANG DITEMUKAN DALAM KEGIATAN SEHARI – HARI**

NAMA :

KELOMPOK :

NO	WAKTU	KEGIATAN SEHARI –HARI YANG TELAH DILAKUKAN	MAKNA HIDUP YANG DITEMUKAN
1	05.00 – 06.00		
2	06.00 – 07.00		
3	07.00 – 08.00		
4	08.00 – 09.00		
5	09.00 – 10.00		
6	10.00 – 11.00		
7	11.00 – 12.00		
8	13.00 – 14.00		
9	14.00 – 15.00		
10	16.00 – 17.00		
11	18.00 – 19.00		
12	20.00 – 21.00		
13	21.00 – 22.00		
14	23.00 – 24.00		
15	01.00 – 02.00		
16	03.00 -04.00		



***Catatan:***