



UNIVERSITAS INDONESIA

**IMPLEMENTASI PROGRAM KEPERAWATAN LANSIA SADAR
DEPRESI (KELASI) DALAM MENINGKATKAN KUALITAS
KESEHATAN LANSIA DENGAN DEPRESI DI
KELURAHAN MEKARJAYA KOTA DEPOK**

KARYA ILMIAH AKHIR SPESIALIS

ANUNG AHADI PRADANA

1706006706

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
2020**



UNIVERSITAS INDONESIA

**IMPLEMENTASI PROGRAM KEPERAWATAN LANSIA SADAR
DEPRESI (KELASI) DALAM MENINGKATKAN KUALITAS
KESEHATAN LANSIA DENGAN DEPRESI DI
KELURAHAN MEKARJAYA KOTA DEPOK**

KARYA ILMIAH AKHIR SPESIALIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Ners Spesialis**

ANUNG AHADI PRADANA

1706006706

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
2020**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINAL

Karya ilmiah akhir spesialis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Anung Ahadi Pradana

NPM : 1706006706

Tanda Tangan : 

Tanggal : 26 Juli 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Anung Ahadi Pradana

NPM : 1706006706

Program Studi : Spesialis Keperawatan Komunitas

Judul KIAS : Implementasi Program Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI)
Dalam Meningkatkan Kualitas Kesehatan Lansia Dengan Depresi Di
Kelurahan Mekarjaya Kota Depok

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I: Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD

()

Pembimbing II: Dr. Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep. Sp.Kom.

()

Penguji I: Ns. Ani Auli Ilmi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom

()

Penguji II: Dr. Ns. Nurhalinah, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 29 Juli 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas berkat dan rahmat – Nya saya dapat menyelesaikan laporan hasil karya ilmiah akhir spesialis ini. Penulisan karya ilmiah akhir spesialis ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam mencapai gelar Spesialis Keperawatan Komunitas pada Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, tesis ini akan sulit untuk diselesaikan. Oleh karena itu, saya sampaikan ucapan terima kasih kepada Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.AppSc., Ph.D., selaku Supervisor Utama dan Ibu Dr. Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom., selaku Ketua Departemen Keperawatan Komunitas dan Supervisor yang telah bersedia menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing saya dalam penyusunan karya ilmiah akhir spesialis ini:

- (1) Bapak Agus Setiawan, S.Kp., M.N., D.N., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
- (2) Ns. Ani Auli Ilmi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku penguji 1 dan Ns. Nurhalinah, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku penguji 2 atas bimbingan dan arahan selama proses seminar hasil dan sidang karya ilmiah akhir spesialis.
- (3) Seluruh dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Program Magister FIK UI yang telah banyak membantu selama proses penulisan;
- (4) Kedua orang tua serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan doa kepada saya;
- (5) Rekan – rekan seperjuangan Program Spesialis angkatan 2019 khususnya peminatan Keperawatan Komunitas yang selalu memberikan dukungan semangat.
- (6) Bapak Drs. Zainal Arifin, M.Si selaku Lurah Kelurahan Mekarjaya beserta seluruh jajaran Kelurahan, Ketua RW, Ketua RT serta seluruh Kader;
- (7) Keluarga Binaan di Kelurahan Mekarjaya.

Akhir kata, saya mengucapkan syukur dan terima kasih atas segala kebaikan yang telah diberikan oleh pihak – pihak yang membantu saya selama ini.

Depok, 27 Juni 2019

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

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

Nama : Anung Ahadi Pradana

NPM : 1706006706

Program Studi : Spesialis Keperawatan Komunitas

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Spesialis

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:

Implementasi Program Keperawatan Lansia Sadar Depresi (Kelasi) Dalam
Meningkatkan Kualitas Kesehatan Lansia Dengan Depresi Di Kelurahan Mekarjaya
Kota Depok

beserta 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 memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 29 Juli 2020

Yang menyatakan



(Anung Ahadi Pradana)

ABSTRAK

Nama : Anung Ahadi Pradana
Program Studi : Spesialis Keperawatan Komunitas
Judul : Implementasi Program Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI) Dalam Meningkatkan Kualitas Kesehatan Lansia Dengan Depresi Di Kelurahan Mekarjaya Kota Depok
Pembimbing : 1. Dra. Junaiti Sahar S. Kp., M. App. Sc., Ph. D
2. Dr. Henny Permatasari S. Kp., M. Kep., Sp. Kep. Kom

Depresi pada lanjut usia diketahui dapat berisiko tinggi terhadap kondisi kualitas hidup lansia. Dalam mencegah terjadinya kondisi depresi di Kelurahan Mekarjaya, penulis mengembangkan program inovasi Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI). Tujuan kegiatan ini adalah untuk Memberikan gambaran *evidence based practice* pelaksanaan program KELASI dalam asuhan keperawatan dengan melibatkan 10 keluarga dan 38 lansia di komunitas yang dipilih menggunakan *convenience sampling* di Kelurahan Mekarjaya. Program inovasi KELASI merupakan integrasi dari terapi restrukturisasi kognitif, relaksasi napas dalam dan intervensi relaksasi benson, autogenik yang dipandu, serta modifikasi perilaku dengan terapi tertawa. Intervensi KELASI yang terdiri atas beberapa pertemuan dan terapi dilakukan dengan pendampingan dalam 6 sesi (1 sesi dalam seminggu) dan dilanjutkan oleh pemantauan mandiri selama periode Oktober 2019-Mei 2020. Hasil pengukuran menggunakan *Geriatric Depression Scale (GDS) 15* dan instrumen pengukuran tingkat kemandirian keluarga. Hasil implementasi menunjukkan adanya perubahan tingkat pengetahuan lansia dan keluarga terhadap kondisi depresi, kemandirian keluarga dan penurunan status depresi lansia di Kelurahan Mekarjaya. Hasil studi ini diharapkan dapat diaplikasikan dalam pelayanan kesehatan komunitas.

Kata kunci: Depresi, Lansia, KELASI, Menua

ABSTRACT

Name : Anung Ahadi Pradana
Study Program : Spesialis Keperawatan Komunitas
Title : Implementation of Elderly's Awareness of Depression Nursing Program (KELASI) to Improving the Health Quality of Older Adults with Depression in Kelurahan Mekarjaya, Kota Depok
Counsellor : 1. Dra. Junaiti Sahar S. Kp., M. App. Sc., Ph. D
2. Dr. Henny Permatasari S. Kp., M. Kep., Sp. Kep. Kom

Depression in the elderly is known to be a high risk for the quality of life of the elderly. In preventing the occurrence of depressive conditions in Mekarjaya Village, the authors developed the Nursing Elderly Depression Nursing (KELASI) innovation program. The purpose of this activity is to provide an overview of evidence-based practice in the implementation of the KELASI program in nursing care involving 10 families and 38 elderly in the community selected using convenience sampling in Mekarjaya Village. The KELASI innovation program is an integration of cognitive restructuring therapy, deep breathing relaxation and guided benson, autogenic relaxation interventions, and behavior modification with laugh therapy. KELASI interventions consisting of several meetings and therapies were carried out with assistance in 6 sessions (1 session a week) and continued by independent monitoring during the period October 2019-May 2020. The measurement results using the Geriatric Depression Scale (GDS) 15 and instruments for measuring the level of family independence. The results of the implementation show that there is a change in the level of knowledge of the elderly and families towards the condition of depression, family independence and decreased status of the elderly depression in Mekarjaya Village. The results of this study are expected to be applied to community health services..

Key words: Aging, Depression, KELASI, Oder Adults

DAFTAR ISI

halaman Pernyataan Orisinal	II
Halaman Pengesahan	III
Kata Pengantar	IV
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	V
Abstrak	VI
Daftar Isi	VIII
Daftar Skema	IX
Daftar Tabel	X
Daftar Diagram	XI
Daftar Lampiran	XII
Bab I	1
Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	6
1.3 Manfaat Penelitian	6
Bab 2	8
Pelaksanaan Inovasi Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI) Dalam Asuhan Keperawatan Dan Komunitas.....	8
2.1 Inovasi Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI)	8
2.2 Implementasi Inovasi Keperawatan KELASI Pada Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Agregat Lansia Depresi Di Kelurahan Mekarjaya Depok.....	12
2.3 Implementasi Inovasi Keperawatan KELASI Pada Asuhan Keperawatan Komunitas Dengan Agregat Lansia Depresi Di Kelurahan Mekarjaya Depok	30
Bab 3	43
Pembahasan	43
3.1 Inovasi Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI)	43
3.2 Integrasi Inovasi Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga	52
3.3 Integrasi Inovasi Dalam Asuhan Keperawatan Komunitas	55
3.3 Keterbatasan	58
3.4 Implikasi	59
Bab 4	62
Kesimpulan Dan Saran.....	62
4.1 Kesimpulan	62
4.2 Saran	63
Daftar Pustaka	65
Lampiran	74

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Skema Pelaksanaan Inovasi KELASI	12
Skema 2.2 <i>Web of Caution (WoC)</i> Asuhan Keperawatan pada keluarga.....	15
Skema 2.3 <i>Web of Caution (WoC)</i> Asuhan Keperawatan pada komunitas....	32

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Masalah, Skor depresi, dan tingkat kemandirian pre- dan post- pada keluarga kelolaan	27
Tabel 2.2 Deskripsi dan persebaran status depresi menggunakan <i>geriatric depression scale</i> (GDS) pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok Oktober 2019	30
Tabel 2.3 Statistik Deskriptif persebaran status depresi menggunakan <i>geriatric depression scale</i> (GDS) pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok.....	30
Tabel 2.4 Hasil pengkajian status depresi menggunakan <i>geriatric depression scale</i> (GDS) pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok.....	31

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2.1 Frekuensi hasil pengkajian pengetahuan depresi pre dan post intervensi pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok.....	39
Diagram 2.2 Beda hasil pengukuran tingkat pemahaman depresi pre dan post intervensi pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok.....	40
Diagram 2.3 Beda hasil pengukuran status depresi pre dan post intervensi pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok.....	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Skoring Masalah Keluarga dan Komunitas

Lampiran 2. NCP Keluarga dan Komunitas

Lampiran 3. Biodata Diri

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab pendahuluan ini menjelaskan tentang latar belakang yang menjadi alasan penulis untuk melakukan penelitian, masalah penelitian yang dirumuskan, tujuan yang ingin dicapai dan diketahui penulis, serta manfaat dari hasil akhir penelitian yang dilakukan.

1.1. LATAR BELAKANG

Depresi pada lanjut usia diketahui menjadi salah satu faktor penyebab yang dapat berisiko tinggi terhadap kondisi kualitas hidup lansia yang berada di masyarakat. Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai berbagai tanda yang antara lain afek datar, hilang minat, penurunan semangat, harga diri rendah, gangguan tidur, makan hingga gangguan konsentrasi dimana gejala-gejala tersebut harus muncul dalam tempo selama 2 minggu (National Institute of Mental Health, 2018). WHO (2012) menyebutkan bahwa dalam 17 negara, 1 dari 20 orang mengalami episode depresi selama 1 tahun terakhir (World Health Organization, 2012). Hampir 14% lansia yang berada di Dunia diperkirakan memiliki gejala klinis yang relevan kepada kondisi depresi (V. de L. Silva et al., 2017). Hasil Riset Kesehatan Dasar (2018) pada penduduk berusia > 15 tahun menunjukkan 706.689 (6,1%) masyarakat mengalami depresi. Berdasarkan karakteristik usia, sebanyak 6,5% dari penduduk berusia 55-64 tahun, 8% dari penduduk berusia 65-74 tahun, dan 8,9% penduduk berusia >75 tahun mengalami depresi di Indonesia. Data ini menunjukkan bahwa dengan bertambahnya usia lanjut maka risiko depresi akan semakin meningkat. Di Provinsi Jawa Barat terdapat 130.528 jiwa (7,8%) penduduk yang mengalami depresi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018), sementara di Kota Depok diperkirakan 51,6% penduduk yang melakukan kunjungan ke pelayanan psikologi puskesmas mengalami stres psikososial dan 5,01% mengalami depresi (Dinas Kesehatan Kota Depok, 2018).

Depresi merupakan masalah yang sering terjadi pada penduduk lansia, meskipun begitu depresi bukan bagian dari proses penuaan alami tetapi sebagai konsekuensi negatif dari perubahan menua dan faktor risiko yang terpapar pada lansia. Berbagai

perubahan penting terjadi dalam hidup seiring bertambahnya usia dapat menyebabkan kondisi ketidaknyamanan, stres dan kesedihan yang mendalam seperti kematian pasangan hidup, perginya anak-anak dari rumah, dan kehilangan penghasilan akibat pensiun. Kondisi-kondisi kesedihan dan stres yang berlangsung lama yang dapat memicu munculnya depresi adalah masalah aktif yang paling sering muncul pada lansia (Singh & Sangwan, 2019). Depresi pada lansia dapat lebih sulit terpantau karena lebih sering menunjukkan gejala yang berbeda dari individu yang lebih muda. Lansia laki-laki cenderung mengalami gejala depresi lebih rendah dibanding perempuan, sementara lansia yang memiliki persepsi diri yang buruk tentang kesehatan membuat mereka menjadi sepuluh kali lebih mungkin mengalami gejala depresi bila dibandingkan dengan lansia yang memiliki persepsi kesehatan yang baik (A. K. A. G. e Silva, Fernandes, Oliviera, Almeida, & Melo, 2019). Persepsi kesehatan yang baik pada lansia meminimalkan risiko depresi yang menunjukkan konsekuensi fungsional positif pada lansia.

Konsekuensi fungsional adalah suatu efek yang muncul sebagai akibat perubahan fisik, peningkatan faktor risiko, serta perilaku kesehatan buruk pada individu lanjut usia yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan lansia. Miller (2012) menyebutkan bahwa yang dimaksud perilaku kesehatan yang dapat mempengaruhi konsekuensi fungsional pada lansia meliputi seluruh intervensi yang dilakukan pelaku rawat, keluarga, maupun tenaga kesehatan sementara yang dimaksud faktor risiko berasal dari lingkungan eksternal maupun internal individu. Konsekuensi fungsional dapat menjadi negatif apabila perilaku yang ditunjukkan oleh individu meningkatkan risiko ketergantungan terhadap pelaku rawat, sementara dianggap positif jika individu dapat mandiri dalam menjalankan fungsi sehari – harinya. Perubahan menua yang dialami lansia meliputi faktor bio, psikologis, sosio-ekonomi, kepuasan terhadap pelayanan kesehatan, hingga hubungan dalam keluarga yang buruk yang dialami lansia dapat menyebabkan kondisi depresi pada lansia menjadi semakin buruk yang pada akhirnya dapat memperburuk kualitas hidup lansia.

Lansia yang mengalami gejala depresi diketahui memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibanding lansia yang tidak mengalami dalam kehidupan sosial bermasyarakat. Penelitian menunjukkan bahwa ketidak-aktifan secara fisik, gangguan berat badan (BB kurang/ Lebih) yang dialami lansia merupakan efek dari kondisi depresi (Cho, Jin, & Kang, 2018). Prediktor utama penyebab depresi pada lansia adalah rendahnya level aktivitas fisik, tingginya tingkat kesepian dan kurangnya dukungan sosial yang didapat oleh lansia. Penelitian menunjukkan bahwa lansia yang aktif dalam kegiatan fisik dan memiliki dukungan sosial yang adekuat memiliki risiko lebih rendah mengalami depresi (Gatson, 2017). Penelitian lain menemukan bahwa aktivitas fisik memiliki pengaruh terhadap tinggi/ rendahnya level gejala kecemasan dan depresi yang muncul pada lansia (Oliveira, Souza, Rodrigues, Fett, & Piva, 2019). Aktivitas dan latihan yang dilakukan oleh lansia dapat digabungkan dengan melakukan beragam aktivitas harian seperti bersepeda, beraktivitas dengan keluarga dan tetangga, melakukan aktivitas fisik, dan bergabung ke dalam kelompok sebaya memiliki efek pada rendahnya risiko lansia mengalami depresi (Lee, Yu, Wu, & Pan, 2018).

Pentingnya lansia tetap terhubung dengan orang lain memiliki efek besar pada gejala depresi yang dialami, 75% lansia yang mengalami depresi menunjukkan gejala kesepian dan isolasi dari lingkungan sosial, kesepian yang dialami lansia terbukti dari kurangnya waktu lansia untuk terhubung dengan rekan sebaya dan masyarakat di sekitarnya (Grover et al., 2018). Terkait kunjungan ke pelayanan kesehatan di masyarakat, lansia dengan gejala depresi juga lebih sedikit melakukan kunjungan dibanding mereka yang tidak mengalami. Lansia yang mengalami depresi juga diketahui tidak dapat ikut berpartisipasi dalam pemecahan masalah di keluarga dan lebih bersikap apatis akibat kondisi depresi yang dialaminya (V. de L. Silva et al., 2017). Dalam sisi spiritual, lansia yang mengalami depresi tidak terlalu mengalami perubahan signifikan dalam kegiatan beribadah yang dilakukan (Jimerson, 2019).

Data laporan Dinas Kesehatan Kota Depok menyebutkan bahwa depresi tidak termasuk ke dalam 10 penyakit/ gangguan terbesar yang dialami lansia. Dilaporkan

bahwa kondisi depresif yang dialami oleh masyarakat masuk ke dalam gangguan jiwa ringan serta dapat dilakukan terapi konseling di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya yang bekerjasama dengan fakultas psikologi Universitas Indonesia. Dalam rencana anggaran tahunan tahun 2019 Dinas Kesehatan Kota Depok, penatalaksanaan kondisi depresi pada masyarakat tidak menjadi prioritas dalam pencegahan penyakit tidak menular (PTM). Pengkajian status depresi pada lansia hanya terdapat pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan psikososial yang meliputi pengkajian demensia dan depresi.

Hasil observasi dan pengumpulan sampel terkait kondisi depresi pada lansia di kecamatan Mekarjaya menunjukkan bahwa belum terdapat kegiatan Bina Kesehatan Lansia (BKL) yang menangani kondisi psikososial bagi lansia, dari 60 sampel lansia yang dikaji didapatkan data 97% mengalami depresi ringan-sedang, 83% tidak mengetahui terkait kondisi depresi, 92% keluarga lansia tidak mengetahui keadaan depresi yang dialami lansia, serta belum ada kader khusus posbindu yang memiliki pengetahuan tentang informasi dan skrining depresi pada lansia. Sementara hasil implementasi awal yang dilakukan perawat kepada kelompok lansia swabantu di RW 06 & 07 sejumlah 62 lansia menunjukkan hasil 80% dari jumlah total mampu memahami pengertian depresi, sekitar 70% lansia mampu menyebutkan tanda gejala serta penyebab depresi pada lansia, seluruh peserta mampu menyebutkan 3 cara pencegahan depresi yang dapat dilakukan secara mandiri.

Dalam mencegah terjadinya kondisi depresi di Kelurahan Mekarjaya, penulis mengembangkan program inovasi Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI). program ini merupakan integrasi dari teori stres adaptasi Calista Roy, teori konsekuensi fungsional Carol Miller, dan Teori *Health Believe Model*. Teori stres adaptasi menyebutkan bahwa bahwa individu merupakan bagian dari masyarakat yang memiliki ciri khusus dalam berperilaku khususnya terkait perawatan kesehatannya. Antara individu dan lingkungannya terjadi pertukaran informasi, perilaku, pola pikir dan nilai – nilai yang dianut. Pola koping yang dimiliki individu berasal dari nilai-nilai yang dianut dan pada akhirnya akan mempengaruhi bagaimana perilaku individu tersebut ketika mengalami kondisi stres (Alligood,

2014). Nilai-nilai kesehatan yang pada akhirnya mempengaruhi persepsi individu dapat berbanding lurus dengan kondisi kesakitan yang dialami, dalam hal ini semakin parah kondisi sakitnya maka persepsi kesehatan individu akan semakin rendah. Kondisi rendahnya persepsi yang muncul akibat pola koping tidak baik yang dimiliki individu dapat dicegah melalui implementasi beberapa terapi komplementer yang telah terbukti efektivitasnya.

Pelaksanaan program inovasi KELASI terdiri atas beberapa terapi yang telah terbukti memiliki implikasi positif bagi lansia yang mengalami depresi agar dapat secara mandiri memajemen tingkat stres yang dialami hingga menurunkan risiko peningkatan angka kejadian depresi yang mungkin dialami. Program inovasi KELASI merupakan integrasi dari terapi *cognitive restructuring*, *relaxation therapy* melalui relaksasi napas dalam dan intervensi relaksasi benson, intervensi relaksasi autogenic yang dipandu, serta modifikasi perilaku dengan *laughing therapy* (terapi tertawa). Penggabungan dari seluruh terapi yang ada dikarenakan dalam penelitian yang dilakukan, efek dari masing-masing terapi diperkirakan dapat meningkat apabila digabung dengan terapi lain (Hayes-skelton, Roemer, & Orsillo, 2013; Imai et al., 2018; John & Tungol, 2017). Dalam pelaksanaan intervensi, masyarakat membutuhkan bimbingan dari perawat komunitas.

Perawat komunitas memiliki peran penting dalam perkembangan kesadaran dan kesehatan individu serta masyarakat dalam menghadapi klien depresi termasuk dialami oleh lansia. Implementasi holistik perawat pada dasarnya memadukan hubungan tubuh, pikiran, dan jiwa dari klien untuk mencapai kesejahteraan tertinggi. Kondisi sehat tanpa depresi dapat dicapai jika berbagai faktor yang mempengaruhi seperti dukungan sosial, motivasi, keyakinan diri, kualitas diri, sosiokultural dan ekonomi pada lanjut usia dapat mendukung implementasi yang dilakukan. Angka kesakitan dan kematian pada lansia akibat berbagai penyakit yang diderita dapat diperberat dengan kondisi depresi yang dialaminya. Lansia sebagai populasi rentan memiliki risiko lebih tinggi dalam mengalami suatu permasalahan kesehatan sebagai akibat dari penurunan fungsi tubuh, sosial, finansial serta tidak adanya dukungan dari pemerintah sebagai pengambil kebijakan.

Hasil skrining juga menunjukkan bahwa 50% lansia merasa tidak puas dengan hidup mereka, selain itu 75% lansia merasa bahwa hidupnya terasa kosong dan sering merasa tidak berharga. Hal ini menjadi petunjuk bahwa kondisi depresi yang dialami lansia di Kelurahan Mekarjaya perlu mendapat perhatian lebih dari tenaga kesehatan. Berdasarkan paparan tersebut penulis menerapkan intervensi pencegahan depresi untuk menurunkan tingkat depresi yang dialami serta meningkatkan ketahanan lansia terhadap masalah yang dapat menyebabkan depresi.

1.2. Tujuan Umum

Memberikan gambaran pelaksanaan program KELASI dalam asuhan keperawatan keluarga dan komunitas pada agregat lansia dengan depresi di Kelurahan Mekarjaya.

Tujuan Khusus

1. Terbentuknya program keperawatan lansia sadar depresi (KELASI).
2. Teridentifikasinya kemampuan (Pengetahuan dan Psikomotor) kelompok lansia dalam melaksanakan program KELASI
3. Teridentifikasinya kemandirian keluarga dalam mengelola depresi pada lansia sebelum dan sesudah menggunakan program KELASI.
4. Teridentifikasinya tingkat depresi pada lansia di Kelurahan Mekarjaya sebelum dan sesudah menggunakan program KELASI.

1.3. Manfaat Hasil Pelaksanaan Implementasi KELASI

Bagi pelayanan kesehatan

Hasil pengembangan inovasi ini diharapkan berguna bagi perawat khususnya yang berada layanan kesehatan primer (Puskesmas & Klinik) yang berada di garis depan dalam pelayanan kepada lanjut usia maupun pelayanan kesehatan informasi di masyarakat dan juga kepada keluarga yang merawat langsung. Pengetahuan tentang depresi pada lansia dapat membantu perawat melakukan intervensi yang tepat. Manfaat inovasi yang diberikan dapat pula dirasakan bagi keluarga yang memiliki lansia dengan cara mengimplementasikan program terapi yang telah diajarkan secara mandiri.

Bagi Pendidikan keperawatan

Hasil pengembangan inovasi ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber bagi implementasi lebih lanjut untuk mengembangkan suatu intervensi keperawatan mengenai kondisi depresi yang dialami lansia dengan menambahkan berbagai hasil penelitian terbaru dengan menggunakan perspektif dan kearifan lokal yang menjadi ciri masyarakat Indonesia.

Bagi Penelitian keperawatan

Hasil pengembangan inovasi ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber dalam pembaharuan penelitian terhadap klien depresi khususnya lansia melalui pendekatan teori keperawatan dan intervensi yang telah terbukti dapat menurunkan keadaan depresi pada lansia.

BAB 2

PELAKSANAAN INOVASI KEPERAWATAN LANSIA SADAR DEPRESI (KELASI) DALAM ASUHAN KEPERAWATAN DAN KOMUNITAS

Bab ini menjelaskan tentang penerapan inovasi keperawatan lansia sadar depresi yang kemudian hasil pelaksanaan inovasi KELASI pada asuhan keperawatan keluarga dan asuhan keperawatan komunitas pada periode Oktober 2019-April 2020 di wilayah Kelurahan Mekarjaya, Depok.

2.1. Inovasi Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI)

Program inovasi yang dikembangkan disebut sebagai Kelompok Lansia Sadar Depresi (KELASI), program ini merupakan integrasi dari intervensi beberapa terapi yang telah terbukti memiliki implikasi positif bagi lansia yang mengalami depresi agar dapat secara mandiri mengelola tingkat stres yang dialami hingga menurunkan risiko peningkatan angka kejadian depresi yang dialami (Hayes-skelton, Roemer, & Orsillo, 2013; Imai et al., 2018; John & Tungol, 2017).

Pelaksanaan program KELASI diawali dengan melakukan edukasi dan skrining depresi pada lansia menggunakan aplikasi android “Depresi Lansia”. Penggunaan aplikasi ditujukan untuk mempermudah keluarga dan lansia dalam mengakses edukasi dan skrining serta mempermudah pengumpulan data hasil skrining yang telah dilaksanakan. Dengan berbagai keunggulan yang diantaranya tingkat skala akses masyarakat yang lebih luas, penatalaksanaan depresi berbasis aplikasi ponsel pintar memiliki potensi besar dalam peningkatan status kesehatan psikososial di masyarakat.(Lu, Winkelman, & Wong, 2016).

Program inovasi KELASI merupakan integrasi dari terapi *cognitive restructuring*, *relaxation therapy* melalui relaksasi napas dalam dan intervensi relaksasi benson, intervensi relaksasi autogenik yang dipandu, serta modifikasi perilaku dengan *laughing therapy* (terapi tertawa). Konsep penggabungan terapi ini berdasarkan hasil penelitian yang menggunakan terapi kognitif, terapi meditasi pernapasan, terapi *imagery*, dan relaksasi otot progresif yang dilakukan selama 5 minggu dengan 1 minggu bagi masing-masing terapi (Cheng, Croarkin, & Lee, 2019).

Terapi utama yang diintegrasikan dalam kombinasi terapi antara adalah *Cognitive restructuring* (CR) yang merupakan bagian dari *cognitive behavior therapy* (CBT) yang bertujuan untuk mengubah pikiran dan perilaku pasien yang negatif atau maladaptif menjadi lebih positif atau adaptif. CR sendiri sudah terbukti memiliki efek yang signifikan terhadap perubahan pola pikir dan perilaku pasien depresi dibanding beberapa terapi lain (misal aktivitas fisik) (Huang, Liu, Tsai, & Chin, 2015).

Terapi CR sebaiknya diberikan selama 12 sesi bersamaan dengan 11 terapi lain masing-masing selama 1 sesi dengan dilakukan pre dan post di setiap sesinya (Thompson et al., 2014). Hasil penelitian lain menyebutkan bahwa kegiatan CR dapat dilakukan dengan pengulangan selama 12 minggu untuk melihat hasil maksimal serta dikombinasikan dengan terapi aktivitas lain (Huang et al., 2015), Penelitian yang dilakukan (Hallis, Cameli, Bekkouche, & Knäuper, 2017) menggunakan waktu pengulangan selama 15 minggu dengan pengawasan untuk mendapatkan hasil maksimal dalam penurunan status depresi dari lansia. Kegiatan CR dapat diajarkan dalam 1 atau beberapa kali hingga klien paham untuk selanjutnya dilakukan pemantauan rutin selama 10-12 minggu, Penggunaan terapi CR dapat diintegrasikan dengan terapi benson sebagai pendamping.

Terapi relaksasi benson ini merupakan suatu bagian dari kegiatan meditasi dan relaksasi pernapasan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan, khususnya pada individu yang memiliki masalah yang berkaitan dengan psikososial. Individu yang rutin melakukan relaksasi benson terbukti mengalami penurunan tingkat stres, peningkatan kesejahteraan psikologis, dan terbukti mengalami penurunan tekanan darah dan *heart rate* dalam jumlah yang signifikan. Relaksasi ini juga terbukti dapat menolong individu menurunkan respon berlebihan terkait *fight or flight response* dan mengembalikan individu ke keadaan rileks (Cheng et al., 2019).

Menggunakan terapi benson sangat dianjurkan untuk mengurangi stress dan kecemasan pada klien (Masoumeh, Milad, Sadegh, & Leila, 2016). Hasil riset lain menyebutkan bahwa terapi benson yang dilakukan setiap 3x seminggu yang digabungkan dengan terapi relaksasi lain dapat meningkatkan efek terapeutik bagi lansia depresi dibandingkan jika hanya dilakukan sendiri (Barati & Sarjuei, 2016). Kegiatan relaksasi pernapasan yang dilakukan dapat diajarkan pada klien dan diimplementasikan selama 7x berturut-turut untuk mendapatkan hasil yang maksimal dalam mengurangi kejadian kecemasan, stres dan depresi. (Hampson et al., 2019). Pelaksanaan terapi relaksasi benson dapat dilanjutkan dengan terapi lanjutan yang menggabungkan antara pernapasan dan *imagery* untuk meningkatkan penurunan depresi pada lansia (Cheng et al., 2019). Teknik penggabungan pernapasan dan imageri yang dapat diberikan sebagai terapi lanjutan dari benson diantaranya adalah teknik autogenik.

Relaksasi autogenik merupakan suatu metode relaksasi yang dapat membuat individu masuk ke dalam alam bawah sadar melalui teknik hypnosis terpandu yang mana bertujuan untuk meningkatkan rasa nyaman dan aman serta rileks dalam rangka menurunkan tingkat stres dan kecemasan berlebih yang dialami (N. & Deepak, 2019). Terapi ini efektif diberikan kepada orang lansia serta lansia untuk manajemen tingkat stres dan depresi yang dimiliki serta aman untuk dilakukan (Seo & Kim, 2019). Terapi autogenik adalah terapi *mindfulness* yang dalam pemberiannya harus dengan pengawasan tenaga profesional serta terbukti efektif dalam menurunkan kadar stres dan depresi pada individu (Ziabari & Treur, 2019).

Untuk meningkatkan manajemen stres pada klien dengan depresi, perlu diterapkan suatu terapi perilaku sederhana yang menjadi keberlanjutan dari rangkaian terapi dalam program KELASI. Terapi tertawa merupakan terapi perilaku yang menggunakan efek positif dari pelepasan endorfin dan serotonin ketika individu tertawa untuk menurunkan tingkat kecemasan, stres, depresi, nyeri dan meningkatkan sistem imun individu tersebut. Kelebihan dari terapi ini adalah murah, tidak memerlukan situasi atau kondisi tertentu, serta tidak memerlukan alat bantu yang rumit (Hwang, Jeong, & Hwang, 2019). Implementasi terapi tertawa selama 60

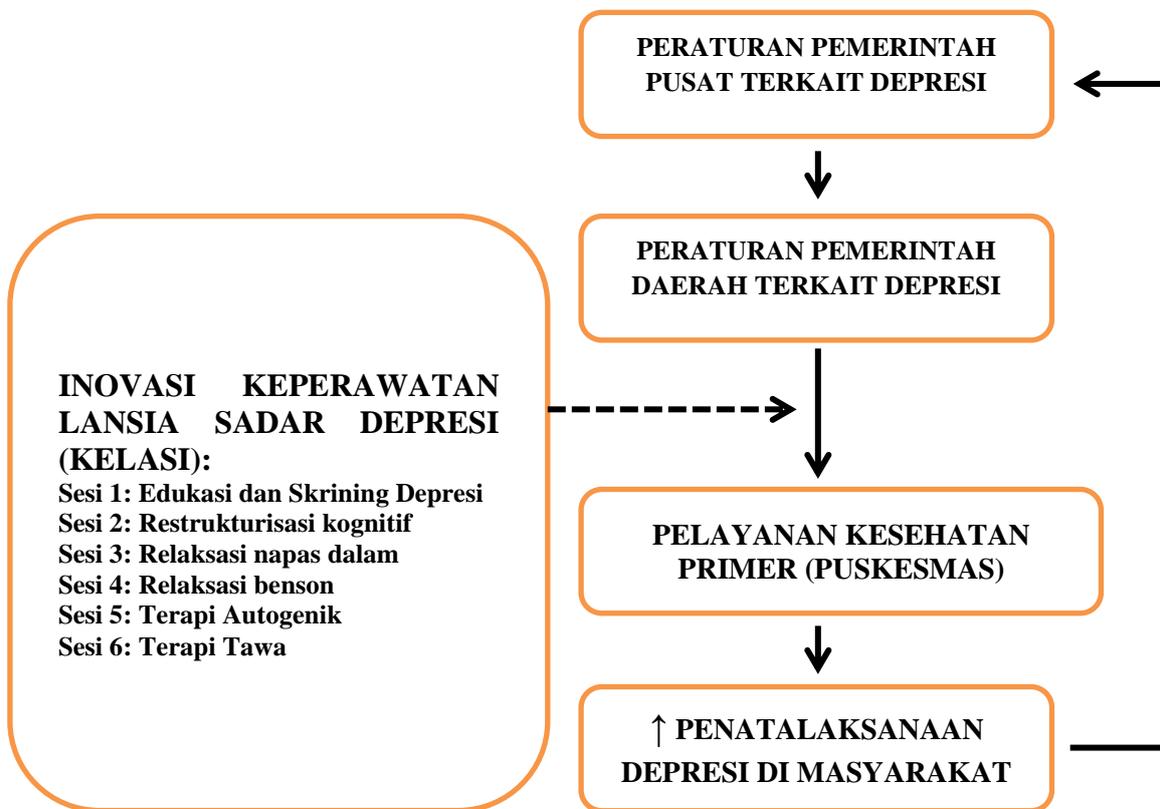
menit dan dilakukan 2 kali dalam seminggu selama 10 minggu dapat menurunkan tingkat stress dan depresi pada lansia (Do-young, Hye-young, Baik-chul, & Gye-hyun, 2016), penelitian lain menyebutkan terapi tertawa merupakan salah satu intervensi perawat yang efektif untuk menurunkan kondisi mood yang negative, stres dan nyeri pada klien dengan diberikan 1 kali sehari selama 20-30 menit dan dilakukan selama 5 hari (Journ & Lee, 2019). Terapi tertawa direkomendasikan diberikan sebagai salah satu implementasi bagi klien lansia di layanan kesehatan untuk meningkatkan kondisi fisik dan psikis (Yoshikawa et al., 2019).

Pemberian inovasi KELASI dilakukan agar perilaku manajemen kesehatan lansia depresi dapat menjadi lebih adaptif dan mengalami perbaikan dalam status depresi yang dialami. Perilaku manajemen pada individu dengan depresi dipengaruhi oleh kondisi kesehatan diri, kepercayaan terhadap penyakit, perilaku mencari pelayanan kesehatan dan pemahaman dalam pencegahan kondisi kronis (Castonguay, Filer, & Pitts, 2016). Salah satu model keperawatan yang menjelaskan dan memprediksi perilaku dalam manajemen diri adalah *Health Belief Model* (HBM).

HBM menekankan pada persepsi dan keyakinan tentang penyakit yang mempengaruhi perilaku kesehatan lansia terhadap penyakit tersebut, hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi lansia terhadap tingkat keparahan penyakit dan hambatan untuk memperoleh layanan kesehatan menjadi faktor krusial yang mempengaruhi keinginan lansia untuk melawan kondisi depresi (Bakhtiar, Bastami, Sharafkhani, & Almasian, 2017). Sementara peningkatan tingkat pemahaman dan pengetahuan lansia terhadap kondisi penyakit kronis yang dimilikinya melalui pendekatan HBM berbanding lurus dengan tingkat kemauan lansia untuk mengakses layanan kesehatan, oleh karena itu sangat disarankan bagi tenaga kesehatan untuk menggunakan pendekatan ini sebagai bagian dari implementasi bagi kesehatan lansia (Khorsandi, Fekrizadeh, & Roozbahani, 2017).

Penerapan inovasi KELASI pada lansia depresi dilakukan selama satu kali pengajaran untuk masing-masing terapi (dilakukan selama 45-60 menit persesi) dan

6 bulan *follow-up* (dengan cara kunjungan langsung dan penggunaan aplikasi) dari intervensi mandiri klien. penerapan inovasi dapat dilihat pada skema berikut:



Skema 2.1. Skema Pelaksanaan Inovasi KELASI

Dalam pelaksanaan program KELASI yang terintegrasi dengan HBM, kegiatan edukasi dan skrining depresi menggunakan aplikasi android “Depresi Lansia” dilakukan di awal pertemuan sebagai salah satu stimulus yang diberikan agar lansia memahami kondisi depresi yang dialami. Setelahnya lansia mendapatkan penjelasan dan pendampingan dalam melakukan kegiatan terapi restrukturisasi kognitif, terapi relaksasi, terapi autogenik, hingga terapi tawa secara berturut-turut selama 5 sesi pertemuan di pagi hari. Kegiatan dilakukan dengan penjelasan terkait terapi menggunakan media leaflet dan lembar balik lalu dilanjutkan demonstrasi oleh mahasiswa spesialis serta diakhiri dengan re-demonstrasi mandiri oleh lansia. Kegiatan demonstrasi mandiri dilaksanakan selama 12-16 minggu dengan evaluasi rutin setiap 4 minggu oleh mahasiswa spesialis salah satunya dengan menggunakan skrining di aplikasi “Depresi Lansia”.

2.2. Implementasi Inovasi Keperawatan KELASI pada Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Agregat Lansia Depresi di Kelurahan Mekarjaya Depok

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga di wilayah Kelurahan Sukmajaya dilakukan pada 10 keluarga lansia dengan depresi ringan-berat. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dibagi dalam dua tahap. Tahap pertama pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada lima keluarga dilaksanakan mulai bulan Oktober sampai dengan bulan Desember 2019. Selanjutnya, tahap kedua pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada lima keluarga dilaksanakan mulai bulan Januari-April 2020. Pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang digunakan yaitu dengan model *Family Centered Nursing* Friedman mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan. Asuhan keperawatan keluarga menggunakan proses keperawatan dengan melibatkan semua elemen yang ada dalam keluarga untuk berinteraksi agar dapat menyelesaikan masalah yang terjadi pada lansia yang mengalami depresi.

Ringkasan utama pada pembahasan analisis situasi adalah dari keluarga Bapak K (79 Tahun) dengan Ibu M (73 Tahun) yang mengalami depresi, implementasi dilakukan selama 4 bulan dari Oktober-Desember 2019.

2.2.1. Analisis Situasi

Keluarga Bapak K adalah keluarga inti yang terdiri dari Bapak K sebagai kepala keluarga dan Ibu M sebagai ibu rumah tangga. Bapak K berprofesi sebagai pedagang dan tinggal bertiga bersama dengan Ibu M dan Anak R (16 Tahun) yang merupakan cucu dari anak pertama (sejak tahun 2020 sudah ngekost sendiri). Tahap tumbuh kembang keluarga pada keluarga Bapak K berada pada tahap 8 yakni keluarga lansia dengan tugas perkembangan yang belum terpenuhi meliputi mempertahankan kesehatan dan memiliki waktu untuk mengelola minat sosial dan bersantai bersama, kedua hal tersebut disebabkan karena keluarga Bapak K mengalami masalah kesehatan serta memiliki kesibukan masing-masing, khususnya Bapak K yang masih aktif mengurus warung. Permasalahan kesehatan yang dialami berdasarkan hasil pengkajian adalah hipertensi pada Bapak K, depresi serta osteoarthritis (skala nyeri 6) pada Ibu M.

Hasil analisis pada keluarga Bapak K menunjukkan masalah depresi pada Ibu M didapatkan data bahwa depresi yang dialami Ibu M disebabkan karena penyakit osteoarthritis yang dialami tidak mengalami kesembuhan sehingga Ibu M sering merasa pengobatan yang dilakukan tidak membawa hasil positif bagi kondisinya. Hasil kunjungan yang dilakukan mahasiswa menunjukkan Ibu M sering bercerita dengan mata berkaca-kaca serta sering merasa dirinya tidak berdaya, dan sudah capek terhadap kondisinya. Ibu M mengatakan sering merasa gelisah dan bosan saat di rumah, selain itu Ibu M mengatakan merasa tidak berguna karena sulit bergerak dan sering merasa orang lain yang seusia dengannya jauh lebih sehat dan lebih baik dibanding dirinya. Kondisi rumah yang relatif tidak mendukung mobilitas Ny. M karena undakan yang terlalu tinggi dapat menjadi salah satu faktor munculnya depresi. Hasil GDS pada Ibu M diketahui mengalami depresi ringan (hasil 9).

Pengkajian lebih lanjut menunjukkan bahwa keluarga belum mengetahui tentang kondisi depresi, selama ini keluarga mengira bahwa kondisi depresi sama dengan stres. Keluarga tidak paham tentang penyebab serta tanda gejala depresi, tidak tahu komplikasi dari depresi, serta tidak paham cara pencegahan dan pengobatan dari depresi, selain itu keluarga mengatakan baru mengetahui jika Ibu M mengalami kondisi depresi setelah mahasiswa spesialis melakukan kunjungan rumah dan skrining menggunakan *Geriatric Depression Scale (GDS)-15*. Selama ini keluarga juga belum memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu M.

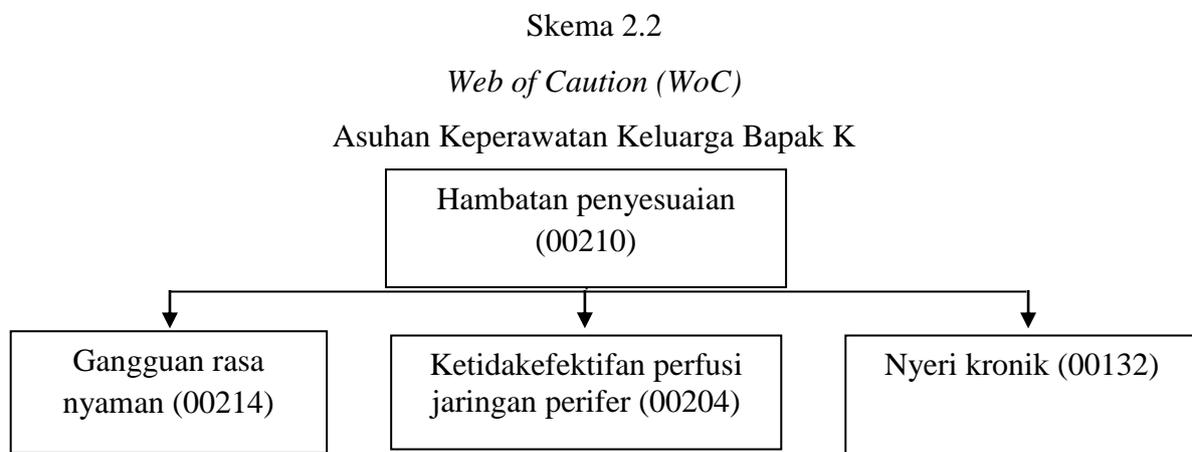
Hasil analisis masalah hipertensi pada Bapak K menunjukkan TD Bapak K 160/80 mmHg. Bapak K mengatakan orangtua dan saudara-saudaranya juga memiliki riwayat hipertensi dan kolesterol. Bapak K mengatakan sudah mengurangi garam yang dikonsumsi serta jarang makan gorengan serta yang mengandung minyak, selain itu beliau juga lebih memilih mengonsumsi air putih dibanding minuman lain. sementara hasil GDS Bapak K menunjukkan tidak mengalami depresi (hasil 4). Pengkajian lebih lanjut menunjukkan

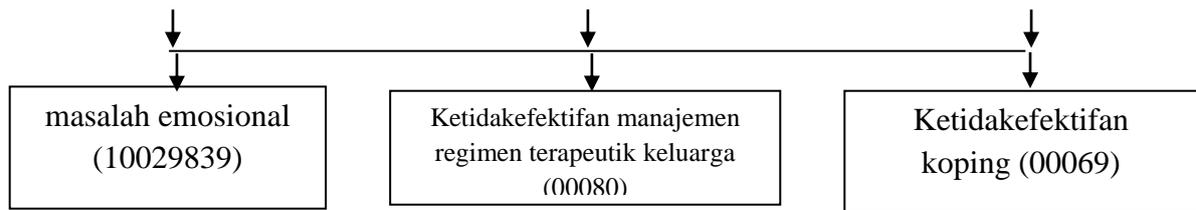
keluarga mengetahui bahwa hipertensi adalah penyakit darah tinggi lebih dari 120/80 serta Keluarga mengatakan bahwa Bapak K telah mengalami tekanan darah tinggi sejak lima tahun yang lalu. Bapak K mengatakan jika mengalami pusing atau mata berkunang-kunang bertanda bahwa tekanan darahnya sedang tinggi, Bapak K mengatakan bahwa mungkin hal ini disebabkan aktivitasnya yang cukup tinggi seperti mengantar tabung gas dan belanja ke agen.. Keluarga mengatakan tanda gejala lain saat darah tinggi adalah kaku leher, dan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi obat. Bapak K mengatakan sering berobat ke klinik dokter di dekat rumah akan tetapi hanya mengkonsumsi obat yang diresepkan hanya saat tekanan darahnya tinggi.

Berdasarkan hasil pengkajian depresi yang dialami oleh Ibu M keluarga tidak mengetahui sama sekali terkait penyakit depresi, penyebab, tanda gejala, komplikasi, hingga pencegahan dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia. Sementara hipertensi pada Bapak K, dapat diambil kesimpulan bahwa keluarga telah mampu memahami definisi dari penyakit hipertensi, mampu mengerti penyebab dan tanda gejala dari hipertensi serta telah mampu melakukan pencegahan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan meskipun tidak secara adekuat dalam pelaksanaannya.

2.2.2.Masalah keperawatan keluarga lansia dengan depresi

Hasil analisis masalah keperawatan pada keluarga Bapak K tergambar pada skema berikut:





*Sumber: Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (2017); International Council of Nurses (2013)

Terdapat 7 diagnosis keperawatan utama yang penulis angkat berdasarkan pada hasil pengkajian, WoC, yaitu (1) Hambatan penyesuaian; (2) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer; (3) Nyeri Kronik; (4) Ketidakefektifan koping; (5) Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga kesehatan; (6) Gangguan rasa nyaman; dan (7) Masalah emosional.

Dalam implementasi yang dilakukan didapatkan 2 prioritas diagnosis berdasarkan perhitungan skoring (Maglaya, 2016) yang akan dijadikan intervensi selama 8 bulan yakni:

Diagnosis prioritas: (Skoring terlampir)

- 1) Hambatan penyesuaian pada keluarga (00210) (Skor 3 1/3)
- 2) Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga (00080) (Skor 2 2/3)

2.2.3. Perencanaan Tindakan Asuhan Keperawatan Keluarga

Penulisan diagnosa, perencanaan dan implementasi pada *Nursing Care Process* (NCP) yang dituliskan oleh penulis berdasarkan kepada panduan dari *North America Nursing Diagnostic Association/ NANDA* (2018), *Nursing Outcomes Classification/NOC* (2013), dan *Nursing Interventions Classification/NIC* (2013).

Diagnosis 1: Hambatan penyesuaian pada keluarga (00210)

Tujuan umum:

Setelah intervensi selama 4 bulan, masalah hambatan penyesuaian pada keluarga dapat diminimalkan.

Tujuan khusus (TUK dan rencana tindakan)

TUK 1 (Mengenal Masalah) peningkatan pengetahuan manajemen kesehatan keluarga dengan masalah depresi (1836) dengan kriteria hasil pengetahuan manajemen depresi keluarga meningkat dari skala 1 (tidak adekuat pengetahuan) menjadi skala 5 (pengetahuan sangat adekuat) pada indikator: Tanda gejala fisik depresi (183601), Tanda gejala emosional depresi (183602), Faktor penyebab depresi (183612). Rencana tindakan berupa pengajaran proses penyakit (5602): (a) Jelaskan definisi depresi, (b) Jelaskan penyebab terjadinya depresi, (c) jelaskan tanda gejala depresi, dan (d) jelaskan faktor risiko penyakit depresi.

TUK 2 (Memutuskan masalah kesehatan) peningkatan kemampuan memutuskan tindakan perawatan dengan partisipasi keluarga dalam perawatan profesional (2605) meningkat dari skala 1 (tidak berpartisipasi) menjadi 5 (sering berpartisipasi) dengan kriteria: berpartisipasi dalam menentukan tujuan (260501), berpartisipasi dalam menentukan tindakan untuk lansia (260502), mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi (260505), mengambil keputusan terkait tindakan (260508).. Rencana tindakan berupa menetapkan tujuan bersama dengan keluarga (4410): (a) Dukung keluarga menemukan kekuatan dan kemampuan dalam mengatasi masalah, (b) bantu keluarga menentukan tujuan realistis, (c) fasilitasi keluarga untuk mengambil keputusan tindakan.

TUK 3 (Merawat anggota keluarga) peningkatan kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan penerimaan terhadap kondisi kesehatan (1300) dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi 5 (dilakukan secara konsisten) dengan indikator: Respon verbal lebih positif (130007), Ekspresi emosi (130021), Menampilkan mood lebih positif (130013), Menampilkan kepercayaan diri positif (130020), Menampilkan efikasi diri (130018). Rencana tindakan berupa *Behavior management* (4350), *Cognitive restructuring* (4700), *Relaxation therapy* (6040), *Autogenic training* (5840).

TUK 4 (Memodifikasi lingkungan) peningkatan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan dengan keseimbangan gaya hidup (2013) dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi 5 (dilakukan secara konsisten) dengan indikator:

Identifikasi paparan stresor (201305), kurangi kegiatan yang dapat meningkatkan stres (201308), gunakan strategi untuk mengurangi stres (201306), identifikasi kekuatan klien (201304), atur kegiatan harian klien (201312). Rencana tindakan berupa Manajemen lingkungan (6480) : (a) Ciptakan lingkungan yang aman bagi klien, (b) Identifikasi kebutuhan keamanan klien, (c) Hilangkan benda berbahaya di sekitar klien, (d) Hindari paparan stresor yang tidak perlu, (e) Control dan kurangi gangguan bising, (f) Buat daftar rutinitas harian bagi klien, (g) Berikan informasi akan pentingnya modifikasi lingkungan bagi keluarga.

TUK 5 (Memanfaatkan fasilitas kesehatan) peningkatan pengetahuan pemanfaatan fasilitas kesehatan manajemen kesehatan keluarga dengan masalah depresi (1836) dengan kriteria hasil pengetahuan pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga meningkat dari skala 1 (tidak adekuat pengetahuan) menjadi skala 5 (pengetahuan sangat adekuat) pada indikator: opsi kesehatan yang tersedia (183605), rejimen pengobatan individu (183606), pentingnya menyelesaikan pengobatan depresi (183608), hubungan pengobatan dengan kondisi depresi (183607), efek terapeutik medikasi (183619), efek samping pengobatan (183620), dan waktu tepat mendapatkan asistensi dari pelayanan kesehatan (183625). Rencana tindakan berupa manajemen emosi (5330): (a) pertimbangkan perlunya rawat inap bagi klien, (b) anjurkan penggunaan medikasi dari layanan kesehatan, (c) ajak lansia untuk berperan aktif dalam menentukan pengobatan yang akan diambil, (d) jelaskan proses pengobatan dan (e) medikasi yang tersedia di layanan kesehatan kepada keluarga.

Diagnosis 2: Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga (00080)

Tujuan umum:

Setelah intervensi selama 4 bulan, masalah Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga Bapak K tidak terjadi.

Tujuan khusus (TUK dan rencana tindakan)

TUK 1 (Mengenal masalah) peningkatan pengetahuan keluarga dalam mengenal proses penyakit (1803) dari skala 1 (tidak adekuat pengetahuan) menjadi skala 5 (pengetahuan sangat adekuat) dengan kriteria: karakteristik penyakit hipertensi

(180302), penyebab dan faktor predisposisi hipertensi (180303), faktor risiko hipertensi (180304). Rencana tindakan berupa Pengajaran: Proses penyakit (5602): (a) Jelaskan tentang penyakit hipertensi, (b) Jelaskan penyebab penyakit.

TUK 2 (Memutuskan masalah kesehatan) peningkatan kemampuan keluarga dalam memutuskan masalah kesehatan dengan partisipasi keluarga dalam perawatan profesional (2605) meningkat dari skala 1 (tidak berpartisipasi) menjadi 5 (sering berpartisipasi) dengan kriteria: : berpartisipasi dalam menentukan tujuan (260501), berpartisipasi dalam menentukan tindakan untuk lansia (260502), mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi (260505), mengambil keputusan terkait tindakan (260508). Rencana tindakan berupa dukungan keluarga (7140): (a) berikan feedback bagi keputusan keluarga, (b) dengarkan harapan-perasaan dan keinginan keluarga, (c) berikan pendampingan bagi keluarga, (d) berikan informasi terkait minat dari keluarga.

TUK 3 (Merawat anggota keluarga) meningkatnya kemampuan merawat anggota keluarga dengan manajemen diri hipertensi (3107) dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: Tekanan darah terkontrol (310701), Mempertahankan tekanan darah normal (310704), berpartisipasi dalam latihan yang dianjurkan (310710), menggunakan teknik relaksasi (310720). Rencana tindakan berupa Relaxation therapy (6040): (a) Jelaskan manfaat teknik relaksasi benson, (b) Ajarkan teknik relaksasi benson kepada klien, (c) Atur keadaan yang tenang dan nyaman dan anjurkan klien untuk mencari posisi nyaman, (d) Anjurkan klien untuk mendemonstrasikan kembali, (e) Evaluasi secara harian kepatuhan klien menjalankan terapi.

TUK 4 (Modifikasi lingkungan) peningkatan kemampuan keluarga dalam memodifikasi dan mengontrol faktor risiko di lingkungan (1902) dari skala 1 (Tidak pernah melakukan) menjadi skala 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: mengidentifikasi faktor risiko (190220), memonitor faktor risiko di lingkungan (190202), modifikasi faktor risiko yang ada (190208), membuat strategi efektif untuk mengontrol faktor risiko (190204). Rencana tindakan berupa identifikasi

risiko (6610): (a) memastikan sumber-sumber risiko yang ada di lingkungan sekitar, (b) mengidentifikasi coping strategi yang dimiliki, (c) menggunakan strategi untuk mengurangi faktor risiko, dan (d) mendiskusikan rencana untuk mengurangi faktor risiko yang ada.

TUK 5 (Memanfaatkan pelayanan kesehatan) peningkatan pengetahuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk manajemen penyakit kronis (1847) dari skala 1 (tidak adekuat pengetahuan) menjadi skala 5 (Pengetahuan sangat adekuat) dengan kriteria: Pilihan pengobatan yang tersedia (184710), Penggunaan obat resep dokter (184711), Efek dari pengobatan yang dilakukan (184712), Efek samping pengobatan (184713), Sumber daya kesehatan di masyarakat (184729). Rencana tindakan berupa Pengajaran: Proses penyakit (5602): (a) Diskusikan tentang pengobatan yang dapat dikonsumsi, (b) Jelaskan tentang terapi yang dapat diberikan, (c) Ajarkan klien untuk mengakses layanan kesehatan, (d) Dampingi klien untuk mengakses layanan di masyarakat.

2.2.4. Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Diagnosis 1: Hambatan penyesuaian pada keluarga (00210)

Implementasi TUK 1 dalam satu sesi ini berupa pengenalan definisi depresi, tanda gejala depresi, serta penyebab depresi menggunakan aplikasi android, lembar balik dan leaflet depresi. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan pemahaman tentang depresi, (c) skrining depresi lansia, (d) diskusi tentang kondisi depresi yang dialami meliputi definisi, tanda gejala dan penyebab depresi yang dialami, (e) menanyakan ulang tentang konsep depresi, (f) memberikan *feedback* positif atas jawaban klien, (g) kontrak waktu untuk pertemuan TUK 2.

Evaluasi: S: Ibu M mengatakan bahwa depresi adalah kondisi kronis dari stres yang dialami berturut-turut, penyebab depresi adalah kondisi stres yang tidak sembuh, tanda gejala depresi adalah menarik diri dari pergaulan, gampang marah, sering sedih. O: Ibu M dapat mengulang kembali pengertian depresi, penyebab depresi, tanda gejala depresi. A: TUK 1 tercapai, Ibu M dapat menyebutkan

kembali pengertian, penyebab, dan tanda gejala depresi. P: Lanjutkan intervensi TUK 2.

Implementasi TUK 2 dalam satu sesi ini berupa pengenalan komplikasi, efek dari depresi pada lansia dan menentukan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan menggunakan aplikasi android, lembar balik dan leaflet depresi. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman definisi, penyebab dan tanda gejala depresi, (c) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (d) diskusi tentang kondisi depresi yang dialami meliputi komplikasi/ efek dari depresi yang meliputi: gejala fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, (e) membantu keluarga untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan, (f) menanyakan ulang tentang keputusan yang ditentukan keluarga, (g) memberikan *feedback* positif atas jawaban klien, (h) kontrak waktu untuk pertemuan TUK 3.

Evaluasi: S: Ibu M mengatakan komplikasi depresi adalah gangguan jiwa O: Ibu M mampu menyebutkan komplikasi psikologis depresi. A: TUK 2 tercapai, Ibu M dapat menyebutkan kembali komplikasi depresi. P: Lanjutkan intervensi TUK 3.

Implementasi TUK 3 dalam 5 sesi ini berupa terapi KELASI yang diawali dengan skrining status depresi menggunakan aplikasi android, media lembar balik dan leaflet serta demonstrasi langsung yang dilakukan selama 5 sesi. kegiatan yang dilakukan antara lain:

Sesi 1: Restrukturisasi Kognitif (4700): (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman efek/ komplikasi dari depresi, dan (c) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (d) diskusi tentang terapi restrukturisasi kognitif dan melakukan demonstrasi teknik restrukturisasi kognitif, (e) menanyakan ulang tentang konsep restrukturisasi kognitif, (f) meminta klien untuk melakukan demonstrasi ulang, (g) memberikan *feedback* positif atas hasil yang ditemukan klien, (h) kontrak waktu untuk pertemuan sesi relaksasi napas dalam.

Sesi 2: Terapi relaksasi (6040) menggunakan relaksasi napas dalam: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman restrukturisasi kognitif, (c) meminta klien mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi kognitif, dan (d) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (e) diskusi tentang terapi relaksasi napas dalam dan melakukan demonstrasi, (f) menanyakan ulang tentang konsep relaksasi napas dalam, (g) meminta klien untuk melakukan demonstrasi ulang, (h) memberikan *feedback* positif atas hasil yang ditemukan klien, (i) kontrak waktu untuk pertemuan sesi relaksasi benson.

Sesi 3: Terapi relaksasi (6040) menggunakan Relaksasi Benson (6040): (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman relaksasi napas dalam, (c) meminta klien mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi napas dalam, (d) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (e) diskusi tentang terapi relaksasi benson dan melakukan demonstrasi, (f) menanyakan ulang tentang konsep relaksasi relaksasi benson, (g) meminta klien untuk melakukan demonstrasi ulang, (h) memberikan *feedback* positif atas hasil yang ditemukan klien, (i) kontrak waktu untuk pertemuan sesi terapi autogenik.

Sesi 4: Terapi Autogenik (4700): (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman terapi relaksasi benson, (c) meminta klien mendemonstrasikan ulang teknik terapi relaksasi benson (d) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (e) diskusi tentang terapi Autogenik dan melakukan demonstrasi, (f) menanyakan ulang tentang konsep terapi autogenik, (g) memberikan *feedback* positif atas hasil yang ditemukan klien, (h) kontrak waktu untuk pertemuan sesi terapi tawa.

Sesi 5: Terapi Perilaku (4350) dengan menggunakan Terapi Tawa: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman terapi autogenik, (c) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (d) diskusi tentang terapi tawa dan melakukan demonstrasi, (e) menanyakan ulang tentang konsep terapi tawa, (f) meminta klien untuk melakukan demonstrasi ulang, (g)

memberikan *feedback* positif atas hasil yang ditemukan klien, (h) kontrak waktu untuk pertemuan sesi terapi tawa.

Evaluasi sumatif yang dilakukan setelah 5 sesi dilakukan bersama antara lain: S: Ibu M mampu menyebutkan manfaat melakukan kombinasi terapi KELASI, Ibu M mengatakan akan melakukan kembali terapi KELASI. O: Ibu M dapat mengulang kembali manfaat terapi KELASI dan dapat melakukan teknik terapi KELASI secara mandiri. A: TUK 3 tercapai. P : Lanjutkan intervensi TUK 4

Implementasi TUK 4 dalam satu sesi ini berupa modifikasi lingkungan untuk meminimalisir depresi pada lansia menggunakan aplikasi android, lembar balik dan leaflet depresi. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman terapi KELASI yang telah diajarkan, (c) meminta klien mendemonstrasikan ulang terapi tawa yang diajarkan pada pertemuan selanjutnya, (d) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (e) diskusi tentang kondisi lingkungan yang dapat menyebabkan depresi: terasing (bio-psiko-sosio), kondisi ramai dan mengganggu kegiatan harian klien serta mendiskusikan tentang manajemen waktu harian yang dapat diikuti oleh lansia, (f) menanyakan ulang tentang konsep modifikasi lingkungan, (g) memberikan *feedback* positif atas jawaban klien, (h) kontrak waktu untuk pertemuan TUK 5.

Evaluasi: S: Ibu M dapat menyebutkan kondisi lingkungan yang dapat meningkatkan kondisi stress, manfaat memodifikasi lingkungan untuk mencegah depresi, dan akan mencoba menciptakan lingkungan tenang dan nyaman untuk mencegah depresi. O: Ibu M dapat mengulang kembali manfaat memodifikasi lingkungan untuk mencegah depresi. A: TUK 4 tercapai. P : Lanjutkan intervensi TUK 5.

Implementasi TUK 5 dalam satu sesi ini berupa edukasi untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk meminimalisir depresi pada lansia menggunakan, lembar

balik dan leaflet depresi. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman modifikasi lingkungan yang dapat dilakukan, (c) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (d) diskusi tentang layanan kesehatan yang dapat dipergunakan: layanan suling rindu (pelayanan psikolog gratis di puskesmas, akses pelayanan puskesmas, beberapa jenis obat-obatan yang dapat menurunkan gejala depresi dengan resep dokter, (e) menanyakan ulang tentang konsep pemanfaatan layanan kesehatan yang tersedia, (f) memberikan *feedback* positif atas jawaban klien, (g) kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya.

Evaluasi: S: Ibu M mengatakan memahami cara mencegah kondisi depresi yang dialami, dan memahami manfaat memeriksakan kondisi depresi ke psikolog di puskesmas. O: Ibu M dapat menyebutkan kembali manfaat melakukan pencegahan pada kondisi depresi yang dialami dan dapat menyebutkan kembali manfaat memeriksakan kondisi depresi yang dialami ke layanan kesehatan. A: TUK 5 tercapai. P: Intervensi diagnosis 1 selesai, lanjutkan ke intervensi diagnosis 2.

Diagnosis 2: Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga (00080)
Implementasi TUK 1 dalam satu sesi ini berupa pengenalan definisi hipertensi, penyebab hipertensi, dan faktor risiko hipertensi menggunakan lembar balik dan leaflet hipertensi. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan pemahaman tentang hipertensi, (c) diskusi tentang kondisi hipertensi yang dialami meliputi definisi, faktor risiko dan penyebab hipertensi yang dialami, (d) menanyakan ulang tentang konsep hipertensi, (e) memberikan *feedback* positif atas jawaban klien, (f) kontrak waktu untuk pertemuan TUK 2.

Evaluasi: S: Bapak K mengatakan hipertensi adalah kondisi tekanan darah tinggi lebih 120/80 mmHg, penyebab hipertensi adalah gaya hidup tidak sehat, penuaan, dan keturunan, faktor risiko hipertensi adalah usia, dan obesitas. O: Bapak K dapat mengulang kembali pengertian, penyebab, dan faktor risiko hipertensi. A: TUK 1 tercapai, Bapak K dapat menyebutkan kembali pengertian, penyebab, dan faktor risiko hipertensi. P: Lanjutkan intervensi TUK 2

Implementasi TUK 2 dalam satu sesi ini berupa pemberian informasi dan dukungan bagi keluarga untuk dapat memutuskan tindakan terbaik bagi lansia hipertensi menggunakan lembar balik dan leaflet hipertensi. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan tentang kondisi yang dialami saat ini, (c) diskusi tentang kondisi hipertensi yang dialami meliputi komplikasi yang mungkin terjadi, memfasilitasi proses pengambilan keputusan terhadap tindakan yang dipilih, (d) memberikan *feedback* positif atas jawaban klien, (e) kontrak waktu untuk pertemuan TUK 3.

Evaluasi: S: Bapak K mengatakan bahwa komplikasi hipertensi adalah gagal jantung, stroke, gagal ginjal dan akan kembali mengikuti arahan tenaga kesehatan terkait kondisi hipertensi yang dialaminya. O: Bapak K dapat mengulang kembali komplikasi hipertensi. A: TUK 2 tercapai, Bapak K dapat menyebutkan kembali komplikasi hipertensi dan memiliki keyakinan untuk kembali sembuh. P: Lanjutkan intervensi TUK 3.

Implementasi TUK 3 dalam satu sesi ini berupa pengenalan dan demonstrasi terapi relaksasi benson menggunakan lembar balik dan leaflet. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan tentang pemahaman relaksasi benson, (c) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (d) diskusi tentang terapi relaksasi benson dan melakukan demonstrasi, (e) menanyakan ulang tentang konsep relaksasi relaksasi benson, (f) meminta klien untuk melakukan demonstrasi ulang, (g) memberikan *feedback* positif atas hasil yang ditemukan klien, (h) kontrak waktu untuk pertemuan TUK 4.

Evaluasi: S: Bapak K mampu menyebutkan manfaat melakukan relaksasi benson, dan mengatakan akan melakukan kembali teknik relaksasi benson. O: Bapak K dapat mengulang kembali manfaat teknik relaksasi benson, dan dapat melakukan teknik relaksasi benson secara mandiri. A: TUK 3 tercapai, P: Lanjutkan intervensi TUK 4.

Implementasi TUK 4 dalam satu sesi ini berupa modifikasi lingkungan untuk meminimalisir hipertensi menggunakan, lembar balik dan leaflet depresi. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang terapi relaksasi benson yang telah diajarkan, (c) meminta klien mendemonstrasikan ulang terapi benson yang diajarkan pada pertemuan selbelumnya, (d) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (e) diskusi tentang kondisi lingkungan yang dapat menyebabkan hipertensi serta mendiskusikan tentang strategi mengurangi stressor dari lingkungan sekitar yang dapat dilakukan oleh lansia, (f) menanyakan ulang tentang konsep modifikasi lingkungan, (g) memberikan *feedback* positif atas jawaban klien, (h) kontrak waktu untuk pertemuan TUK 5.

Evaluasi: S: Bapak K mengatakan memahami kondisi yang menyebabkan hipertensi, kondisi yang ramai dan panas dapat menyebabkan hipertensi, dan akan mematuhi strategi yang telah disepakati. O: Bapak K dapat menyebutkan kembali kondisi yang dapat menyebabkan hipertensi, dan kondisi yang dapat menyebabkan hipertensi dan pencegahannya. A: TUK 4 tercapai. P: Lanjutkan intervensi TUK 5.

Implementasi TUK 5 dalam satu sesi ini berupa edukasi untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk meminimalisir depresi pada lansia menggunakan, lembar balik dan leaflet depresi. kegiatan yang dilakukan antara lain: (a) kontrak kegiatan, (b) menanyakan ulang tentang pemahaman modifikasi lingkungan yang dapat dilakukan, (c) memberikan kesempatan kepada keluarga serta lansia untuk bertanya, (d) diskusi tentang layanan kesehatan yang dapat dipergunakan: layanan posbindu PTM dan poli PTM di puskesmas, beberapa jenis obat-obatan yang dapat menurunkan tekanan darah dengan resep dokter, (e) menanyakan ulang tentang konsep pemanfaatan layanan kesehatan yang tersedia, (f) memberikan *feedback* positif atas jawaban klien, (g) kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya.

Evaluasi: S: Bapak K mengatakan memahami cara mencegah kondisi hipertensi yang dialami, manfaat memeriksakan kondisi hipertensi ke layanan kesehatan, O:

Bapak K dapat menyebutkan kembali manfaat melakukan pencegahan pada kondisi hipertensi yang dialami, dan manfaat memeriksakan kondisi hipertensi yang dialami ke layanan kesehatan , A: TUK 5 tercapai, P: Intervensi diagnosis 2 selesai, lanjutkan ke intervensi diagnosis 3.

Hasil asuhan keperawatan keluarga binaan

Selain membina keluarga Bapak K, penulis juga membina 9 keluarga lain dengan hasil evaluasi sebagai berikut:

Tabel 2.1

Tabel Masalah, Skor depresi, dan tingkat kemandirian pre- dan post- pada keluarga kelolaan

No.	Keluarga Binaan	Masalah Utama	Masalah Lain	Skor Depresi		Tingkat Kemandirian	
				Pre-	Post-	Pre-	Post-
1	Bapak K (79 Tahun)	Depresi	Hipertensi	9	5	II	IV
2	Ibu K (65 Tahun)	Depresi	Hipertensi	10	6	I	II
3	Bapak N (63 Tahun)	Depresi	Hipertensi	7	6	I	II
4	Bapak A (70 Tahun)	Depresi	Demensia	8	7	I	II
5	Bapak N (75 Tahun)	Depresi	Hipertensi	9	7	II	III
6	Ibu M (64 Tahun)	Depresi	Hipertensi	8	5	II	III
7	Ibu K (70 Tahun)	Depresi	Hipertensi	9	6	II	III
8	Ibu T (60 Tahun)	Depresi	Gout Arthritis	9	7	II	III
9	Ibu I (66 Tahun)	Depresi	Rhematoid Arthritis	8	5	II	IV
10	Ibu N (63 Tahun)	Depresi	Hipertensi	8	7	II	IV

Hasil yang diperoleh selama proses praktek residensi memperlihatkan adanya perubahan status depresi (Pengukuran menggunakan format *geriatric depression scale* (GDS)) yang dialami oleh lansia serta tingkat kemandirian keluarga dalam menghadapi klien lansia depresi. Hasil diatas menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi keperawatan, rerata status depresi lansia sebesar 8.5 sedangkan rerata setelah dilakukan intervensi adalah sebesar 6.1 yang berarti terjadi perubahan rerata sebesar 2.4 selama intervensi dalam 4 bulan. Penurunan terbesar yang terjadi adalah sebanyak 4 poin yang dialami oleh Ibu K.

Hasil perhitungan tingkat kemandirian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi keperawatan, nilai tingkat kemandirian 3 keluarga binaan adalah I, hal ini dikarenakan beberapa faktor seperti demensia, sendirian karena anak-anak sudah sibuk bekerja, dan kurang berkomunikasi dengan anggota keluarga, sementara 7 keluarga lain memiliki nilai II karena masih berada dalam keluarga yang baik secara hubungan dan pola komunikasi, selain itu beberapa lansia masih memiliki penghasilan.

1) Hambatan

Hambatan yang dialami oleh mahasiswa dalam melakukan implementasi kepada keluarga binaan adalah masalah sulitnya mengumpulkan keluarga bersama dikarenakan kesibukan anggota keluarga lain yang bekerja, mahasiswa juga mengalami hambatan dalam penyampaian informasi dan terapi yang dikarenakan mudahnya lansia terdistraksi serta penurunan kemampuan kognitif dari beberapa lansia.

2) Rencana Tidak Lanjut

- a) Pihak Puskesmas serta kelurahan melalui tim perkesmas dan kader posyandu memasukkan inovasi KELASI sebagai salah satu cara untuk menurunkan angka kejadian depresi pada lansia di Kelurahan Mekarjaya.
- b) Pihak keluarga dapat terus mendampingi lansia dalam melanjutkan implementasi mandiri kegiatan terapi yang telah diajarkan melalui inovasi KELASI.

2.3.Implementasi Inovasi Keperawatan KELASI pada Asuhan Keperawatan Komunitas dengan Agregat Lansia Depresi di Kelurahan Mekarjaya Depok

Pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di wilayah Kelurahan Mekarjaya dilakukan pada periode Oktober 2019-April 2020 menggunakan pendekatan proses keperawatan. Desain yang dipilih studi kasus dengan memilih agregat depresi. Kegiatan dimulai dengan melakukan pengkajian dan pengumpulan data mencakup windshield survey, studi literatur, wawancara, dan angket/kuesioner. Proses pengumpulan data dilakukan dengan mengidentifikasi jumlah responden atau lansia dengan penentuan populasi dan sampel. Populasi adalah kelompok orang yang diteliti secara statistik yang mempunyai karakteristik yang umum. Populasi dalam asuhan keperawatan komunitas ini yaitu lanjut usia (usia ≥ 60 tahun) yang mengalami depresi (ringan, sedang dan risiko depresi) di Kelurahan Mekarjaya, Depok. Metode perhitungan sampling menggunakan rumus sampling Slovin:

N = Populasi lansia di Mekarjaya tahun 2018 sejumlah 8747 orang

E = 0.05

$$\begin{aligned}n &= N / (1 + N \cdot e^2) \\&= 8747 / (1 + 8747 \cdot 0.05^2) \\&= 8747 / (1 + 22) \\&= 380\end{aligned}$$

380 dikali 5% (Data penderita depresi di Kota Depok): 18 orang

18 orang dikali 3 (efek desain)= 54 orang

Antisipasi drop-out: $n / (1-0.1)$: $57/0.9$: 60 orang

Kegiatan pelaksanaan keperawatan komunitas dilaksanakan di 2 RW yakni RW 06 dan RW 07 di wilayah Kelurahan Mekarjaya. Kontrak kegiatan dilakukan bersama dengan kader kesehatan dan para lansia yang terskrining mengalami gejala pra-depresi dan depresi di kedua RW tersebut. Total pembinaan di wilayah RW 06 sebanyak 20 (Awal 34) lansia dan di wilayah RW 07 sebanyak 18 (Awal 28) lansia. Jumlah lansia binaan di kedua wilayah tersebut adalah jumlah pasti partisipan lansia yang selalu hadir dalam kegiatan yang dilaksanakan.

2.3.1. Analisis Situasi

Analisis pengkajian dilakukan untuk mengidentifikasi data demografi baik karakteristik lansia maupun keluarga, faktor penyebab, pengetahuan kelompok lansia terkait kondisi depresi yang dialami, sikap dan keterampilan terkait hambatan dan manfaat dalam pengelolaan depresi untuk dapat dirumuskan dalam masalah keperawatan komunitas.

Tabel 2.2

Deskripsi dan persebaran status depresi menggunakan *geriatric depression scale* (GDS) pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok Oktober 2019 (n=60)

No.	Skor GDS	Frekuensi	%
1	Depresi ringan 5-8	41	68.3
2	Depresi sedang 9-11	19	31.7

Pengkajian awal dilakukan kepada 60 lansia berdasarkan hitungan sampling berdasarkan data status psikososial di Kota Depok di Kelurahan Mekarjaya secara acak. Hasil observasi dan pengumpulan sampel terkait kondisi depresi pada lansia di kecamatan Mekarjaya menunjukkan bahwa belum terdapat kegiatan baik di posbindu maupun Bina Kesehatan Lansia (BKL) yang menangani kondisi psikososial bagi lansia, dari 60 sampel lansia yang dikaji menggunakan *geriatric depression scale* (GDS) didapatkan data 68,3% mengalami depresi ringan sementara 31,7% mengalami depresi sedang, Beberapa kondisi yang dapat menyebabkan semakin parahnya keadaan depresi yang dialami antara lain : tinggal di kota besar, tinggal sendirian, mengalami pereraian, kehilangan pekerjaan, kemiskinan, serta mengalami penyakit yang tidak kunjung sembuh.

Tabel 2.3

Statistik Deskriptif persebaran status depresi menggunakan *geriatric depression scale* (GDS) pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok (n=60)

Variabel	N	Minimum	Maksimum	Mean	Std. Deviasi
Depresi	60	5	11	7.78	1.485

*Sumber: Kuesioner mahasiswa spesialis keperawatan FIK UI di Kelurahan Mekarjaya 2019 (Data diolah menggunakan SPSS 21)

Hasil pengkajian pada 60 sampel lansia memperlihatkan bahwa nilai skor terendah adalah 5 (depresi ringan) dan terberar adalah 11 (depresi sedang) dengan rerata skor sebesar 7,78 (depresi ringan) dan standar deviasi minimal-maksimal sebesar 1,5.

Tabel 2.4

Frekuensi hasil pengkajian status depresi menggunakan *geriatric depression scale* (GDS) pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok (n=60)

No.	Pertanyaan	Ya	%	Tidak	%
1	Kepuasan hidup	16	26.7	44	73.3
2	Tidak ingin melakukan kegiatan	47	78.3	13	21.7
3	Hidup kosong	54	90	6	10
4	Merasa bosan	54	90	6	10
5	Merasa bersemangat	17	28.3	43	71.7
6	Pikiran buruk akan terjadi	20	33.3	40	66.7
7	Selalu gembira	13	21.7	47	78.3
8	Tak berdaya	50	83.3	10	16.7
9	Lebih senang diam di rumah	49	81.7	11	18.3
10	Masalah daya ingat	22	36.7	38	63.3
11	Bersyukur bisa hidup	57	95	3	5
12	Tidak berharga	48	80	12	20
13	Semangat yang tinggi	53	88.3	7	11.7
14	Putus asa	5	8.3	55	91.7
15	Orang lain lebih hebat	13	21.7	47	78.3

Hasil pengkajian menggunakan SPSS dari data angket mahasiswa spesialis didapatkan data 83% tidak mengetahui terkait kondisi depresi, selain itu 92% keluarga lansia tidak mengetahui keadaan depresi yang dialami lansia, serta belum ada kader khusus posbindu yang memiliki pengetahuan tentang informasi dan skrining depresi pada lansia. Hasil skrining juga menunjukkan bahwa 73.3% lansia merasa tidak puas dengan hidup mereka, selain itu 90% lansia merasa bahwa hidupnya terasa kosong dan sering merasa tidak berharga (80%). Hal ini

menjadi petunjuk bahwa kondisi depresi yang dialami lansia di Kelurahan Mekarjaya perlu mendapat perhatian lebih dari tenaga kesehatan.

Kelompok lansia yang menjadi kelolaan dari penulis berasal dari 2 RW yakni RW 06 dan RW 07. Hasil pemeriksaan *Geriatric Depression Scale* (GDS) terhadap 62 lansia dengan rincian 34 lansia di RW 06 dan 28 lansia di RW 07 menunjukkan bahwa sekitar 74,2% mengalami depresi ringan, dan 25,8% memiliki risiko depresi (hasil GDS 4-5). Berdasarkan hasil pemeriksaan GDS ditemukan bahwa sekitar 36 lansia (58%) merasa tidak puas dengan hidupnya, 50 lansia (80,6%) mengalami kebosanan serta sekitar 42 lansia (70%) merasa tidak dihargai oleh orang lain. Masalah lain yang ditemukan pada lansia adalah penyakit kronis seperti hipertensi 37 lansia (59,7%), Asam Urat 32 lansia (51,6%), dan DM sebanyak 15 orang (24,2%).

Hasil pengkajian didapatkan bahwa seluruh lansia yang menjadi kelompok kelolaan rutin mengikuti posbindu setiap bulan, selain itu 13 lansia di RW 07 rutin mengikuti kegiatan senam yang diadakan setiap Selasa-sabtu. 40 lansia kelolaan mengatakan bahwa jika sakit lebih sering berobat ke puskesmas sementara 22 lainnya lebih memilih untuk berobat langsung ke klinik dokter atau rumah sakit HGA.

2.3.2. Masalah Asuhan Keperawatan Komunitas

Berdasarkan hasil analisis situasi, maka dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan komunitas yang terjadi di Kelurahan Mekarjaya adalah sebagai berikut:

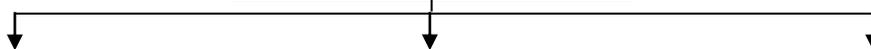
Gambar 2.3

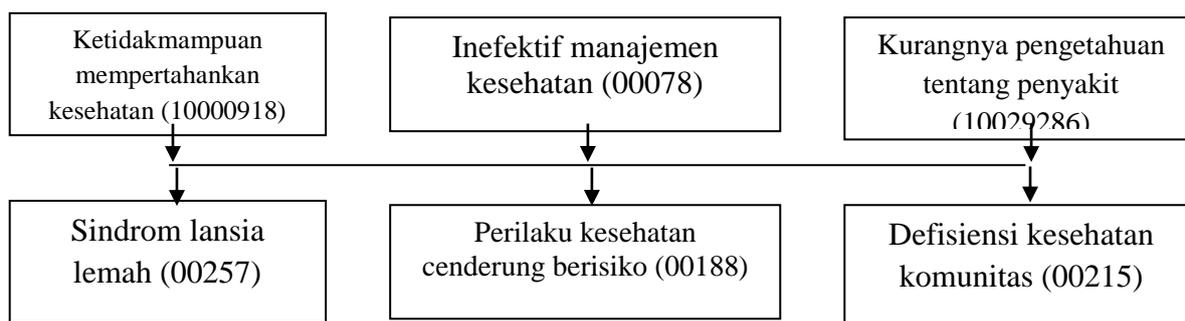
Web of Cautions (WoC)

Asuhan keperawatan komunitas pada agregat lansia depresi di RW 06 dan RW 07

Kelurahan Mekarjaya, Depok

Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099)





*Sumber: Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (2017); International Council of Nurses (2013)

Terdapat 7 diagnosis keperawatan utama yang penulis angkat berdasarkan pada hasil pengkajian, WoC, yaitu (1) Hambatan penyesuaian; (2) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer; (3) Nyeri Kronik; (4) Ketidakefektifan koping; (5) Inefektif manajemen kesehatan; (6) Gangguan rasa nyaman; dan (7) Sindrom lansia lemah.

Dalam implementasi yang dilakukan didapatkan 2 prioritas diagnosis berdasarkan perhitungan skoring (Stanhope & Lancaster, 2015) yang akan dijadikan intervensi selama 8 bulan yakni:

Diagnosis Keperawatan Komunitas:

- 1) Ketidakefektifan manajemen kesehatan komunitas pada masyarakat Kelurahan Mekarjaya (00099) (Skor 234)
- 2) Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada masyarakat Kelurahan Mekarjaya (00188) (Skor 210)

2.3.3. Perencanaan Tindakan Asuhan Keperawatan Komunitas

Penulisan diagnosa, perencanaan dan implementasi pada *Nursing Care Process* (NCP) yang dituliskan oleh penulis berdasarkan kepada panduan dari *North America Nursing Diagnostic Association/ NANDA* (2018), *Nursing Outcomes Classification/NOC* (2013), dan *Nursing Interventions Classification/NIC* (2013).

Diagnosis 1: Ketidakefektifan manajemen kesehatan komunitas pada masyarakat Kelurahan Mekarjaya (00099)

Tujuan umum:

Setelah intervensi selama 8 bulan, masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan komunitas pada masyarakat mekarjaya bisa efektif..

Tujuan khusus (TUK dan rencana tindakan)

Pencegahan Primer

Pengetahuan manajemen depresi (1836) masyarakat meningkat dari skala 1 (Pengetahuan tidak adekuat) menjadi 5 (Pengetahuan sangat adekuat) dengan kriteria: Tanda gejala fisik depresi (183601), tanda gejala emosional depresi (183602), faktor risiko depresi (183612), strategi untuk mencegah depresi (183614) dengan intervensi pendidikan kesehatan masyarakat (5510) melalui (a) jelaskan karakteristik depresi, (b) jelaskan penyebab, (c) jelaskan tanda gejala depresi, (d) jelaskan faktor risiko depresi, (e) jelaskan strategi untuk mencegah depresi.

Pengetahuan proses penyakit (1803) masyarakat meningkat dari skala 1 (Pengetahuan tidak adekuat) menjadi 5 (Pengetahuan sangat adekuat) dengan kriteria: karakteristik depresi (180302), penyebab depresi (180303), faktor risiko (180304), tanda gejala depresi (180306), strategi meminimalisir depresi (180308), komplikasi depresi (180309) dengan intervensi pendidikan kesehatan masyarakat (5510) melalui (a) jelaskan karakteristik depresi, (b) jelaskan penyebab, (c) jelaskan tanda gejala depresi, (d) jelaskan faktor risiko depresi, (e) jelaskan strategi untuk mencegah depresi.

Pencegahan Sekunder

Deteksi risiko (1908) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: mengidentifikasi tanda gejala depresi (190801), melakukan skrining secara mandiri (190804), dan berpartisipasi dalam skrining rutin (190805) dengan intervensi skrining

kesehatan (6520) melalui (a) identifikasi tanda gejala depresi, dan (b) melakukan skrining kesehatan.

Perilaku pencarian kesehatan (1602) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: memiliki keinginan untuk memeriksa kesehatan (160201), melakukan skrining secara mandiri (160303), mencari bantuan dari tenaga kesehatan (160313), melakukan tindakan yang meningkatkan kesehatan (160314), melakukan terapi yang disarankan (160308) melalui cognitive restructuring (4700), modifikasi perilaku (4360), terapi relaksasi (6040), dan latihan autogenik (5840).

Pencegahan Tersier

Koping (1302) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: identifikasi pola koping efektif (130201), identifikasi pola koping tidak efektif (130202), melaporkan penurunan tingkat stres (130204), memodifikasi gaya hidup untuk menurunkan stres (130207), beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi (130208), menggunakan sistem dukungan yang tersedia (130222) dengan intervensi peningkatan koping (5230) melalui (a) membantu lansia mengidentifikasi pola koping efektif dan tidak efektif, (b) membantu lansia untuk memodifikasi gaya hidup, (c) membantu lansia untuk beradaptasi terhadap depresi, (d) membantu lansia untuk memanfaatkan sistem dukungan yang tersedia.

Dukungan kelompok (1504) masyarakat meningkat dari skala 1 (dukungan tidak adekuat) menjadi 5 (dukungan sangat adekuat) dengan kriteria: keinginan untuk mendapat asistensi dari orang lain (150408), mendapat dukungan dari orang lain (150412), mendapat sharing informasi dari orang lain (150404), dukungan lingkungan yang stabil (150411) dengan intervensi dukungan kelompok (5430) melalui (a) mendukung lansia untuk mendapatkan asistensi dari orang lain, (b) mendukung lansia untuk berbagi informasi, dan (c) memotivasi kelompok untuk secara rutin saling mendukung.

Diagnosis 2: Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada masyarakat Kelurahan Mekarjaya (00188)

Tujuan umum:

Setelah intervensi selama 8 bulan, masalah Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada masyarakat Kelurahan Mekarjaya bisa hilang.

Tujuan khusus

Pencegahan Primer

Keyakinan kesehatan (1700) masyarakat meningkat dari skala 1 (keyakinan lemah) menjadi skala 5 (keyakinan sangat kuat) dengan kriteria: memahami pentingnya untuk mengambil keputusan (170001), memahami bahaya dari kondisi yang dialami (170002), memahami manfaat yang dirasa dari perubahan yang dilakukan (170003) dengan intervensi pendidikan kesehatan masyarakat (5510) melalui (a) jelaskan karakteristik depresi, (b) jelaskan penyebab, (c) jelaskan tanda gejala depresi, (d) jelaskan faktor risiko depresi, (e) jelaskan strategi untuk mencegah depresi.

Penerimaan status kesehatan (1300) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: menyadari kondisi kesehatan saat ini (130008), melaporkan penerimaan diri (130020), mengambil keputusan terkait kesehatan (130011) dengan intervensi pendidikan kesehatan masyarakat (5510) melalui (a) jelaskan karakteristik depresi, (b) jelaskan penyebab, (c) jelaskan tanda gejala depresi, (d) jelaskan faktor risiko depresi, (e) jelaskan strategi untuk mencegah depresi.

Pencegahan Sekunder

Deteksi risiko (1908) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: mengidentifikasi tanda gejala depresi (190801), melakukan skrining secara mandiri (190804), dan berpartisipasi dalam skrining rutin (190805) dengan intervensi skrining kesehatan (6520) melalui (a) identifikasi tanda gejala depresi, dan (b) melakukan skrining kesehatan.

Perilaku pencarian kesehatan (1602) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: memiliki keinginan untuk memeriksa kesehatan (160201), melakukan skrining secara mandiri (160303), mencari bantuan dari tenaga kesehatan (160313), melakukan tindakan yang meningkatkan kesehatan (160314), melakukan terapi yang disarankan (160308) melalui cognitive restructuring (4700), modifikasi perilaku (4360), terapi relaksasi (6040), dan latihan autogenik (5840).

Pencegahan Tersier

Koping (1302) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: identifikasi pola koping efektif (130201), identifikasi pola koping tidak efektif (130202), melaporkan penurunan tingkat stres (130204), memodifikasi gaya hidup untuk menurunkan stres (130207), beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi (130208), menggunakan sistem dukungan yang tersedia (130222) dengan intervensi peningkatan koping (5230) melalui (a) membantu lansia mengidentifikasi pola koping efektif dan tidak efektif, (b) membantu lansia untuk memodifikasi gaya hidup, (c) membantu lansia untuk beradaptasi terhadap depresi, (d) membantu lansia untuk memanfaatkan sistem dukungan yang tersedia.

Dukungan kelompok (1504) masyarakat meningkat dari skala 1 (dukungan tidak adekuat) menjadi 5 (dukungan sangat adekuat) dengan kriteria: keinginan untuk mendapat asistensi dari orang lain (150408), mendapat dukungan dari orang lain (150412), mendapat sharing informasi dari orang lain (150404), dukungan lingkungan yang stabil (150411) dengan intervensi dukungan kelompok (5430) melalui (a) mendukung lansia untuk mendapatkan asistensi dari orang lain, (b) mendukung lansia untuk berbagi informasi, dan (c) memotivasi kelompok untuk secara rutin saling mendukung.

Pelaksanaan Keperawatan Komunitas

Kegiatan yang dikontrak bersama dengan kader kesehatan dan lansia adalah kegiatan dari inovasi keperawatan lansia sadar depresi (KELASI) yang terdiri

atas beberapa terapi yang selama 8 bulan akan dilakukan berulang-ulang sesuai dengan jadwal yang telah disepakati bersama. Adapun kontrak yang dilakukan adalah kegiatan bersama dilakukan 1 kali seminggu di balai RW, untuk RW 06 dilakukan setiap hari selasa dan RW 07 dilakukan setiap hari Kamis/ Jumat. Waktu kegiatan berkisar antara 1-1,5 jam mulai dari pembukaan hingga terminasi dan kontrak pertemuan selanjutnya. Selain pertemuan rutin di balai RW, lansia juga berwajib melakukan terapi yang diajarkan secara rutin di rumah masing-masing. Pemantauan dilakukan mahasiswa dan kader melalui aplikasi *whatsapp* dan survey langsung ke rumah.

Intervensi program inovasi KELASI dilaksanakan selama 5 minggu dengan urutan sebagai berikut : Pemerian informasi kesehatan – restrukturisasi kognitif – relaksasi benson – relaksasi autogenik – terapi tawa. Setiap terapi dilakukan setiap minggu selama 60 menit dan evaluasi kegiatan dilaksanakan setelah tindakan dilakukan.

Intervensi sesi 1 dilakukan pemberian informasi kesehatan kepada kelompok swabantu lansia terkait informasi tentang definisi, penyebab, tanda gejala, komplikasi serta pencegahan dari depresi. intervensi dilakukan selama 60 menit dengan tujuan untuk meningkatkan pemahaman kelompok swabantu terkait depresi yang dialami. Evaluasi dilakukan dengan melakukan pre-test dan post-test terkait topic yang diberikan tentang depresi.

Intervensi sesi 2 dilakukan intervensi dan pengajaran tentang restrukturisasi kognitif selama 60 menit, restrukturisasi kognitif diberikan dengan panduan agar kelompok swabantu dapat mengidentifikasi perasaan negatif yang dirasakan serta bagaimana cara untuk mengubah perasaan-perasaan tersebut menjadi perasaan yang lebih positif untuk dijadikan sebagai afirmasi positif.

Intervensi sesi 3 dilakukan intervensi dan pengajaran tentang relaksasi napas dalam serta relaksasi benson sebagai kelanjutan dan terapi kombinasi dengan restrukturisasi kognitif yang dilakukan pada sesi sebelumnya. Relaksasi benson

diberikan dengan tujuan agar kelompok swabantu dapat mengintegrasikan afirmasi positif yang didapatkan dari restrukturisasi kognitif kedalam pikiran melalui afirmasi terus menerus ketika melakukan relaksasi benson. Intervensi ini dilaksanakan selama 60 menit dan dapat dilakukan kembali oleh kelompok swabantu dimanapun tanpa harus melalui panduan serta pengawasan dari tenaga kesehatan.

Intervensi sesi 4 dilaksanakan terapi relaksasi autogenik dengan panduan dari mahasiswa residen. Relaksasi autogenik telah terbukti mampu meningkatkan perasaan nyaman serta tingkat afirmasi yang diberikan selama intervensi. Intervensi ini diberikan selama 45-60 menit melalui panduan kepada kelompok swabantu

Intervensi terakhir yang diberikan kepada kelompok swabantu adalah terapi tawa yang dapat dilakukan oleh kelompok swabantu dimana saja tanpa perlu pendampingan dari tenaga ahli. Intervensi ini dilakukan selama 15 menit dengan repetisi selama 3 kali atau sesuai kondisi dari lansia.

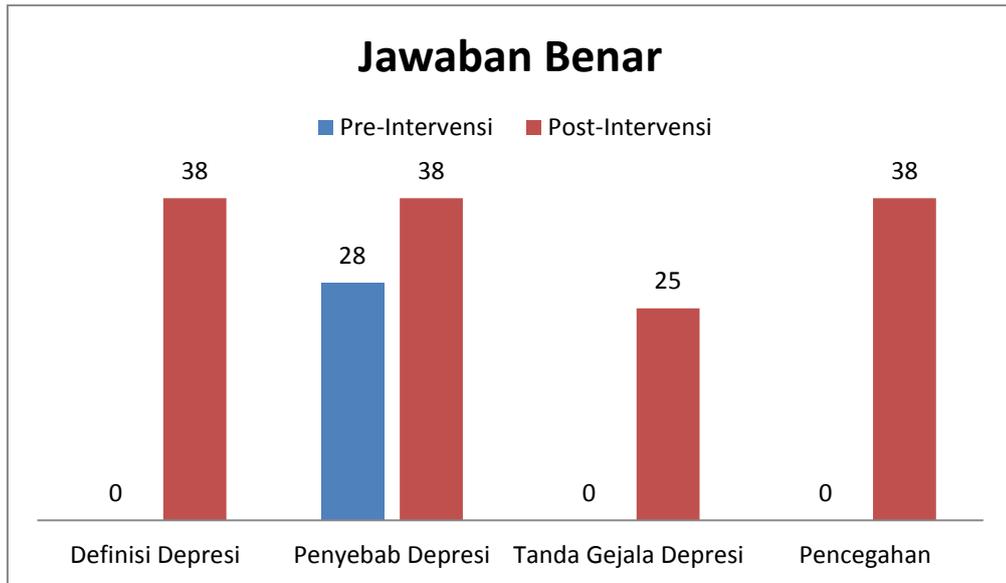
Hasil Evaluasi

Hasil implementasi kegiatan inovasi selama 8 bulan pemantauan didapatkan data sebanyak 38 lansia yang masih rutin melakukan kegiatan yang diajarkan melalui terapi inovasi KELASI.

Hasil pengetahuan lansia tentang depresi yang dialami dapat dilihat pada tabel 2.7 yang mencakup 4 kriteria hasil, yakni definisi, penyebab, 5 tanda gejala, dan 5 pencegahan depresi dengan menggunakan skala 0-1 (0: Jawaban salah, 1: Jawaban benar).

Diagram 2.1

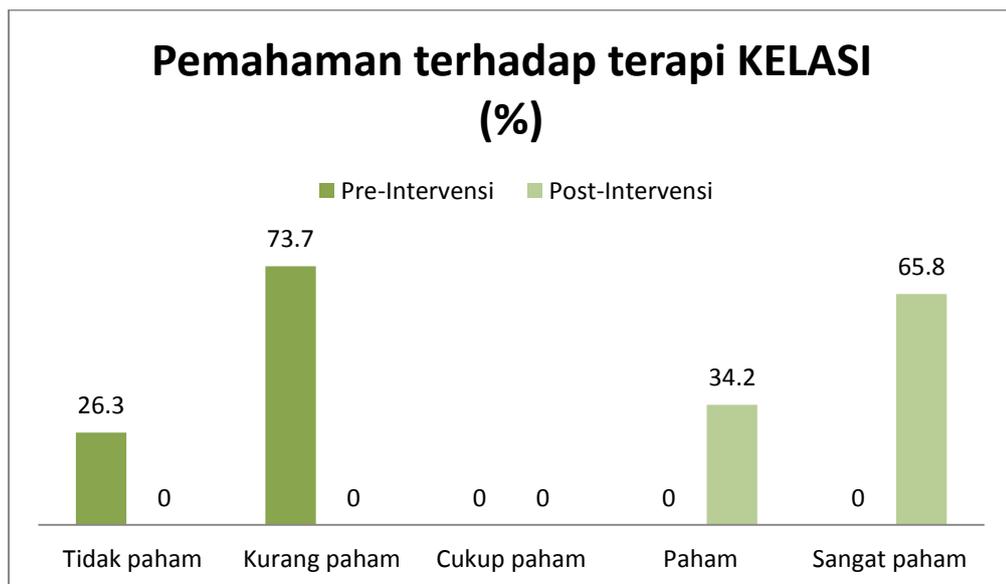
Frekuensi hasil pengkajian pengetahuan depresi pre dan post intervensi pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok (n=38)



Berdasarkan tabel 2.7, saat pengkajian pre-intervensi sebanyak 100% jawaban lansia salah untuk kriteria definisi, tanda gejala, dan pencegahan, sementara 73,7% lansia mampu menjawab benar untuk penyebab depresi. Sedangkan sebanyak 100% lansia menjawab definisi, penyebab, dan pencegahan secara benar, dan 65,8% lansia menjawab benar untuk tanda gejala.

Diagram 2.2

Beda hasil pengukuran tingkat pemahaman depresi pre dan post intervensi pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok (n=38)



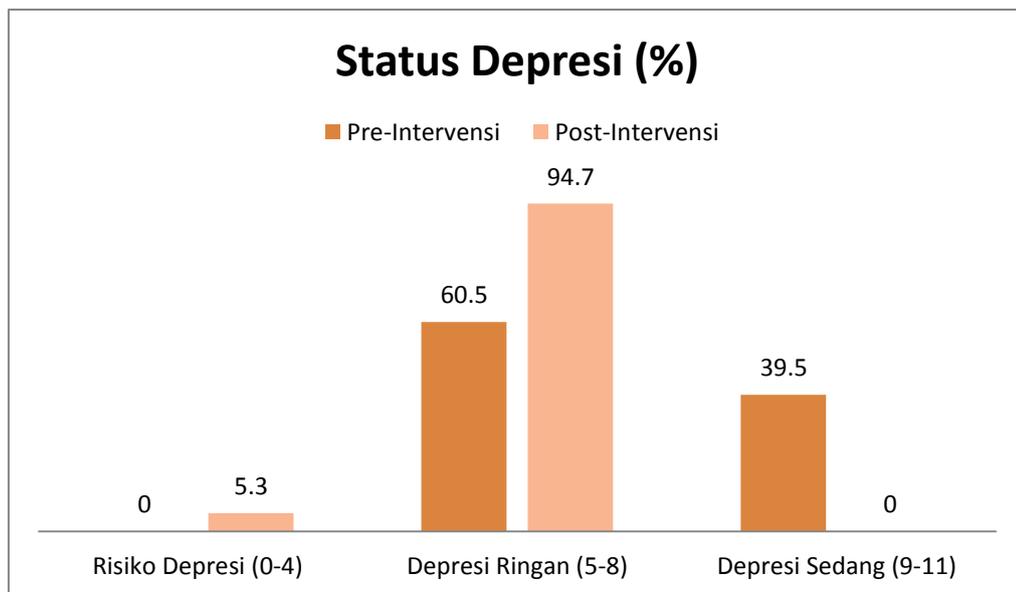
No.	Variabel	Min	Max	Mean	SD
Skor pengukuran					
1	Sebelum	0	1	0.74	0.446
2	Sesudah	3	4	3.74	0.446
3	Beda pengukuran	-3.00	-3.00	-3.00	0

*Sumber: Kuesioner mahasiswa spesialis keperawatan FIK UI di Kelurahan Mekarjaya 2019 (Data diolah menggunakan SPSS 21)

Pengukuran tingkat pemahaman depresi sebelum dan sesudah menggunakan skala likert dari skor 0-4 (0: Tidak paham, 1: kurang paham, 2: paham, 3: cukup paham, 4: Sangat paham). Berdasarkan tabel 2.8, perbandingan antara pemahaman pre dan post intervensi pada lansia terlihat jelas untuk perbedaan yang muncul. Nilai rerata skor adalah -3,00 dengan skor sebelum intervensi adalah 0,74 sementara sesudah intervensi 3,74.

Diagram 2.3

Beda hasil pengukuran status depresi pre dan post intervensi pada Lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok (n=38) (Pengukuran menggunakan Geriatric Depression Scale/ GDS)



No.	Variabel	Min	Max	Mean	SD
Skor depresi					
1	Sebelum	5	11	7.84	1.569
2	Sesudah	4	8	5.76	0.971
3	Beda pengukuran	+1	+3	+1.08	+0.598

Berdasarkan tabel 2.9, frekuensi skor depresi terbesar pada lansia pre-intervensi selama 8 bulan adalah 9 (26,3) sementara untuk post-intervensi 5 (38,5%). Nilai rerata skor depresi pre-intervensi adalah 7.84 dan post-intervensi 5.76 dengan penurunan sebesar +1.08.

Hambatan

Hambatan terbesar yang dialami oleh mahasiswa dalam menyelesaikan NOC adalah sulitnya lansia untuk tetap rutin melakukan inovasi kegiatan KELASI yang diajarkan selama pemantauan 8 bulan. Beberapa alasan seperti lupa melakukan, mengikuti kegiatan lain, menjaga cucu hingga ketiduran menjadi salah satu penyebab ketidakkonsistenan beberapa lansia dalam melakukan kegiatan, alhasil angka *drop-out* (DO) peserta tergolong tinggi dan hanya menyisakan 38 lansia yang masih rutin melakukan kegiatan inovasi yang diajarkan. Salah satu upaya yang telah dilakukan antara lain tetap melakukan kontak secara rutin terhadap grup dan memberikan reminder ulang.

Rencana Tindak Lanjut

- 1) Kegiatan inovasi KELASI telah didiskusikan dan diajarkan kepada kader lansia di RW 06 dan RW 07 Kelurahan Mekarjaya dan telah disepakati akan terus dilanjutkan oleh kader.
- 2) Perlunya motivasi ulang para lansia yang DO dari kegiatan oleh para kader untuk menurunkan angka kejadian depresi.
- 3) Perlunya dukungan dari pihak Kelurahan dan Puskesmas dalam mengembangkan terapi inovasi KELASI bagi masyarakat Kelurahan Mekarjaya khususnya lansia depresi.

BAB 3

PEMBAHASAN

Bab 3 ini akan membahas perbandingan antara hasil dengan konsep dan hasil penelitian sebelumnya yang terangkum di dalam bab 2. Selanjutnya akan dijelaskan tentang interpretasi dan diskusi hasil asuhan keperawatan dengan tujuan khusus dan keterbatasan yang dialami peneliti serta implikasi terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian.

3.1. INOVASI KEPERAWATAN LANSIA SADAR DEPRESI (KELASI)

Intervensi Keperawatan Lansia Sadar Depresi (KELASI) yang terdiri atas beberapa pertemuan dan terapi dilakukan dengan pendampingan mahasiswa spesialis dalam 6 sesi (1 sesi dalam seminggu) dan dilanjutkan oleh pemantauan mandiri dan dengan bantuan kader selama periode Oktober 2019-Mei 2020 menunjukkan hasil perubahan signifikan pada lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok. 6 sesi terdiri atas edukasi dan skrining depresi dengan aplikasi android “depresi lansia” serta bimbingan untuk mengaplikasikan kepada keluarga dan kader pada sesi 1, sesi 2 terdiri atas pendampingan pengisian *worksheet* restrukturisasi kognitif kepada lansia dan kader, sesi 3 dilakukan pelatihan teknik relaksasi napas dalam dan dilanjutkan sesi 4 untuk teknik relaksasi benson, kedua teknik ini termasuk ke dalam teknik relaksasi. Teknik intervensi ke-5 adalah teknik autogenik yang membutuhkan pembimbingan dari mahasiswa spesialis, tujuan dilakukannya teknik ini adalah untuk meningkatkan rasa rileks pada lansia yang mengalami depresi, terapi terakhir adalah terapi tawa yang termasuk ke dalam terapi aktivitas pada lansia.

Penggunaan terapi gabungan yang dilakukan oleh mahasiswa didukung oleh beberapa sumber penelitian yang menyebutkan bahwa kombinasi dari beberapa teori dapat memberikan manfaat positif lebih bagi lansia. Dalam penelitian yang dilakukan di Thailand menunjukkan bahwa penggabungan program intervensi yang terdiri dari rangkaian kegiatan yang terdiri atas terapi imajiner positif, teknik relaksasi, restrukturisasi pikiran, penerimaan trauma masa lalu dan penguatan hubungan interpersonal dapat membawa implikasi positif dalam penurunan depresi

lansia (John & Tungol, 2017). Lansia yang mengalami depresi memiliki kecenderungan untuk menarik diri dari pergaulan dengan lingkungan sekitar sehingga aktivitas positif di masyarakat serta adanya dukungan dari kader, keluarga serta masyarakat memiliki pengaruh penting dalam penurunan status depresi pada lansia, hal ini didukung dengan penelitian yang menyebutkan bahwa tingkat dukungan sosial yang tinggi dapat secara signifikan menurunkan koping negatif serta gejala kesepian pada lansia depresi, besarnya dukungan dari lingkungan sekitar berbanding lurus dengan tingginya koping positif dan penurunan gejala depresi (Chen, Alston, & Guo, 2019).

Tingginya efektifitas penggabungan intervensi non-farmakologis kepada lansia depresi juga dapat dilihat dalam penelitian yang dilakukan oleh Ahn & Hyun (2019) yang mengembangkan terapi IMP untuk meningkatkan fungsi kognitif pada lansia yang mengalami depresi. Terapi IMP ini terdiri atas gabungan beberapa teori seperti terapi aktivitas fisik, meditasi, terapi tawa, dan penyadaran personal yang dilakukan seminggu sekali untuk setiap sesi selama 8 minggu, hasilnya adalah meningkatnya fungsi kognitif lansia yang mengalami depresi.

Penggabungan intervensi keperawatan pada lansia depresi bukanlah hal yang tergolong baru, Penelitian menyebutkan bahwa para penderita depresi ringan harus ditangani dengan intervensi non-farmakologis untuk menghindari risiko pengobatan yang tidak diperlukan, intervensi non-farmakologis untuk pengobatan depresi dalam jangka panjang harus dirancang untuk memenuhi tantangan fisik dan psikologis yang dihadapi oleh lansia yang mengalami depresi (Yoon, Moon, & Pitner, 2018). Penelitian yang dilakukan Roh et al, (2020) menunjukkan bahwa pendekatan terapi gabungan yang terdiri atas aktivitas fisik, diet sehat, aktivitas sosial dan restrukturisasi kognitif selama 12 minggu dapat menurunkan tingkat depresi yang dialami lansia yang mengalami gangguan depresi berat.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) United Kingdom (2009) memberikan susunan intervensi yang dapat diberikan bagi penderita depresi ringan hingga berat, bentuk penggabungan intervensi terdiri atas 4 fase dimana intervensi

pada fase 1 (Terduga depresi-depresi ringan) terdiri atas Pengkajian, *Support therapy*, Psikoedukasi, monitoring aktif dan rujuk ke pelayanan kesehatan, fase 2 (Depresi ringan-sedang) terdiri atas Intervensi psikososial dengan intensitas rendah, intervensi psikologis, pemberian medikasi dan rujukan ke pelayanan kesehatan, fase 3 (Depresi sedang-berat) terdiri atas intervensi Pemberian medikasi, intervensi psikologis intensitas tinggi, pemberian terapi kombinasi, dan perawatan kolaboratif. Dan fase 4 (Depresi berat dengan risiko membahayakan hidup) terdiri atas intervensi Pemberian medikasi, intervensi psikologis intensitas tinggi, pemberian ECT, manajemen krisis, pemberian terapi kombinasi dan jika perlu rawat inap.

Pemberian terapi KELASI bagi lansia di wilayah Mekarjaya ditujukan kepada mereka yang berada pada level sudah menunjukkan gejala, depresi ringan hingga sedang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Vaid (2015), yang menyebutkan bahwa untuk lansia yang mengalami depresi ringan dan cenderung tidak mengancam kehidupan dapat diberikan intervensi non-medik. Pemberian terapi KELASI juga sesuai dengan saran pemberian terapi yang dijelaskan pada tabel 3.1. Intervensi fase 1 yang terdiri atas peningkatan aktivitas fisik, peningkatan nutrisi, interaksi sosial serta pemberian edukasi dan konseling diperlukan untuk para lansia yang mengalami depresi ringan atau yang sudah menunjukkan gejala depresi serta penurunan motivasi. Pemberian informasi tertulis serta pelibatan keluarga dan pegasuh dapat membantu pelaksanaan intervensi fase 1. Pada intervensi fase 2 yang ditujukan kepada penderita depresi ringan-sedang, pemberian intervensi perilaku kognitif dalam intensitas rendah dapat menjadi tambahan untuk diberikan bersama dengan terapi yang diberikan di fase 1. Pemberian medikasi psikoterapi juga dapat dilakukan jika relevan dan benar-benar dibutuhkan karena sifatnya yang adiktif dapat membuat lansia mengalami ketergantungan. Sementara fase 3 dan fase 4 membutuhkan terapi medis yang lebih tinggi dikarenakan tingkat depresi yang dialami lansia sudah masuk ke dalam kategori berat dan mengancam kehidupan.

Inovasi KELASI dibentuk sebagai jawaban atas permasalahan depresi pada lansia yang masih sering dianggap tidak terlalu penting untuk diselesaikan, padahal lansia yang mengalami depresi memiliki kecenderungan mengalami penurunan kualitas hidup baik secara bio-psiko-sosio hingga spiritual. Faktor-faktor risiko depresi yang dapat mempengaruhi lansia meliputi faktor sosio-ekonomi, kepuasan terhadap pelayanan kesehatan, hubungan dalam keluarga yang buruk, dan persepsi kesehatan yang kurang baik. Lansia yang mengalami depresi memiliki risiko mengalami kerentanan lebih tinggi dibandingkan lansia yang tidak depresi, oleh karena itu tenaga kesehatan sewajarnya memberikan perhatian lebih tinggi bagi masalah ini (Chu, Chang, Ho, & Lin, 2019).

Faktor lain yang menyebabkan meningkatnya keparahan serta menjadi alasan dibentuknya inovasi KELASI adalah persepsi kesehatan yang buruk yang dialami oleh lansia. Penelitian yang dilakukan Silva, Fernandes, Oliviera, Almeida, & Melo (2019) menyebutkan bahwa persepsi kesehatan yang buruk pada lansia membuat mereka cenderung mengalami depresi, mereka 10 kali lebih rentan mengalami depresi jika dibandingkan para lansia yang memiliki persepsi kesehatan yang baik. Persepsi kesehatan yang kurang baik pada lansia secara langsung menunjukkan konsekuensi fungsional negatif yang dialami oleh lansia tersebut.

Konsekuensi fungsional adalah suatu efek yang muncul sebagai akibat dari perubahan fisik, faktor risiko, serta perilaku kesehatan individu atau lanjut usia yang dapat diobservasi serta mempengaruhi kehidupan sehari – hari lanjut usia. Perilaku kesehatan meliputi seluruh intervensi yang dilakukan pelaku rawat, keluarga, maupun tenaga kesehatan sementara faktor risiko dapat berasal dari lingkungan eksternal maupun internal individu. Konsekuensi fungsional dapat menjadi negatif apabila perilaku yang ditunjukkan oleh individu meningkatkan risiko ketergantungan terhadap pelaku rawat, sementara menjadi positif jika individu dapat mandiri dalam menjalankan fungsi sehari – harinya (Miller, 2012).

Peran persepsi kesehatan dalam mempengaruhi kondisi konsekuensi fungsional pada lansia dapat terlihat dalam teori *Health Believe Model* (HBM). HBM

menekankan pada persepsi dan keyakinan tentang penyakit yang mempengaruhi perilaku kesehatan lansia terhadap penyakit tersebut, hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi lansia terhadap tingkat keparahan penyakit dan hambatan untuk memperoleh layanan kesehatan menjadi faktor krusial yang mempengaruhi keinginan lansia untuk melawan kondisi depresi (Bakhtiar et al., 2017). Sementara peningkatan tingkat pemahaman dan pengetahuan lansia terhadap kondisi penyakit kronis yang dimilikinya melalui pendekatan HBM berbanding lurus dengan tingkat kemauan lansia untuk mengakses layanan kesehatan, oleh karena itu sangat disarankan bagi tenaga kesehatan untuk menggunakan pendekatan ini sebagai bagian dari implementasi bagi kesehatan lansia (Khorsandi et al., 2017).

Masa revolusi teknologi 4.0 yang mendorong setiap orang untuk ikut berubah mengikuti perkembangan zaman dapat menjadi tantangan tersendiri bagi kelompok lansia yang dapat mengalami kesulitan untuk turut ambil bagian di dalamnya. Pertumbuhan pesat dalam penggunaan perangkat teknologi, seperti smartphone, PC tablet, dan jam tangan pintar, telah mendorong orang untuk dengan mudah melaporkan status kesehatan tanpa perlu datang ke pelayanan kesehatan. Berbagai manfaat dari adanya teknologi komunikasi ini diantaranya: mengurangi kesalahan dalam pengukuran status kesehatan, mampu melewati batasan yang muncul akibat penggunaan teknologi tradisional (Penggunaan kertas/ web), memberi kemudahan bagi lansia yang mengalami gangguan psikososial dalam melaporkan status kesehatan (Chung, Jeon, Park, Lee, & Kim, 2018).

Teknologi adalah kunci untuk memecahkan masalah akses perawatan kesehatan mental pada abad ke-21. Tantangan terbesar yang kita hadapi dalam memanfaatkan kemungkinan teknologi informasi dalam layanan kesehatan saat ini adalah memastikan bahwa kita melakukannya dengan cara yang jelas dan berbasis bukti/ *Evidence Based*. Hal ini berarti inovasi harus dievaluasi dalam berbagai konteks, antara lain: desain yang mudah dan dapat diterima oleh pasien, meningkatkan akses pasien, meminimalkan biaya, dan memaksimalkan hasil klinis. Selain itu teknologi harus menawarkan cara yang layak untuk memberikan layanan kesehatan khusus dan berkualitas kepada lansia yang mengalami hambatan akses perawatan yang

signifikan, seperti mereka yang tinggal di daerah terpencil atau pedesaan, mengalami keterbatasan dalam transportasi, atau mengalami masalah rawat jalan seperti yang dialami banyak lansia (Frueh, 2015).

Meningkatnya kebutuhan akan layanan kesehatan mental dalam populasi menimbulkan tantangan signifikan bagi sistem kesehatan. Karena itu, penting untuk mengidentifikasi pendekatan baru dalam memberikan perawatan yang berkelanjutan dan dapat diukur dalam hal jangkauan dan dampak terhadap kesehatan (Lal, 2019). Selain itu, potensi manfaat pengembangan aplikasi skrining depresi yang dioptimalkan untuk seluler dapat dimaksimalkan berdasarkan fitur utama dari aplikasi smartphone seperti penyimpanannya, aksesibilitas portabel, dan pemberitahuan/ notifikasi yang bersifat real-time. (Chung et al., 2018). Oleh karena itu, Penulis mengembangkan aplikasi “depresi lansia” yang bertujuan untuk memudahkan edukasi serta skrining depresi menggunakan format *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang dapat serta diakses dalam aplikasi tersebut.

Penggunaan format GDS dalam proses skrining menggunakan aplikasi “Depresi Lansia” yang dilakukan kepada lansia yang mengalami depresi di wilayah Mekarjaya didukung dengan penelitian Aktürk, Aktürk, & Erci (2019) yang menyebutkan bahwa penggunaan GDS dalam skrining lansia di Turki menunjukkan efektifitas lebih tinggi 32% dalam skrining aktivitas fisik lansia depresi jika dibandingkan format skrining lainnya. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa GDS-15 (dengan 15 pertanyaan utama) adalah instrumen yang memiliki proporsi lebih tinggi dibanding dengan GDS-30 maupun GDS-5 dalam proses skrining lansia dengan depresi (Brown, 2018). Penggunaan metode skrining yang tepat seperti GDS-15 dapat memudahkan perawat dalam mendapatkan data kondisi depresi pada lansia di wilayah kerjanya, karena pencegahan depresi dimulai dari usaha perawat yang dengan tepat menentukan status depresi dari hasil skrining untuk menentukan apakah lansia perlu dirujuk ke pelayanan kesehatan atau cukup dibantu dengan intervensi non-farmakologis yang ada.

Penggunaan aplikasi android “Depresi Lansia” juga ditujukan untuk memudahkan tenaga kesehatan dalam menurunkan masalah depresi yang dialami lansia.

Permasalahan yang sering muncul terkait penatalaksanaan depresi di Wilayah Kota Depok adalah terkait dengan prioritas penanganan depresi serta kurangnya sumber daya yang ada di lingkup pelayanan primer. Depresi di Kota Depok bukan termasuk ke dalam program prioritas masalah yang harus ditangani oleh Dinas Kesehatan, selain itu masih kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia di Wilayah ini turut memperberat usaha penurunan masalah depresi. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan Gatson (2017) bahwa usaha untuk mengidentifikasi gejala depresi pada lansia yang tinggal di komunitas menjadi masalah tersendiri yang dialami institusi kesehatan dikarenakan kurangnya sumber daya dan pelatihan yang memadai bagi tenaga kesehatan. Selain itu juga disebutkan bahwa peningkatan pengetahuan kader kesehatan sebagai praktisi kesehatan serta keluarga memiliki implikasi positif dalam menurunkan gejala depresi yang dialami lansia.

Pemberian intervensi KELASI tahap kedua adalah dengan mengimplementasikan teknik restrukturisasi kognitif. Pemberian terapi restrukturisasi kognitif bertujuan untuk mengubah pola pikir lansia dari negatif menjadi positif dengan menggunakan bantuan *worksheet* yang telah tersedia. Lansia yang mengalami depresi diketahui memiliki kecenderungan untuk mengalami pikiran negatif lebih tinggi jika dibandingkan mereka yang tidak mengalami depresi, selain itu lansia cenderung untuk lebih sering mengkritik diri sendiri, memiliki motivasi rendah serta kekecewaan tinggi terhadap hidup dan diri sendiri (Mohammadkhani et al., 2018). Oleh karena itu, pemberian terapi restrukturisasi kognitif sebagai tahap awal dari inovasi KELASI dianggap penulis sebagai suatu intervensi yang tepat sebelum menuju ke terapi-terapi selanjutnya.

Pola pikir negatif yang dialami oleh lansia depresi dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya: proses penuaan, gaya hidup tidak sehat, kondisi stres kronis, konsumsi obat-obatan, kurang aktivitas fisik, rendahnya akses pelayanan kesehatan serta isolasi sosial dari lingkungan sekitarnya (Bica, Castello, Toussaint, & Montes´o-Curto, 2017), selain itu kondisi kemiskinan yang dialami serta faktor sosial-politik suatu negara juga menjadi salah satu faktor penyebab (Brandão, Fontenelle, Silva, Menezes, & Valero, 2019) . Sementara Roberts & Sedley (2016)

menyebutkan bahwa faktor signifikan yang mempengaruhi pola pikir negatif yang dialami oleh lansia adalah perubahan kognitif dan kondisi fisik yang diakibatkan oleh proses penuaan.

Gejala negatif depresi sering kali ditanggapi secara keliru sebagai tanda gejala dari penuaan. Penelitian menunjukkan bahwa depresi pada lansia masih dianggap sebagai tanda normal dari penuaan, selain itu untuk membedakan gejala depresi yang meliputi gejala fisik/ somatik (penurunan berat badan, pola tidur, kelelahan dan penurunan psikomotor) dan psikologis (keputusasaan, perubahan suasana hati, sampai keinginan untuk bunuh diri) adalah tantangan tersendiri bagi masyarakat umum (Hazell, Smith, & Jones, 2019).

Faktor gaya hidup yang mempengaruhi kondisi depresi lansia terdiri atas kurangnya latihan fisik, durasi tidur, penggunaan alkohol dan rokok, serta gaya hidup sedentari yang sering menjadi faktor utama (Bruin, Comijs, Kok, & Berg, 2018). Riwayat penggunaan obat-obatan antidepresan dalam jangka waktu lama juga dapat menjadi salah satu predisposisi pola pikir negatif yang muncul pada lansia yang mengalami depresi, hal ini didukung penelitian dari Deng et al. (2018) yang menunjukkan lansia dengan riwayat antidepresan mengalami kondisi adiktif dan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami relaps. Faktor lain yang mempengaruhi pola pikir negatif yang dialami lansia depresi adalah faktor sosial yang berada di sekitar lansia. Tekanan sosial yang diharapkan oleh keluarga maupun masyarakat kepada lansia yang mengharapkan lansia untuk tidak merepotkan keluarganya dapat menjadi bumerang bagi kesejahteraan kognitif lansia. Riset yang dilakukan oleh Dejonckheere, Bastian, Fried, Murphy, & Kuppens (2017) menunjukkan bahwa tingkat keparahan pola pikir negatif yang dialami oleh lansia berbanding lurus dengan tekanan sosial yang didapat, tekanan ini dapat mengarahkan munculnya tingkat depresi yang tinggi serta rendahnya penerimaan diri lansia.

Riset yang dilakukan Huang, Liu, Tsai, & Chin (2015) menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi selama 12 minggu, didapatkan penurunan signifikan pada

status depresi yang dialami kelompok lansia yang mendapatkan terapi kognitif, selain itu kelompok ini juga mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar lebih banyak dibanding mereka yang tidak mendapatkan terapi kognitif. Sementara penelitian lain menunjukkan bahwa tingkat penerimaan serta kepuasan dari lansia dalam menjalani program terapi kognitif ini cukup tinggi serta konsisten dilakukan (Xiang et al., 2020). Penggunaan terapi restrukturisasi kognitif yang dilakukan oleh penulis dilakukan sebagai satu gabungan dengan terapi lain dikarenakan intervensi ini mudah serta dapat dilakukan kapan saja dan dimana saja, hal ini didukung dengan penelitian (Crowe, Beaglehole, Wells, & Porter (2015) yang menyebutkan bahwa terapi kognitif dapat dilakukan oleh individu di masyarakat maupun mereka yang berada di rawat inap pelayanan kesehatan.

Setelah lansia dibimbing dalam pelaksanaan restrukturisasi kognitif dan telah mengalami kondisi pola pikir positif, terapi selanjutnya yang diberikan adalah terapi relaksasi yang terbagi menjadi 2 sesi, yaitu: teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi benson. Teknik ini diberikan sebagai lanjutan dari teknik restrukturisasi kognitif. Terapi ini ditujukan untuk dilakukan bersamaan dengan teknik restrukturisasi kognitif dengan maksud setelah lansia dapat menentukan pola pikir positif yang dipilih, proses internalisasi pola pikir tersebut dapat dilakukan bersamaan dengan teknik relaksasi yang diajarkan. Terapi relaksasi napas dalam dibutuhkan oleh lansia dikarenakan masih banyaknya orang yang belum memahami manfaat napas dalam yang dilakukan secara teratur sebagai suatu cara efektif dan sederhana untuk menurunkan tingkat kelelahan dan depresi (Lovas, 2013).

Kombinasi antara terapi relaksasi dengan teknik lain telah terbukti efektif untuk menurunkan status depresi pada lansia. Hal ini didukung riset yang dilakukan Alphonsa, A., Vijayaraghavan, & Sailesh (2018) yang menunjukkan bahwa terapi relaksasi yang digabung dengan latihan fisik dan terapi tawa dan diberikan selama satu jam di pagi dan sore hari selama 4 bulan berturut-turut dapat mengurangi tingkat kecemasan dan depresi pada lansia. Kombinasi lain yang dapat dipergunakan adalah antara teknik relaksasi dengan meditasi yang jika dilakukan

rutin dapat menurunkan status depresi (Montero-marin, Garcia-campayo, López-montoyo, Zabaleta-del-olmo, & Cuijpers, 2018). Lama waktu kombinasi yang dapat dilakukan berkisar antara 1,5-2 jam dalam seminggu dan dilakukan 5minggu sampai 1 tahun pelaksanaan (Butow et al., 2017; Cludius et al., 2015; Delgado et al., 2010; Hayes-skelton et al., 2013; Wahbeh, Goodrich, Goy, & Oken, 2016)

Setelah lansia mampu melakukan teknik relaksasi, rangkaian teknik KELASI selanjutnya yang dilakukan adalah teknik autogenik, teknik ini adalah teknik lanjutan dari terapi relaksasi yang digabungkan dengan teknik meditasi dan imajeri terbimbing. Teknik ini adalah teknik tambahan yang dalam pelaksanaannya harus dengan bimbingan tenaga kesehatan terlatih maupun yang telah tersertifikasi. Teknik ini memiliki efek positif bagi klien yang mengalami gelisah, gangguan psikologis, kecemasan serta depresi apabila dilakukan selama 6-10 minggu secara rutin (Vickers, Zollman, & Payne, 2001; Newman, Shin, & Lanza, 2019).

Terapi tawa adalah terapi terakhir yang diberikan dalam inovasi KELASI kepada lansia dengan depresi. Terapi ini merupakan intervensi sederhana serta murah dan dapat dilakukan kapan saja oleh para lansia yang tidak mampu menjangkau terapi lain yang lebih mahal dan membutuhkan syarat khusus (Wal & Kok, 2019). Tertawa adalah suatu respon fisiologis normal dan alami yang memiliki manfaat psikologis luas. Ketika seseorang tertawa meskipun tanpa ada sesuatu hal yang lucu, terjadi perubahan kimiawi dalam tubuh yang berpotensi mengurangi stres yang dirasakan (Louie, Brook, & Frates, 2016). Penelitian lain menunjukkan bahwa tertawa dapat memberikan relaksasi fisik dan mental serta meningkatkan emosi positif, terjadinya peningkatan efikasi diri, rasa optimis, status kognitif terkait respon stres yang lebih efektif serta meningkatkan kemampuan dan keterampilan interpersonal individu (Pan & Yeh, 2020). Kegiatan terapi tertawa yang dianjurkan dilakukan adalah 1 kali seminggu selama 4 minggu berturut-turut untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

3.2. INTEGRASI INOVASI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Hasil asuhan keperawatan yang dilakukan kepada 10 keluarga binaan dengan masalah utama depresi pada lansia periode Oktober 2019-April 2020 memperlihatkan adanya perubahan status depresi yang dialami oleh lansia serta tingkat kemandirian keluarga dalam menghadapi klien lansia depresi. Hasil diatas menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi keperawatan, rerata status depresi lansia sebesar 8.5 sedangkan rerata setelah dilakukan intervensi adalah sebesar 6.1 yang berarti terjadi perubahan rerata sebesar 2.4 selama intervensi dalam 4 bulan. Permasalahan yang sering ditemui dari 10 lansia di keluarga binaan adalah rendahnya aktivitas harian yang dilakukan oleh lansia, hal ini terlihat dari data bahwa mayoritas lansia kelolaan tidak memiliki aktivitas rutin dan lebih sering hanya berdiam diri di dalam rumah. Lansia harus tetap memiliki aktivitas harian yang dilakukan untuk mencegah semakin parahnya depresi yang dialami, hal ini didukung oleh penelitian Nakamura, Michikawa, Imamura, Takebayashi, & Nishiwaki (2017) yang menyebutkan bahwa rendahnya aktivitas harian/ *Activity daily Living* (ADL) memiliki hubungan dengan kondisi depresi yang dialami oleh lansia.

Peran keluarga dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi dalam perkembangan status depresi lansia. Keluarga dapat turut serta dalam pelaksanaan program inovasi KELASI dengan maksud untuk menjadi faktor pendukung bagi lansia sehingga lansia merasa bahwa memiliki dukungan eksternal untuk mengatasi kondisi depresi yang dialami. Dalam pelaksanaan program inovasi KELASI, mahasiswa spesialis turut mengikutsertakan keluarga khususnya mereka yang menjadi *caregiver* langsung dari lansia tersebut. Keluarga diberi informasi terkait penatalaksanaan program inovasi dan pembimbingan serta pendampingan selama periode Oktober 2019-Mei 2020. Peran keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup lansia termasuk dalam melakukan aktivitas harian serta aktivitas sosial yang masih dapat diikuti oleh lansia, hal ini didukung hasil penelitian yang menyebutkan peran keluarga dalam mempertahankan kemampuan lansia untuk berfungsi secara mandiri adalah suatu fokus yang sangat penting untuk diperhatikan (Ko et al., 2018).

Kemampuan keluarga dalam mengurus anggota keluarga yang mengalami masalah dalam hal ini lansia yang mengalami depresi tersebut di dalam PMK no. 39 tahun 2016 tentang PIS-PK yang menyebutkan di dalam salah satu poinnya agar keluarga dengan penderita gangguan jiwa mendapat pengobatan dan tidak ditelantarkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Berdasarkan DSM-V, kondisi depresi dapat dikategorikan ke dalam gangguan psikososial yang dialami oleh individu (American Psychiatric Association, 2013), oleh karena itu kondisi ini menjadi salah satu fokus pemerintah sebagaimana yang dijelaskan PIS-PK. Kemampuan keluarga untuk secara mandiri mengurus lansia yang mengalami depresi menjadi tanggung jawab Puskesmas yang bertugas untuk melakukan monitoring evaluasi secara bertahap.

Tingkat kemandirian keluarga dalam merawat lansia dengan depresi menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi keperawatan, nilai tingkat kemandirian 3 keluarga binaan adalah I, hal ini dikarenakan beberapa faktor seperti demensia, sendirian karena anak-anak sudah sibuk bekerja, dan kurang berkomunikasi dengan anggota keluarga, sementara 7 keluarga lain memiliki nilai II karena masih berada dalam keluarga yang baik secara hubungan dan pola komunikasi, selain itu beberapa lansia masih memiliki penghasilan. Dukungan dari keluarga memiliki peran penting dalam mencegah semakin memburuknya depresi yang dialami oleh lansia, hal-hal yang terkait dengan aktivitas kesehatan lansia seperti perawatan diri dan akses ke pelayanan kesehatan yang disediakan oleh keluarga memiliki hubungan erat terhadap kualitas hidup dari lansia (Shou et al., 2018).

Hasil evaluasi secara kualitatif yang dilakukan kepada lansia binaan terkait dengan terapi dalam inovasi KELASI yang diberikan menunjukkan bahwa lansia mengatakan memiliki kemauan untuk melakukan terapi yang diajarkan secara rutin dan menganggap terapi tawa sebagai terapi favorit yang mudah dilakukan serta memiliki efek langsung kepada emosi mereka. Hal ini sebanding dengan penelitian Bhasan (2017) yang menunjukkan bahwa terapi tawa memiliki implikasi langsung terhadap perubahan mood dan moral dari lansia yang melakukannya. Intervensi terapi tawa menghasilkan penurunan yang signifikan dalam tekanan darah sistolik

dan denyut jantung, disertai dengan peningkatan yang signifikan dalam konsentrasi plasma serotonin yang dapat meningkatkan penurunan status depresi dan peningkatan kualitas hidup dari lansia Yoshikawa et al. (2018).

3.3. INTEGRASI INOVASI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

Hasil implementasi inovasi KELASI pada kelompok lansia di wilayah RW 06 dan 07 Kelurahan Mekarjaya selama 8 bulan menunjukkan adanya perubahan positif terkait status depresi 38 lansia yang mengikuti kegiatan secara penuh. Setelah dilakukan edukasi kesehatan terkait depresi menunjukkan data terjadi peningkatan 100% untuk pemahaman terkait definisi depresi, sementara terkait penyebab depresi terjadi kenaikan sebesar 26,3%. Terkait pemahaman lansia terhadap tanda gejala depresi menunjukkan adanya kenaikan sebesar 65,8% dan untuk pencegahan depresi sebanyak 100% lansia mampu menyebutkan dengan benar. Beberapa hal di atas menunjukkan bahwa usia lanjut bukan berarti menghalangi kemampuan lansia dalam mempelajari hal-hal yang baru, sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Chao et al. (2018) mengatakan bahwa proses belajar dan memahami ilmu baru tidak hanya membantu lansia memperluas pengetahuan yang sebelumnya, tetapi juga dapat meningkatkan harga diri serta menambah kesenangan hidup dari lansia tersebut.

Depresi yang dialami lansia di masyarakat lebih banyak disebabkan akibat tingginya isolasi sosial yang dialami serta harapan tinggi dari keluarga dan masyarakat kepada lansia terkait gambaran sempurna seorang lanjut usia yang harus tampil bijaksana, tanpa masalah serta lebih sering menghabiskan waktu di rumah mengingat kemampuan fisik sudah tidak sebaik sewaktu masih bekerja. Perilaku yang ditunjukkan oleh masyarakat terkait konsep lansia tanpa masalah yang disampaikan sebelumnya dapat meningkatkan gejala depresi dari lansia, hal ini didukung hasil penelitian yang menunjukkan bahwa lansia yang berada di komunitas memiliki risiko lebih tinggi dan potensi tinggi mengalami depresi diakibatkan kinerja fungsional/ fungsi di masyarakat yang rendah pada lansia (Holmquist, Mattsson, Schele, Nordström, & Nordström, 2017).

Status depresi pada lansia menjadi salah satu yang diukur dalam intervensi KELASI terhadap lansia yang mengalami depresi. Hasil evaluasi dari proses skrining status depresi menggunakan format *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang dilakukan selama intervensi menunjukkan adanya perubahan status depresi dari 38 lansia yang mengikuti kegiatan secara rutin. Hasil pengukuran menunjukkan rerata skor depresi pre-intervensi KELASI adalah 7.84 yang masuk ke dalam depresi ringan cenderung sedang, sementara setelah mengikuti kegiatan didapatkan data skor rerata sebesar 5,76 atau depresi ringan. sementara terkait pengukuran pre-intervensi didapatkan hasil skor status depresi minimal adalah 5 dan maksimal adalah 11, sedangkan saat pengukuran post-intervensi didapatkan hasil skor depresi minimal 4 dan maksimal adalah 8.

Pelaksanaan kegiatan inovasi KELASI yang terdiri dari restrukturisasi kognitif, terapi relaksasi, terapi autogenik, dan terapi tawa dilakukan secara rutin 1 kali setiap minggu selama 8 bulan (Oktober 2019-Mei 2020) pelaksanaan. Adapun pelaksanaan awal adalah sosialisasi dan pendampingan intervensi oleh mahasiswa spesialis untuk selanjutnya dilakukan secara mandiri oleh kader dan masyarakat dengan pengawasan dan evaluasi secara rutin setiap bulan oleh mahasiswa spesialis. Hasil pengukuran pemahaman dan kemampuan untuk melakukan secara mandiri lansia dalam pelaksanaan terapi restrukturisasi kognitif, terapi relaksasi, dan terapi tawa (Terapi autogenik tidak diajarkan secara mandiri karena butuh bantuan profesional dalam pelaksanaannya) didapatkan hasil rerata skor sebelum diberikan intervensi adalah 0,74 (Tidak paham-kurang paham) dan setelah diberikan intervensi 3,74 (Cukup paham-Sangat paham).

Pengembangan program inovasi KELASI di Kelurahan Mekarjaya dapat menjadi pintu masuk bagi Dinas Kesehatan Kota Depok untuk meningkatkan penatalaksanaan kegiatan pencegahan depresi pada lansia di Kota Depok dan Kelurahan Mekarjaya khususnya, Pihak Dinas Kesehatan beserta Kelurahan dapat memasukkan program KELASI ke dalam standar pelayanan minimal dengan tujuan untuk meningkatkan angka deteksi depresi di wilayahnya. Kegiatan dapat dilakukan sekali sebulan saat diadakan posbindu dengan memanfaatkan bantuan dari kader

kesehatan setiap RW untuk melakukan skrining. Dalam fungsi pengorganisasian, pelaksanaan dan pemanfaatan inovasi KELASI oleh pihak puskesmas dan kader yang dilaksanakan setiap bulan nantinya akan menjadi kegiatan rutin yang dilakukan bersama dengan pelayanan penyakit PTM lainnya. Selain itu, data yang telah terkumpul dapat menjadi data penunjang dan kekhususan yang ada di wilayah Mekarjaya.

Penelitian Clasen, Fisher, & Beevers (2015) menunjukkan bahwa pada lansia yang depresi memiliki kecenderungan untuk menarik diri dari pergaulan sosial yang dapat berakibat kepada menurunnya akses terhadap layanan kesehatan. Oleh karena itu peran aktif dari tenaga kesehatan khususnya yang berada di pelayanan primer dapat sangat berpengaruh terhadap status depresi dari lansia. Hasil pengkajian di Kota Depok menunjukkan bahwa komposisi jumlah tenaga kesehatan tidak sesuai dengan beban tugas yang harus diselesaikan, hal ini dapat menyebabkan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan bagi lansia khususnya mereka yang mengalami depresi.

Peran masyarakat dalam mencegah peningkatan kasus depresi pada lansia tentunya sangat dibutuhkan mengingat masih kurangnya jumlah tenaga kesehatan yang tersedia, hal ini didukung oleh Pemerintah Indonesia melalui kementerian kesehatan menerbitkan PMK no. 65 tahun 2013 tentang pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang bersifat sukarela, swadaya, partisipatif, dan terbuka (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Implementasi dari peraturan ini adalah terbentuknya kader kesehatan serta BKL di Kelurahan Mekarjaya yang melibatkan masyarakat umum, hal yang menjadi perhatian adalah peran kader kesehatan masih berfokus pada perpanjangan tangan program prioritas puskesmas dalam menyelesaikan masalah kesehatan prioritas yang ditetapkan Dinas Kesehatan.

Penanggung jawab dari program ini dapat diserahkan kepada PJ perkesmas sebagai kepala proyek dengan dibantu kader kesehatan yang berada di wilayah RW. Agar kegiatan ini dapat berjalan maksimal, maka kiranya pihak puskesmas dapat bekerjasama dengan kelurahan dalam sisi pendanaan apabila dari dinas kesehatan

tidak dapat membantu pendanaan. PJ Perkesmas dapat diberikan SK dari kepala puskesmas yang menerangkan bahwa yang bersangkutan bersama dengan tim kader memiliki tanggung jawab dan hak dalam melaksanakan kegiatan penatalaksanaan depresi di wilayah Kelurahan Mekarjaya, selain itu pihak puskesmas dan kelurahan Mekarjaya dapat mengangkat tim yang berfungsi sebagai dewan pengawas dan dewan pengarah agar kegiatan ini dapat berjalan secara lancar. Fungsi pengawasan diperlukan dengan tujuan untuk membantu memastikan apakah aktivitas yang dilakukan staf sesuai dengan hasil yang diinginkan sehingga dapat dilakukan perbaikan. Fungsi ini terbagi menjadi 2 kegiatan utama yaitu *monitoring* dan *evaluating*. Secara umum *monitoring* adalah pengumpulan dan analisis informasi program yang dilakukan saat program sedang berlangsung, sementara *evaluating* adalah penilaian berkala dari organisasi terhadap program yang dilakukan secara internal oleh evaluator independen eksternal (Marquis dan Huston, 2012).

3.4.KETERBATASAN

Keterbatasan yang dialami dalam implementasi inovasi KELASI antara lain:

- 3.4.1. Kurangnya perhatian dari pengambil kebijakan sekaligus pelaksana kebijakan kesehatan yang mana dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan beserta Puskesmas Sukmajaya di Kota Depok. Penulis tentu tidak menyalahkan pihak manapun, dilain sisi banyaknya tugas yang harus diselesaikan oleh pihak Dinkes, Puskesmas, maupun kader dalam menyelesaikan laporan pencapaian program juga menjadi salah satu halangan yang dihadapi. Respon positif datang dari pihak kader beserta lansia di masyarakat yang dapat terus mengikuti kegiatan yang diadakan hingga pertemuan akhir melalui media Zoom.
- 3.4.2. Keterbatasan berikutnya yang dialami oleh mahasiswa adalah terkait dengan kompetensi dari tenaga kesehatan yang rangkap pekerjaan sebagai penanggung jawab kegiatan perkesmas dan kegiatan puskesmas lain, serta para kader kesehatan yang rerata hanya lulusan SMP dan SMA.
- 3.4.3. Keterbatasan lain yang dihadapi oleh penulis adalah akibat wabah COVID-19 seluruh pertemuan yang rencananya diadakan selama periode maret-mei 2020 pada akhirnya diadakan secara online. Hal ini tentu membawa permasalahan lain yang mana pada akhirnya jumlah lansia yang mengikuti kegiatan jauh

berkurang dibandingkan jika kegiatan dilaksanakan secara langsung di aula RW.

3.4.4. Hal lain yang menjadi permasalahan adalah konsistensi dari lansia dalam melakukan skrining dan terapi secara rutin yang dibuktikan dengan jumlah video evaluasi yang dikirim kembali kepada mahasiswa saat diminta jumlahnya tidak sesuai dengan jumlah aslinya.

3.5.IMPLIKASI

Pemberian inovasi KELASI kepada lansia dengan depresi di wilayah Kelurahan Mekarjaya Depok memiliki beberapa implikasi pada pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan komunitas, berikut penjabarannya:

3.5.1.Implikasi bagi pelayanan keperawatan komunitas

Rendahnya perhatian dan pemahaman tenaga kesehatan di pelayanan primer serta warga masyarakat terhadap kondisi depresi yang dialami oleh lansia dapat menjadi penghalang bagi peningkatan kualitas dan efektivitas pemberian implementasi bagi lansia dengan depresi. Pengembangan inovasi KELASI pada lansia dengan depresi di wilayah Kelurahan Mekarjaya diharapkan dapat menjadi pintu masuk dalam pelayanan awal dalam permasalahan kasus depresi. KELASI dibentuk dalam rangka memudahkan kerja tenaga kesehatan untuk melakukan edukasi, skrining depresi, serta melakukan implementasi bagi keluarga serta lansia di lingkup wilayah kerja puskesmas dan pelayanan primer lain.

Bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kota Depok, inovasi ini dapat menjadi landasan untuk mengembangkan pelayanan kesehatan kepada lansia dengan depresi di wilayah puskesmas lain selain Puskesmas Mekarjaya sambil terus dilakukan serta dipantau keberlanjutan pelaksanaannya. Beberapa kegiatan yang dapat diinisiasi oleh Dinas Kesehatan Depok diantaranya adalah pelaksanaan edukasi serta skrining rutin bagi lansia saat kegiatan posbindu yang mana datanya dapat menjadi masukan dalam pelaksanaan tahun anggaran selanjutnya. Selain itu, pihak puskesmas dapat bekerjasama dengan pihak Kelurahan untuk mengembangkan program intervensi KELASI sebagai bagian rutin dalam kegiatan BKL dan posbindu PTM.

3.5.2.Implikasi bagi pendidikan keperawatan komunitas

Inovasi KELASI dapat membantu pengembangan pendidikan keperawatan komunitas khususnya dalam topik-topik terkait keperawatan gerontik yang spesifik kondisi psikososial. Gabungan dari beberapa terapi menjadi satu terapi inovasi KELASI yang berbasis *evidence based* dapat menjadi salah satu bahan materi bagi mahasiswa keperawatan di Indonesia dalam pengembangan terapi bagi lansia khususnya yang mengalami depresi. Selain itu, dengan adanya inovasi KELASI ini diharapkan dapat meningkatkan wawasan serta memperluas bahan koleksi intervensi keperawatan gerontik di Indonesia.

3.5.3.Implikasi bagi penelitian keperawatan komunitas

Inovasi KELASI merupakan landasan awal dalam pengembangan penelitian lanjutan terkait dari efektivitas gabungan terapi restrukturisasi kognitif, terapi relaksasi, terapi autogenik serta terapi tawa di Indonesia mengingat belum adanya penelitian yang membahas tentang efektivitas dari gabungan terapi tersebut. Selain itu penelitian lain dapat dilakukan terkait dengan penambahan maupun pengurangan terapi lain yang memiliki efek terhadap kondisi depresi yang dialami oleh lansia.

Penelitian-penelitian yang dipergunakan dalam terapi ini seluruhnya berasal dari artikel jurnal luar negeri yang memiliki kemungkinan tidak cocok untuk diintervensikan di Indonesia. Indonesia merupakan negara yang memiliki berbagai latar belakang budaya dan adat istiadat yang sering kali menjadi faktor penghambat bagi pelaksanaan suatu intervensi keperawatan di wilayah tertentu akibat berbenturan dengan adat yang berlaku. Oleh karena itu, peneliti diharapkan dapat melakukan uji efektivitas dari terapi ini di wilayah lain yang memiliki latar belakang budaya yang berbeda, yang tentunya akan memiliki hasil yang berbeda dengan daerah lain.

BAB 4

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang simpulan yang mencerminkan refleksi dari temuan mahasiswa dan saran yang merupakan tindak lanjut dari pengembangan inovasi KELASI ini.

4.1.KESIMPULAN

Pelaksanaan inovasi KELASI pada 10 keluarga binaan dan kelompok lansia di Kelurahan Mekarjaya, Depok telah menunjukkan hasil positif secara signifikan dalam mengurangi kejadian depresi, hal ini terlihat dari adapun penjabarannya dapat terlihat pada:

4.1.1.Intervensi KELASI yang terdiri atas beberapa pertemuan dilakukan dalam 6 sesi (1 sesi dalam seminggu) dan dilanjutkan oleh pemantauan mandiri dan dengan bantuan kader periode Oktober 2019-Mei 2020. sesi terdiri atas edukasi dan skrining depresi dengan aplikasi android “depresi lansia” pada sesi 1, sesi 2 terdiri atas pengisian *worksheet* restrukturisasi kognitif kepada lansia dan kader, sesi 3 dilakukan pelatihan teknik relaksasi napas dalam dan dilanjutkan sesi 4 untuk teknik relaksasi benson. Teknik ke-5 adalah autogenik yang membutuhkan pembimbingan dari mahasiswa spesialis, sementara terapi terakhir adalah terapi tawa yang termasuk ke dalam terapi perilaku pada lansia.

4.1.2.Implementasi KELASI telah meningkatkan pemahaman dan kemampuan lansia di keluarga dan kelompok dalam melakukan terapi yang diajarkan secara mandiri. Data perbandingan nilai rerata skor adalah -3,00 dengan skor sebelum intervensi adalah 0,74 sementara sesudah intervensi 3,74. Hal ini menunjukkan bahwa ada perubahan dari kurang paham dalam melakukan terapi menjadi paham setelah dilakukan intervensi. Sementara kenaikan tingkat pengetahuan lansia meningkat menjadi rata-rata 100%.

4.1.3.Sementara terkait tingkat kemandirian dari keluarga menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi keperawatan, nilai tingkat kemandirian 3 keluarga binaan adalah I, hal ini dikarenakan beberapa faktor seperti demensia, sendirian karena anak-anak sudah sibuk bekerja, dan kurang berkomunikasi dengan anggota keluarga, sementara 7 keluarga lain memiliki nilai II karena

masih berada dalam keluarga yang baik secara hubungan dan pola komunikasi, selain itu beberapa lansia masih memiliki penghasilan.

4.1.4. Hasil implementasi terapi inovasi KELASI pada keluarga binaan di wilayah Kelurahan Mekarjaya menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi keperawatan, rerata status depresi lansia di keluarga sebesar 8.5 sedangkan rerata setelah dilakukan intervensi adalah sebesar 6.1 yang berarti terjadi perubahan rerata sebesar 2.4 selama intervensi dalam 4 bulan. Terkait frekuensi skor depresi terbesar pada lansia di komunitas pre-intervensi selama 8 bulan adalah 9 (26,3) sementara untuk post-intervensi 5 (38,5%). Nilai rerata skor depresi pre-intervensi adalah 7.84 dan post-intervensi 5.76 dengan penurunan sebesar +1.08.

4.2.SARAN

4.2.1.Bagi pengambil kebijakan kesehatan

- 4.2.1.1 Perlunya Dinas Kesehatan Kota Depok untuk mempertimbangkan memasukkan masalah depresi sebagai masalah prioritas mengingat kondisi depresi dapat memperburuk penyakit lain yang dimiliki lansia.
- 4.2.1.2 Perlunya Dinas Kesehatan Kota Bekasi memulai pendanaan program pencegahan depresi pada lansia untuk meningkatkan fokus perhatian puskesmas.
- 4.2.1.3 Bagi puskesmas di wilayah Kota Depok, dapat dipertimbangkan untuk memasukkan program penatalaksanaan depresi ke dalam program pelayanan puskesmas mengingat pemantauan status depresi sudah terdapat di dalam Standar Minimal Pelayanan (SPM) yang dibentuk oleh Pemerintah.
- 4.2.1.4 Perlunya pelaksanaan program depresi khususnya edukasi dan skrining pada pelaksanaan posbindu di tiap RW sebagai langkah awal penatalaksanaan depresi di Kota Depok

4.2.2. Bagi institusi pendidikan keperawatan

- 4.2.2.1 Perlunya penambahan akses literatur terhadap berbagai sumber terkait depresi bagi mahasiswa yang berada pada masing – masing institusi pendidikan.
- 4.2.2.2 Metode KELASI dapat menjadi salah satu bahan bahasan/ materi yang dapat diberikan bagi mahasiswa untuk memperluas wawasan mahasiswa dalam implementasi keperawatan gerontik khususnya pada lansia depresi.

4.2.3. Bagi peneliti/ mahasiswa spesialis selanjutnya

- 4.2.3.1 Kekurangan seperti belum dibentuknya hasil perbandingan antara teknik implementasi yang diberikan pada pengembangan inovasi KELASI ini dapat menjadi pegangan untuk pengembangan selanjutnya.
- 4.2.3.2 Perlu adanya penelitian lanjut terkait efektifitas program KELASI di wilayah lain.
- 4.2.3.3 Perlu adanya penambahan-penambahan proses implementasi dalam program KELASI dalam rangka mengembangkan dan menyempurnakan program intervensi keperawatan dalam mencegah status depresi pada lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahn, H. I., & Hyun, M. K. (2019). Integrative Medicine Research Effectiveness of integrative medicine program for dementia prevention on cognitive function and depression of elderly in a public health center. *Integrative Medicine Research*, 8(2), 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2019.04.008>
- Aktürk, Ü., Aktürk, S., & Erci, B. (2019). The effects of depression , personal characteristics , and some habits on physical activity in the elderly. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55, 111–117. <https://doi.org/10.1111/ppc.12322>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed.). Missouri: Elsevier.
- Alphonsa, K. K., A., J. A., Vijayaraghavan, R., & Sailesh, K. S. (2018). Effectiveness of relaxation therapy on psychological variables among the elderly in old-age homes - A pilot study. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 8(6), 907–912. <https://doi.org/10.5455/njppp.2018.8.0206115022018>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. (American Psychiatric Association, Ed.) (1st ed.). Vancouver: Arlington, Va. : American Psychiatric Association, [2013].
- Bakhtiar, K., Bastami, F., Sharafkhani, N., & Almasian, M. (2017). The Psychological Determinants of Self-Medication among the Elderly : An Explanation Based on the Health Belief Model. *Elderly Health Journal*, 3(2), 59–66.
- Barati, S., & Sarjuei, Z. (2016). The effects of Benson & Jacobson combined relaxation techniques on the elderly's depression & life quality. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Research*, 8(6), 100–103.
- Bhasan, B. M. (2017). Effect of laughter yoga on morale of old age home residents. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 3(2), 2–8.
- Bica, T., Castello, R., Toussaint, L. L., & Montes´o-Curto, P. (2017). CE Depression as a Risk Factor of Organic Diseases : An International Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(4), 389–399. <https://doi.org/10.1111/jnu.12303>
- Brandão, D. J., Fontenelle, L. F., Silva, S. A. da, Menezes, P. R., & Valero, M. P. (2019). Depression and excess mortality in the elderly living in low - and middle - income countries : Systematic review and meta - analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 22–30. <https://doi.org/10.1002/gps.5008>

- Brown, L. L. (2018). *Implementation of a Depression Screening Program among Older Adults in the Primary Care Setting Utilizing the Geriatric Depression Scale.*
- Bruin, M. C., Comijs, H. C., Kok, R. M., & Berg, J. F. Van Den. (2018). Lifestyle factors and the course of depression in older adults : A NESDO study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 1000–1008.
<https://doi.org/10.1002/gps.4889>
- Butow, P. N., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. Ben, Fardell, J. E., ... Thewes, B. (2017). Randomized Trial of ConquerFear : A Novel , Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence Randomized Trial of ConquerFear : A Novel , Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*, (November).
<https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.1257>
- Castonguay, J., Filer, C. R., & Pitts, M. J. (2016). Seeking Help for Depression : Applying the Health Belief Model to Illness Narratives. *Southern Communication Journal*. <https://doi.org/10.1080/1041794X.2016.1165729>
- Chao, J., Luo, P., & Yeh, Y. (2018). The study of learning effects of mobile devices courses for Taiwanese senior citizens using the Kirkpatrick model. *International Journal of Electrical Engineering Education*, 0(0), 1–27.
<https://doi.org/10.1177/0020720918816003>
- Chen, L., Alston, M., & Guo, W. (2019). The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China : Coping styles as mediators. *Journal Community Psuchology*, 1–11. <https://doi.org/10.1002/jcop.22185>
- Cheng, K. S., Croarkin, P. E., & Lee, P. F. (2019). Heart Rate Variability of Various Video-Aided Mindful Deep Breathing Durations and Its Impact on Depression , Anxiety , and Stress Symptom Severity. *Mindfulness*, 10, 2082–2094.
<https://doi.org/doi.org/10.1007/s12671-019-01178-8>
- Cho, J., Jin, Y., & Kang, H. (2018). Weight Status, Physical Activity, and Depression in Korean Older Adults. *Journal of Epidemiology*, 28(6), 292–299.
<https://doi.org//doi.org/10.2188/jea.JE20170083>
- Chu, W., Chang, S., Ho, H.-Y., & Lin, H.-C. (2019). The Relationship Between Depression and Frailty in Community- Dwelling Older People : A Systematic Review and Meta-Analysis of. *Journal of Nursing Scholarship*, 0(0), 1–13.

<https://doi.org/10.1111/jnu.12501>

- Chung, K., Jeon, M., Park, J., Lee, S., & Kim, C. O. (2018). Development and evaluation of a mobile- optimized daily self-rating depression screening app : A preliminary study. *PLOS One Journal*, *13*(6), 1–13.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199118>
- Clasen, P. C., Fisher, A. J., & Beevers, C. G. (2015). Mood-Reactive Self-Esteem and Depression Vulnerability : Person-Specific Symptom Dynamics via Smart Phone Assessment. *PLOS One Journal*, *10*(7), 1–17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129774>
- Cludius, B., Hottenrott, B., Alsleben, H., Peter, U., Schröder, J., & Moritz, S. (2015). Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders Mindfulness for OCD ? No evidence for a direct effect of a self-help treatment approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *6*, 59–65.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.05.003>
- Crowe, M., Beaglehole, B., Wells, H., & Porter, R. (2015). Non-pharmacological strategies for treatment of inpatient depression, *49*(3).
<https://doi.org/10.1177/0004867415569799>
- Dejonckheere, E., Bastian, B., Fried, E. I., Murphy, S. C., & Kuppens, P. (2017). Perceiving social pressure not to feel negative predicts depressive symptoms in daily life. *Depress Anxiety*, *34*, 836–844. <https://doi.org/10.1002/da.22653>
- Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M. N., Paso, G. R. del, & Vila, J. (2010). Behaviour Research and Therapy Treating chronic worry : Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(9), 873–882.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.012>
- Deng, Y., Mcquoid, D. R., Potter, G. G., Steffens, D. C., Albert, K., Riddle, M., ... Taylor, W. D. (2018). Predictors of recurrence in remitted late-life depression. *Depress Anxiety*, *35*, 658–667. <https://doi.org/10.1002/da.22772>
- Dinas Kesehatan Kota Depok. (2018). *Profil Kesehatan Kota Depok 2018*. Depok.
- Do-young, L., Hye-young, S., Baik-chul, L., & Gye-hyun, J. (2016). Development and Effects of Laughter therapy program in Geriatric successful aging and Stress in Elderly. *Journal of the Korea Convergence Society*, *7*(4), 199–208.

- <https://doi.org/10.15207/JKCS.2016.7.4.199>
- Frueh, B. C. (2015). Solving Mental Healthcare Access Problems in the Twenty-first Century. *Australian Psychological Society*, 50, 304–306.
<https://doi.org/10.1111/ap.12140>
- Gatson, M. (2017). *The Relationship Between Depressive Symptoms and Levels of Lifestyle Activity Among Community-Dwelling Older Adults*. Walden University.
- Grover, S., Avasthi, A., Sahoo, S., Lakdawala, B., Dan, A., Nebhinani, N., ... Kedare, J. (2018). Relationship of loneliness and social connectedness with depression in elderly : A multicentric study under the aegis of Indian Association for Geriatric Mental Health. *Journal of Geriatric Mental Health*, 5, 99–106.
<https://doi.org/10.4103/jgmh.jgmh>
- Hallis, L., Cameli, L., Bekkouche, N. S., & Knäuper, B. (2017). Combining Cognitive Therapy With Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Group Therapy Feasibility Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 31(3), 171–190.
- Hampson, N., King, L., Eriksson, L., Smee, H., Hampson, N., King, L., ... Smee, H. (2019). The effects of relaxation training on depression and anxiety in people living with long-term neurological conditions. *Disability and Rehabilitation*, 0(0), 1–6. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1554009>
- Hayes-skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). A Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance-Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 761–773. <https://doi.org/10.1037/a0032871>
- Hazell, C. M., Smith, H. E., & Jones, C. J. (2019). The Blurred Line between Physical Ageing and Mental Health in Older Adults : Implications for the Measurement of Depression. <https://doi.org/10.1177/1179557319885634>
- Holmquist, S., Mattsson, S., Schele, I., Nordström, P., & Nordström, A. (2017). Low physical activity as a key differentiating factor in the potential high-risk profile for depressive symptoms in older adults. *Depress Anxiety*, 34, 817–825.
<https://doi.org/10.1002/da.22638>
- Huang, T., Liu, C., Tsai, Y., & Chin, Y. (2015). zPhysical fitness exercise versus cognitive behavior therapy on reducing the depressive symptoms among

- community-dwelling elderly adults : A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1542–1552.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.013>
- Hwang, S., Jeong, H., & Hwang, J. (2019). Effect of Laughter Therapy on Healthy Life: A Meta-analysis. *Journal of the Korea Convergence Society*, 10(9), 291–299.
<https://doi.org/10.15207/JKCS.2019.10.9.291>
- Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. (IPKKI, Ed.) (1st ed.). Jakarta: UI Press.
- Imai, Y., Nagai, M., Ohira, T., Shirai, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2018). Impact of social relationships on income – laughter relationships among older people : the JAGES cross- sectional study, 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019104>
- International Council of Nurses. (2013). *International Classification for Nursing Practice (ICNP) Catalogue* (3rd ed.). Geneva: ICN.
- Jimerson, M. E. (2019). *THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY AND DEPRESSION, CHURCH ATTENDANCE, AND PRAYER AMONG ELDERLY PEOPLE*. Penfield College, Mercer University.
- John, M. M., & Tungol, J. (2017). Humour based intervention program (HBIP): A pilot study. *Indian Journal of Positive Psychology*, 8(4), 611–615.
- Journ, S.-J., & Lee, E.-S. (2019). The Effects of Laughter Therapy on Moods, Pain, and Stress of Hospitalized Hospice Patients. *Journal of the Korea Convergence Society*, 10(11), 481–489. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2019.10.11.481>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 65 TAHUN 2013 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN DAN PEMBINAAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN, Pub. L. No. PMK No. 65 Tahun 2013, 1 (2013).
 Indonesia.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Permenkes RI No. 39 tahun 2016 tentang Pedoman umum program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. *Kemenkes RI*, 39.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan*

Dasar 2018 (1st ed.). Jakarta: Kemenkes RI.

- Khorsandi, M., Fekrizadeh, Z., & Roozbahani, N. (2017). Investigation of the effect of education based on the health belief model on the adoption of hypertension-controlling behaviors in the elderly. *Clinical Interventions in Aging, 12*, 233–240. <https://doi.org/10.2147/CIA.S117142>
- Ko, K., Yu, S., Lee, C., Tseng, H., Chiu, Y., & HSIUNG, C. A. (2018). Moderating effect of depression on the association between pain and activities of daily living in older adults. *PSYCHOGERIATRICS, 18*, 379–387. <https://doi.org/10.1111/psyg.12332>
- Lal, S. (2019). E-mental health : Promising advancements in policy , research , and practice. *Healthcare Management Forum, 32*(2), 56–62. <https://doi.org/10.1177/0840470418818583>
- Lee, H.-Y., Yu, C.-P., Wu, C.-D., & Pan, W.-C. (2018). The Effect of Leisure Activity Diversity and Exercise Time on the Prevention of Depression in the Middle-Aged and Elderly Residents of Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(654), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040654>
- Louie, D., Brook, K., & Frates, E. (2016). The Laughter Prescription : A Tool for Lifestyle Medicine, (Dl). <https://doi.org/10.1177/1559827614550279>
- Lovas, J. (2013). Evidence-based Relaxation Therapy: Physiological and Psychological Benefit. *JATMS, 23*(4), 4–6.
- Lu, C., Winkelman, M., & Wong, S. S. (2016). Tablet-based education to reduce depression-related stigma. *Health Education Journal, 75*(1), 84–93. <https://doi.org/10.1177/0017896914568434>
- Maglaya, A. S. (2016). *Nursing Practice in the Community: Fourth Edition* (Fourth Edi). Marikina City: Argonauta Corp.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2012). *Leadership roles and Management Functions in Nursing* (7th Editio).
- Masoumeh, O., Milad, B., Sadegh, B., & Leila, S. (2016). The effect of benson’s relaxation on depression, anxiety and stress in patient. *International Journal of Medical Research & Health Sciences, 5*(12), 76–83. Retrieved from <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ijmrhs&volume=5&issue=12&article=014>

- Miller, C. A. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adults: Sixth Edition* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer| Lippincott Williams & Wilkins.
- Mohammadkhani, P., Bagheri, M., Dobson, K. S., Eskandari, E., Dejman, M., Bass, J., & Abdi, F. (2018). Negative thoughts in depression : A study in Iran. *International Journal of Psychology*, (14391). <https://doi.org/10.1002/ijop.12541>
- Montero-marin, J., Garcia-campayo, J., López-montoyo, A., Zabaleta-del-olmo, E., & Cuijpers, P. (2018). Is cognitive – behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders ? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48, 1427–1436. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003099>
- N., P. M., & Deepak, K. (2019). Effectiveness of Autogenic Relaxation on Depression Level- A Literature Review. *International Journal of Psychiatric Nursing*, 5(2), 17–21.
- Nakamura, T., Michikawa, T., Imamura, H., Takebayashi, T., & Nishiwaki, Y. (2017). Relationship Between Depressive Symptoms and Activity of Daily Living Dependence in Older Japanese : *The American Geriatrics Society*, 65(12), 2639–2645. <https://doi.org/10.1111/jgs.15107>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) United Kingdom. (2009). Depression in adults: recognition and management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/CG90>
- National Institute of Mental Health. (2018). Depression. Retrieved September 15, 2019, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Newman, M. G., Shin, K. E., & Lanza, S. T. (2019). Time-Varying Moderation of Treatment Outcomes by Illness Duration and Comorbid Depression in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(3), 282–293. <https://doi.org/dx.doi.org/10.1037/ccp0000385>
- Oliveira, L. da S. S. C. B. de, Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B. (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 36–42. <https://doi.org/dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>
- Pan, P.-Y., & Yeh, C.-B. (2020). Laughter therapy in a geriatric patient with depression

- and comorbid tardive dyskinesia. *ANZJP Correspondence*, 50(12).
<https://doi.org/10.1177/0004867416646859>
- Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy With Older Adults : Rationale and Case Study of an 89-Year-Old With Depression and Generalized Anxiety Disorder. <https://doi.org/10.1177/1534650115589754>
- Roh, H. W., Hong, C. H., Lim, H. K., Chang, K. J., Kim, H., Kim, N.-R., ... Son, S. J. (2020). A 12-week multidomain intervention for late-life depression : a community- based randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 263(June 2019), 437–444. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.013>
- Seo, E., & Kim, S. (2019). Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Korean Academic Nursing*, 49(4), 361–374. <https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.4.361>
- Shou, J., Du, Z., Wang, H., Ren, L., Liu, Y., & Zhu, S. (2018). Quality of life and its contributing factors in an elderly community-dwelling population in Shanghai , China. *PSYCHOGERIATRICS*, 18, 89–97. <https://doi.org/10.1111/psyg.12288>
- Silva, A. K. A. G. e, Fernandes, F. E. C. V., Oliviera, M. M. A. De, Almeida, T. K. P., & Melo, R. A. de. (2019). Depressive Symptoms in Elderly People. *Cuidado E Fundamental*, 11, 297–303. <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.297-303>
- Silva, V. de L., Medeiros, C. A. C. X. de, Guerra, G. C. B., Ferreira, P. H. A., Junior, R. F. de A., Junior, S. J. de A., & Araujo, A. A. de. (2017). Quality of Life , Integrative Community Therapy , Family Support , and Satisfaction with Health Services Among Elderly Adults with and without Symptoms of Depression. *Psychiatr Q*, 88, 359–369. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9453-z>
- Singh, C., & Sangwan, S. (2019). Depression among senior citizens living with and without family. *Indian Journal of Health and Well -Being*, 10(1–3), 65–68.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2015). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. (Elsevier, Ed.) (9th Editio). Mosby, Inc.
- Thompson, D. G., Ph, D., Kesler, S. R., Ph, D., Sudheimer, K., Ph, D., ... Ph, D. (2014). fMRI Activation During Executive Function Predicts Response to Cognitive Behavioral Therapy in Older , Depressed Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.02.001>
- Vaid, N. (2015). Depression in the elderly. *InnovAiT*, 8(9), 555–561.

<https://doi.org/10.1177/1755738015596030>

- Vickers, A., Zollman, C., & Payne, D. K. (2001). Hypnosis and relaxation therapies. *BMJ*, *175*(October), 269–272.
- Wahbeh, H., Goodrich, E., Goy, E., & Oken, B. S. (2016). Mechanistic Pathways of Mindfulness Meditation in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, *72*(4), 365–383.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22255>
- Wal, C. N. Van Der, & Kok, R. N. (2019). Social Science & Medicine Laughter-inducing therapies : Systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *232*(March 2018), 473–488.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.018>
- World Health Organization. (2012). Depression. Retrieved September 17, 2019, from www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition
- Xiang, X., Sun, Y., Smith, S., Ho, P., Lai, L., & Himle, J. (2020). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression : A Feasibility Study for Home Care Older Adults. <https://doi.org/10.1177/1049731520927783>
- Yoon, S., Moon, S. S., & Pitner, R. (2018). Effective Treatments of Late-Life Depression in Long-Term Care Facilities : A Systematic Review, *28*(2), 116–130.
<https://doi.org/10.1177/1049731515621165>
- Yoshikawa, Y., Ohmaki, E., Kawahata, H., Maekawa, Y., Ogihara, T., Morishita, R., & Aoki, M. (2018). Beneficial effect of laughter therapy on physiological and psychological function in elders, (March), 1–7. <https://doi.org/10.1002/nop2.190>
- Yoshikawa, Y., Ohmaki, E., Kawahata, H., Maekawa, Y., Ogihara, T., Morishita, R., & Aoki, M. (2019). Beneficial effect of laughter therapy on physiological and psychological function in elders. *Wiley Nursing Open*, *6*(June 2018), 93–99.
<https://doi.org/10.1002/nop2.190>
- Ziabari, S. S. M., & Treur, J. (2019). *Cognitive Modeling of Mindfulness Therapy by Autogenic Training*. Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-13-3338-5>

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1.

Analisis Data

No	Data	Etiologi	Diagnosis Keperawatan
1	<p>DATA SUBJEKTIF</p> <ul style="list-style-type: none">Ibu M mengatakan bahwa sering pusing memikirkan penyakitnya yang tidak sembuh-sembuhIbu M mengatakan merasa tidak berdaya terhadap masalah yang dihadapinyaIbu M mengatakan sudah capek dengan kondisinyaIbu M mengatakan dirinya merasa gelisah terhadap hidupnyaIbu M mengatakan sering merasa bosan berada di rumahIbu M mengatakan sering merasa hidupnya tidak bergunaIbu M mengatakan sering merasa orang lain jauh lebih baik dari dirinya <p>DATA OBJEKTIF</p> <ul style="list-style-type: none">Pemeriksaan GDS depresi ringan (Nilai 9)Ibu M tampak berkaca-kaca saat menceritakan kondisinyaKeluarga masih belum tahu cara perawatan masalah kesehatan yang muncul	Penurunan kemampuan untuk mendukung pola respon yang sensitive terhadap situasi yang berbahaya atau krisis	Gangguan penyesuaian pada keluarga
2	<p>DATA SUBJEKTIF</p> <ul style="list-style-type: none">Bapak K mengatakan sering merasa pusingBapak K mengatakan sering merasa berkunang-kunangBapak K mengatakan sering mengalami gangguan	Peningkatan tekanan darah pada Bapak K	Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga

	tidur DATA OBJEKTIF <ul style="list-style-type: none"> Bapak K mengkonsumsi captopril 10 Mg Tekanan darah Bapak K 160/90 mmHg 		
3	DATA SUBJEKTIF <ul style="list-style-type: none"> Ibu M mengatakan merasa nyeri di pinggulnya Ibu M mengatakan nyeri yang dialami setiap tahun menjadi semakin parah Ibu M mengatakan skala nyeri 5-6 jika aktivitas DATA OBJEKTIF <ul style="list-style-type: none"> Ibu M tampak menggunakan alat bantu berjalan Ibu M tampak tertatih saat berjalan 	Agen injuri	Ketidakefektifan koping pada keluarga

SKORING DATA

Diagnosis Keperawatan: Gangguan penyesuaian pada keluarga

Kriteria	Skor	Total	Pembenaran
Sifat masalah: Aktual (3) Potensial (2) Resiko (1)	3/3 x 1	1	Ibu M mengetahui dirinya merasa sedih dan stres
Kemungkinan diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	1/2 x 2	1	Pengetahuan keluarga Ibu M kurang terhadap depresi
Potensial masalah untuk dicegah: Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	1/3 x 1	1/3	Ibu M tidak pernah mengontrol masalah kesehatannya

Menonjolnya masalah: Perlu segera ditangani (2) Tidak perlu ditangani (1) Tidak dirasakan (0)	2/2 x 1	1	Keluarga Ibu M mengatakan masalah perlu diatasi
Jumlah		3 1/3	

Diagnosis Keperawatan: Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga K

Kriteria	Skor	Total	Pembenaran
Sifat masalah: Aktual (3) Potensial (2) Resiko (1)	3/3 x 1	1	Keluarga Bapak K mengatakan sudah mengetahui tentang tekanan darah tinggi yang dialami
Kemungkinan diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	1/2 x 2	1	Bapak K mengatakan sudah memahami kondisi tekanan darah tinggi
Potensial masalah untuk dicegah: Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	2/3 x 1	2/3	Bapak K sering memeriksakan kesehatan ke layanan kesehatan
Menonjolnya masalah: Perlu segera ditangani (2) Tidak perlu ditangani (1) Tidak dirasakan (0)	0/2 x 1	0	Bapak K mengatakan tidak terlalu mempermasalahkan masalah hipertensi yang dialaminya
Jumlah		2 2/3	

Diagnosis Keperawatan: Ketidakefektifan koping pada keluarga

Kriteria	Skor	Total	Pembenaran
Sifat masalah: Aktual (3) Potensial (2) Resiko (1)	3/3 x 1	1	Keluarga Bapak K mengatakan sudah mengetahui tentang nyeri yang dialami
Kemungkinan diubah: Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	1/2 x 2	1	Ibu M mengatakan sudah memahami kondisi nyeri yang dialami

Potensial masalah untuk dicegah: Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	2/3 x 1	2/3	Ibu M sering memeriksakan kesehatan ke layanan kesehatan
Menonjolnya masalah: Perlu segera ditangani (2) Tidak perlu ditangani (1) Tidak dirasakan (0)	0/2 x 1	0	Ibu M mengatakan tidak terlalu mempermasalahakan masalah nyeri yang dialaminya
Jumlah		2 2/3	

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA KELUARGA DENGAN LANSIA DEPRESI (IBU M, 73 TAHUN)**

No.	Data	Diagnosis	NOC	NIC
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu M mengatakan dirinya merasa gelisah terhadap hidupnya - Ibu M mengatakan sering merasa bosan berada di rumah - Ibu M mengatakan sering merasa hidupnya tidak berguna - Ibu M mengatakan sering merasa orang lain jauh lebih baik dari dirinya 	<p>Diagnosis</p> <p>Hambatan penyesuaian pada keluarga (00210)</p>	<p>TUK 1</p> <p>Peningkatan pengetahuan manajemen kesehatan keluarga dengan masalah depresi (1836) dengan kriteria hasil pengetahuan manajemen depresi keluarga meningkat dari skala 1 (tidak adekuat pengetahuan) menjadi skala 5 (pengetahuan sangat adekuat) pada indikator:</p> <p>Tanda gejala fisik depresi (183601) Tanda gejala emosional depresi (183602) Faktor penyebab depresi (183612)</p> <p>TUK 2</p> <p>Peningkatan kemampuan memutuskan tindakan perawatan dengan partisipasi keluarga dalam perawatan profesional (2605) meningkat dari</p>	<p>Keluarga mampu mengenal masalah</p> <p>Rencana tindakan berupa pengajaran proses penyakit (5602):</p> <p>(a) Jelaskan definisi depresi (b) Jelaskan penyebab terjadinya depresi (c) jelaskan tanda gejala depresi, dan (d) jelaskan faktor risiko penyakit depresi.</p> <p>Keluarga mampu memutuskan</p> <p>Rencana tindakan berupa menetapkan tujuan bersama dengan keluarga (4410):</p> <p>(a) Dukung keluarga menemukan kekuatan dan</p>

	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil GDS ibu M menunjukkan hasil depresi ringan - Ibu M tampak tidak bersemangat 		<p>skala 1 (tidak berpartisipasi) menjadi 5 (sering berpartisipasi) dengan kriteria:</p> <p>Berpartisipasi dalam menentukan tujuan (260501)</p> <p>Berpartisipasi dalam menentukan tindakan untuk lansia (260502)</p> <p>Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi (260505)</p> <p>Mengambil keputusan terkait tindakan (260508)</p> <p>TUK 3</p> <p>Peningkatan kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan penerimaan terhadap kondisi kesehatan (1300) dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi 5 (dilakukan secara konsisten) dengan indikator:</p> <p>Respon verbal lebih positif (130007)</p> <p>Ekspresi emosi (130021)</p> <p>Menampilkan mood lebih positif (130013)</p>	<p>kemampuan dalam mengatasi masalah</p> <p>(b) bantu keluarga menentukan tujuan realistis</p> <p>(c) fasilitasi keluarga untuk mengambil keputusan tindakan</p> <p>Keluarga mampu melakukan perawatan</p> <p>Rencana tindakan berupa:</p> <p><i>Behavior management</i> (4350)</p> <p><i>Cognitive restructuring</i> (4700)</p> <p><i>Relaxation therapy</i> (6040)</p> <p><i>Autogenic training</i> (5840).</p>
--	--	--	--	--

		<p>Menampilkan kepercayaan diri positif (130020) Menampilkan efikasi diri (130018)</p> <p>TUK 4 peningkatan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan dengan keseimbangan gaya hidup (2013) dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi 5 (dilakukan secara konsisten) dengan indikator: Identifikasi paparan stresor (201305) Kurangi kegiatan yang dapat meningkatkan stres (201308) Gunakan strategi untuk mengurangi stres (201306) Identifikasi kekuatan klien (201304) Atur kegiatan harian klien (201312).</p> <p>TUK 5 Peningkatan pengetahuan pemanfaatan fasilitas kesehatan manajemen kesehatan keluarga</p>	<p>Keluarga mampu melakukan modifikasi lingkungan Rencana tindakan berupa Manajemen lingkungan (6480) :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Ciptakan lingkungan yang aman bagi klien (b) Identifikasi kebutuhan keamanan klien (c) Hilangkan benda berbahaya di sekitar klien (d) Hindari paparan stresor yang tidak perlu (e) Control dan kurangi gangguan bising (f) Buat daftar rutinitas harian bagi klien (g) Berikan informasi akan pentingnya modifikasi lingkungan bagi keluarga <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Rencana tindakan berupa manajemen emosi</p>
--	--	--	---

			<p>dengan masalah depresi (1836) dengan kriteria hasil pengetahuan pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga meningkat dari skala 1 (tidak adekuat pengetahuan) menjadi skala 5 (pengetahuan sangat adekuat) pada indikator:</p> <p>Opsi kesehatan yang tersedia (183605)</p> <p>Rejimen pengobatan individu (183606)</p> <p>Pentingnya menyelesaikan pengobatan depresi (183608)</p> <p>Hubungan pengobatan dengan kondisi depresi (183607)</p> <p>Efek terapeutik medikasi (183619)</p> <p>Efek samping pengobatan (183620)</p> <p>Waktu tepat mendapatkan asistensi dari pelayanan kesehatan (183625).</p>	<p>(5330):</p> <p>(a) pertimbangkan perlunya rawat inap bagi klien,</p> <p>(b) anjurkan penggunaan medikasi dari layanan kesehatan,</p> <p>(c) ajak lansia untuk berperan aktif dalam menentukan pengobatan yang akan diambil,</p> <p>(d) jelaskan proses pengobatan</p> <p>(e) medikasi yang tersedia di layanan kesehatan kepada keluarga.</p>
2.	<p>DATA SUBJEKTIF</p> <ul style="list-style-type: none"> Bapak K mengatakan sering merasa pusing Bapak K mengatakan sering merasa 	<p>Diagnosis</p> <p>Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga (00080)</p>	<p>TUK 1</p> <p>Peningkatan pengetahuan keluarga dalam mengenal proses penyakit (1803) dari skala 1 (tidak adekuat pengetahuan) menjadi skala 5 (pengetahuan sangat adekuat) dengan kriteria:</p>	<p>Keluarga mampu mengenal masalah</p> <p>Rencana tindakan berupa Pengajaran: Proses penyakit (5602):</p> <p>(a) Jelaskan tentang penyakit hipertensi</p> <p>(b) Jelaskan penyebab penyakit.</p>

	<p>berkunang-kunang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bapak K mengatakan sering mengalami gangguan tidur <p>DATA OBJEKTIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bapak K mengkonsumsi captopril 10 Mg • Tekanan darah Bapak K 160/90 mmHg 		<p>Karakteristik penyakit hipertensi (180302)</p> <p>Penyebab dan faktor predisposisi hipertensi (180303)</p> <p>Faktor risiko hipertensi (180304).</p> <p>TUK 2</p> <p>Peningkatan kemampuan keluarga dalam memutuskan masalah kesehatan dengan partisipasi keluarga dalam perawatan profesional (2605) meningkat dari skala 1 (tidak berpartisipasi) menjadi 5 (sering berpartisipasi) dengan kriteria:</p> <p>Berpartisipasi dalam menentukan tujuan (260501)</p> <p>Berpartisipasi dalam menentukan tindakan untuk lansia (260502)</p> <p>Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi (260505)</p> <p>Mengambil keputusan terkait tindakan (260508)</p>	<p>Keluarga mampu memutuskan</p> <p>Rencana tindakan berupa dukungan keluarga (7140):</p> <p>(a) berikan feedback bagi keputusan keluarga,</p> <p>(b) dengarkan harapan-perasaan-dan keinginan keluarga,</p> <p>(c) berikan pendampingan bagi keluarga,</p> <p>(d) berikan informasi terkait minat dari keluarga.</p>
--	--	--	--	--

			<p>TUK 3 Meningkatnya kemampuan merawat anggota keluarga dengan manajemen diri hipertensi (3107) dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: Tekanan darah terkontrol (310701), Mempertahankan tekanan darah normal (310704) Berpartisipasi dalam latihan yang dianjurkan (310710) Menggunakan teknik relaksasi (310720)</p> <p>TUK 4 Peningkatan kemampuan keluarga dalam memodifikasi dan mengontrol faktor risiko di lingkungan (1902) dari skala 1 (Tidak pernah melakukan) menjadi skala 5 (rutin melakukan) dengan kriteria:</p>	<p>Keluarga mampu melakukan perawatan Rencana tindakan berupa Relaxation therapy (6040): (a) Jelaskan manfaat teknik relaksasi benson, (b) Ajarkan teknik relaksasi benson kepada klien, (c) Atur keadaan yang tenang dan nyaman dan anjurkan klien untuk mencari posisi nyaman, (d) Anjurkan klien untuk mendemonstrasikan kembali, (e) Evaluasi secara harian kepatuhan klien menjalankan terapi.</p> <p>Keluarga mampu melakukan modifikasi lingkungan Rencana tindakan berupa identifikasi risiko (6610): (a) memastikan sumber-sumber risiko yang ada di lingkungan sekitar,</p>
--	--	--	---	---

			<p>Mengidentifikasi faktor risiko (190220), Memonitor faktor risiko di lingkungan (190202), Modifikasi faktor risiko yang ada (190208), Membuat strategi efektif untuk mengontrol faktor risiko (190204)</p> <p>TUK 5 Peningkatan pengetahuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk manajemen penyakit kronis (1847) dari skala 1 (tidak adekuat pengetahuan) menjadi skala 5 (Pengetahuan sangat adekuat) dengan kriteria: Pilihan pengobatan yang tersedia (184710), Penggunaan obat resep dokter (184711), Efek dari pengobatan yang dilakukan (184712), Efek samping pengobatan (184713), Sumber daya kesehatan di masyarakat (184729).</p>	<p>(b) mengidentifikasi koping strategi yang dimiliki, (c) menggunakan strategi untuk mengurangi faktor risiko, (d) mendiskusikan rencana untuk mengurangi faktor risiko yang ada.</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Rencana tindakan berupa Pengajaran: Proses penyakit (5602): (a) Diskusikan tentang pengobatan yang dapat dikonsumsi, (b) Jelaskan tentang terapi yang dapat diberikan, (c) Ajarkan klien untuk mengakses layanan kesehatan, (d) Dampingi klien untuk mengakses layanan di masyarakat.</p>
--	--	--	---	---

2.1.4. Implementasi dan Evaluasi

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Diagnosis	Tgl dan waktu	Implementasi	Evaluasi
	18-10-2019	Melakukan Pengkajian dan Menentukan Prioritas Masalah	
1.	21-10-2019	1) Menjelaskan pengertian depresi 2) Menjelaskan tanda gejala depresi 3) Menjelaskan penyebab depresi	S: <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M mengatakan bahwa depresi adalah kondisi kronis dari stres yang dialami berturut-turut. • Ibu M mengatakan bahwa penyebab depresi adalah kondisi stres yang tidak sembuh • Ibu M mengatakan tanda gejala depresi adalah menarik diri dari pergaulan, gampang marah, sering sedih. O: <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M dapat mengulang kembali pengertian depresi • Ibu M dapat mengulang kembali penyebab depresi • Ibu M dapat mengulang kembali tanda gejala depresi A: TUK 1 tercapai, Ibu M dapat menyebutkan kembali pengertian, penyebab, dan tanda gejala depresi P: Lanjutkan intervensi TUK 2
1.	23-10-2019	1. Menjelaskan Komplikasi dari depresi	S:

		2. Menjelaskan cara pencegahan depresi	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu M mengatakan komplikasi depresi adalah gangguan jiwa • Ibu M mengatakan cara pencegahan depresi adalah dengan melakukan latihan dan olahraga serta kegiatan yang menyenangkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M mampu menyebutkan komplikasi depresi • Ibu M mampu menyebutkan cara pencegahan depresi <p>A:</p> <p>TUK 2 tercapai, Ibu M dapat menyebutkan kembali komplikasi dan cara pencegahan depresi.</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi TUK 3</p>
1.	28-10- 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan manfaat terapi restrukturisasi kognitif 2. Memperagakan cara melakukan terapi restrukturisasi kognitif 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M mampu menyebutkan manfaat melakukan restrukturisasi kognitif • Ibu M mengatakan akan melakukan kembali teknik restrukturisasi kognitif di rumah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M dapat mengulang kembali manfaat restrukturisasi kognitif • Ibu M dapat melakukan teknik restrukturisasi kognitif secara mandiri <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TUK 3 tercapai

			P: Lanjutkan intervensi terapi relaksasi napas dalam
1.	30-10- 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan manfaat terapi relaksasi napas dalam dan relaksasi benson 2. Memperagakan cara melakukan terapi relaksasi napas dalam dan relaksasi benson 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M mampu menyebutkan manfaat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan relaksasi benson • Ibu M mengatakan akan melakukan kembali teknik relaksasi napas dalam dan relaksasi benson <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M dapat mengulang kembali manfaat teknik relaksasi napas dalam dan relaksasi benson • Ibu M dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan relaksasi benson secara mandiri <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TUK 3 tercapai <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi TUK 4 & 5
1.	4-11-2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan manfaat melakukan pencegahan pada kondisi depresi yang dialami 2. Menjelaskan manfaat memeriksakan kondisi depresi ke layanan kesehatan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M mengatakan memahami cara mencegah kondisi depresi yang dialami • Ibu M mengatakan memahami manfaat memeriksakan kondisi depresi ke psikolog di puskesmas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu M dapat menyebutkan kembali manfaat melakukan pencegahan pada

			<p>kondisi depresi yang dialami</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu M dapat menyebutkan kembali manfaat memeriksakan kondisi depresi yang dialami ke layanan kesehatan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> TUK 5 tercapai <p>P: Intervensi diagnosis 1 selesai, lanjutkan ke intervensi diagnosis 2</p>
2.	6-11-2019	<ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tentang definisi hipertensi Menjelaskan tentang penyebab hipertensi Menjelaskan tentang faktor risiko hipertensi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bapak K mengatakan hipertensi adalah kondisi tekanan darah tinggi melebihi 120/80 mmHg Bapak K mengatakan bahwa penyebab hipertensi adalah gaya hidup tidak sehat, penuaan, dan keturunan Bapak K mengatakan faktor risiko hipertensi adalah usia, obesitas. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bapak K dapat mengulang kembali pengertian hipertensi Bapak K dapat mengulang kembali penyebab hipertensi Bapak K dapat mengulang kembali faktor risiko hipertensi <p>A:</p> <p>TUK 1 tercapai, Bapak K dapat menyebutkan kembali pengertian, penyebab, dan faktor risiko hipertensi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi TUK 2</p>

2.	11-11-2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang tanda&gejala hipertensi 2. Menjelaskan tentang komplikasi hipertensi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bapak K mengatakan tanda gejala hipertensi adalah jantung berdebar, nyeri tengkuk, pusing, dan mata berkunang-kunang. • Bapak K mengatakan bahwa komplikasi hipertensi adalah gagal jantung, stroke, gagal ginjal. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bapak K dapat mengulang kembali tanda gejala hipertensi • Bapak K dapat mengulang kembali komplikasi hipertensi <p>A:</p> <p>TUK 2 tercapai, Bapak K dapat menyebutkan kembali tanda gejala dan komplikasi hipertensi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi TUK 3</p>
2.	18-11-2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan manfaat terapi relaksasi napas dalam dan relaksasi benson 2. Memperagakan cara melakukan terapi relaksasi napas dalam dan relaksasi benson 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bapak K mampu menyebutkan manfaat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan relaksasi benson • Bapak K mengatakan akan melakukan kembali teknik relaksasi napas dalam dan relaksasi benson <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bapak K dapat mengulang kembali manfaat teknik relaksasi napas dalam dan relaksasi benson • Bapak K dapat melakukan teknik

			<p>relaksasi napas dalam dan relaksasi benson secara mandiri</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TUK 3 tercapai <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi TUK 4 & 5
2.	20-11-2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan manfaat melakukan pencegahan pada kondisi hipertensi yang dialami 2. Menjelaskan manfaat memeriksakan kondisi hipertensi ke layanan kesehatan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bapak K mengatakan memahami cara mencegah kondisi hipertensi yang dialami • Bapak K mengatakan memahami manfaat memeriksakan kondisi hipertensi ke layanan kesehatan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bapak K dapat menyebutkan kembali manfaat melakukan pencegahan pada kondisi hipertensi yang dialami • Bapak K dapat menyebutkan kembali manfaat memeriksakan kondisi hipertensi yang dialami ke layanan kesehatan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TUK 5 tercapai <p>P: Intervensi diagnosis 2 selesai, lanjutkan ke intervensi diagnosis 3</p>

LAMPIRAN 2.

Analisis Data Kelompok Lansia Depresi di Kelurahan Mekarjaya Kecamatan Sukmajaya Kota Depok

No.	Analisa Data	Masalah
1	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Seluruh Kader dari 24 posbindu mengatakan lansia dengan masalah depresi tidak rutin memeriksakan kesehatannya di posbindu- Seluruh Kader dari 24 posbindu mengatakan belum mampu melakukan skrining gejala depresi- Seluruh kader di 24 posbindu menyatakan belum memiliki buku pegangan untuk memberikan edukasi sederhana bagi lansia dengan depresi.- Lansia tidak menganggap kondisi depresi sebagai suatu masalah, dan dianggap sebagai hal normal- Lansia dan keluarga mengatakan bahwa kondisi depresi yang dialami sebagai stres.- Lansia mengatakan bahwa kondisi yang dialami tidak perlu penanganan tenaga kesehatan <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- 97% lansia mengalami gejala depresi ringan, 2% mengalami depresi berat.- 83% lansia di Kelurahan mekarjaya tidak tahu tentang kondisi depresi yang dialami.- 92% keluarga lansia tidak mengetahui tentang kondisi depresi yang dialami oleh anggota keluarga lansia.- 75% lansia memiliki ketertarikan tinggi terhadap depresi- 100% lansia ingin bebas dari depresi	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099)
2	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kader mengatakan masih sedikit lansia depresi yang datang ke posbindu PTM- Keluarga mengatakan kurang paham tentang kondisi depresi yang dialami lansia- Keluarga mengatakan depresi bukan suatu kondisi yang perlu penanganan khusus- Lansia mengatakan tidak menganggap kondisi depresi sebagai suatu masalah- Lansia mengatakan jarang mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di lingkungan <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- sebanyak 48 lansia (80%) hanya bersekolah hingga sekolah dasar, sementara 5% mampu menamatkan	Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada masyarakat Kelurahan Mekarjaya (00188)

	<p>hingga sekolah menengah atas dan 15% tidak mengenyam pendidikan formal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 90% lansia merupakan pensiunan ataupun sudah tidak bekerja, sementara sisanya masih bekerja sebagai wiraswasta dengan berjualan makanan - Kegiatan di RW yang melibatkan lansia hanya sebatas pengajian seminggu sekali serta di beberapa RW terdapat senam lansia. 	
3	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kader mengatakan masih sedikit lansia depresi yang datang ke posbindu PTM - Keluarga mengatakan kurang paham tentang kondisi depresi yang dialami lansia - Keluarga mengatakan depresi bukan suatu kondisi yang perlu penanganan khusus - Lansia mengatakan tidak menganggap kondisi depresi sebagai suatu masalah - Lansia mengatakan jarang mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di lingkungan <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% lansia belum tahu tentang depresi - 80% lansia tidak mengetahui beda stres dengan depresi - 80% lansia tidak mengetahui tanda gejala depresi - 80% lansia tidak mengetahui cara pencegahan depresi 	Defisiensi kesehatan komunitas

Prioritas Masalah

Menurut Stanhope dan Lancaster (2015) prioritas masalah dilakukan dengan membuat skoring menggunakan kriteria sebagai berikut:

1. Kesadaran masyarakat terhadap masalah (Bobot = 4)
2. Motivasi masyarakat untuk menyelesaikan masalah (Bobot = 5)
3. Kemampuan masyarakat untuk menyelesaikan masalah (Bobot = 8)
4. Tersedianya fasilitas di masyarakat (Bobot = 8)
5. Derajat keparahan masalah (Bobot = 7)
6. Waktu untuk menyelesaikan masalah (Bobot = 4)

Skoring Masalah Komunitas pada Kelompok lansia depresi

Diagnosis	Komponen Skor						Total (SkorxBobot)
	1	2	3	4	5	6	

Ketidakefektifan manajemen kesehatan	4	8	8	7	6	4	234
Perilaku kesehatan cenderung berisiko	4	6	8	7	4	4	210

Berdasarkan hasil penilaian skoring prioritas masalah dapat disimpulkan bahwa urutan masalah yang diselesaikan berdasarkan prioritas adalah sebagai berikut:

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan pada masyarakat di Kelurahan Mekarjaya
2. Defisiensi kesehatan komunitas pada masyarakat di Kelurahan Mekarjaya
3. Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada masyarakat di Kelurahan Mekarjaya

**ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
KELURAHAN MEKARJAYA, SUKMAJAYA, DEPOK**

No.	Data	Diagnosis	NOC	NIC
1.	<p>1. 97% lansia mengalami gejala depresi ringan, 2% mengalami depresi berat.</p> <p>2. 83% lansia di Kelurahan mekarjaya tidak tahu tentang kondisi depresi yang dialami.</p> <p>3. 92% keluarga lansia tidak mengetahui tentang kondisi depresi yang dialami oleh anggota keluarga</p>	<p>Diagnosis:</p> <p>Ketidakefektifan manajemen kesehatan komunitas pada masyarakat Kelurahan Mekarjaya (00099)</p>	<p>Prevensi Primer</p> <p>Pengetahuan manajemen depresi (1836) masyarakat meningkat dari skala 1 (Pengetahuan tidak adekuat) menjadi 5 (Pengetahuan sangat adekuat) dengan kriteria:</p> <p>Tanda gejala fisik depresi (183601)</p> <p>Tanda gejala emosional depresi (183602)</p> <p>Faktor risiko depresi (183612)</p> <p>Strategi untuk mencegah depresi (183614)</p> <p>Pengetahuan proses penyakit (1803) masyarakat meningkat dari skala 1 (Pengetahuan tidak adekuat) menjadi 5 (Pengetahuan sangat adekuat) dengan kriteria:</p> <p>Karakteristik depresi (180302)</p> <p>Penyebab depresi (180303)</p> <p>Faktor risiko (180304)</p>	<p>Pencegahan Primer</p> <p>dengan intervensi pendidikan kesehatan masyarakat (5510) melalui</p> <p>(a) jelaskan karakteristik depresi,</p> <p>(b) jelaskan penyebab,</p> <p>(c) jelaskan tanda gejala depresi,</p> <p>(d) jelaskan faktor risiko depresi,</p> <p>(e) jelaskan strategi untuk mencegah depresi.</p>

1.	<p>lansia.</p> <p>4. 75% lansia memiliki ketertarikan tinggi terhadap depresi</p> <p>5. 100% lansia ingin bebas dari depresi</p> <p>6. 80% lansia di RW 06 sudah memahami pengertian depresi</p> <p>7. 70% lansia di RW 06 sudah memahami tanda gejala serta penyebab depresi pada lansia.</p> <p>8. Seluruh peserta mampu menyebutkan 3</p>	<p>Tanda gejala depresi (180306)</p> <p>Strategi meminimalisir depresi (180308)</p> <p>Komplikasi depresi (180309)</p>	
		<p>Prevensi Sekunder</p> <p>Deteksi risiko (1908) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria:</p> <p>Mengidentifikasi tanda gejala depresi (190801)</p> <p>Melakukan skrining secara mandiri (190804)</p> <p>Berpartisipasi dalam skrining rutin (190805)</p> <p>Perilaku pencarian kesehatan (1602) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria:</p> <p>Memiliki keinginan untuk memeriksa kesehatan (160201)</p> <p>Melakukan skrining secara mandiri (160303)</p> <p>Mencari bantuan dari tenaga kesehatan (160313)</p> <p>Melakukan tindakan yang meningkatkan kesehatan (160314)</p>	<p>Prevensi Sekunder</p> <p>dengan intervensi skrining kesehatan (6520) melalui:</p> <p>(a) Identifikasi tanda gejala depresi</p> <p>(b) Melakukan skrining kesehatan</p> <p>melalui cognitive restructuring (4700), modifikasi perilaku (4360), terapi relaksasi (6040), dan latihan autogenik (5840).</p>

	<p>pengecahan yang dapat dilakukan untuk mencegah depresi pada lansia.</p>	<p>Melakukan terapi yang disarankan (160308)</p> <p>Prevensi Tersier</p> <p>Koping (1302) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria:</p> <p>Identifikasi pola koping efektif (130201)</p> <p>Identifikasi pola koping inefektif (130202)</p> <p>Melaporkan penurunan tingkat stres (130204)</p> <p>Memodifikasi gaya hidup untuk menurunkan stres (130207)</p> <p>Beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi (130208)</p> <p>Menggunakan sistem dukungan yang tersedia (130222)</p> <p>Dukungan kelompok (1504) masyarakat meningkat dari skala 1 (dukungan tidak adekuat) menjadi 5 (dukungan sangat adekuat) dengan kriteria:</p> <p>Keinginan untuk mendapat asistensi dari orang lain (150408)</p>	<p>Prevensi Tersier</p> <p>dengan intervensi peningkatan koping (5230) melalui</p> <p>(a) membantu lansia mengidentifikasi pola koping efektif dan tidak efektif</p> <p>(b) membantu lansia untuk memodifikasi gaya hidup</p> <p>(c) membantu lansia untuk beradaptasi terhadap depresi</p> <p>(d) membantu lansia untuk memanfaatkan sistem dukungan yang tersedia.</p> <p>dengan intervensi dukungan kelompok (5430) melalui</p> <p>(a) mendukung lansia untuk mendapatkan asistensi dari orang lain</p> <p>(b) mendukung lansia untuk berbagi informasi,</p>
--	--	---	--

			Mendapat dukungan dari orang lain (150412) Mendapat sharing informasi dari orang lain (150404) Dukungan lingkungan yang stabil (150411)	(c) memotivasi kelompok untuk secara rutin saling mendukung.
2.	<p>1 Kader mengatakan masih sedikit lansia depresi yang datang ke posbindu PTM</p> <p>2 Keluarga mengatakan kurang paham tentang kondisi depresi yang dialami lansia</p> <p>3 Keluarga mengatakan depresi bukan suatu kondisi yang perlu penanganan khusus</p> <p>4 Lansia mengatakan tidak menganggap kondisi depresi sebagai suatu masalah</p> <p>5 Lansia mengatakan</p>	<p>Diagnosis: Perilaku kesehatan cenderung berisiko pada masyarakat Kelurahan Mekarjaya (00188)</p>	<p>Prevensi Primer Keyakinan kesehatan (1700) masyarakat meningkat dari skala 1 (keyakinan lemah) menjadi skala 5 (keyakinan sangat kuat) dengan kriteria: Memahami pentingnya untuk mengambil keputusan (170001) Memahami bahaya dari kondisi yang dialami (170002) Memahami manfaat yang dirasa dari perubahan yang dilakukan (170003) Penerimaan status kesehatan (1300) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: Menyadari kondisi kesehatan saat ini (130008) Melaporkan penerimaan diri (130020) Mengambil keputusan terkait kesehatan (130011)</p>	<p>Prevensi Primer dengan intervensi pendidikan kesehatan masyarakat (5510) melalui (a) jelaskan karakteristik depresi, (b) jelaskan penyebab, (c) jelaskan tanda gejala depresi, (d) jelaskan faktor risiko depresi, (e) jelaskan strategi untuk mencegah depresi.</p>

	<p>jarang mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di lingkungan</p> <p>6 sebanyak 48 lansia (80%) hanya bersekolah hingga sekolah dasar, sementara 5% mampu menamatkan hingga sekolah menengah atas dan 15% tidak mengenyam pendidikan formal.</p> <p>7 90% lansia merupakan pensiunan ataupun sudah tidak bekerja, sementara sisanya masih bekerja sebagai wiraswasta dengan berjualan makanan</p> <p>8 Kegiatan di RW yang melibatkan lansia hanya</p>		<p>Prevensi Sekunder</p> <p>Deteksi risiko (1908) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria:</p> <p>Mengidentifikasi tanda gejala depresi (190801)</p> <p>Melakukan skrining secara mandiri (190804)</p> <p>Berpartisipasi dalam skrining rutin (190805)</p> <p>Perilaku pencarian kesehatan (1602) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria:</p> <p>Memiliki keinginan untuk memeriksa kesehatan (160201)</p> <p>Melakukan skrining secara mandiri (160303)</p> <p>Mencari bantuan dari tenaga kesehatan (160313)</p> <p>Melakukan tindakan yang meningkatkan kesehatan (160314)</p> <p>Melakukan terapi yang disarankan (160308)</p> <p>Prevensi Tersier</p>	<p>Prevensi Sekunder</p> <p>dengan intervensi skrining kesehatan (6520) melalui</p> <p>(a) identifikasi tanda gejala depresi</p> <p>(b) melakukan skrining kesehatan</p> <p>melalui cognitive restructuring (4700), modifikasi perilaku (4360), terapi relaksasi (6040), dan latihan autogenik (5840)</p> <p>Prevensi Tersier</p>
--	---	--	---	---

	<p>sebatas pengajian seminggu sekali serta di beberapa RW terdapat senam lansia.</p>	<p>Koping (1302) masyarakat meningkat dari skala 1 (tidak pernah melakukan) menjadi 5 (rutin melakukan) dengan kriteria: Identifikasi pola koping efektif (130201) Melaporkan penurunan tingkat stres (130204) Memodifikasi gaya hidup untuk menurunkan stres (130207) Beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi (130208) Menggunakan sistem dukungan yang tersedia (130222)</p> <p>Dukungan kelompok (1504) masyarakat meningkat dari skala 1 (dukungan tidak adekuat) menjadi 5 (dukungan sangat adekuat) dengan kriteria: Keinginan untuk mendapat asistensi dari orang lain (150408) Mendapat dukungan dari orang lain (150412) Mendapat sharing informasi dari orang lain (150404) Dukungan lingkungan yang stabil (150411)</p>	<p>dengan intervensi peningkatan koping (5230) melalui</p> <p>(a) membantu lansia mengidentifikasi pola koping efektif dan tidak efektif (b) membantu lansia untuk memodifikasi gaya hidup (c) membantu lansia untuk beradaptasi terhadap depresi (d) membantu lansia untuk memanfaatkan sistem dukungan yang tersedia.</p> <p>dengan intervensi dukungan kelompok (5430) melalui</p> <p>(a) mendukung lansia untuk mendapatkan asistensi dari orang lain (b) mendukung lansia untuk berbagi informasi (c) memotivasi kelompok untuk secara rutin saling mendukung.</p>
--	--	---	--



FIK



Buku saku materi **DEPRESI PADA LANSIA** Bagi masyarakat

Tim Penyusun :

Ns. Anung Ahadi Pradana, M.Kep

Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D

Dr. Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom

Program Spesialis Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
2019

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Latar belakang	1
Pengertian	6
Jenis depresi	14
Penyebab	18
Tanda & Gejala	22
Pencegahan	24
Penatalaksanaan	26
Peran Kader Kesehatan	28
Lampiran	29

Daftar Referensi



Buku saku materi **INTERVENSI KLASIS** Kelompok Lansia Sadar Depresi

Tim Penyusun :
Ns. Anung Ahadi Pradana, M.Kep
Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D
Dr. Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom

Program Spesialis Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
2020

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Latar belakang	1
Kegiatan 1: skrining dan informasi via aplikasi android "depresi lansia"	5
Kegiatan 2: restrukturisasi kognitif (<i>cognitive restructuring</i>)	9
Kegiatan 3: relaksasi napas dalam	12
Kegiatan 4: terapi Benson	20
Kegiatan 5: teknik auto genik	24
Kegiatan 6: terapi tawa	24
Daftar Referensi:	29

BIODATA DIRI



1. Nama Lengkap : Anung Ahadi Pradana

2. Jenis Kelamin : Laki-Laki

3. Tempat & Tanggal Lahir : Tangerang, 13 Mei 1990

Jl. Bambu 1 / 33 RT. 003 RW. 017, Bencongan, Kelapa Dua,
Tangerang, Banten

4. Alamat Lengkap HP 08988357115

Email ahadianung@gmail.com

5. Riwayat Pendidikan	SMA	Negeri 5 Tangerang	Thn lulus	2008
	S1+ Ners	STIK Sint Carolus Jakarta	Thn lulus	2013
	S2	FIK UI	Thn lulus	2019

