

SKRIPSI

**PENGARUH *AUTONOMY RECREATION CARE* (ARC) TERHADAP
TINGKAT DEPRESI LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**

PENELITIAN *QUASY EKSPERIMENT*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Pendidikan Ners
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh:
PUTRI ADELIYA NUROHMAH
NIM:131011141

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 4 Agustus 2014

Yang Menyatakan



Putri Adeliya Nurohmah
131011141

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Putri Adeliya Nurohmah
NIM : 131011141
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneklusif (Non-exclusive Royalty Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul "**PENGARUH *AUTONOMY RECREATION CARE (ARC)* TERHADAP TINGKAT DEPRESI LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**", beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya,

Surabaya, 4 Agustus 2014
Yang menyatakan



(Putri Adeliya N.)
NIM. 131011141

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

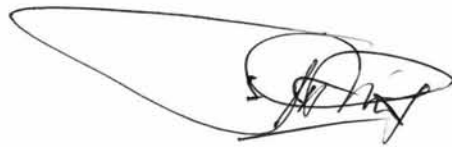
**PENGARUH *AUTONOMY RECREATION CARE* (ARC) TERHADAP
TINGKAT DEPRESI LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**

OLEH:

PUTRI ADELIYA NUROHMAH
NIM: 131011141

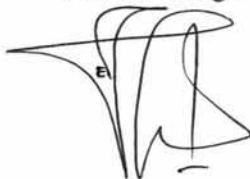
TELAH DISETUJUI
TANGGAL 25 JULI 2014

Oleh :
Pembimbing Ketua



Joni Haryanto, SKp., M.Si
NIP.196308061991031002

Pembimbing II



Erna Dwi W, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK.139080823

Mengetahui,
a.n Dekan fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Mira Triharini, SKp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

SKRIPSI

**PENGARUH *AUTONOMY RECREATION CARE* (ARC) TERHADAP
TINGKAT DEPRESI LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**

Oleh :
Putri Adeliya Nurohmah
NIM. 131011141

TELAH DIUJI

Pada tanggal : 5 Agustus 2014
PANITIA PENGUJI

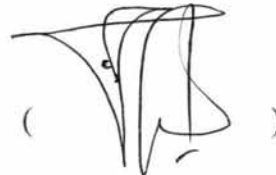
Ketua : Retno Indarwati, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP.197803102008122002

()

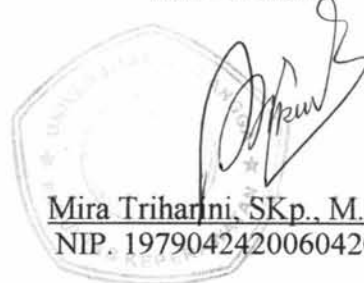
Anggota : 1. Joni Haryanto, SKp., M.Si
NIP.196308061991031002

()

2. Erna Dwi W, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK.139080823

()

Mengetahui,
a.n Dekan fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Mira Triharini, SKp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

MOTTO

**Tertawalah, seisi dunia akan tertawa bersamamu. Jangan bersedih karena kau
hanya akan bersedih sendirian
(Andrea Hirata)**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat limpahan rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**PENGARUH *AUTONOMY RECREATION CARE (ARC)* TERHADAP TINGKAT DEPRESI LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Pejabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Ners.
2. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep, selaku Pejabat Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Ners.
3. Joni Haryanto, SKp., M.Si, selaku pembimbing I yang telah menjadi lebih dari sekedar dosen pembimbing dengan segenap kasih sayang, perhatian dan kesabaran.

4. Erna Dwi Wahyuni, S.Kep. Ns. M.Kep, selaku pembimbing II atas bimbingan, perhatian, semangat, motivasi dan kesabarannya selama proses penyusunan proposal hingga skripsi selesai.
5. Retno Indarwati, S.Kep, Ns, M.Kep, selaku penguji skripsi yang telah memberikan saran dan pengarahan kepada saya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
6. Bapak Muryono dan Ibu Mini Ermawati selaku orang tua dan adek M. Asep Firmansyah atas segala cinta dan kasihnya, dukungan, semangat, dan nasehat.
7. Staf pendidikan, staf perpustakaan dan staf tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan demi terselesaikannya skripsi ini.
8. UPTD Griya Werdha Surabaya yang telah mengizinkan dan memfasilitasi saya dalam melakukan penelitian serta memberikan saran kepada saya.
9. Seluruh responden di UPTD Griya Werdha Surabaya yang telah bersedia menjadi sample dalam penelitian ini sehingga penelitian ini dapat selesai.
10. Para sahabat dan teman-teman Ratna, Qurota, Rina, Siska, komang, nandya, dan teman-teman A10 yang sudah memberikan doa, masukan, motivasi, bantuan, dan semangat.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas setiap bantuan, dukungan dan doa yang ikut menyertai dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Saya menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, tetapi saya berharap semoga skripsi ini bisa bermanfaat bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan nantinya.

Surabaya, 3 Agustus 2014

Penulis

ABSTRAK**PENGARUH *AUTONOMY RECREATION CARE* (ARC) TERHADAP
TINGKAT DEPRESI LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**

Penelitian Quasy Eksperimen

Oleh : Putri Adeliya Nurohmah

Depresi merupakan salah satu gangguan psikiatri kronis dengan indeks kekambuhan yang tinggi. Gangguan depresi pada lansia merupakan masalah psikososiojeriatri dan tidak mendapatkan penanganan yang semestinya karena gejala-gejala yang muncul seringkali dianggap suatu bagian dari proses penuaan yang normal. Gangguan depresi membutuhkan penanganan serius karena depresi dapat mempengaruhi aktivitas lansia. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Desain penelitian ini adalah *quasy eksperimen*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya. Sampel dalam penelitian di tentukan berdasarkan teknik *purposive sampling* dan berdasarkan skor depresi lansia yaitu depresi ringan dan sedang. Sample berjumlah 26 responden, 13 responden kelompok perlakuan dan 13 responden kelompok kontrol. Data didapatkan dari kuisioner dan analisis dengan uji *wilcoxon signed rank test* dan *mann whitney test* dengan nilai signifikansi $p < 0,05$.

Hasil penelitian secara statistik menunjukkan ada pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya ($p=0,001$), dan berdasarkan data kuantitatif penelitian terdapat pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia dengan selisih skor *pre test* dan *post test* 0,002.

Dapat disimpulkan bahwa *Autonomy Recreation Care* (ARC) secara statistik berpengaruh terhadap tingkat depresi lansia, dan berdasarkan data kuantitatif terdapat pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi pada lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya. Saran bagi peneliti selanjutnya, perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi pada lansia dengan menambah jumlah responden, waktu yang lebih lama, karakteristik responden yang berbeda, dan pengontrolan variabel perancu (lingkungan dan dukungan sosial) dengan lebih baik.

Kata kunci : *Autonomy Recreation Care* (ARC), depresi, lansia

ABSTRACT

THE EFFECT OF AUTONOMY RECREATION CARE TO DEPRESSION LEVEL OF ELDERLY IN UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA

Quasy Experimental Research

By : Putri Adeliya Nurohmah

Depression is one of chronic psychiatry disturbance with high recurrence index. Depression disturbance in elderly is psycho socio geriatry and not getting the supposed handling because the symptoms which arise often considered as a part of normal aging process. Depression disturbance needs serious handling because depression can affect the activity of elderly. This research was undertaken to know the effect of *Autonomy Recreation Care* (ARC) to depression level of elderly in UPTD Griya Werdha Surabaya.

Design of this research was quasy experiment. Population of this research was all of elderly in UPTD Griya Werdha Surabaya. Samples of this research were determined based on purposive sampling technique and based on depression condition of elderly. Samples were 26 respondents, 13 respondents were group of treatments and 13 respondents were group of control. Data was obtained from questioner and analysis using *wilcoxon signed rank test* and *mann whitney test* with significance value of $p < 0,05$.

The result of research statistically showed that there was effect of *Autonomy Recreation Care* (ARC) to depression level of elderly in UPTD Griya Werdha Surabaya ($p=0,001$), and based on quantitative data of research there was an effect of *Autonomy Recreation Care* (ARC) to the depression level of elderly with the deviation score of pre test and post test 0,002.

It could be concluded that *Autonomy Recreation Care* (ARC) statistically did affect to depression level of elderly, and based on quantitative data there was an effect of *Autonomy Recreation Care* (ARC) to depression level of elderly in UPTD Griya Werdha Surabaya. Suggestion for the next researcher, it is necessary to undertake research about effect of *Autonomy Recreation Care* (ARC) to depression level of elderly by adding the number of responders, the longer time, different characteristic of responders, and confounding variable controlling (environment and social support) with the better way.

Key words : *Autonomy Recreation Care* (ARC), depression, elderly

DAFTAR ISI

Halaman Cover	i
Surat Pernyataan	ii
Halaman Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji	v
Motto	vi
Ucapan Terima kasih	vii
Abstrak	viii
Abstrac	ix
Daftar Isi	x
Daftar Gambar	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat	8
1.5.1 Manfaat Teoritis	8
1.5.2 Manfaat Praktis	8

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia	9
2.1.1 Definisi Lansia	9
2.1.2 Karakteristik Lansia	11
2.1.3 Batasan Usia Lanjut	15
2.1.4 Tipe0tipe Usia Lanjut	16
2.1.5 Proses Menua	17
2.2 Konsep Depresi pada Lansia	18
2.2.1 Definisi Depresi Lansia	18
2.2.2 Etiologi Depresi Lansia	18
2.2.3 Tanda dan Gejala Depresi pada Lansia	21
2.2.4 Patofisiologi Depresi Lansia	25
2.3 Konsep <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC)	26
2.3.1 Definisi <i>Autonomy</i>	26
2.3.2 Definisi <i>Recreation</i>	26
2.3.3 Definisi <i>Care</i>	27
2.3.4 Konsep <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC)	28
2.3.5 Tujuan <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC)	29
2.3.6 Langkah <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC)	30
2.3.7 Mekanisme <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC)	30

2.3.8 Teori Imogene M. King	31
2.4 Keaslian Penulisan	32
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	
3.1 Kerangka Konseptual	35
3.2 Hipotesis	37
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	38
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling	39
4.2.1 Populasi	39
4.2.2 Sampel	39
4.2.3 Sampling	40
4.2.4 Besar Sample	40
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	40
4.3.1 Variabel Independen	41
4.3.2 Variabel Dependen	41
4.3.3 Definisi Operasional	41
4.4 Instrumen Penelitian	43
4.5 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data	44
4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	44
4.7 Kerangka Operasional	46
4.8 Analisa Data	46
4.9 Etik Penelitian	49
4.9.1 <i>Informed Consent</i>	49
4.9.2 Tanpa Nama	49
4.9.3 Keadilan	49
4.9.4 Kerahasiaan	50
4.9.5 Keterbatasan Penelitian	54
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	59
5.1.1 Gambaran Umum UPTD Griya Werdha Surabaya	59
5.1.2 Karakteristik Data Umum	60
5.1.3 Data Khusus	61
5.2 Pembahasan	64
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	70
6.2 Saran	70
Daftar Pustaka	72
Lampiran	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Identifikasi Masalah	6
Gambar 2.1 Konsep <i>Human Interaction Models</i>	31
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	37
Gambar 4.1 Kerangka Kerja.....	48
Gambar 5.1 Diagram Distribusi Lansia Berdasarkan Usia	60
Gambar 5.2 Diagram Distribusi Lansia Berdasarkan Jenis Kelamin	61
Gambar 5.3 Diagram Distribusi Lansia Berdasarkan Pendidikan	62
Gambar 5.4 Diagram Skor Depresi Lansia Berdasarkan Hasil <i>Pretest</i>	62
Gambar 5.5 Diagram Skor Depresi Lansia Berdasarkan Hasil <i>Posttest</i>	63

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori Lansia.....	11
Tabel 2.2 Tabel Keaslian Penulisan.....	34
Tabel 4.1 Perbandingan Sampel	40
Tabel 4.2 Definisi Operasional	43
Tabel 5.1 Data Hasil <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i>	63

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1	Lembar Permintaan Menjadi Responden	57
Lampiran	2	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	58
Lampiran	3	Kuesioner GDS	59
Lampiran	4	Modul <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC)	60
Lampiran	5	Satuan Acara Kegiatan (SAK) ARC	67

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi pada lanjut usia terus menjadi masalah kesehatan mental yang serius meskipun pemahaman kita tentang penyebab dan perkembangan pengobatan farmakologis dan psikoterapeutik sudah sedemikian maju (Nugroho, 2000; Mangoenprasodjo,2004). Depresi adalah salah satu gangguan psikiatri kronis dengan indeks kekambuhan yang tinggi. Kejadian depresi pada umur lebih dari 65 tahun telah banyak diteliti terutama tentang faktor-faktor yang terlibat pada diagnosis depresi seperti gambaran klinis dan etiologi depresi (Haralambous, *et al*, 2009; Stefanatou, *et al*, 2010). Salah satu cara untuk mengurangi tingkat depresi pada lansia adalah dengan berinteraksi dengan orang lain atau lingkungannya salah satunya dengan rekreasi. Prevalensi depresi di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tahun 2014 mencapai 75% yaitu 27 orang dari 36 lansia. Dari wawancara dengan pengurus panti jumlah lansia dengan depresi terus meningkat dalam kurun waktu satu tahun setelah pendirian UPTD Griya Werdha Surabaya. Depresi lansia di UPTD Griya Werdha belum pernah ada penanganan. Kegiatan di UPTD Griya Werdha ialah senam lansia untuk kebugaran lansia dan pengajian. *Autonomy Recreation Care* (ARC) kegiatan untuk meningkatkan gaya hidup agar tetap sehat. Terapi rekreasi mandiri mengajarkan keterampilan dan latihan rekreasi yang dilakukan secara mandiri dan fokus pada kesadaran individu akan kebutuhan rekreasi (Cogswell dan Negley,

2011). Pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) dalam menurunkan tingkat depresi pada lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya belum dapat dijelaskan.

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam jangka beberapa tahun terakhir ini jumlah penduduk dunia yang sudah lanjut usia mengalami peningkatan yakni pada tahun 2010 penduduk lansia mencapai 350 juta jiwa dan yang mengalami depresi sekitar 20%. Sedangkan pada tahun 2011 jumlah penduduk dunia yang sudah lanjut usia hanya sekitar 250 juta jiwa dan yang mengalami depresi sekitar 19%. Sementara pada tahun 2012 penduduk lansia mencapai 680 juta jiwa dan yang mengalami depresi sekitar 32%. Data prevalensi depresi pada lansia di Indonesia cukup tinggi. Menurut data yang dikeluarkan oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia bahwa jumlah lansia yang ada di Indonesia tiap tahun mengalami peningkatan. Pada tahun 2010 lansia berjumlah 17,2 juta jiwa, pada tahun 2011 lansia mencapai 19,5 juta jiwa dan yang mengalami depresi sekitar 32%. Wada, dkk (2005) menyatakan bahwa jumlah lansia yang mengalami depresi di Pulau Jawa mencapai 33,8% (Sudoyo, 2006; Depsos, 2010; Ishaknur, 2013).

Prevalensi depresi pada lansia di pelayanan kesehatan primer yaitu 5-17%, sementara yang mendapat pelayanan asuhan rumah (*home care*) adalah 13,5%. Prevalensi depresi lansia lebih tinggi diruang perawatan dari pada yang ada di masyarakat. Sekitar 25 % komunitas lanjut usia dan pasien rumah perawatan ditemukan adanya gejala depresi pada lansia (Sudoyo, 2006; Stanley&Beare, 2007). Prevalensi depresi pada lansia cukup tinggi, sekitar 12-36 % lansia yang menjalani rawat jalan mengalami depresi. Angka ini

meningkat menjadi 30-50% pada lansia dengan penyakit kronis dan perawatan lama yang mengalami depresi (Friedman, 1998; Nugroho, 2000; Mangoenprasodjo, 2004). Prevalensi depresi di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tahun 2014 mencapai 75% yaitu 27 orang dari 36 lansia. Pengukuran tingkat depresi lansia menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS). Gejala depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya ditandai dengan lansia sering marah dan murung tanpa sebab yang jelas. Depresi lansia di UPTD Griya Werdha belum pernah ada penanganan serius.

Gangguan depresi yang sering dijumpai pada lansia merupakan masalah psikososiogeriatric dan tidak mendapatkan penanganan yang semestinya karena gejala-gejala yang muncul seringkali dianggap suatu bagian dari proses penuaan yang normal. Prevalensi depresi pada lansia adalah 15,9% pada tahun 2020 dinegara berkembang lain akan menggantikan penyakit-penyakit infeksi sebagai urutan teratas (Rohmawati, 2013; Marchira, Wirasto & Sumarni, 2013). Kaplan (2010) menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial. Pada lanjut usia permasalahan yang menarik adalah kurangnya kemampuan dalam beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Penurunan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan dan stres lingkungan sering menyebabkan gangguan psikososial pada lansia. Masalah kesehatan jiwa yang sering muncul pada lansia adalah gangguan proses pikir, demensia, gangguan perasaan seperti depresi, harga diri rendah, gangguan fisik dan gangguan perilaku (Maramis, 1995; Kaplan, 2010).

Gejala-gejala depresi ini sering berhubungan dengan penyesuaian yang terhambat terhadap kehilangan dalam hidup dan stressor. Stressor pencetus seperti pensiunan yang terpaksa, kematian pasangan, kemunduran atau kekuatan fisik dan kemunduran kesehatan serta penyakit fisik, kedudukan sosial, keuangan, penghasilan dan rumah tinggal sehingga mempengaruhi rasa aman lansia dan menyebabkan depresi. Pada lansia seharusnya cenderung lebih banyak menyesuaikan diri dengan banyaknya perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupannya misalnya menurunnya kemampuan fisik, meninggalnya pasangan, ataupun teman-teman seusia, dan menghadapi 'empty nest' (sangkar kosong). Apabila lansia tidak mampu menyesuaikan diri dengan keadaan-keadaan tersebut maka lansia akan merasa kesepian, yaitu suatu perasaan kehampaan dalam hubungan sosial yang ditandai dengan adanya perasaan terasing, ditolak, ditinggalkan, tak berharga, dan merasa dikucilkan dalam kehidupan bersama dengan orang lain sehingga individu merasa hubungan sosialnya tidak memuaskan yang akhirnya menyebabkan individu mengalami penurunan kesehatan baik fisik maupun psikis. Rasa kesepian yang dialami lansia jika dibiarkan berlarut-larut akan menimbulkan stres yang berkepanjangan yang pada akhirnya akan jatuh ke dalam suatu keadaan yang disebut kecenderungan depresi. Dari segi inilah lanjut usia mengalami masalah psikologis, yang banyak mempengaruhi kesehatan psikis (Friedman, 1998; Nugrahaningsih, 2006).

Terapi rekreasi adalah suatu bentuk terapi yang mempergunakan media rekreasi (bermain, berolahraga, berdarmawisata, menonton TV, dan sebagainya) dengan tujuan mengurangi gangguan emosional dan

memperbaiki perilaku melalui diskusi tentang kegiatan rekreasi yang telah dilakukan, sehingga perilaku yang baik diulang dan yang buruk dihilangkan. Terapi rekreasi juga merupakan terapi yang menggunakan kegiatan pada waktu luang, dengan tujuan lansia dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan serta mengembangkan kemampuan interaksi sosial sehingga dapat mengurangi tingkat depresi pada lansia yang tinggal di panti werdha (Mardela, 2013). *Autonomy Recreation Care* (ARC) mengembangkan kemampuan individu tentang pemahaman rekreasi dan kebutuhan untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial. ARC adalah kegiatan untuk meningkatkan gaya hidup agar tetap sehat. Terapi rekreasi berfungsi untuk meningkatkan komunikasi antara individu dan mengurangi ketergantungan individu (Faulkner, 1991). Terapi rekreasi mandiri mengajarkan keterampilan dan latihan rekreasi yang dilakukan secara mandiri dan fokus pada kesadaran individu akan kebutuhan rekreasi (Cogswell dan Negley, 2011).

Interaksi sosial menurut Imogene M. King (1971) suatu proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu lain, individu dengan kelompok, dan individu dengan lingkungannya (Nursalam, 2013). Penerapan *Human Interaction Model* dalam *Autonomy Recreation Care* terhadap lansia dilakukan dengan mengajarkan lansia untuk saling berinteraksi dengan individu lain, lansia dengan kelompok dan lansia dengan lingkungannya. Serta memandu menetapkan tujuan dan memberikan *feedback* terhadap hasil kegiatan *Autonomy Recreation Care*.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi pada lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya

Dari identifikasi gambar 1.1 kita dapat mengetahui faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia adalah faktor fisik, psikososial, sosial dan spiritual. Dampak dari depresi adalah menurunnya aktifitas fisik, psikososial, interaksi sosial dan spiritual dan perasaan marah yang dalam. Prevalensi depresi di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tahun 2014 mencapai 75% dari 36 lansia, jumlah tersebut meningkat setiap tahunnya. Depresi lansia di UPTD Griya Werdha belum pernah ada penanganan serius.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *autonomy recreation care* terhadap tingkat depresi pada lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat depresi lansia sebelum dilakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC) di UPTD Griya Werdha Surabaya.
2. Mengidentifikasi tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya setelah dilakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC).
3. Menganalisa pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi ilmu keperawatan terutama untuk Keperawatan Gerontik dalam upaya penanganan depresi pada lansia berdasarkan teori *Human Interaction* yang dikembangkan oleh Imogene M. King.

1.5.2 Praktis

1. *Autonomy Recreation Care* (ARC) diharapkan mampu menambah pengetahuan pada institusi tentang depresi pada lansia dan penanganan depresi pada lansia di panti
2. Sebagai penambah informasi untuk perawat dalam penanganan depresi pada lansia
3. Sebagai penambah wawasan dan pengalaman bagi peneliti dalam menangani tingkat depresi pada lansia

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia adalah keadaan yang ditandai dengan penurunan daya kemampuan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis dan kepekaan secara individual. Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Berdasarkan definisi secara umum, seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun keatas (Hawari, 2001; Pudjiastuti, 2003; Seyianti, 2004).

Menurut Levinson (2002) dalam fase perkembangan usia lanjut itu berada dalam fase masa dewasa akhir berusia antara 60 tahun keatas. Dalam arti tumbuh bertambah besar, mengalami diferensia yaitu sebagai proses perubahan yang dinamis pada masa dewasa berjalan bersama keadaan menjadi tua. Proses menjadi tua merupakan suatu struktur perubahan yang mengandung berbagai macam dimensi, yaitu:

1. Proses biokemis dan fisiologis yang oleh Burger disebut sebagai proses penuaan yang primer, dalam daerah batas psikofisiologis
2. Proses fisiologis atau timbulnya penyakit-penyakit
3. Perubahan fungsional-psikologis

4. Perubahan kepribadian dalam arti sempit
5. Penstrukturan kembali dalam hal sosial psikologis yang berhubungan dengan bertambahnya usia

Perubahan yang berhubungan dengan kenyataan bahwa orang tidak hanya mengalami keadaan menjadi tua, melainkan bahwa seseorang juga mengambil sikap terhadap keadaan (Monks dan Thomae, 2002).

Birren dan Schroots (2002) membedakan tiga proses sentral pada masa dewasa lanjut, yaitu :

1. Penuaan sebagai proses biologis (*senescing*)
2. Menjadi senior dalam masyarakat atau penuaan sosial (*eldering*)
3. Penuaan psikologis subjektif (*geronting*) (Monks, 2002).

Menurut Soejono (2000) lansia adalah tahap akhir siklus hidup manusia, merupakan bagian dari proses kehidupan yang tak dapat dihindarkan dan akan di alami oleh setiap individu. Pada tahap ini individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya. Perubahan penampilan fisik sebagian dari proses penuan normal, seperti rambut yang mulai memutih, kerut-kerut ketuaan di wajah, berkurangnya ketajaman panca indera, serta kemunduran daya tahan tubuh, merupakan acaman bagi integritas orang usia lanjut. Belum lagi mereka harus berhadapan dengan kehilangan-kehilangan peran diri, kedudukan sosial, serta perpisahan

dengan orang-orang yang dicintai. Semua hal tersebut menuntut kemampuan beradaptasi yang cukup besar untuk dapat menyikapi secara bijak.

Tabel 2.1 Kategori Lansia Berdasarkan Cooper dan Francis (Carsten, 1998)

	<i>Young Old</i>	<i>Old</i>	<i>Old-old</i>
Usia	Antara usia 55-70 tahun	Antara usia 70-80 tahun	80 tahun keatas
Kemampuan	Mandiri dalam bergerak	Cukup mandiri dalam bergerak	Kurang mandiri, memiliki keterbatasan gerak dan membutuhkan perawatan lebih
Aktifitas	Inisiatif sendiri, santai, rekreasi, bersosialisasi, berhubungan dengan kesehatan	Inisiatif sendiri dan kelompok, mulai jarang berpindah (duduk terus), bersosialisasi, berhubungan dengan kesehatan	Inisiatif terbatas (biasanya dari orang yang mengurus), jarang berpindah, bersosialisasi

Berdasarkan pengertian-pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun (di negara berkembang) atau 65 tahun (di negara maju) yang telah mengalami proses menjadi tua dan karena faktor-faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosial.

2.1.2 Karakteristik Lansia

Menurut (Budi Anna Keliat, 1999) lansia memiliki karakteristik antara lain:

1. Berusia lebih dari 60 tahun.
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.

3. Lingkungan tempat tinggal bervariasi Maryam, dkk (2008).

Menurut Maryam, dkk (2008) lansia dibagi dalam lima klasifikasi, meliputi :

1. Pralansia (praseenilis) yaitu seseorang yang berusia antara 45–59 tahun.
2. Lansia yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia resiko tinggi yaitu seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
4. Lansia potensial yaitu lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa
5. Lansia tidak potensial yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2003).

2.1.2.1 Karakteristik Fisik

Papalia, Olds dan Feldman (2004) mengatakan bahwa pada masa lanjut usia, individu memiliki perubahan fisik, baik yang dapat terlihat maupun yang kurang dapat terlihat. Perubahan-perubahan fisik yang dapat terlihat tersebut antara lain kulit yang mengeriput dan kurang elastis serta rambut yang memutih, tubuh lansia juga terlihat lebih pendek karena tulang yang membungkuk dan menipis. Sedangkan perubahan fisik yang kurang dapat terlihat antara lain:

1. Penurunan berat otak yang semakin bertambah akibat hilangnya neuron dalam otak yang akhirnya menyebabkan penurunan koordinasi fisik maupun kognitif sehingga kemampuan merespon juga menurun.

2. Munculnya masalah pada alat-alat indera, antara lain berupa kesulitan dalam mempersepsikan kedalaman atau warna ataupun kesulitan dalam membaca, menjahit, dan sebagainya. Kurangnya kemampuan mendengar suara dengan nada tinggi. Penurunan pada indera pengecap dan penciuman yang menyebabkan lansia kurang dapat menikmati makanan. Serta penurunan kekuatan dan keseimbangan sehingga sudah kurang mampu untuk melakukan aktivitas yang memerlukan tenaga besar dalam waktu yang lama.
3. Pada dasarnya kemampuan fungsi seksual dapat dijaga dengan aktivitas seksual yang konsisten selama bertahun-tahun. Hanya saja waktu yang diperlukan lebih lama pada lansia laki-laki untuk ereksi atau ejakulasi, sedang pada lansia perempuan, tanda-tanda rangsangan seksual akan menjadi kurang kuat dibanding sebelumnya.
4. Selain itu, lansia juga memiliki kecenderungan untuk mengalami *dementia* atau penurunan fungsi kognitif dan tingkah laku yang disebabkan karena perubahan fisiologis yang terjadi sejalan pertambahan usia. Salah satu jenis *dementia* yang biasanya dialami lansia adalah penyakit *alzheimer* (penurunan fungsi kognitif dan hilangnya kontrol terhadap fungsi tubuh akibat kelainan pada otak). Selain itu, lansia juga memiliki kecenderungan *Parkinson* dengan gejala tremor, kekakuan, pergerakan yang lambat dan postur yang tidak stabil akibat kelainan neurologis.

2.1.2.2 Karakteristik Psikososial

Menurut Papalia, Olds dan Feldman (2004) pada fungsi psikososial, lansia mengalami perubahan pada gaya hidup, hal ini dikarenakan pensiun dan waktu luang, pada hubungan sosial, serta pada hubungan konsensual, yaitu pernikahan, menjanda, ataupun hidup sendiri, individu pada masa lansia yang sebelumnya bekerja maka juga akan mengalami kehilangan identitas pada masa pensiunnya. Menurut Newman & Newman (2006), latihan fisik menjadi fokus dalam aktivitas waktu luang pada sejumlah lansia karena bermanfaat untuk kesehatan, kepercayaan diri dan semangat hidup. Aktivitas waktu luang pada lansia juga bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan akan persahabatan, kebutuhan untuk mengalami hal baru dan berbeda, untuk melepaskan diri dari tekanan dalam berhubungan dengan orang lain, untuk menemukan ketenangan dan keamanan, dan menemukan kesempatan memperoleh stimulasi intelektual, ekspresi diri, dan pelayanan (Tiensley et al. dalam Newman & Newman, 2006).

Patterson (dalam Newman & Newman, 2006) mengatakan bahwa janda atau duda lansia yang terlibat dalam aktivitas luang memiliki tingkat stress yang lebih rendah dibanding mereka yang tidak, namun bukan berarti dengan begitu mereka tidak berduka, dan karena aktivitas sosial yang mereka lakukanlah yang membantu mereka merasa tidak terisolasi dan memberi mereka perasaan akan nilai sosial yang berlanjut.

Salah satu tema penting pada masa lansia adalah pada pengaturan tempat tinggal. Pada umumnya, lansia akan tinggal bersama anak dan cucunya atau tinggal di suatu institusi. Di negara berkembang, para lansia

baik pria maupun wanita biasanya tinggal dengan anak-anaknya dan cucu-cucunya (Papalia, Olds & Feldman, 2004). Sedangkan menurut McFall & Miller (dalam Papalia, Olds & Feldman, 2004) lansia yang memiliki resiko tinggi untuk tinggal di institusi adalah mereka yang hidup sendiri, yang tidak mengambil bagian dalam aktivitas sosial, yang memiliki keterbatasan kesehatan dan kemampuan, serta mereka yang memiliki keluarga yang terbebani dengan kehadiran mereka.

Penelitian menunjukkan bahwa lansia biasanya melewatkan kesempatan untuk meningkatkan kontak sosial dan lebih puas dengan jaringan sosial yang lebih kecil (Papalia, Olds & Feldman, 2004) sehingga bagi lansia, hubungan personal menjadi hal yang penting, bahkan lebih dari sebelumnya, walaupun dalam hubungan sosial, umumnya kehidupan lansia diperkaya dengan kehadiran teman lama dan keluarga.

Perubahan psikososial lain yang terjadi pada masa lansia adalah kehilangan pasangan. Umumnya, pria akan menikah lagi ketika kehilangan pasangan dibandingkan dengan wanita (Papalia, Olds & Feldman, 2004). Oleh karena itu, saat ini tidak heran apabila lebih banyak ditemukan lansia wanita yang hidup sendiri dan menjanda.

2.1.3 Batasan Usia Lanjut

WHO (1999) menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu : Usia pertengahan (*middle age*) 45 -59 tahun, Lanjut usia (*elderly*) 60 -74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75 – 90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun (Nugroho, 2009).

Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) dalam Nugroho (2009) lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa yang dibagi menjadi empat bagian, yaitu :

1. Fase iuventus, antara 25 -40 tahun
2. Fase verilitas, antara 40 -50 tahun
3. Fase prasenium, antara 55 – 65 tahun
4. Fase senium, lebih dari 65 tahun

Menurut Bee (1996), tahap lansia dimulai dari masa dewasa lanjut (65-75 tahun) sampai dewasa sangat lanjut (>75 tahun). Hurlock (1979) membedakan lansia dalam dua tahap yakni early ld age (60-70 tahun) dan adveanced old age (>70 tahun). menurut Burnside (1979) tahapan lansia meliputi :

1. Young old (60-69 tahun)
2. Middle age old (70-79 tahun)
3. Old-old (80-89 tahun)
4. Very old-old (>90 tahun) (Nugroho, 2009).

2.1.4 Tipe-Tipe Lansia

1. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah pengalaman menyesuaikan diri dengan perubahan jaman, mempunyai kesibukan, nersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan-kegiatan yang hilang dengan kegiatan-kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses menua yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniah, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

4. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap datang terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, melakukan pekerjaan apa saja.

5. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, mental, sosial dan ekonominya (Ma'rifatul, 2011).

2.1.5 Proses Menua (*Ageing Process*)

Ageing Process (proses menua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantindes, 1994; Darmojo, 2004).

Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah. Menua bukanlah suatu penyakit melainkan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi stressor dari dalam maupun luar tubuh.

Proses menua setiap individu pada psikologik dan organ tubuh tidak sama cepatnya dan sangat individual. Banyak faktor yang mempengaruhi penuaan seseorang seperti genetik (keturunan), asupan gizi, kondisi mental, lingkungan, dan pekerjaan sehari-hari (Darmojo dan Martono, 2004)

2.2 Konsep Depresi Pada Lansia

2.2.1 Definisi depresi lansia

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, perasaan kosong (Keliat, 1996). Sedangkan menurut Hawari (1996) depresi adalah bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*mood*), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidagairahan hidup, perasaan tidak berguna, dan putus asa. Depresi adalah salah satu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan (Stuart dan Sundeen, 1998).

Depresi pada lansia adalah suatu gangguan alam perasaan berupa perasaan sedih atau keputusasaan yang ekstrim yang dapat mempengaruhi aktivitas dan kualitas hidup lansia (Videbeck, 2008).

2.2.2 Etiologi Depresi Lansia

Meskipun keterbatasan metodologi dari studi dan meta - analisis, berkabung, gangguan tidur, cacat, depresi sebelumnya, dan jenis kelamin perempuan tampaknya menjadi faktor risiko penting untuk depresi antara lansia di komunitas (Cole et al, 1999). Gejala depresi terkait dalam analisis bivariat dengan peningkatan usia, perempuan, pendapatan rendah, cacat fisik, gangguan kognitif, dan dukungan sosial. Lansia tua menderita gejala depresi

lebih sedikit ketika faktor-faktor yang berhubungan dengan keduanya meningkat usia dan gejala depresi yang diperhitungkan. Karena banyak faktor ini dapat dicegah (seperti penurunan pendapatan, cacat fisik, dan dukungan sosial), asosiasi yang tidak terkontrol antara usia dan gejala depresi dapat berpotensi untuk dimodifikasi (Blazer et al, 1991).

Temuan ini menunjukkan bahwa penyedia dan pengembang intervensi dan program pencegahan untuk orang tua harus memperhatikan terjadinya peristiwa hidup yang negatif. Perhatian khusus harus diberikan kepada orang tua yang telah mengalami akumulasi peristiwa stres dan kerepotan setiap hari, karena mereka tampaknya menjadi kelompok berisiko lebih besar (Vivian, 2002). Informasi dari wawancara awal dan selanjutnya kelompok depresi yang dibandingkan dengan kelompok kontrol (yang kasus dikecualikan afektif atau organik penyakit mental). Analisis univariat menghasilkan tiga faktor yang secara signifikan terkait dengan perkembangan depresi 3 tahun kemudian: kurangnya kepuasan dengan kehidupan, perasaan kesepian, dan merokok. Analisis multivariat mengkonfirmasi efek independen mereka dan mengungkapkan 2 faktor lanjut mencapai signifikansi: jenis kelamin perempuan dan faktor pemicu, berkabung sosok dekat dalam waktu 6 bulan dari tahun ketiga diagnosis. Beberapa faktor lain tradisional dikaitkan dengan depresi, seperti perumahan yang buruk, status perkawinan dan hidup sendiri, gagal untuk mencapai signifikansi sebagai faktor risiko (Green, 1992). Prevalensi meningkat dengan usia pada pria dan lebih tinggi pada wanita dibandingkan pada pria. Analisis univariat mengidentifikasi banyak faktor dalam bidang berikut yang berhubungan dengan depresi: karakteristik sosial-

ekonomi, kemampuan fungsional, kesehatan fisik dan dukungan sosial (Woo-J, 1994).

Faktor-faktor yang menjadi penyebab depresi pada lansia dikelompokkan menjadi beberapa faktor yaitu faktor biologis, psikologis dan sosial.

1. Faktor biologis menyatakan bahwa gen-gen yang berhubungan dengan risiko yang meningkatkan untuk lesi kardiovaskular dapat meningkatkan kerentanan untuk timbulnya gangguan depresif. Penelitian lain melaporkan bahwa predisposisi genetik untuk gangguan depresif mayor pada orang usia lanjut dapat dimediasi oleh adanya lesi vaskular. Selain itu gangguan pada otak juga menjadi salah satu penyebab timbulnya gangguan depresif pada orang usia lanjut adalah penyakit cerebrovaskular, yang mana gangguan ini dapat sebagai faktor predisposisi, presipitasi atau mempertahankan gejala-gejala gangguan depresif pada orang usia. Pada suatu penelitian yang dilakukan oleh Robinson, dkk., mendapatkan bahwa konsentrasi norepinephrin dan serotonin berkurang sesuai dengan bertambahnya usia, tetapi metabolit 5-HIAA dan enzim monoamineoksidase meningkat sesuai pertambahan usia (Bongsoe, 2007).

Faktor Endokrin, dalam hal ini terutama adalah keterlibatan penurunan kadar hormon estrogen pada wanita, testosteron pada pria, dan hormon pertumbuhan pada pria dan wanita. Penurunan kadar hormon tersebut sejalan dengan perubahan fisiologis karena pertambahan usia. Sehingga dengan bertambahnya usia, proses degenerasi sel-sel dari organ tubuh

makin meningkat, termasuk di antaranya meningkatnya proses degenerasi sel-sel organ tubuh yang memproduksi hormon tersebut makin berkurang. Dengan penurunan kadar hormon tersebut, hal ini akan mempengaruhi produksi neurotransmitter terutama serotonin dan norepinephrin. Penyakit dan kecacatan, nyeri yang hebat dan kronis, kemunduran kognitif serta kerusakan bagian tubuh yang disebabkan karena pembedahan atau penyakit dapat menyebabkan individu lanjut usia jatuh ke dalam kondisi depresi (Bongsoe, 2007).

2. Faktor Psikologis, terjadinya gangguan depresif pada individu usia lanjut oleh karena orang-orang usia lanjut cukup banyak mengalami peristiwa-peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan atau yang cukup berat sehingga terjadinya gangguan depresif tersebut sebagai respons perilaku terhadap stressor-stressor kehidupan yang dialaminya tersebut. Penelitian lain melaporkan bahwa ada kaitan terjadinya gangguan depresif pada orang usia lanjut dengan sejumlah peristiwa kehidupan yang negatif yang dialami individu usia lanjut (Bongsoe, 2007).
3. Faktor Sosial yaitu hilangnya status peranan sosialnya atau hilangnya sokongan sosial yang selama ini dimilikinya (Bongsoe, 2007).

2.2.3 Tanda dan Gejala Depresi Usia Lanjut

Perilaku yang berhubungan dengan depresi menurut Kelliat (1996) meliputi beberapa aspek seperti :

1. Afektif

Kemarahan, ansietas, apatis, kekesalan, penyangkalan, perasaan, kemurungan, rasa bersalah, ketidakberdayaan, keputusan, kesepian, harga diri rendah, kesedihan.

2. Fisiologik

Nyeri abdomen, anoreksia, sakit punggung, konstipasi, pusing, kelelahan, gangguan pencernaan, insomnia, gangguan nafsu makan, perubahan berat badan.

3. Kognitif

Kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan minat dan motivasi, menyalahkan diri sendiri, mencela diri sendiri, pesimis, ketidakpastian,

4. Perilaku

Agresif, agitasi, alkoholisme, perubahan tingkat aktivitas, kecanduan obat, intoleransi aktivitas, mudah tersinggung, kurang spontanitas, sangat tergantung, isolasi sosial.

Menurut PPGDJ-III (Maslim, 1997), tingkatan depresi ada 3 berdasarkan gejala-gejalanya yaitu :

1. Depresi Ringan

Gejala :

- 1) Kehilangan minat dan kegembiraan
- 2) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah
- 3) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- 4) Harga diri dan kepercayaan diri kurang

- 5) Lamanya gejala tersebut berlangsung kurang
- 6) Hanya sedikit dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang dilakukan

2. Depresi Sedang

Gejala

- 1) Kehilangan minat dan kegembiraan
- 2) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah
- 3) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- 4) Harga diri dan kepercayaan diri kurang
- 5) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- 6) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- 7) Lamanya gejala tersebut berlangsung minimum sekitar 2 minggu

3. Depresi Berat

- 1) Mood depresif
- 2) Kehilangan minat dan kegembiraan
- 3) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas
- 4) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- 5) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- 6) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- 7) Perbuatan yang membahayakan diri sendiri seperti bunuh diri
- 8) Gangguan tidur
- 9) Waham, halusinasi
- 10) Lamanya gejala tersebut lebih dari 2 minggu

Menurut Lucinio dan Wong (2005) ada 5 tingkatan depresi, yaitu :

1. Gangguan depresi mayor

- 1) Terdapat lima dari gejala berikut, yaitu *mood* depresi, kehilangan minat, kehilangan kesenangan dalam semua atau sebagian besar kegiatan, berat badan berkurang atau bertambah (lebih dari 5%), insomnia atau hipersomnia, retardasi atau agitasi psikomotor, lelah, perasaan tidak berharga atau bersalah yang tidak jelas, penurunan kemampuan berkonsentrasi, pemikiran kematian atau bunuh diri yang berulang
- 2) Harus terdapat satu dari gejala utama, yaitu *mood* depresi atau kehilangan minat dan kesenangan
- 3) Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi, dan tidak merupakan pengaruh penggunaan zat, kondisi medis, atau kehilangan (kematian)

2. Gangguan depresi minor

- 1) Harus terdapat dua gejala, namun kurang dari lima gejala gangguan depresi mayor
- 2) Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi, dan tidak merupakan pengaruh dari penggunaan zat, kondisi medis, atau kehilangan (kematian)
- 3) Diagnosis ini hanya untuk penderita tanpa riwayat gangguan depresi mayor, distimik, bipolar, atau psikotik

3. Gangguan distimik

- 1) Mood sedih yang menetap yang terdapat dua atau lebih gejala seperti peningkatan atau penurunan nafsu makan, peningkatan atau penurunan tidur, lelah atau kehilangan energi, penurunan kepercayaan diri, penurunan konsentrasi atau kesulitan memutuskan sesuatu, dan perasaan tidak ada harapan.
 - 2) Mood sedih dan dua gejala tersebut tidak hilang selama dua bulan atau lebih dalam dua tahun
 - 3) Tidak ada episode depresi mayor selama dua tahun pertama
4. Gangguan bipolar 1
- Terdapat kriteria gangguan depresi mayor dan terdapat riwayat setidaknya satu kali episode manik
5. Gangguan penyesuaian dengan *mood* depresi
- 1) Terdapat mood depresi, rasa takut, atau tidak ada harapan dalam tiga bulan setelah ada stresor
 - 2) Gejala tersebut menimbulkan gangguan atau disabilitas berat dan akan menghilang dalam enam bulan setelah hilangnya stresor
 - 3) Kehilangan (kematian) tidak dimasukkan sebagai stresor dalam gangguan penyesuaian

2.2.4 Patofisiologi Depresi Usia Lanjut

Struktur neocortical dorsal mengalami hipermetabolis dan struktur limbic ventral mengalami hipermetabolis selama keadaan gangguan depresif. Selain itu jalur frontostriatal pada otak memediasi antisipasi yang mengarah ke afek (alam perasaan) yang positif dan abnormalitasnya bisa menghasilkan satu ketidakmampuan untuk mendorong antisipasi yang mana ini akan

mempredisposisikan keadaan depresif. Terjadinya kerusakan pada sirkuit frontoorbital dapat menimbulkan disinhibisi, iritabilitas, dan pengurangan sensitifitas pada isyarat-isyarat sosial. Begitu pula kerusakan cingulata anterior dapat menyebabkan apatis dan menurunnya inisiatif. Kerusakan sirkuit dorsolateral dapat menyebabkan kesulitan dalam merubah tempat, dalam belajar dan generasi daftar kata. Abnormalitas perilaku-perilaku ini menyerupa gejala-gejala pada gangguan depresif. Begitu pula hipoaktivitas korteks prefrontodorsolateral dan gyrus angularis telah dihubungkan pula dengan gangguan psikomotor dan gangguan depresif (Bongsoe, 2007).

2.3 Konsep *Autonomy Recreation care*

2.3.1 Definisi *Autonomy*

Menurut Steinberg (1993) dalam Fleming (2005) istilah *autonomy* atau otonomi berarti kemampuan untuk memerintah sendiri, menurus sendiri, atau mengatur kepentingan sendiri. Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berfikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih sendiri dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan sendiri yang harus dihargai oleh orang lain. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan setiap individu. Dapat disimpulkan bahwa otonomi adalah kemandirian yang didefinisikan sebagai kemampuan individu dalam bertingkah laku, merasakan sesuatu dan mengambil keputusan berdasarkan kehendaknya sendiri.

Aspek –aspek kemandirian:

1) Kemandirian emosional

Merupakan aspek kemandirian yang berhubungan dengan perubahan kedekatan hubungan emosional antar individu

2) Kemandirian perilaku

Suatu kemampuan untuk membuat keputusan-keputusan tanpa tergantung pada orang lain dan melakukannya secara tanggung jawab

3) Kemandirian nilai

Kemampuan memaknai seperangkat prinsip tentang benar dan salah tentang apa yang penting dan apa yang tidak penting (Fleming, 2005).

2.3.2 Definisi *Recreation*

Rekreasi menurut David Gray dalam Butler (1976:10) mendefinisikan bahwa, "*Recreation is an emotional condition within an individual human being that flows from a feeling of well being and self-satisfaction*". Rekreasi dari bahasa Latin, re-creare, yang secara berarti kegiatan yang dilakukan untuk penyegaran kembali jasmani dan rohani seseorang. Hal ini adalah sebuah aktivitas yang dilakukan seseorang selain pekerjaan. Kegiatan yang umum dilakukan untuk rekreasi adalah pariwisata, olahraga, permainan, dan hobi. Secara umum rekreasi dapat dibedakan dalam dua golongan besar, yaitu rekreasi pada tempat tertutup (*indoor recreation*) dan rekreasi di alam terbuka (*outdoor recreation*). Jenis-jenis rekreasi adalah pariwisata, olahraga, permainan, Hobi. Tujuan dari rekreasi adalah untuk mengisi waktu luang, melepas lelah, kebosanan dan kepenatan, sebagai imbalan subsisten activity (kegiatan pengganti/pelengkap), sebagai pemenuh fungsi sosial (fungsi sosial

ini dilakukan untuk kegiatan berkelompok serta rekreasi aktif), untuk memperoleh kesegaran jasmani dan memperoleh kesenangan (rseventynine, 2013).

2.3.3 Definisi *Care*

Dalam Nurachmah (2001) Carruth mendefinisikan care sebagai tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik dan perhatian emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien. Menurut Watson (2002) care adalah suatu tindakan yang dilakukan dalam memberikan dukungan kepada individu secara utuh, tindakan dalam bentuk perilaku caring seharusnya diajarkan kepada manusia sejak lahir, masa perkembangan, masa pertumbuhan, masa pertahanan sampai dengan meninggal. Caring adalah esensi dari keperawatan yang membedakan dengan profesi yang lain dan mendominasi serta mempersatukan tindakan-tindakan keperawatan (Nurachmah, 2001; Dwidiyanti, 2007).

Care menurut Imogene M. King (1997) adalah pelayanan kesehatan untuk membantu perawat dan pasien dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan. Dalam sistem interpersonal perawat dan klien berinteraksi dalam suatu area untuk mencapai tujuan keperawatan (Nursalam, 2013)

2.3.4 Konsep *Autonomy Recreation Care*

Autonomy Recreation Care (ARC) mengembangkan kemampuan individu tentang pemahaman rekreasi dan kebutuhan untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial. ARC adalah kegiatan untuk meningkatkan gaya hidup agar tetap sehat. Terapi rekreasi berfungsi untuk meningkatkan komunikasi

antara individu dan mengurangi ketergantungan individu. Tujuan dari pemberian ARC adalah untuk mengurangi ketergantungan emosional dan memperbaiki perilaku melalui diskusi dengan lansia lain. ARC ini adalah kegiatan pada waktu luang, agar lansia dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial (Faulkner, 1991).

Setiap individu dari penelitian saling berhubungan dan pada akhirnya mempengaruhi kepuasan individu terhadap gaya hidupnya. Terapi rekreasi mandiri mengajarkan keterampilan dan latihan rekreasi yang dilakukan secara mandiri dan fokus pada kesadaran individu akan kebutuhan rekreasi (Cogswell dan Negley, 2011)

Autonomy Recreation Care bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi, gairah hidup, menurunkan rasa bosan, dan melihat pemandangan. Misalnya : mengikuti olahraga (senam lansia, berjalan kaki), melakukan permainan, rekreasi bersama.

Autonomy Recreation Care membantu lansia untuk mengurangi depresi dan stres lansia yang diakibatkan oleh rasa kesepian, bosan, merasa terasingkan dan sedih. Pada terapi ini lansia dibimbing untuk dapat melakukan rekreasi secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan rekreasinya. Sebelum melakukan rekreasi secara mandiri, lansia dijelaskan tentang definisi rekreasi dan manfaatnya. Lansia dibimbing sampai lansia dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya secara mandiri. Asuhan ini dilakukan selama 3 minggu dan setiap minggunya terdapat 3 kali pertemuan. Setelah dilakukan asuhan ARC diharapkan lansia mampu memenuhi kebutuhan rekreasinya.

2.3.5 Tujuan *Autonomy Recreation Care*

- 1) Individu dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya
- 2) Untuk mengurangi depresi dan rasa kesepian pada individu
- 3) Meningkatkan gairah hidup individu
- 4) Untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi serta pengembangan emosi.
- 5) Untuk meningkatkan fungsi sensasi, persepsi dan kognisi.
- 6) Untuk mengurangi ketergantungan pada individu
- 7) Untuk meningkatkan kemandirian individu dalam memenuhi kebutuhan rekreasinya (Cogswell dan Negley, 2011)

2.3.6 Jenis-jenis kegiatan dalam *Autonomy Recreation Care*

1) Senam lansia

Senam lansia merupakan olahraga ringan, mudah dan aman dilakukan. Senam lansia ini sudah memiliki standar gerakan dan diakui untuk dilakukan pada lansia. Gerakan pada senam lansia bersifat *Low Impact*, dimana gerakan biasanya untuk anggota tubuh bagian atas karena pada lansia terjadi penurunan fungsi jantung dan paru-paru. Tujuan diberikannya senam lansia agar lansia tetap sehat. Dalam mencapai kesehatannya, lansia perlu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik yaitu motivasi yang berfungsi tanpa rangsangan dari luar tetapi sudah dengan sendirinya terdorong untuk berbuat sesuatu. Misalnya dari dalam dirinya lansia itu sendiri sedangkan motivasi ekstrinsik yaitu motivasi yang berfungsi karena adanya rangsangan dari luar seperti lingkungan, teman, keluarga dan informasi (Purwanto, 2004).

Apabila seseorang melakukan senam, peredaran darah akan lancar dan meningkatkan jumlah volume darah maka akan menghasilkan endorfin hingga membentuk hormon norepinefrin yang dapat menimbulkan rasa gembira, rasa sakit hilang, adiksi (kecanduan gerak) dan menghilangnya depresi (Suroto, 2004). Senam lansia dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi waktu 15-30 menit setiap kegiatan.

2) Jalan sehat

Jalan sehat merupakan aktivitas yang tidak membutuhkan keterampilan khusus. Jalan sehat dilakukan secara santai dan menyenangkan yang akan menghasilkan hormon endorfin sehingga dapat mengurangi stress dan depresi pada lansia (Junaidi, 2011). Kegiatan ini dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi 15-30. Menurut Williams dan Wilkins dalam Wildman dan Miller (2004) ada beberapa manfaat melakukan jalan sehat yaitu :

1. Menurunkan tekanan darah
2. Meningkatkan *cardiac output*
3. Meningkatkan *Maximal Oxygen Uptake* (VO₂ max)
4. Menurunkan lemak tubuh
5. Menurunkan tingkat stress
6. Menurunkan kecemasan dan depresi
7. Meningkatkan *Lean Body Mass* (LBM)

3) Permainan bola panas

Permainan adalah salah satu aktivitas yang paling diminati oleh beberapa lansia karena dapat menimbulkan kesenangan. Salah satu permainan

yang biasa dilakukan oleh lansia adalah bola panas (bola estafet). Bola panas adalah permainan yang dilakukan oleh 5- 15 orang, permainan bola panas dilakukan dengan memutar bola saat musik berjalan dan bila musik berhenti maka anggota yang sedang membawa bola akan mendapat hukuman. Menurut Winaya dalam penelitiannya menjelaskan bahwa permainan bola panas bermanfaat untuk memberikan hiburan, mengisi waktu luang, mneghilangkan stress dan depresi, serta menghilangkan kesepian (Winaya, 2014). Kegiatan ini dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi 15-30.

2.3.7 Langkah-langkah *Autonomy Recreation care*

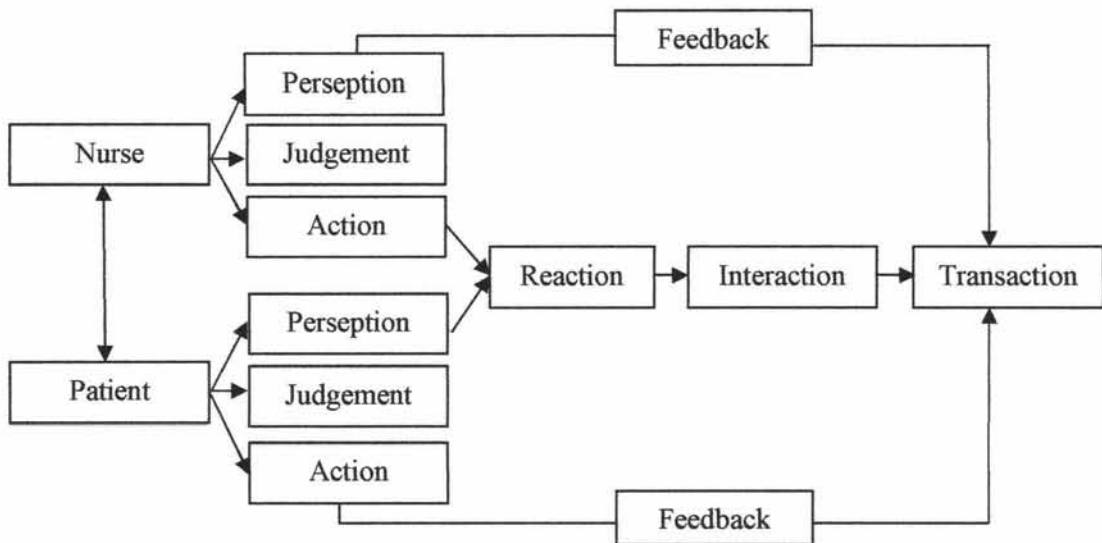
- 1) Lansia mendapat penjelasan tentang definisi dan konsep *Autonomy Recreation care* (ARC)
- 2) Memberikan pilihan-pilihan tentang rekreasi pada lansia
- 3) Lansia memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuannya
- 4) Lansia melakukan aktifitas ARC

2.3.8 Teori Interaksi Manusia menurut Imogene M. King

Konsep *Human Interaction Model* menjelaskan bahwa manusia seutuhnya (Human Being) sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Teori ini dikembangkan pertama kali oleh Imogene M. King pada tahun 1971 yang diawali dengan mengembangkan *Theory of Goal Attainment* yaitu teori yang bersifat terbuka dan dinamis. Interaksi manusia dengan lingkungannya bertujuan untuk membantu individu dan kelompok dalam memelihara kesehatannya. Dalam *Interpersonal System* perawat dan klien berinteraksi dalam suatu area.

Interaksi sebagai proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok dan individu dengan lingkungannya. Dalam *Interpersonal System* terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan dalam sembilan konsep utama yaitu interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stres, tumbuh kembang, waktu, dan ruang (Marriner, 1986; Alligood dan Tomey, 2006).

Penerapan *Human Interaction Model* dalam *Autonomy Recreation Care* terhadap lansia dilakukan dengan mengajarkan lansia untuk saling berinteraksi dengan individu lain, lansia dengan kelompok dan lansia dengan lingkungannya. Serta memandu menetapkan tujuan dan memberikan *feedback* terhadap hasil kegiatan *Autonomy Recreation Care*.



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Imogene M. King *Human Interaction Models*

2.3.9 Mekanisme *Autonomy Recreation Care* dalam menurunkan depresi

Pada lansia seharusnya cenderung lebih banyak menyesuaikan diri dengan banyaknya perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupannya

misalnya menurunnya kemampuan fisik, meninggalnya pasangan, ataupun teman-teman seusia, dan menghadapi 'empty nest' (sangkar kosong). Apabila lansia tidak mampu menyesuaikan diri dengan keadaan-keadaan tersebut maka lansia akan merasa kesepian, yaitu suatu perasaan kehampaan dalam hubungan sosial yang ditandai dengan adanya perasaan terasing, ditolak, ditinggalkan, tak berharga, dan merasa dikucilkan dalam kehidupan bersama dengan orang lain sehingga individu merasa hubungan sosialnya tidak memuaskan yang akhirnya menyebabkan individu mengalami penurunan kesehatan baik fisik maupun psikis. Rasa kesepian yang dialami lansia jika dibiarkan berlarut-larut akan menimbulkan stres yang berkepanjangan yang pada akhirnya akan jatuh ke dalam suatu keadaan yang disebut kecenderungan depresi. Dari segi inilah lanjut usia mengalami masalah psikologis, yang banyak mempengaruhi kesehatan psikis (Nugrahaningsih, 2006).

Hal ini menunjukkan akan pentingnya dukungan sosial dikalangan lansia untuk mengantisipasi masalah depresi pada lansia. Dukungan sosial sendiri mengacu pada kenyamanan, perhatian, penghargaan, atau bantuan yang diberikan orang lain atau kelompok kepada individu. Untuk memperoleh dukungan sosial para lansia perlu berinteraksi dengan orang lain seperti membuat kontak sosial (Bruno, 2000; Gunarsa, 2004; Sarafino, 2006).

Menurut Levinson (2002) lansia mengalami berbagai macam perubahan antara lain perubahan biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Faktor-faktor tersebut menyebabkan depresi pada lansia yang menyebabkan menurunnya aktifitas fisik, terjadinya gangguan depresif, dan hilangnya

peranan sosial pada lansia (Monks dan Thomae, 2002; Bongsoe, 2007). Dalam *Autonomy Recreation Care* lansia diajarkan untuk berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya. Interaksi sosial akan mempengaruhi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual pada lansia. Aspek tersebut akan meningkatkan aktifitas fisik lansia, menurunkan tingkat stres, meningkatkan interaksi lansia dan meningkat keyakinan pada diri lansia. Sehingga dari pemberian ARC diharapkan mampu meningkatkan endorphen, serotonin, koping, dan persepsi pada lansia yang akan mengurangi tingkat depresi pada lansia.

2.4 Keaslian Penulisan

Tabel 2.2 Tabel Keaslian Penulisan

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1.	Pengaruh Terapi Rekreasi: Memasak Terhadap Tingkat Kesenian Pada Usia Lanjut di Pantu Werdha Hargodadali Surabaya (Firasanti, 2013)	-terapi rekreasi -kesenian pada lansia	Pre-Eksperiment	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan memasak sebagai terapi rekreasi dapat mengurangi tingkat kesenian.
2.	Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada lansia (Kristyaningsih, 2011)	-dukungan keluarga -depresi pada lansia	Studi korelasi	Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi lansia, semakin tinggi dukungan keluarga semakin rendah tingkat depresi lansia.
3.	Hubungan Tipe Kepribadian dengan Kejadian Depresi pada Lansia di UPT Pantu Sosial Lanjut Usia Pasuruan (Setyoadi,	Tipe kepribadian dengan kejadian depresi pada lansia	Observasiona l Analitik	Tipe kepribadian sangat berpengaruh terhadap tingkat depresi pada lansia

2012)				
4.	Status Depresi dan Asupan Makan Berhubungan Dengan Status Gizi pada Lansia (Rohmawati, 2013)	-status depresi dan asupan makan -status gizi lansia	Studi Korelasi	Terdapat hubungan yang signifikan antara status depresi dan status gizi pada lansia
5.	Gambaran Depresi Usia Lanjut (Saragih, 2010)	Depresi usia lanjut	Studi Deskriptif	Dari penelitian diperoleh 26% responden mengalami lansia. Tiga puluh tiga persen lansia berjenis kelamin laki-laki mengalami depresi, lebih banyak daripada lansia perempuan (20,7%). Depresi pada lansia old-old (27,8%) sedikit lebih banyak pada depresi pada lansia young-old (25%).
7.	Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Kemampuan Aktivitas Dasar Sehari-hari Pada Lansia (Firmannulah, 2010)	Tingkat depresi dengan kemampuan aktivitas dasar sehari-hari	Deskriptif analitik kolerasi	Ada hubungan yang signifikan dengan interpretasi korelasi negatif antara tingkat depresi dengan kemampuan aktifitas sehari-hari pada lanjut usia
8.	Hubungan antara Tingkat Depresi dengan Ketergantungan dalam ADL (Activity of Daily Living) pada lansia (Apriani, 2006)	Tingkat depresi ketergantungan dalam ADL (Activity of Daily Living)	Studi Korelasi	Ada hubungan antara tingkat depresi dengan ketergantungan dalam ADL (Activity of Daily Living) pada lansia
9.	Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kesepian Pada Lansia di Perkumpulan Lansia Habibi dan habibah (Marini, 2012)	-dukungan sosial -kesepian pada lansia	Kuantitatif	Dukungan sosial sangat berpengaruh terhadap tingkat kesepian pada lansia, semakin tinggi dukungan sosial maka semakin rendah tingkat kesepiannya.

10.	Hubungan Antara Rasa Kesepian Dengan Kecenderungan Depresi pada Lansia (Nugrahaningsih, 2006)	-rasa kesepian - kecenderungan depresi lansia	Uji Korelasi	Hasil Penelitian menyatakan ada hubungan positif yang sangat signifikan antara rasa kesepian dengan kecenderungan depresi pada lansia. Dengan $r=0,534$ dan $p=0,002$ dengan demikian hipotesis diterima, yaitu jika semakin tinggi rasa kesepiannya, maka semakin tinggi pula kecenderungan depresi yang dialami, dan sebaliknya.
11.	Kejadian dan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia : Study perbandingan di panti werda dan komunitas (Wulandari, 2011)	-kejadian dan tingkat depresi - perbandingan di panti werda dan komunitas	Studi Cross sectional	Terdapat Perbedaan kejadian dan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal dipanti wreda dan komunitas. Partisipasi sosial kurang, partisipasi sosial cukup, gangguan fungsional sedang berhubungan dengan kejadian depresi pada lanjut usia di panti wreda.

feedback terhadap hasil kegiatan *Autonomy Recreation Care*. Sehingga diharapkan mampu mengatasi depresinya.

3.2 Hipotesis

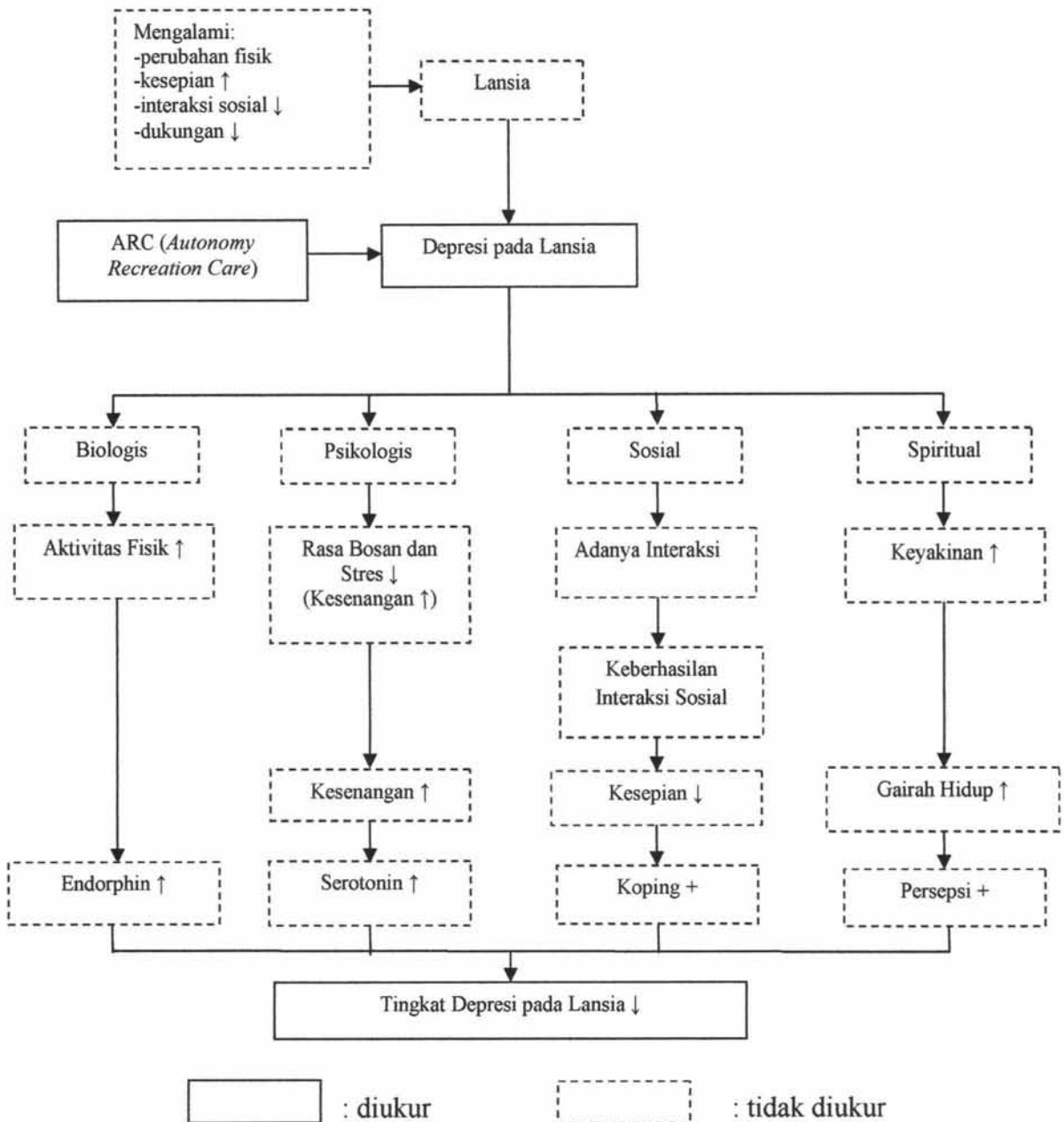
Hipotesis yang diterapkan pada penelitian ini adalah :

H1 : Ada pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh penerapan teori *Human Interaction Model* dalam *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya (mengadopsi teori Imogene M. King 1971)

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan mekanisme pengaruh penerapan teori *Human Interaction* dalam *Autonomy Recreation Care* terhadap tingkat depresi lansia. Lansia yang mengalami depresi diberikan intervensi *Autonomy Recreative care* yang didalam fase-fase tertentu diterapkan mengenai teori *Human Interaction*. Salah satu sumber dari *Human Interaction* adalah interpersonal yang mampu meningkatkan interaksi lansia dan koping lansia yang mengalami depresi.

Konsep *Human Interaction Model* menjelaskan bahwa manusia seutuhnya (*Human Being*) sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Teori ini dikembangkan pertama kali oleh Imogene M. King pada tahun 1971 yang diawali dengan mengembangkan *Theory of Goal Attainment* yaitu teori yang bersifat terbuka dan dinamis. Interaksi manusia dengan lingkungannya bertujuan untuk membantu individu dan kelompok dalam memelihara kesehatannya. Dalam *Interpersonal System* perawat dan klien berinteraksi dalam suatu area. Interaksi sebagai proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok dan individu dengan lingkungannya. Dalam *Interpersonal System* terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan dalam sembilan konsep utama yaitu interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stres, tumbuh kembang, waktu, dan ruang (Marriner, 1986; Alligood dan Tomey, 2006).

Penerapan *Human Interaction Model* dalam *Autonomy Recreation Care* terhadap lansia dilakukan dengan mengajarkan lansia untuk saling berkomunikasi dengan individu lain, lansia dengan kelompok dan lansia dengan lingkungannya. Serta memandu menetapkan tujuan dan memberikan

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil ((Nursalam, 2007; Nursalam, 2013).

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah desain *Quasy Experimen* dengan rancangan *pretest posttest control group design*, dalam penelitian ini dilakukan pengelompokan anggota-anggota kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dilakukan berdasarkan hasil screening dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS). Kemudian kelompok ekperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok diawali dengan prates, dan setelah pemberian perlakuan selesai akan diadakan pengukuran kembali (pasca tes) (Nursalam, 2013).

Tabel 4.1 Perbandingan sampel perlakuan dan kontrol

Subjek	Pretest	Perlakuan	Post Test
K1	O1	X	O2
K2	O1	-	O2

Keterangan:

K : Sampel lansia dengan kondisi depresi

X : Intervensi *Autonomy Recreation Care* pada lansia dengan pemahaman *Human Interaction*

O1 : Observasi awal dengan pengukuran tingkat depresi lansia sebelum pemberian *Autonomy Recreation Care*

O2 : observasi akhir dengan pengukuran tingkat depresi lansia setelah pemberian *Autonomy Recreation Care*

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dibagi menjadi populasi target dan populasi terjangkau.

1. Populasi target

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi target bersifat umum dan biasanya pada penelitian klinis dibatasi oleh karakteristik demografi. Pada penelitian ini populasi target adalah semua lansia yang tinggal di UPTD Griya Werdha Surabaya yang berjumlah 36 orang.

2. Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau oleh peneliti dan kelompoknya, selanjutnya populasi terjangkau dinyatakan sebagai sampel penelitian sejumlah 26 lansia.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2013). Untuk mengurangi bias penelitian perlu dilakukan kriteria sampel. Pada penelitian ini peneliti menentukan kriteria sampel sebagai berikut:

1) Kriteria inklusi

Lansia berusia 60-74 tahun yang mengalami depresi dengan tingkat depresi ringan sampai sedang (skor 5-11) yang tinggal di UPTD Griya Werdha Surabaya

2) Kriteria eksklusi

Lansia berusia 60-74 tahun yang mengalami penyakit kronis dan keterbatasan mobilisasi.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dan populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2013).

4.2.4 Besar sampel

Besar sampel berdasarkan rumus *Federer* yaitu $(t-1)(r-1) < 15$, dengan t: jumlah kelompok perlakuan, r: jumlah sampel pada tiap perlakuan, maka

$$(t-1)(r-1) \leq 15$$

$$(2-1)(r-1) \leq 15$$

$$(r-1) \leq 15$$

$$r \leq 16$$

Penelitian ini menggunakan 26 responden yang akan dibagi menjadi 2 kelompok yaitu I (kelompok kontrol) dan kelompok II

(kelompok perlakuan) (Nazir, 2004). Pada masing-masing kelompok ditambahkan responden 10% untuk mengantisipasi adanya *drop out*.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Dalam setiap penelitian selalu dilakukan pengukuran terhadap variabel. Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam, 2013)

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel independen dalam penelitian ini adalah penerapan *Autonomy Recreation Care* pada lansia dengan depresi.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya dipengaruhi variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah depresi pada lansia.

4.3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Nursalam, 2013).

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh *Autonomy Recreation Care* pada Tingkat Depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen: Penerapan <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC)	<i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC) adalah kegiatan untuk mengisi waktu luang lansia yang dilakukan dalam 3 minggu dengan waktu 3 kali pertemuan dalam 1 minggu. Kegiatan ARC adalah senam lansia, jalan sehat, dan permainan	Modul <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC)	Modul ARC	-	-
Dependen: Depresi pada lansia	Gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, perasaan kosong	15 pertanyaan yang terdapat di dalam <i>Geriatric Depression Scale</i>	<i>Geriatric Depression Scale</i>	Ordinal	15 pertanyaan masing-masing memiliki 2 pilihan jawaban dengan skoring: Tidak: 0 Ya: 1 pengecualian skoring untuk 5 pertanyaan nomer 1, 5, 7, 11, 13 Ya : 0 Tidak : 1 Skala penilaian pada GDS ini adalah satu poin untuk masing-masing jawaban dengan interpretasi hasil: Skor 0-4: normal Skor 5-8: Depresi ringan Skor 9-11: Depresi sedang Skor 12-15: Depresi berat (Greenberg, 2012)

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah pedoman tertulis tentang wawancara atau pengamatan, atau daftar pertanyaan, yang dipersiapkan untuk mendapatkan informasi dari responden (Gulo, 2000). Untuk melakukan pengumpulan data, peneliti menggunakan 1 instrumen yaitu *Geriatric Depression Scale* untuk mengukur tingkatan depresi pada lansia sebelum dan sesudah dilakukannya *Autonomy Recreation Care*.

Salah satu instrumen yang dapat mengukur berat depresi adalah *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang terdiri dari 15 pertanyaan yang harus dijawab oleh pasien sesuai untuk dipergunakan dalam praktek umum sebagai alat penapis depresi pada usia lanjut.

Penilaian pada GDS ini yaitu dengan 15 pertanyaan masing-masing memiliki 2 pilihan jawaban dengan skoring:

Tidak: 0

Ya: 1

Dari 15 pertanyaan tersebut, terdapat pengecualian skoring untuk 5 pertanyaan yaitu pertanyaan nomer 1, 5, 7, 11, 13 adalah

Ya : 0

Tidak : 1

Skala penilaian pada GDS ini adalah satu poin untuk masing-masing jawaban dengan interpretasi hasil:

Skor 0-4 : normal

Skor 5-8 : Depresi ringan

Skor 9-11 : Depresi sedang

Skor 12-15 : Depresi berat (Greenberg, 2012)

4.5 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data

Skripsi penelitian ini dibuat mulai bulan maret 2014. Penelitian dilakukan antara bulan juni-juli 2014 dan dilakukan selama 3 minggu. Setiap minggunya terdapat 3 kali pertemuan dengan durasi 30-45 menit setiap pertemuan. Penelitian ini dilaksanakan di UPTD Griya Werdha Surabaya. Penelitian dilakukan pada tanggal 16 juni- 6 juli 2014.

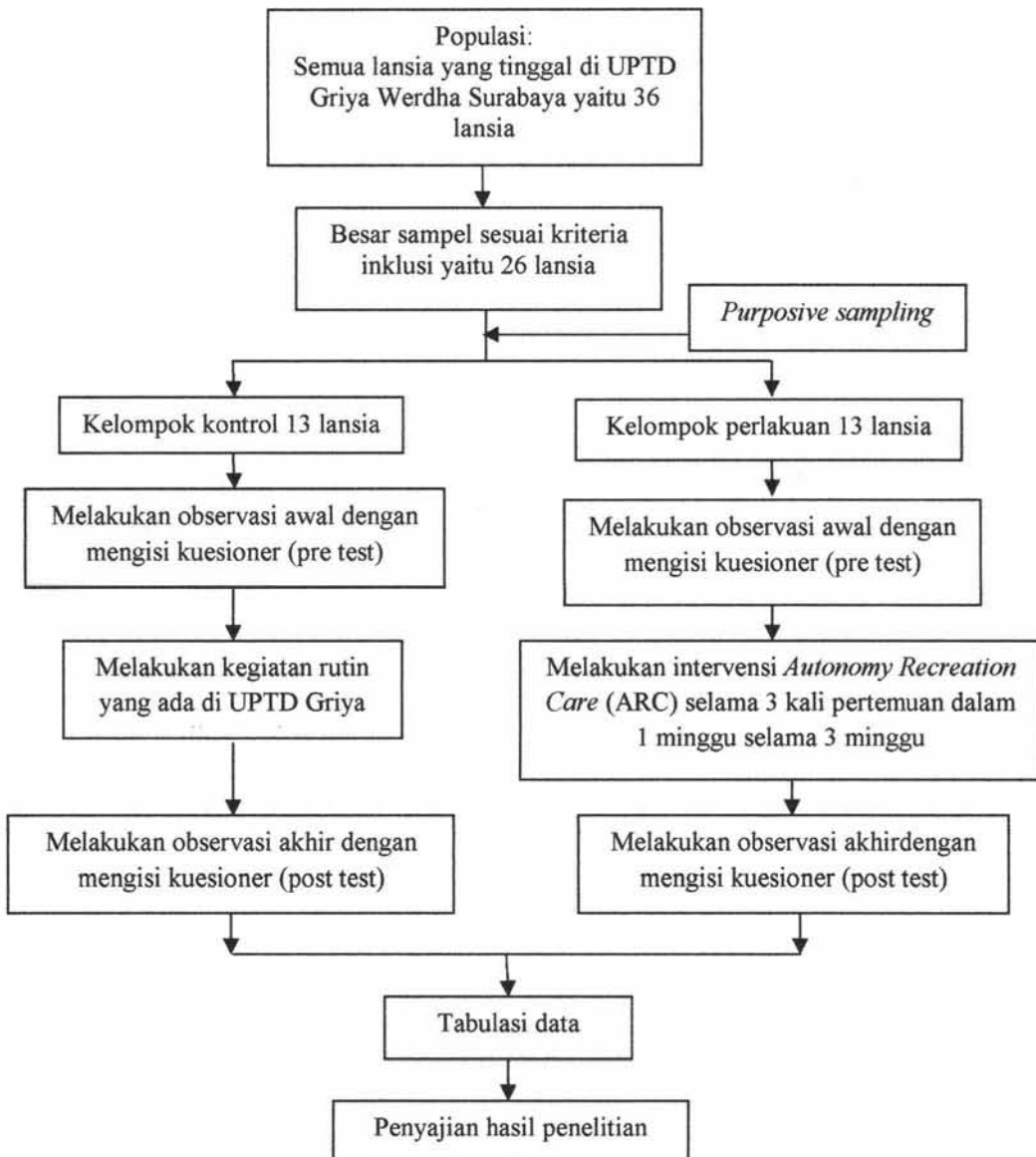
4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Pengumpulan data dilakukan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan penelitian (Gulo, 2000; Nursalam, 2008)). Peneliti melakukan permohonan penelitian ke pihak bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang selanjutnya surat penelitian tersebut diserahkan kepada kepala UPTD Griya Werdha sebagai langkah awal penelitian di tempat tersebut. Kemudian peneliti menyeleksi calon responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dengan teknik *purposive sampling*. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Bila sampel setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian yang bersangkutan, sampel diminta untuk menandatangani lembar pernyataan (*informed consent*) untuk bersedia menjadi responden. Setelah itu, sampel atau responden

dilakukan pre tes dengan diberikan lembar kuesioner dan menjawab sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Kuesioner tersebut berisi tentang pertanyaan-pertanyaan yang terdapat didalam *Geriatric Depression Scale* (GDS) untuk menentukan sample sesuai kriteria peneliti yaitu Lansia yang mengalami depresi yang tinggal di UPTD Griya Werdha Surabaya dengan tingkat depresi ringan sampai sedang (skor 5-11).

Setelah ditentukan sample sesuai kriteria peneliti yaitu lansia dengan tingkat depresi ringan sampai sedang (skor 5-11), responden akan dibentuk menjadi 2 kelompok yaitu kelompok dengan perlakuan dan kelompok kontrol dengan teknik *Matching* yaitu dengan menyamakan variabel perancu diantara dua kelompok. Yaitu dengan menyamakan usia, jenis kelamin, dan skor depresi dengan kelompok pembandingan. Selanjutnya kelompok perlakuan diberi intervensi *Autonomy Recreation Care* sebanyak 3 kali dalam seminggu selama 3 minggu dengan durasi 30-45 menit setiap pertemuan. Pada pertemuan pertama responden dijelaskan tentang konsep *Autonomy Recreation Care* (ARC), tujuan dan manfaat dari ARC kemudian 3 minggu selanjutnya lansia melakukan ARC secara mandiri dibawah bimbingan peneliti pada tanggal 6 juni-16juli 2014. Lansia melakukan kebutuhan rekreasinya secara mandiri dan peneliti sebagai fasilitator dalam pelaksanaan ARC pada lansia dan peneliti selalu hadir dalam kegiatan ARC lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya. Tempat pelaksanaan ARC berada disekitar UPTD Griya Werdha Surabaya.

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Kerja pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi pada lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya

4.8 Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan setelah seluruh kuesioner dari responden terkumpul. Setelah data terkumpul selanjutnya melakukan pengolahan data, dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) *Editing* yaitu upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh. Peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan data, jika ada data yang salah, maka data tersebut tidak dipakai
- 2) *Coding* yaitu pembahasan kode untuk setiap data yang diperlukan. *Coding* dilakukan pada data untuk memudahkan dalam penyajian data.

Kode data demografi:

- a. Jenis kelamin, kode 1= laki-laki. 2= perempuan
 - b. Usia, kode 1= 60-74 (lanjut usia), 2= 75-90 (lanjut usia tua), 3= >90 (lansia sangat tua)
 - c. Jenjang pendidikan, kode 1= SD, 2= SMP, 3= SMA, 4= PT
 - d. Pekerjaan masa lalu, kode 1=PNS, 2= Swasta, 3= Petani, 4= lain-lain
 - e. Riwayat gangguan psikiatri, kode 1= Ya, 2= Tidak
 - f. Fungsi kognitif, kode 1= mengalami gangguan 2= tidak mengalami gangguan
 - g. Riwayat penyakit kronis, kode 1= ya, kode 2=Tidak
- 3) Tabulasi Data

Tabulasi data, merupakan suatu kegiatan untuk mengelompokkan data sesuai dengan item yang ditemukan oleh peneliti. Tabulasi dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel-variabel yang diukur untuk mengetahui pengaruhnya masing-masing terhadap tingkat depresi lansia. Kemudian data dianalisis secara dekriptif maupun statistik untuk mengetahui gambaran distribusi dan variasi dari masing-masing variabel dilakukan dengan perangkat lunak komputer program statistik SPSS. Kegiatan yang dilakukan dalam langkah tabulasi data adalah:

a. Analisa Deskriptif

Salah satu instrument kuisioner yang dapat membantu adalah *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang terdiri dari 15 pertanyaan saja. Dari 15 pertanyaan masing-masing memiliki skor 1, di mana masing-masing jawaban terdiri dari ya dan tidak. Intrepretasi hasil : skor 0-4 tidak depresi, skor 5-8 merupakan depresi ringan, skor 9-11 merupakan depresi sedang, dan skor 12-15 merupakan depresi berat.

b. Analisa Statistika

Analisa statistik hasil jawaban atas pertanyaan kuisioner diskoring dan kemudian dilakukan statistika menggunakan dan *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney* untuk analisa perbandingan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada variabel independen dan variabel dependen. Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* digunakan untuk mengetahui perbedaan variabel dependen sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$. Selanjutnya dibandingkan tingkat depresi lansia sebelum dan setelah dilakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC). Tujuan dari uji tersebut adalah untuk mengetahui signifikasi pengaruh ARC terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Uji *Mann Whitney* ini dilakukan dengan menggunakan bantuan perangkat lunak komputer. Derajat kemaknaan ditentukan oleh nilai $\text{sig } p \leq 0,05$ maka hipotesis penelitian diterima yaitu ada pengaruh penerapan *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

4.9 Etik Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat ijin dari Fakultas Keperawatan Unair. Setelah surat ijin tersebut diperoleh, penelitian dimulai dengan memperhatikan etik penelitian.

4.9.1 *Informed Consent*

Lembar persetujuan menjadi responden diedarkan sebelum penelitian kepada seluruh responden yang bersedia diteliti. Jika responden bersedia diteliti maka responden harus mencantumkan tanda tangan pada lembar persetujuan dengan terlebih dahulu diberikan kesempatan membaca isi lembar tersebut. Jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden

4.9.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden tidak akan menuliskan nama pada lembar kuesioner. Peneliti hanya perlu menuliskan kode pada nomer lembar kuesioner

4.9.3 Keadilan (*Right to justice*)

Responden berhak mendapat keadilan baik sebelum, selama dan setelah perlakuan tanpa adanya diskriminasi. Pada kelompok kontrol juga diberikan intervensi *Autonomy Recreative Care* (ARC) setelah penelitian selesai.

4.9.4 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Data hanya disajikan dan dilaporkan pada beberapa kelompok yang berhubungan dengan penelitian ini.

4.10 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam, 2003), peneliti menyadari bahwa kelemahan atau hambatan yang dihadapi oleh peneliti adalah:

1. Sebagai peneliti pemula dengan keterbatasan pengetahuan, pengalaman, waktu, biaya, dan tenaga yang dimiliki sehingga peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penelitian ini.
2. Pengumpulan data dengan kuesioner belum dilakukan uji coba validitas dan reabilitas.
3. Pengumpulan data dengan kuesioner memiliki jawaban yang lebih banyak dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
4. Jumlah sampel penelitian yang terbatas dan teknik *sample non-probability* sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasi.
5. Responden dalam penelitian ini mempunyai usia dan jenis kelamin yang berbeda-beda pada kelompok perlakuan dan kontrol sehingga dapat mempengaruhi skor depresi.
6. Keterbatasan waktu penelitian yang menyebabkan tidak maksimalnya hasil skor depresi setelah pemberian intervensi *Autonomy Recreation Care* (ARC) di UPTD Griya Werdha Surabaya.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data tentang asuhan *Autonomy Recreation Care* terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya. Hasil penelitian ini meliputi 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) data umum meliputi karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, dan pendidikan, 3) data khusus meliputi tingkat depresi lansia serta pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum UPTD Griya Werdha Surabaya

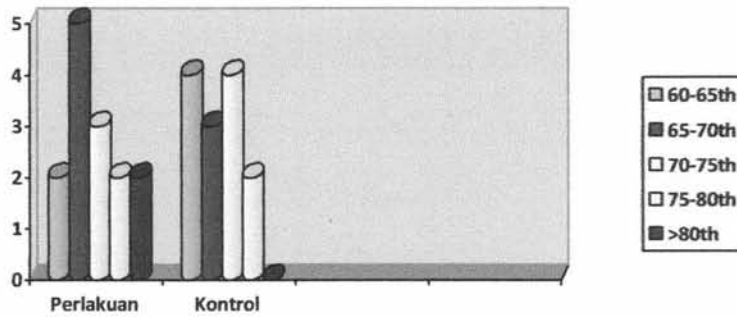
UPTD Griya Werdha Surabaya diresmikan pada tanggal 16 juli 2013 oleh Wali Kota Surabaya Tri Rismaharini, dibawah naungan Dinas Sosial Surabaya. Gedung UPTD Griya Werdha Surabaya adalah bekas mess Dinas PU Bina Marga wilayah Surabaya Timur. Griya Werdha Surabaya berada di Medokan Asri Barat X Blok N 14, berdiri diatas lahan seluas 2.700 meter persegi. Kapasitas UPTD Griya Werdha Surabaya mencapai 38 tempat tidur yang ada dalam 4 sal. Kriteria dan syarat utama penghuni yakni lansia di atas 60 tahun, lansia miskin, terlantar, dan tidak memiliki keluarga.

Pelayanan yang diberikan di UPTD Griya Werdha Surabaya meliputi kebutuhan sandang, pangan, papan, kesehatan. Mencakup kebutuhan makan tiga kali sehari ditambah makanan kecil atau *snack*, tempat tinggal yang

nyaman dan kamar mandi, perawat, dokter, serta satu unit ambulance yang siaga apabila ada lansia yang perlu dirujuk ke puskesmas atau rumah sakit.

5.1.2 Karakteristik Data Umum

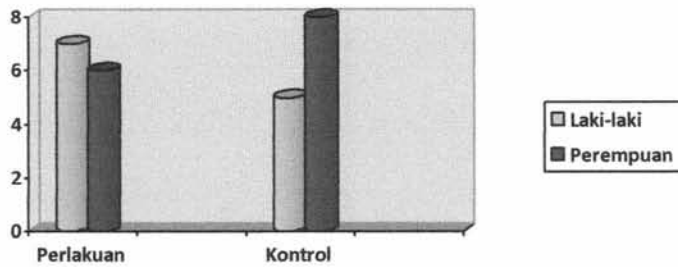
1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia



Gambar 5.1 Diagram distribusi lansia berdasarkan usia pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tanggal 16 juni-6 juli 2014.

Gambar 5.1 menunjukkan data lansia pada kelompok perlakuan terbanyak berusia 65-70 tahun, yaitu sebanyak 5 lansia (39%) dan pada kelompok kontrol lansia terbanyak berusia 70-75 tahun, yaitu sebanyak 5 lansia (39%). Pada kelompok perlakuan maupun kontrol lama tinggal di panti mempunyai distribusi yang hampir sama.

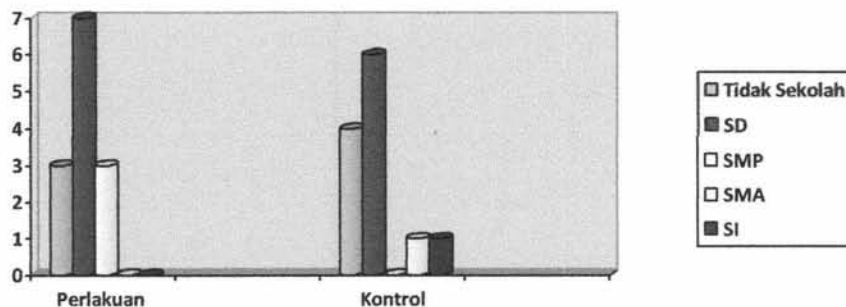
2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tanggal 16 juni-6 juli 2014.

Gambar 5.2 menunjukkan data pada kelompok perlakuan yaitu laki-laki berjumlah 7 lansia (54%) dan perempuan 6 lansia (46%) sedangkan pada kelompok kontrol laki-laki berjumlah 5 lansia (39%) dan perempuan 8 lansia (62%).

3. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

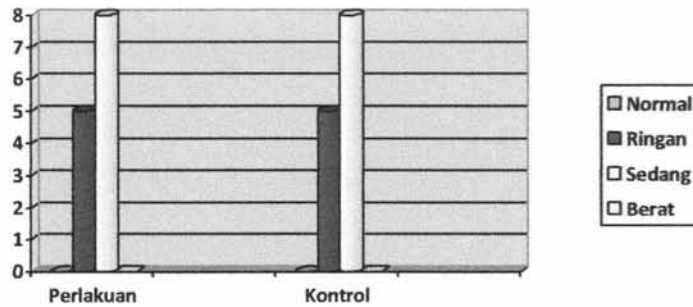


Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pendidikan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tanggal 16 juni sampai 6 juli 2014.

Gambar 5.3 menunjukkan data pada kelompok perlakuan mayoritas responden mempunyai riwayat pendidikan SD yaitu 7 lansia (54%) dan pada

kelompok kontrol mayoritas lansia juga mempunyai riwayat pendidikan SD yaitu 6 lansia (46%).

4. Distribusi Lansia Berdasarkan Skor Depresi



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan skor depresi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tanggal 16 juni sampai 6 juli 2014.

Pada gambar 5.4 menunjukkan data sebagian besar lansia menderita depresi ringan sebanyak 16 lansia (62%) pada kelompok perlakuan dan kontrol. Pada kelompok perlakuan terdapat 8 lansia (31%) dan pada kelompok kontrol 8 lansia (31%)

5.1.3 Data Khusus

Pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Tabel 5.1 Data hasil *pretest* dan *post test* terhadap skor depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tanggal 16 juni-6 juli 2014 dihitung dengan SPSS 22.0.

No	Skor Depresi					
	Perlakuan			Kontrol		
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	Selisih	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	Selisih
1	5	3	2	5	5	0
2	5	4	1	5	6	-1
3	5	3	2	5	6	-1
4	5	3	2	5	5	0
5	5	2	3	5	5	0
6	7	3	4	7	7	0
7	8	6	2	8	7	1
8	8	5	3	8	8	0
9	9	6	3	9	9	0
10	9	4	5	9	8	1
11	9	9	0	9	8	1
12	9	6	3	9	9	0
13	9	6	3	9	9	0
<i>Mean</i>	2,62	1,38	1,24	2,62	2,69	-0,07
<i>Standart Deviation</i>	0,506	0,650	-0,144	0,506	0,480	0,026

Keterangan :

- Skor 0- 4 : Normal
 Skor 5-8 : Depresi ringan
 Skor 9-11 : Depresi sedang
 Skor 12-15 : Depresi Berat

Pada tabel 5.1 menunjukkan data pada kelompok perlakuan mengalami penurunan skor depresi. Dari data terdapat 6 responden (46,2%) yang mengalami penurunan skor depresi namun tetap mengalami depresi. Pada responden nomor 7 dan 8 penurunan dari skor depresi ringan tetap turun menjadi depresi ringan yaitu dengan selisih 2 skor. Pada responden nomor 9, 12, dan 13 penurunan skornya dari depresi sedang menjadi depresi ringan. Responden dengan nomor 11 tidak mengalami perubahan skor depresi yaitu tetap mengalami depresi sedang.

Dari data di atas pada kelompok kontrol sebagian besar responden tidak mengalami perubahan skor depresi bahkan ada 2 (15,2%) responden yang mengalami peningkatan skor depresi. Terdapat 3 (23,1%) responden mengalami penurunan skor depresi dengan selisih 1 skor namun tetap mengalami depresi sedang.

Tabel 5.2 Data hasil *pretest* dan *post test* terhadap skor depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya pada tanggal 16 juni-6 juli 2014 dihitung dengan kuesioner

No	Skor Depresi			
	Perlakuan		Kontrol	
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>
1	Depresi Ringan	Normal	Depresi Ringan	Depresi Ringan
2	Depresi Ringan	Normal	Depresi Ringan	Depresi Ringan
3	Depresi Ringan	Normal	Depresi Ringan	Depresi Ringan
4	Depresi Ringan	Normal	Depresi Ringan	Depresi Ringan
5	Depresi Ringan	Normal	Depresi Ringan	Depresi Ringan
6	Depresi Ringan	Normal	Depresi Ringan	Depresi Ringan
7	Depresi Ringan	Depresi Ringan	Depresi Ringan	Depresi Ringan
8	Depresi Ringan	Depresi Ringan	Depresi Ringan	Depresi Ringan
9	Depresi Sedang	Depresi Ringan	Depresi Sedang	Depresi Sedang
10	Depresi Sedang	Normal	Depresi Sedang	Depresi Sedang
11	Depresi Sedang	Depresi Sedang	Depresi Sedang	Depresi Sedang
12	Depresi Sedang	Depresi Ringan	Depresi Sedang	Depresi Sedang
13	Depresi Sedang	Depresi Ringan	Depresi Sedang	Depresi Sedang

Pada tabel 5.2 menunjukkan data terdapat 7 (53,8%) lansia yang tidak mengalami depresi setelah pemberian intervensi. Ada 4 responden yang tidak

mengalami perubahan kategori depresi yaitu tetap mengalami depresi ringan. Dari data juga terdapat 1 lansia yang tetap mengalami depresi pada kategori depresi sedang.

Tabel 5.3 Tabel skor depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya berdasarkan hasil *pre test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Skor Depresi	<i>Pre test</i> Kelompok Perlakuan		<i>Pre test</i> Kelompok Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
Normal	0	0	0	0
Ringan	8	53	8	53
Sedang	5	47	5	47
Berat	0	0	0	0

Menurut tabel 5.4 lansia yang mengalami depresi derajat ringan berjumlah 8 lansia (53%) pada kelompok perlakuan dan lansia depresi dengan derajat sedang pada kelompok perlakuan berjumlah 5 lansia (47%). Sedangkan pada kelompok kontrol lansia yang mengalami depresi ringan berjumlah 8 lansia (53%) dan yang mengalami depresi sedang berjumlah 5 lansia (47%).

Tabel 5.4 Tabel skor depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya berdasarkan hasil *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Skor Depresi	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
Normal	0	9	0	0
Ringan	8	3	8	10
Sedang	5	1	5	3
Berat	0	0	0	0
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	$p=0,001$		$p=0,317$	
<i>Mann Whitney Test</i>	$p=0,002$			

Dari tabel 5.3 terdapat 8 lansia yang mengalami depresi ringan dan 5 lansia mengalami depresi ringan pada hasil *pretest* dan pada hasil *post test*

terdapat penurunan skor depresi. Pada kelompok kontrol terdapat 8 lansia yang mengalami depresi ringan dan 5 lansia mengalami depresi sedang, lansia pada kelompok kontrol mengalami peningkatan skor depresi. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (dengan tingkat signifikansi $p=0,05$) ditemukan adanya perubahan skor depresi yang signifikan pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *Autonomy Recreation Care* (ARC), hal ini ditunjukkan dengan $p=0,001$ untuk kelompok perlakuan dan nilai $p=0,317$ untuk kelompok kontrol, maka H_1 diterima, berarti ada perbedaan skor depresi sebelum dan setelah diberikan intervensi *Autonomy Recreation Care* (ARC). Berdasarkan uji statistik menunjukkan perubahan, dan berdasarkan penyajian data kuantitatif penelitian terdapat perubahan skor derajat depresi baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Perubahan pada kelompok perlakuan menunjukkan penurunan skor depresi, sedangkan pada kelompok kontrol perubahan menunjukkan peningkatan skor depresi, hal ini ditunjukkan dengan selisih skor *pre test* dan *post test* pada kedua kelompok, dimana 1,24 untuk selisih *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan, dan -0,07 untuk selisih *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol.

Tabel 5.5 Tabel skor depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya berdasarkan hasil *post test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Skor Depresi	<i>Post test</i> Kelompok Perlakuan		<i>Post test</i> Kelompok Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
Normal	9	69	0	0
Ringan	3	23	11	85
Sedang	1	8	2	15
Berat	0	0	0	0
<i>Mann Whitney Test</i>	$p=0,002$			

Dari tabel 5.4 menunjukkan adanya perbedaan pada hasil skor *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan yaitu mengalami penurunan skor depresi, sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan. Hasil uji *Mann Whitney Test* digunakan untuk mengetahui perbedaan skor depresi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah mendapatkan intervensi ARC. Melalui *Mann Whitney Test* didapatkan nilai $p=0,002$ yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan skor *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Mengidentifikasi tingkat depresi lansia sebelum dilakukan *Autonomy Recreation Care (ARC)* di UPTD Griya Werdha Surabaya

Hasil *pre test* dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale (GDS)* terdapat 26 lansia yang mengalami depresi. Hal tersebut ditunjukkan dari hasil kuesioner terdapat 16 (61,5%) lansia mengalami depresi ringan dan 10 (38,5%) lansia mengalami depresi sedang. Pada kelompok perlakuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa dari 13 lansia mengalami depresi sebagian besar lansia mengalami depresi ringan yaitu berjumlah 8 lansia dan sisanya 5 lansia mengalami depresi sedang. Pada kelompok kontrol 8 lansia mengalami depresi ringan dan 5 lansia mengalami depresi sedang. Gejala depresi ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidagairahan hidup, perasaan tidak berguna, dan putus asa (Hawari, 1996). Depresi ini dapat mempengaruhi aktivitas dan kualitas hidup lansia (Videbeck, 2008). Menurut PPGDJ-III (Maslim, 1997), tingkatan depresi ada 3 yaitu depresi ringan, depresi sedang dan depresi berat (Maslim, 1997). Hasil observasi peneliti

depresi yang terjadi pada lansia sebagian besar disebabkan karena lansia sudah terlalu lama tinggal di panti dan lansia merasa kurangnya aktivitas. Pada lansia yang tinggal dipanti seharusnya diberikan perhatian khusus untuk mengurangi stres karena pada kelompok lansia yang ada di instansi resiko depresi lebih tinggi dibandingkan lansia yang tinggal dimasyarakat.

Data penelitian menunjukkan usia lansia yang mengalami depresi yaitu lansia yang berusia 60-83 tahun. Jumlah lansia perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki yakni dengan jumlah 16 lansia perempuan (61,5%) sedangkan laki-laki 10 lansia (38,5%). Sebagian besar lansia mengungkapkan perasaan kesal, kesepian dan ketidakberdayaan selama berada dipanti. Responden 3,4,5,6,8,9,10, 11 dan 13 mengungkapkan sering mengalami nyeri punggung dan pusing. Dari observasi dengan sebagian besar lansia, lansia sering mengalami kebingungan dengan sebab yang tidak jelas, kurang spontanitas dan sangat terganggu dengan lansia lain. Gejala depresi terkait dengan peningkatan usia, perempuan, cacat fisik, gangguan kognitif, dan dukungan sosial. Lansia tua menderita gejala depresi lebih sedikit ketika faktor-faktor yang berhubungan dengan keduanya meningkat (Blazer et al, 1991). Menurut Green (1992) efek independen mengungkapkan 2 faktor lanjut mencapai signifikansi: jenis kelamin perempuan dan faktor pemicu seperti perumahan yang buruk, status perkawinan dan hidup sendiri, gagal untuk mencapai signifikansi, dan kesepian (Green, 1992). Dalam Bongsoe (2007), Robinson, dkk menjelaskan bahwa konsentrasi norepinephrin dan serotonin berkurang sesuai dengan bertambahnya usia, tetapi metabolit 5-HIAA dan enzim monoamineoksidase meningkat sesuai penambahan usia

maka resiko depresi akan meningkat sesuai dengan peningkatan usia (Bongsoe, 2007). Faktor-faktor yang menjadi penyebab depresi pada lansia dikelompokkan menjadi beberapa faktor yaitu faktor biologis, psikologis dan sosial. Permasalahan depresi pada lansia dipengaruhi oleh kurangnya dukungan dari keluarga dan dukungan dari sesama teman lansia sehingga menyebabkan lansia merasa kesepian. Rasa kesepian tersebut menyebabkan lansia mengalami keterbatasan dalam berkomunikasi dengan lansia lainnya.

Data menunjukkan sebagian besar lansia yang mengalami depresi ringan yaitu berjumlah 16 lansia (61,5%) yang ditandai dengan kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah, konsentrasi dan perhatian yang kurang, harga diri dan kepercayaan diri kurang, lamanya gejala tersebut berlangsung kurang, hanya sedikit dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang dilakukan. Sedangkan 10 lansia (38,5%) mengalami depresi sedang yang ditandai dengan kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah, konsentrasi dan perhatian yang kurang, harga diri dan kepercayaan diri kurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, lamanya gejala tersebut berlangsung minimum sekitar 2 minggu.

5.2.2 Mengidentifikasi tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya setelah dilakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC)

Hasil *post test* dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) pada penelitian menunjukkan dari 26 lansia yang mengalami depresi beberapa lansia yang mengalami penurunan skor GDS yaitu 16 lansia (61,5%). Skor

GDS pada kelompok perlakuan cenderung menurun, berbeda dengan skor pada kelompok kontrol yang cenderung tetap bahkan ada yang menunjukkan peningkatan skor depresi. Penurunan skor depresi pada kelompok perlakuan adalah pada kegiatan dan hobi yang bertambah, semangat dan rasa senang yang meningkat dan ketersediaan waktu untuk melakukan kegiatan baru. Pada kelompok kontrol terdapat skor yang tetap dan peningkatan skor depresi pada lansia, hal tersebut ditunjukkan dengan berkurangnya kegiatan, berkurangnya semangat untuk melakukan kegiatan baru, dan meningkatnya rasa bosan.

Peningkatan skor depresi lansia pada kelompok kontrol terkait dengan tidak diberikannya intervensi berupa ARC, lansia kelompok kontrol melakukan aktifitas seperti biasa. Aktivitas senam lansia dan pengajian selama 1 minggu sekali dan tidak melakukan aktivitas jalan sehat dan permainan. Depresi pada lansia bisa menjadi lebih ringan atau menjadi berat, hal tersebut tergantung pada pengetahuan dan keaktifan lansia dalam menghadapi rasa tidak nyaman pada dirinya.

Data penelitian menunjukkan terdapat 2 lansia kelompok perlakuan yang mengalami penurunan skor depresi paling tinggi, 2 lansia tersebut mendapat selisih skor *pres test* dan *post test* 5 dikarenakan lansia tersebut selalu bersemangat dalam menjalankan kegiatan yang baru untuk mengisi waktu luangnya dan selalu aktif dalam bersosialisasi dengan lansia lain. Sesuai dengan Faulkner (1991) kegiatan yang dilakukan untuk mengisi waktu luang dapat menurunkan depresi dan stres (Faulkner, 1991). Pada kelompok perlakuan juga terdapat 1 lansia yang tidak mengalami perubahan skor

depresi hal ini bisa disebabkan karena lansia tidak mempunyai coping yang cukup untuk melakukan aktivitas yang baru. Apabila lansia tidak mampu meningkatkan copingnya dan melawan stresnya maka depresi yang dialaminya akan meningkat, jika dibiarkan berlarut-larut akan menimbulkan stres yang berkepanjangan yang pada akhirnya akan jatuh ke dalam suatu keadaan yang disebut kecenderungan depresi yang lebih berat (Nugrahaningsih, 2006). Pada kelompok perlakuan beberapa lansia mengalami penurunan yang tidak signifikan yaitu penurunan dari skor depresi sedang menjadi skor depresi ringan yang berarti lansia masih mengalami depresi setelah dilakukan intervensi yakni berjumlah 4 lansia, hal ini bisa disebabkan karena keterbatasan waktu peneliti dalam melakukan intervensi ARC.

Pada kelompok kontrol terdapat 1 lansia yang mengalami peningkatan skor depresi paling tinggi, hal ini bisa disebabkan karena meningkatnya rasa bosan dan berkurangnya kegiatan. Untuk mengurangi rasa bosan diperlukan interaksi sosial untuk memperoleh dukungan sosial dari sekitarnya (Sarafino, 2006). Pada kelompok kontrol juga terdapat 8 lansia yang tidak mengalami perubahan skor depresi pada waktu *post test*, tidak berubahnya skor depresi pada 8 lansia tersebut disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan upaya dalam menangani stres yang dialami lansia tersebut.

5.2.3 Menganalisa pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Data penelitian yang sudah dianalisis dengan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan bahwa ada pengaruh *Autonomy Recreation*

Care (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya, dan dari data kuantitatif penelitian dapat dilihat perubahan skor depresi dimana setelah dilakukan intervensi *Autonomy Recreation Care* (ARC) terjadi penurunan skor depresi pada kelompok perlakuan yang nampak dari data selisih rerata antara nilai *pre test* dan *post test* lansia kelompok perlakuan dengan nilai 17,61 untuk selisih *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan, dan 0,58 untuk selisih *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol. Hasil uji *Mann Whitney Test* digunakan untuk mengetahui perbedaan skor depresi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah mendapatkan intervensi ARC. Melalui *Mann Whitney Test* didapatkan nilai $p=0,002$ yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan skor *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Program terapi rekreasi mandiri berpengaruh pada kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan rekreasinya secara mandiri. Hal tersebut dikarenakan setiap individu dari penelitian saling berhubungan dan pada akhirnya mempengaruhi kepuasan individu terhadap gaya hidupnya. Terapi rekreasi mandiri juga mengajarkan keterampilan dan latihan rekreasi yang dilakukan secara mandiri dan fokus pada kesadaran individu akan kebutuhan rekreasi (Cogswell dan Negley, 2011). Pada kegiatan ARC sosialisasi lansia meningkat sehingga menyebabkan lansia tidak merasa kesepian hal tersebut terlihat dari keadaan lansia yang sebelum diberikan intervensi terlihat murung dan setelah diberikan intervensi ARC menjadi gembira dan bersemangat. Kegiatan ARC juga dapat mengurangi rasa bosan

lansia dikarenakan kurangnya kegiatan di dalam panti yang menyebabkan lansia menjadi stres.

Lansia dengan nomor responden 11 tidak mengalami perubahan skor depresi baik sebelum maupun setelah diberikan intervensi ARC. Informasi yang diperoleh dari lansia tersebut, lansia merasa sangat kesepian karena tidak mendapat dukungan dari keluarganya, selain itu lansia merasa stres karena istrinya mengalami sakit dan tidak bisa untuk berjalan. Dukungan sosial dikalangan lansia sangat penting untuk mengantisipasi masalah depresi pada lansia. Dukungan sosial sendiri mengacu pada kenyamanan, perhatian, penghargaan, atau bantuan yang diberikan orang lain atau kelompok kepada individu. Untuk memperoleh dukungan sosial para lansia perlu berinteraksi dengan orang lain seperti membuat kontak sosial (Bruno, 2000; Gunarsa, 2004; Sarafino, 2006). Lansia seharusnya cenderung lebih banyak menyesuaikan diri dengan banyaknya perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupannya misalnya menurunnya kemampuan fisik, meninggalnya pasangan, ataupun teman-teman seusia. Pada lansia dukungan sosial sangat diperlukan untuk memperoleh perhatian dan bantuan dari orang lain.

Menurut Levinson (2002) lansia mengalami berbagai macam perubahan antara lain perubahan biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Faktor-faktor tersebut menyebabkan depresi pada lansia yang menyebabkan menurunnya katifitas fisik, terjadinya gangguan depresif, dan hilangnya peranan sosial pada lansia (Monks dan Thomae, 2002; Bongsoe, 2007). Interaksi sebagai proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok dan individu dengan lingkungannya.

Dalam *Interpersonal System* terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan dalam sembilan konsep utama yaitu interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stres, tumbuh kembang, waktu, dan ruang. Hal tersebut dapat meningkatkan endorfin, serotonin, koping dan persepsi yang positif dan akan berdampak pada berkurangnya resiko lansia mengalami depresi (Marriner, 1986; Alligood dan Tomey, 2006).

Pemaparan mekanisme di atas menjadi dasar ditariknya kesimpulan bahwa *Autonomy Recreatif Care* (ARC) dapat menurunkan skor depresi. Penurunan yang menunjukkan angka 0,002 menjadi alasan signifikannya hasil uji statistik dalam penelitian ini. Penurunan skor depresi pada lansia terjadi karena peningkatan endorfin dan serotonin saat melakukan *Autonomy Recreatif Care* (ARC) secara rutin dan bersama-sama tiga kali dalam seminggu dengan kegiatan senam lansia, jalan sehat dan permainan bola panas.

Dimensi keperawatan menurut teori Imogene M. King dengan konsep *Human Interaction Model* yang menjelaskan bahwa manusia seutuhnya (Human Being) dalam penelitian pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya adalah adanya interaksi manusia dengan manusia dan interaksi manusia dengan lingkungan yang dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Pembahasan pada bab sebelumnya menjadi dasar ditariknya simpulan dalam penelitian pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya adalah sebagai berikut:

1. Ada 26 lansia yang mengalami depresi ringan sampai sedang di UPTD Griya Werdha sebelum dilakukan intervensi *Autonomy Recreation Care* (ARC)
2. Terdapat perbedaan antara skor depresi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, pada kelompok perlakuan hampir seluruhnya mengalami penurunan skor depresi, sedangkan pada kelompok kontrol hampir seluruhnya tidak mengalami perubahan dan mengalami peningkatan skor depresi.
3. Secara statistik terdapat pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi pada lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya, dari data kuantitatif penelitian terdapat pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi pada lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya.

6.2 Saran

1. Bagi lansia, dapat mempraktekkan *Autonomy Recreation Care* (ARC) sebagai tindakan non farmakologis dalam menangani depresi ringan sampai sedang
2. Bagi Panti Werdha, penting untuk memberikan *Autonomy Recreation Care* (ARC) sebagai kegiatan baru yang dapat menambah aktivitas lansia dan

diharapkan dapat mengurangi resiko depresi pada lansia yang tinggal di panti werdha

3. Bagi perawat, khususnya perawat komunitas dapat memberikan sebuah alternatif untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam mengatasi depresi pada usia lansia.
4. Bagi peneliti selanjutnya, perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh *Autonomy Recreation Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia dengan menambah jumlah responden, waktu yang lebih lama, pengontrolan variabel perancu (lingkungan, dukungan sosial, dan pengetahuan dalam menangani stres) dengan lebih baik dan karakteristik responden yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition, Text Revision). Washington, D.C.: Author.
- Arundhati, D; Abdullah Z, A; Noor, B, N (2013). *Pengaruh senam tai chi dan senam biasa terhadap reduksi nyeri osteoarthritis lutut pada lansia di panti werdha gau mabaji Gowa. Jurnal Masyarakat Epidemiologi Indonesia*. Vol. 2, No. 2 (Hlm.144-152)
- Astari, Dyah,P; Adiatmika, P, G (2013). *Pengaruh senam lansia terhadap tekanan darah lansia dengan hipertensi pada kelompok senam lansia dibanjar kaja sesetan Denpasar Selatan. Jurnal Keperawatan*. (Hlm. 2-5)
- Larasati, T (2012). *Jurnal kualitas hidup pada wanita yang sudah memasuki manopause. Jurnal Kesehatan*. (Hlm. 3-17)
- Ayu, D, A D; Warsito, E, B (2012). *Pemberian intervensi senam lansia pada lansia dengan nyeri lutut. Jurnal Nursing Studies*. Vol. 1, No. 1 (Hlm. 2-3)
- Barjes, R., Gordon, M., O'Grady, K., & Kinlock, T. (2004). Predicting retention of adolescents in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 29(5), 1021-1027.
- Bruno, F. J. (2000). *Conger Loneliness, Menaklukkan Kesepian*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Bullock, C. C., & Mahon, M. J. (2001). *Introduction to recreation services for people with disabilities: A person-centered approach* (2nd ed.). Champaign, IL: Sagamore.
- Candra. (2012). *Tinjauan Umum Lansia, Panti Werdha dan Healing Envorenment*. <http://e-journal.uajy.ac.id/1070/3/2TA12520.pdf>. Tanggal 28 Maret 2014. Jam 10.00 WIB
- Carruthers, C. & Hood, C. (2002). Coping skills program for individuals with alcoholism. *Therapeutic Recreation Journal*, 36(2), 154-157.
- Deci, E. L., Eghrari, H, Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62(1), 119-142.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, New York: University of Rochester Press.
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., G., Kressel, D., & Wexler, H. K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 26(1), 22-46.
- DepkesRI. (2009). *Penggolongan Lansia*. <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=SNR.13100008>. Tanggal 12 April 2014. Jam 14.00 WIB

- DepkesRI. (2013). *Gambaran Kesehatan lanjut Usia di Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/downloads/Buletin%20Lansia.pdf>. Tanggal 13 April 2014. Jam 18.00 WIB
- Effendi, F dan makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. hlm. 242-244.
- Farabee, D., Prendergast, M., & Anglin, M. D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation*, 62(1), 3-10.
- Faulkner, R. (1991). *Therapeutic recreation protocol for treatment of substance addictions*. State College, PA: Venture.
- Firasanti. (2013). *Pengaruh Terapi Rekreasi: Memasak Terhadap Tingkat Kesepian Pada Usia Lanjut di Panti Werdha Hargododali Surabaya*. http://alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/10064838347_abs.pdf. Tanggal 28 Maret 2014. Jam 10.00 WIB
- Grolnick, W., & Ryan, R. M. (1987). Autonomy in children's learning: An experimental and individual difference investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 890-898.
- Haralambous B, Lin X, Dow B, Jones C, Tinney J, dan Bryant C. (2009). *Depression in Older Age: A Scoping Study*. National Ageing Research Institute. Hlm. 9-19
- Howard, G. S. (1980). Response-shift bias: A problem in evaluating interventions with pre/post self-reports. *Evaluation Review*, 4(1), 93-106.
- Kementrian Negara RI. (2010). *Penduduk Usia lanjut*. <http://menegpp.go.id/v2//index.php/datadaninformasi/kependudukan.pdf>. Tanggal 10 April 2014. Jam 14.00 WIB
- Mardela., 2013. *Terapi Rekreasi Senam Lansia*. <http://id.scribd.com/doc/137062276/Terapi-Rekreasi-Dg-Senam-Lansia#download>. Tanggal 28 Maret 2014. Jam 10.00 WIB
- Marini. (2012). *Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kesepian Pada Lansia di Perkumpulan Lansia Habibi dan habibah*. <http://fpsi.mercubuana-yogya.ac.id/wp-content/uploads/2012/06/Jurnal-Liza-Sari-2.pdf>. Tanggal 28 Maret 2014. Jam 11.00 WIB
- Marta, DFO. (2012). *Determinan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan*. <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20312784-S%2043163-Determinan%20tingkat-full%20text.pdf>. Tanggal 12 April 2014. Jam 14.00 WIB
- Martono, Hadi dan Kris Pranarka.(2010). *Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*.Edisi IV.Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Maryam, R.Siti.(2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*.Jakarta : Salemba Medika
- Mubarak, Wahid Iqbal.(2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*.Jakarta : Salemba Medika
- Melnick, G., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D., & Wexler, H. K. (2001). Treatment process in prison therapeutic communities: Motivation, participation and outcome. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 27(4), 633-650.

- Mertens, J. R. & Weisner, C. M. (2000). Predictors of substance abuse treatment retention among men and women in an HMO. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 24(10), 1525-1533.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Nation, J. M., Benschoff, J. J., & Malkin, M. M. (1996). Therapeutic recreation programs for Adolescents in substance abuse treatment facilities. *The Journal of Rehabilitation*, 62, 10-16.
- National Institute on Drug Abuse. (2009). NIDA InfoFacts: Treatment approaches for drug addiction. Retrieved from <http://www.nida.nih.gov/infofacts/treatmeth.html>
- Orford, J. (1992). *Community Psychology : Theory & Practice*. London : John wiley and Sons.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *Applications to Addictive Behaviors*, 47(9), 1102-1114.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Pudjiastuti, Sri Surini dan Budi Utomo.(2003). *Fisioterapi Pada Lansia*. Jakarta : EGC
- Rancourt, A. (1991). An exploration of relationships among substance abuse, recreation, and leisure for women who abuse substances. *Therapeutic Recreation Journal*, 25(3), 9-18.
- Reeve, J., Jang, H., Hadre, P., & Omura, M. (2002). Providing a rationale in an autonomy-supportive way as a strategy to motivate others during an uninteresting activity. *Motivation and Emotion*, 26(3), 183-207.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology Biopsychosocial Interaction. 5th edition*. United States of America : John Wiley & Sons.
- Setyoadi, Noerhamdani, Ermawati, F (2013). *Perbedaan tingkat kualitas hidup pada wanita lansia di komunitas dan panti*. *Ejournal scientific*. (Hlm. 4-14)
- Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28(7), 1219-1241.
- Stumbo, N. J., & Peterson, C. A. (2004). *Therapeutic recreation program design: Principles and procedures* (4th ed.). San Francisco, CA: Pearson Education, Inc.
- Stefanatou A, Kouris N, Lekakis J. (2010). *Treatment of Depression in Elderly Patients with Cardiovascular Disease: Research Data and Future Prospects*. *Hellenic Journal of Cardiology*. Hlm.142-152
- Stockslager, Jaime L.(2007). *Buku Saku Asuhan Keperawatan Geriatrik*.Edisi II.Jakarta : EGC

- Sudoyo, DC, dkk. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. hlm. 15-16.
- Sumedi, T; Wahyudi; Kuswati, A (2010). *Pengaruh senam lansia terhadap penurunan skala insomnia pada lansia di panti werdha dewanata Cilacap*. *Jurnal Keperawatan*. Vol. 5, No. 1 (Hlm.14-19)
- Sugaray, R; Arneliwati; Erwin, H (2008). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi Lansia dalam Melakukan Senam Lansia di UPT Pelayanan Tresna Werdha Khusnul Khotimah Pekanbaru*. *Jurnal Repositoty*. (Hlm. 2-9)
- Suroto, (2004). *Buku Pegangan Kuliah Pengertian Senam, Manfaat Senam, dan Urutan Gerakan*. Semarang: Unit Pelaksana Teknis Mata Kuliah Umum Olahraga. hlm. 18-32.
- Tamher M, Noorkasiani. (2009). *Kesehatan Usia Lanjut Dengan Pendekatan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. Hlm.48-49
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: Guilford Press.
- Watson, Roger.(2003). *Perawatan Pada Lansia*. Jakarta : EGC
- West, R. (2001). Editorial: Theories of addiction. *Addiction*, 96, 3-13.
- Whittinghill, D., Whittinghill, L. R., & Loesch L. C. (2000). The benefits of a self-efficacy approach to substance abuse counseling in the era of managed care. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 20(2), 64-74
- Wild, T. C., Newton-Taylor, B., & Alletto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors*, 23(1), 81-95.
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (1996). The National Cancer Institute Guidelines for Smoking Cessation: Do they motivate quitting? *Journal of General Internal Medicine*, 11(11), 138.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115–126.
- Wulandari. (2011). *Kejadian dan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia : Studi perbandingan dipanti werda dan komunitas*. http://eprints.undip.ac.id/32877/1/Ayu_Fitri.pdf. Tanggal 28 Maret 2014. Jam 16.00 WIB
- Zulfitri. (2011). *Konsep Diri dan Gaya Hidup Lansia yang Mengalami Penyakit Kronis Di Panti Tresna Werdha (PSTW) Khusnul Khotimah Pekanbaru*. <http://ejournal.unri.ac.id/index.php/JNI/article.pdf>. Tanggal 28 Maret 2014. Jam 17.00 WIB



PEMERINTAH KOTA SURABAYA

DINAS SOSIAL

UPTD GRIYA WREDA

Jalan Medokan Asri Barat X Blok N-19A Rungkut-Surabaya 60295

Telp. (031) 8783774, Fax. (031) 8708005

Surabaya, 01 Juli 2014

Nomor : 074/095/436.6.15.4/2014
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Pemberian Ijin Penelitian

Kepada Yth :
Sdr. Dekan Universitas Airlangga

di

SURABAYA

Berkenaan dengan surat ini kami telah memberikan ijin mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk pengambilan data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi di UPTD Griya Wreda Surabaya. Adapun nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Putri Adeliya Nurohmah
NIM : 131011141
Judul Skripsi : Pengaruh Autonomy Recreative Care terhadap Tingkat Depresi Lansia di Panti Werdha

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Kepala UPTD

Drs. R. Parindaka Chandra Ramayana, MM

Penata Tingkat I

NIP. 19611211 198503 1 008



PEMERINTAH KOTA SURABAYA

DINAS SOSIAL

UPTD GRIYA WREDA

Jalan Medokan Asri Barat X Blok N-19A Rungkut-Surabaya 60295

Telp. (031) 8783774, Fax (031) 8708005

SURAT KETERANGAN

Nomor : 074/102/436.6.15.4/2014

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Drs. R. Panandaka Chandra Ramayana, MM
NIP : 19611211 198503 1 008
Jabatan : Kepala UPTD Griya Wreda

Menyatakan bahwa,

Nama : Putri Adeliya Nurohmah
NIM : 131011141
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

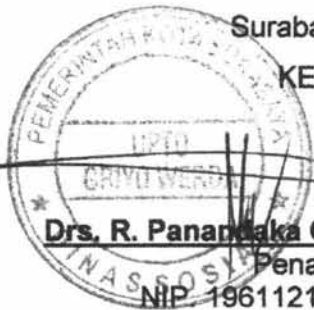

Telah nyata melakukan penelitian / survey di UPTD Griya Wreda pada

Waktu Penelitian : Bulan Juni 2014
Tema Penelitian : Pengaruh Autonomy Recreative Care terhadap Tingkat Depresi Lansia di Panti Werdha
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Surabaya, 14 Juli 2014

KEPALA UPTD



Drs. R. Panandaka Chandra Ramayana, MM
Penata Tingkat I
NIP. 19611211 198503 1 008

Lampiran 3**Lembar Permintaan Menjadi Responden**

Yth. Bapak/Ibu....

Di UPTD Griya Werdha Surabaya

Sehubungan dengan penyelesaian skripsi sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka saya

nama : Putri Adeliya Nurohmah

NIM : 131011141

akan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh *Autonomy Recreative care* (ARC) terhadap Tingkat Depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *Autonomy Recreative Care* (ARC) terhadap tingkat depresi lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya. Untuk itu saya mengharapkan kesediaan Bapak / Ibu untuk mengisi kuesioner ata daftar pernyataan yang telah disiapkan dengan sejujurnya atau apa adanya sesuai dengan yang Bapak / Ibu alami. Identitas dan informasi yang berkaitan dengan Bapak / Ibu akan dirahasiakan oleh peneliti.

Atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu saya sampaikan terima kasih.

Surabaya, 2014

Hormat saya,

Putri Adeliya Nurohmah

NIM : 131011141

Lampiran 4**Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama :

Alamat :

Nomor responden** :

dengan surat pernyataan ini, saya bersedia / tidak bersedia* berperan serta sebagai responden dalam penelitian dengan judul “Pengaruh *Autonomy Recreative Care* (ARC) terhadap Tingkat Depresi Lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya” yang akan dilaksanakan oleh saudari Putri Adeliya Nurohmah.

Saya telah mengetahui maksud serta tujuan dari penelitian ini sesuai dengan penjelasan dari peneliti.

Demikian secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya membuat surat pernyataan ini.

Surabaya, 2014

Pembuat pernyataan,

(.....)

*coret yang tidak perlu

**diisi peneliti

Lampiran 5

Nama :

Alamat :

Jenis kelamin :

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)**SHORT FORM**

Indonesian Translation

1. Secara umum, apakah Anda merasa puas dengan hidup Anda?	YA	TIDAK
2. Apakah Anda mengurangi berbagai kegiatan dan hobi Anda?	YA	TIDAK
3. Apakah Anda merasa hidup Anda hampa?	YA	TIDAK
4. Apakah Anda sering merasa bosan?	YA	TIDAK
5. Apakah Anda hampir selalu bersemangat?	YA	TIDAK
6. Apakah Anda khawatir bahwa sesuatu yang buruk akan Anda alami?	YA	TIDAK
7. Apakah Anda hampir selalu merasa senang?	YA	TIDAK
8. Apakah Anda sering merasa tidak berdaya?	YA	TIDAK
9. Apakah Anda lebih menyenangi berdiam diri di rumah daripada berpergian dan melakukan hal-hal baru?	YA	TIDAK
10. Apakah Anda merasa memiliki masalah memori yang cukup berat?	YA	TIDAK
11. Apakah Anda merasa sangat luar biasa dapat hidup saat ini?	YA	TIDAK
12. Apakah Anda merasa tidak berharga dengan keberadaan Anda saat ini?	YA	TIDAK
13. Apakah Anda merasa energik?	YA	TIDAK
14. Apakah Anda merasa bahwa situasi Anda saat ini tidak berpengharapan?	YA	TIDAK
15. Apakah Anda merasa bahwa kebanyakan orang lebih baik daripada Anda?	YA	TIDAK

Pilihlah jawaban yang paling tepat sesuai dengan apa yang telah Anda rasakan selama 1(satu) minggu terakhir:

TOTAL SKOR: ___ /15

Lampiran 6

Distribusi Jawaban Kuesioner

Kelompok Perlakuan

No	Pre Test																Post Test																Selisih			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Nilai	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		Nilai	%	
1.	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	9	60	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	4	26,7	5
2.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	5	33,3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	20	2
3.	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	8	53,3	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6	40	2	
4.	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	8	53,3	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	33,3	3		
5.	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	5	33,3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	4	26,7	1	
6.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	5	33,3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	20	2	
7.	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	5	33,3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	20	2		
8.	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	7	46,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3	20	4		
9.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	5	33,3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	13,3	3		
10.	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	9	60	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	9	60	0	
11.	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	9	60	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	6	40	3		
12.	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	9	60	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	26,7	5	
13.	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	9	60	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4	26,7	5	

Keterangan :

- Skor 0- 4 : Normal
- Skor 5-8 : Depresi ringan
- Skor 9-11 : Depresi sedang
- Skor 12-15 : Depresi Berat

No	Kelompok Kontrol																	Selisih																	
	Pre Test																		Post Test																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Nilai	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Nilai	%	
1.	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	33,3	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	33,3	0
2.	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	8	53,3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7	46,7	1
3.	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8	53,3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	8	53,3	0	
4.	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	9	60	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	8	53,3	1
5.	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	9	60	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	9	60	0	
6.	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	7	46,7	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	7	46,7	0
7.	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	5	33,3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	6	40	-1
8.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	5	33,3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	5	33,3	0
9.	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	9	60	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	9	60	0
10.	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	33,3	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5	33,3	0	
11.	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5	33,3	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	6	40	-1	
12.	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	9	60	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	8	53,3	1	
13.	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	9	60	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	8	53,3	1

Keterangan :

Skor 0- 4 : Normal

Skor 5-8 : Depresi ringan

Skor 9-11 : Depresi sedang

Skor 12-15 : Depresi Berat

Lampiran 7

DISTRIBUSI DATA

No. Resp	Kelompok	Usia	JenisKelamin	Skor GDS	
				<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
1	1	1	2	3	1
2	1	1	1	2	1
3	1	1	2	2	1
4	1	2	2	2	2
5	1	1	1	2	1
6	1	2	1	2	1
7	1	1	1	2	1
8	1	1	2	2	1
9	1	1	2	2	1
10	1	1	1	3	3
11	1	1	1	3	2
12	1	1	2	3	1
13	1	1	2	3	1
14	2	2	2	2	2
15	2	2	2	2	2
16	2	1	2	2	2
17	2	2	2	3	2
18	2	2	2	3	3
19	2	2	2	2	2
20	2	1	2	2	2
21	2	2	2	2	2
22	2	1	1	3	3
23	2	1	2	2	2
24	2	1	1	2	2
25	2	1	1	3	2
26	2	1	1	3	2

Keterangan :**Skor Depresi :**

Skor 1 : 0-4 = Normal
 Skor 2 : 5-8 = Depresi Ringan
 Skor 3 : 9-11 = Depresi Sedang
 Skor 4 : 12-15 = Depresi Berat

Usia :

1 = 60-74 tahun
 2 = 75-90 tahun
 3 = > 90 tahun

Jenis Kelamin:

1 = Laki-Laki
 2 = Perempuan

Lampiran 8**HASIL UJI STATISTIK MANN WHITNEY
DAN WILCOXONSIGNED RANK TEST**

Warning # 849 in column 23. Text: in_ID
The LOCALE subcommand of the SET command has an invalid parameter.
It could
not be mapped to a valid backend locale.

NPAR TESTS

/WILCOXON=pre_perlakuan WITH post_perlakuan (PAIRED)
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre_perlakuan	13	2,62	,506	2	3
post_perlakuan	13	1,38	,650	1	3

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_perlakuan -	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
pre_perlakuan	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	1 ^c		
	Total	13		

a. post_perlakuan < pre_perlakuan

b. post_perlakuan > pre_perlakuan

c. post_perlakuan = pre_perlakuan

Test Statistics^a

	post_perlakuan - pre_perlakuan
Z	-3,176 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Warning # 849 in column 23. Text: in_ID

The LOCALE subcommand of the SET command has an invalid parameter.
It could

not be mapped to a valid backend locale.

NPAR TESTS

/WILCOXON=pre_kontrol WITH post_kontrol (PAIRED)

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre_kontrol	13	2,62	,506	2	3
post_kontrol	13	2,69	,480	2	3

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_kontrol - pre_kontrol	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	1 ^b	1,00	1,00
	Ties	12 ^c		
	Total	13		

a. post_kontrol < pre_kontrol

b. post_kontrol > pre_kontrol

c. post_kontrol = pre_kontrol

Test Statistics^a

	post_kontrol - pre_kontrol
Z	-1,000 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,317

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Warning # 849 in column 23. Text: in_ID

The LOCALE subcommand of the SET command has an invalid parameter.
It could

not be mapped to a valid backend locale.

NPAR TESTS

/M-W= post BY kelompok(1 2)

/STATISTICS=DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
post	26	2,12	,909	1	3
kelompok	26	1,50	,510	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post	1	13	9,12	118,50
	2	13	17,88	232,50
	Total	26		

Test Statistics^a

	post
Mann-Whitney U	27,500
Wilcoxon W	118,500
Z	-3,162
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,002 ^b

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

Lampiran 9

**MODUL *AUTONOMY RECREATION CARE* (ARC) PADA LANSIA
DI PANTI WERDHA**



OLEH

PUTRI ADELIYA NUROHMAH

NIM: 131011141

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2014

1. Konsep *Autonomy Recreation Care* (ARC)

Autonomy Recreation Care (ARC) mengembangkan kemampuan individu tentang pemahaman rekreasi dan kebutuhan untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial. ARC adalah kegiatan untuk meningkatkan gaya hidup agar tetap sehat. Terapi rekreasi berfungsi untuk meningkatkan komunikasi antara individu dan mengurangi ketergantungan individu. Tujuan dari pemberian ARC adalah untuk mengurangi ketergangguan emosional dan memperbaiki perilaku melalui diskusi dengan lansia lain. ARC ini adalah kegiatan pada waktu luang, agar lansia dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial (Faulkner, 1991).

Setiap individu dari penelitian saling berhubungan dan pada akhirnya mempengaruhi kepuasan individu terhadap gaya hidupnya. Terapi rekreasi mandiri mengajarkan keterampilan dan latihan rekreasi yang dilakukan secara mandiri dan fokus pada kesadaran individu akan kebutuhan rekreasi (Cogswell dan Negley, 2011)

Autonomy Recreation Care bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi, gairah hidup, menurunkan rasa bosan, dan melihat pemandangan. Misalnya : mengikuti olahraga (senam lansia, berjalan kaki), melakukan permainan, rekreasi bersama.

Autonomy Recreation Care membantu lansia untuk mengurangi depresi dan stres lansia yang diakibatkan oleh rasa kesepian, bosan, merasa terasingkan dan sedih. Pada terapi ini lansia dibimbing untuk dapat melakukan rekreasi secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan

rekreasinya. Sebelum melakukan rekreasi secara mandiri, lansia dijelaskan tentang definisi rekreasi dan manfaatnya. Lansia dibimbing sampai lansia dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya secara mandiri. Asuhan ini dilakukan selama 3 minggu dan setiap minggunya terdapat 3 kali pertemuan. Setelah dilakukan asuhan ARC diharapkan lansia mampu memebuhi kebutuhan rekreasinya.

2. Tujuan *Autonomy Recreation Care*

- 1) Individu dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya
- 2) Untuk mengurangi depresi dan rasa kesepian pada individu
- 3) Meningkatkan gairah hidup individu
- 4) Untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi serta pengembangan emosi.
- 5) Untuk meningkatkan fungsi sensasi, persepsi dan kognisi.
- 6) Untuk mengurangi ketergantungan pada individu
- 7) Untuk meningkatkan kemandirian individu dalam memenuhi kebutuhan rekreasinya (Cogswell dan Negley, 2011)

3. Kegiatan Dalam *Autonomy Recreation Care* (ARC)

1) Senam lansia

Senam lansia merupakan olahraga ringan, mudah dan aman dilakukan. Senam lansia ini sudah memiliki standar gerakan dan diakui untuk dilakukan pada lansia. Gerakan pada senam lansia bersifat *Low Impact*, dimana gerakan biasanya untuk anggota tubuh bagian atas karena pada lansia terjadi penurunan fungsi jantung dan paru-paru. Tujuan diberikannya senam lansia agar lansia tetap sehat. Dalam mencapai

kesehatannya, lansia perlu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik yaitu motivasi yang berfungsi tanpa rangsangan dari luar tetapi sudah dengan sendirinya terdorong untuk berbuat sesuatu. Misalnya dari dalam dirinya lansia itu sendiri sedangkan motivasi ekstrinsik yaitu motivasi yang berfungsi karena adanya rangsangan dari luar seperti lingkungan, teman, keluarga dan informasi (Purwanto, 2004).

Apabila seseorang melakukan senam, peredaran darah akan lancar dan meningkatkan jumlah volume darah maka akan menghasilkan endorfin hingga membentuk hormon norepinefrin yang dapat menimbulkan rasa gembira, rasa sakit hilang, adiksi (kecanduan gerak) dan menghilangnya depresi (Suroto, 2004). Senam lansia dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi waktu 45 menit setiap kegiatan.



2) Jalan sehat

Jalan sehat merupakan aktivitas yang tidak membutuhkan keterampilan khusus. Jalan sehat dilakukan secara santai dan menyenangkan yang akan menghasilkan hormon endorfin sehingga dapat mengurangi stress dan depresi pada lansia (Junaidi, 2011). Kegiatan ini dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi 30 menit.

Menurut Williams dan Wilkins dalam Wildman dan Miller (2004) ada beberapa manfaat melakukan jalan sehat yaitu :

1. Menurunkan tekanan darah
2. Meningkatkan *cardiac output*
3. Meningkatkan *Maximal Oxygen Uptake* (VO₂ max)
4. Menurunkan lemak tubuh
5. Menurunkan tingkat stress
6. Menurunkan kecemasan dan depresi
7. Meningkatkan *Lean Body Mass* (LBM)



3) Permainan bola panas

Permainan adalah salah satu aktivitas yang paling diminati oleh beberapa lansia karena dapat menimbulkan kesenangan. Salah satu permainan yang biasa dilakukan oleh lansia adalah bola panas (bola estafet). Bola panas adalah permainan yang dilakukan oleh 5- 15 orang, permainan bola panas dilakukan dengan memutar bola saat musik berjalan dan bila musik berhenti maka anggota yang sedang membawa bola akan mendapat hukuman. Menurut Winaya dalam penelitiannya menjelaskan bahwa permainan bola panas bermanfaat untuk memberikan hiburan, mengisi

waktu luang, mneghilangkan stress dan depresi, serta menghilangkan kesepian (Winaya, 2014). Kegiatan ini dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi 30 menit.



Lampiran 10

**SATUAN ACARA KEGIATAN
AUTONOMY RECREATION CARE (ARC)
DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**



OLEH

PUTRI ADELIYA NUROHMAH

NIM: 131011141

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2014

- Topik : *Autonomy Recreation Care* (ARC)
- Sasaran : Lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya
- Tempat : UPTD Griya Werdha Surabaya
- Waktu : 3 minggu

1. Konsep *Autonomy Recreation Care* (ARC)

Autonomy Recreation Care (ARC) mengembangkan kemampuan individu tentang pemahaman rekreasi dan kebutuhan untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial. ARC adalah kegiatan untuk meningkatkan gaya hidup agar tetap sehat. Terapi rekreasi berfungsi untuk meningkatkan komunikasi antara individu dan mengurangi ketergantungan individu. Tujuan dari pemberian ARC adalah untuk mengurangi ketergantungan emosional dan memperbaiki perilaku melalui diskusi dengan lansia lain. ARC ini adalah kegiatan pada waktu luang, agar lansia dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial (Faulkner, 1991).

Setiap individu dari penelitian saling berhubungan dan pada akhirnya mempengaruhi kepuasan individu terhadap gaya hidupnya. Terapi rekreasi mandiri mengajarkan keterampilan dan latihan rekreasi yang dilakukan secara mandiri dan fokus pada kesadaran individu akan kebutuhan rekreasi (Cogswell dan Negley, 2011)

Autonomy Recreation Care bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi, gairah hidup, menurunkan rasa bosan, dan melihat pemandangan. Misalnya : mengikuti olahraga (senam lansia, berjalan kaki), melakukan permainan, rekreasi bersama.

Autonomy Recreation Care membantu lansia untuk mengurangi depresi dan stres lansia yang diakibatkan oleh rasa kesepian, bosan, merasa terasingkan dan sedih. Pada terapi ini lansia dibimbing untuk dapat melakukan rekreasi secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan rekreasinya. Sebelum melakukan rekreasi secara mandiri, lansia dijelaskan tentang definisi rekreasi dan manfaatnya. Lansia dibimbing sampai lansia dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya secara mandiri. Asuhan ini dilakukan selama 3 minggu dan setiap minggunya terdapat 3 kali pertemuan. Setelah dilakukan asuhan ARC diharapkan lansia mampu memenuhi kebutuhan rekreasinya.

2. Tujuan *Autonomy Recreation Care*

- 1) Individu dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya
- 2) Mengurangi depresi dan rasa kesepian pada individu
- 3) Meningkatkan gairah hidup individu
- 4) Meningkatkan keterampilan sosialisasi serta pengembangan emosi.
- 5) Meningkatkan fungsi sensasi, persepsi dan kognisi.
- 6) Mengurangi ketergantungan pada individu
- 7) Meningkatkan kemandirian individu dalam memenuhi kebutuhan rekreasinya (Cogswell dan Negley, 2011)

3. Metode

Ceramah

4. Media

Sarana dan prasarana untuk melakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC) di UPTD Griya Werdha Surabaya

5. Kegiatan

Menjelaskan konsep *Autonomy Recreation Care* (ARC).

6. Rincian Kegiatan

NO	WAKTU	KEGIATAN PENELITI	KEGIATAN RESPONDEN
1.	Minggu 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan 1 : menjelaskan konsep ARC 2. Pertemuan 2 : mendampingi lansia 3. Pertemuan 3: mendampingi lansia melakukan ARC 4. Pertemuan 4: mendampingi lansia melakukan ARC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan 1 : Mendengarkan 2. Pertemuan 2 : malakukan ARC olahraga (senam lansia) 3. Pertemuan 3 : malakukan ARC permainan 4. Pertemuan 4 : melakukan jalan sehat
2.	Minggu 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan 1: mendampingi lansia melakukan ARC 2. Pertemuan 2: mendampingi lansia melakukan ARC 3. Pertemuan 3: mendampingi lansia melakukan ARC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan 1 : melakukan ARC olahraga (berjalan kaki) 2. Pertemuan 2 : malakukan ARC permainan 3. Pertemuan 3 : malakukan ARC
3.	Minggu 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan 1: mendampingi lansia melakukan ARC 2. Pertemuan 2: mendampingi lansia melakukan ARC 3. Pertemuan 3 : mendampingi lansia 4. Pertemuan 4: melakukan penutupan ARC, mengucapkan terimakasih dan salam penutupan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan 1 : melakukan ARC olahraga (senam lansia) 2. Pertemuan 2 : malakukan ARC olahraga (berjalan kaki) 3. Pertemuan 3 : melakukan permainan 4. Pertemuan 3 : mengikuti penutupan ARC

7. Rincian Waktu kegiatan

No.	Kegiatan	Durasi
1.	Senam Lansia	Senam dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dan setiap pertemuan berdurasi 15-30 menit
2.	Jalan Sehat	Senam dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dan setiap pertemuan berdurasi 15-30 menit
3.	Permainan (Bola panas)	Senam dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dan setiap pertemuan berdurasi 15-30 menit

Lampiran 11

**SATUAN ACARA KEGIATAN
AUTONOMY RECREATION CARE (ARC) SENAM LANSIA
DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**



OLEH
PUTRI ADELIYA NUROHMAH
NIM: 131011141

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2014

Topik	: <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC) Senam Lansia
Sasaran	: Lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya
Tempat	: UPTD Griya Werdha Surabaya
Waktu	: 1 kali per minggu, Selama 3 minggu
Durasi	: 15-30 menit setiap pertemuan

1. Konsep *Autonomy Recreation Care* (ARC) Senam Lansia

Senam lansia merupakan olahraga ringan, mudah dan aman dilakukan. Senam lansia ini sudah memiliki standar gerakan dan diakui untuk dilakukan pada lansia. Gerakan pada senam lansia bersifat *Low Impact*, dimana gerakan biasanya untuk anggota tubuh bagian atas karena pada lansia terjadi penurunan fungsi jantung dan paru-paru. Tujuan diberikannya senam lansia agar lansia tetap sehat. Dalam mencapai kesehatannya, lansia perlu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik yaitu motivasi yang berfungsi tanpa rangsangan dari luar tetapi sudah dengan sendirinya terdorong untuk berbuat sesuatu. Misalnya dari dalam dirinya lansia itu sendiri sedangkan motivasi ekstrinsik yaitu motivasi yang berfungsi karena adanya rangsangan dari luar seperti lingkungan, teman, keluarga dan informasi (Purwanto, 2004).

Apabila seseorang melakukan senam, peredaran darah akan lancar dan meningkatkan jumlah volume darah maka akan menghasilkan endorfin hingga membentuk hormon norepinefrin yang dapat menimbulkan rasa gembira, rasa sakit hilang, adiksi (kecanduan gerak) dan menghilangnya depresi (Suroto, 2004). Senam lansia dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi waktu 15-30 menit setiap kegiatan.

2. Tujuan *Autonomy Recreation Care*

- 1) Individu dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya
- 2) Mengurangi depresi dan rasa kesepian pada individu
- 3) Meningkatkan gairah hidup individu
- 4) Meningkatkan keterampilan sosialisasi serta pengembangan emosi.
- 5) Meningkatkan fungsi sensasi, persepsi dan kognisi.
- 6) Mengurangi ketergantungan pada individu
- 7) Meningkatkan kemandirian individu dalam memenuhi kebutuhan rekreasinya (Cogswell dan Negley, 2011)

3. Metode

Praktek

4. Media

- 1) Sound
- 2) Kaset
- 3) Tv
- 4) Vcd

5. Kegiatan

Melakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC) Senam Lansia. Senam lansia dilakukan setiap minggu satu kali selama 3 minggu dengan durasi 15-30 menit setiap pertemuan.

6. Rincian Kegiatan

No.	Durasi	Kegiatan
1.	5 menit	Pemanasan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan pernafasan dengan tarik nafas selama 5 kali 2. Jalan di tempat dengan hitungan 1x8 3. Kepala menoleh ka kanan dan ke kiri

		<p>dengan hitungan 1x8</p> <p>4. Mangangkat dan memutar bahu dengan hitungan 1x8</p> <p>5. Mengayunkan lengan dengan hitungan 1x8</p>
2.	5 menit	<p>Gerakan muka :</p> <p>6. Menucapkan a,i,u,e,o sebanyak 5 kali</p> <p>7. Menucapkan ha-ha, hi-hi sebanyak 5 kali</p>
3.	5 menit	<p>Gerakan kepala :</p> <p>1. Menganggukkan kepala ke atas dan ke bawah dengan hitungan 1x8 sebanyak 5 kali</p> <p>2. Menengok ke kanan dan ke kiri dengan hitungan 1x8 sebanyak 5 kali</p>
4.	5 menit	<p>Gerakan tangan :</p> <p>1. Gerakan jari tangan membuka dan menutup dengan hitungan 1x8 sebanyak 5 kali</p> <p>2. Gerakan menepuk tangan dengan hitungan 1x8 sebanyak 5 kali</p> <p>3. Merentangkan tangan ke samping kanan dan kiri dengan hitungan 1x8 sebanyak 5 kali</p>
5.	5 menit	<p>Gerakan kaki :</p> <p>1. Gerakan jinjit-jinjit dengan hitungan 1x8 sebanyak 5 kali</p> <p>2. Dalam posisi duduk dengan luruskan kaki dan mengayunkan telapak kaki dengan hitungan 1x8 sebanyak 5 kali</p>
6.	5 menit	<p>Pendinginan :</p> <p>1. Latihan pernafasan dengan hitungan 1x8</p> <p>2. Meregangkan otot lengan dengan hitungan 1x8</p> <p>3. Meregangkan kaki dengan hitungan 1x8 sebanyak 3 kali</p>

Lampiran 12

SATUAN ACARA KEGIATAN
AUTONOMY RECREATION CARE (ARC) JALAN SEHAT
DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA



OLEH

PUTRI ADELIYA NUROHMAH

NIM: 131011141

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2014

- Topik : *Autonomy Recreation Care* (ARC) Jalan Sehat
Sasaran : Lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya
Tempat : UPTD Griya Werdha Surabaya
Waktu : 1 kali per minggu, Selama 3 minggu
Durasi : 30-45 menit setiap pertemuan

1. Konsep *Autonomy Recreation Care* (ARC) Jalan Sehat

Jalan sehat merupakan aktivitas yang tidak membutuhkan keterampilan khusus. Jalan sehat dilakukan secara santai dan menyenangkan yang akan menghasilkan hormon endorfin sehingga dapat mengurangi stress dan depresi pada lansia (Junaidi, 2011). Kegiatan ini dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi 30-45. Menurut Williams dan Wilkins dalam Wildman dan Miller (2004) ada beberapa manfaat melakukan jalan sehat yaitu :

1. Menurunkan tekanan darah
2. Meningkatkan *cardiac output*
3. Meningkatkan *Maximal Oxygen Uptake* (VO₂ max)
4. Menurunkan lemak tubuh
5. Menurunkan tingkat stress
6. Menurunkan kecemasan dan depresi
7. Meningkatkan *Lean Body Mass* (LBM)

2. Tujuan *Autonomy Recreation Care*

- 1) Individu dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya
- 2) Untuk mengurangi depresi dan rasa kesepian pada individu
- 3) Meningkatkan gairah hidup individu

- 4) Untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi serta pengembangan emosi.
- 5) Untuk meningkatkan fungsi sensasi, persepsi dan kognisi.
- 6) Untuk mengurangi ketergantungan pada individu
- 7) Untuk meningkatkan kemandirian individu dalam memenuhi kebutuhan rekreasinya (Cogswell dan Negley, 2011)

3. Metode

Praktek

4. Media

Sarana dan prasarana untuk melakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC) jalan sehat di UPTD Griya Werdha Surabaya

5. Kegiatan

Melakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC) jalan sehat. Jalan sehat dilakukan setiap minggu satu kali selama 3 minggu dengan durasi 45 menit setiap pertemuan.

No.	Durasi	Kegiatan
1.	5 menit	Persiapan lansia : Lansia berkumpul dan berbaris di halaman UPTD Griya Werdha Surabaya
2.	5 menit	Pemanasan : 1. Kedua tangan dipinggang dan kepala menoleh ke kanan dan ke kiri dengan hitungan 2x8 2. Gerakan mengangkat kedua bahu dengan hitungan 1x8 3. Salah satu kaki di majukan ke depan secara bergantian dengan hitungan 2x8
3.	30 menit	Melakukan jalan sehat memutari UPTD Griya Werdha Surabaya sebanyak 1 kali dengan jarak \pm 500 meter
4.	5 menit	Pendinginan : 1. Gerakan menarik nafas dan

		<p>menghembuskan nafas dengan hitungan 2x8</p> <p>2. Gerakan meregangkan tangan dan kaki dengan hitungan 2x8</p>
--	--	--

Lampiran 13

**SATUAN ACARA KEGIATAN
AUTONOMY RECREATION CARE (ARC) PERMAINAN
DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA**



OLEH

PUTRI ADELIYA NUROHMAH

NIM: 131011141

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2014

Topik	: <i>Autonomy Recreation Care</i> (ARC) Permainan
Sasaran	: Lansia di UPTD Griya Werdha Surabaya
Tempat	: UPTD Griya Werdha Surabaya
Waktu	: 1 kali per minggu, Selama 3 minggu
Durasi	: 30 menit setiap pertemuan

1. Konsep *Autonomy Recreation Care* (ARC) Permainan (Bola panas)

Permainan adalah salah satu aktivitas yang paling diminati oleh beberapa lansia karena dapat menimbulkan kesenangan. Salah satu permainan yang biasa dilakukan oleh lansia adalah bola panas (bola estafet). Bola panas adalah permainan yang dilakukan oleh 5- 15 orang, permainan bola panas dilakukan dengan memutar bola saat musik berjalan dan bila musik berhenti maka anggota yang sedang membawa bola akan mendapat hukuman. Menurut Winaya dalam penelitiannya menjelaskan bahwa permainan bola panas bermanfaat untuk memberikan hiburan, mengisi waktu luang, mneghilangkan stress dan depresi, serta menghilangkan kesepian (Winaya, 2014). Kegiatan ini dilakukan 1 minggu sekali selama 3 minggu dengan durasi 15-30.

2. Tujuan *Autonomy Recreation Care*

- 1) Individu dapat memenuhi kebutuhan rekreatifnya
- 2) Untuk mengurangi depresi dan rasa kesepian pada individu
- 3) Meningkatkan gairah hidup individu
- 4) Untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi serta pengembangan emosi.
- 5) Untuk meningkatkan fungsi sensasi, persepsi dan kognisi.

- 6) Untuk mengurangi ketergantungan pada individu
- 7) Untuk meningkatkan kemandirian individu dalam memenuhi kebutuhan rekreasinya (Cogswell dan Negley, 2011)

3. Metode

Praktek

4. Media

- 1) Sound dan laptop
- 2) Bola kasti
- 3) 13 kursi untuk responden

5. Kegiatan

Melakukan *Autonomy Recreation Care* (ARC) permainan. permainan dilakukan setiap minggu satu kali selama 3 minggu dengan durasi 15-30 menit setiap pertemuan.

No.	Durasi	Kegiatan
1.	5 menit	Persiapan lansia : <ol style="list-style-type: none"> 1. Lansia berkumpul di ruang tamu dengan kursi di tata secara melingkar 2. Lansia menempati kursi masing-masing
2.	20 menit	Melakukan permainan bola panas di UPTD Griya Werdha Surabaya: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bola di pegang oleh salah satu lansia 2. Kemudian musik diputar 3. Saat musik berjalan bola terus berputar secara estafet 4. Kemudian saat musik berhenti maka lansia yang sedang membawa bola akan mendapat hukuman. 5. Hukuman yang diberikan dengan bernyanyi, berjoged atau menceritakan pengalaman (hukuman yang diberikan sesuai keinginan lansia)
3.	5 menit	Istirahat