

SKRIPSI
PENGARUH *MILIEU THERAPY:PLANT THERAPY* KELOMPOK
TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA
DI RUMAH USIAWAN PANTI SURYA
SURABAYA

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL



Oleh :

Hanik Maria Hidayati

NIM : 131111186

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2013

SKRIPSI
PENGARUH *MILIEU THERAPY* :*PLANT THERAPY* KELOMPOK
TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA
DI RUMAH USIAWAN PANTI SURYA
SURABAYA

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNIAR



Oleh :

Hanik Maria Hidayati

NIM : 131111186

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2013

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 8 Febuari 2013

Yang menyatakan

Hanik Maria Hidayati

131111186

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**PENGARUH *MILIEU THERAPY: PLANT THERAPY* KELOMPOK
TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA
DI RUMAH USIAWAN PANTI SURYA
SURABAYA**

Oleh:

Hanik Maria Hidayati
131111186

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
Februari 2013

Oleh:

Pembimbing Ketua

Dr. Ah. Yusuf S., S.Kp., M.Kes
NIP: 196701012000031002

Pembimbing

Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 197803162008122002

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

Mira Triharani, S.Kp., M.Kep
NIP: 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

**PENGARUH *MILIEU THERAPY: PLANT THERAPY* KELOMPOK
TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA
DI RUMAH USIAWAN PANTI SURYA
SURABAYA**

Oleh:

Hanik Maria Hidayati
131111186

Telah diuji

Pada tanggal, 8 Febuari 2013

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ferry Efendi, S.Kep., Ns. M.Sc
NIP: 198202182008121005 (.....)

Anggota : Dr. Ah. Yusuf S., S.Kp., M.Kes
NIP: 196701012000031002 (.....)

Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 197803162008122002 (.....)

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

Mira Triharani, S.Kp., M.Kep
NIP: 197904242006042002

MOTTO

- ❖ ***Berangkat dengan penuh keyakinan***
 - ❖ ***Berjalan dengan penuh keikhlasan***
 - ❖ ***Istiqomah dalam menghadapi cobaan***
- “ YAKIN, IKHLAS, ISTIQOMAH “**

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH *MILIEU THERAPY:PLANT THERAPY* KELOMPOK TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI RUMAH USIAWAN PANTI SURYA SURABAYA”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penulisan skripsi ini tidak terlepas dari kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, akhirnya skripsi ini dapat selesai pada waktunya. Pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya dan penghargaan yang tulus kepada yang terhormat:

1. Purwaningsih., S.Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dr. Ah Yusuf S., S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing I. Terima kasih bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Retno Indarwati S.Kep.,Ns. M.Kep selaku pembimbing II. Terima kasih bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Seluruh staf dosen Progam Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas segala ilmu dan bimbingan yang diberikan.
5. Staf perpustakaan dan seluruh karyawan Progam Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas bantuan yang diberikan.
6. Mariani, selaku penanggung jawab rumah usiawan panti surya surabaya yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian di rumah usiawan panti surya surabaya.
7. Tim psikologis dan para staf perawat rumah usiawan panti surya surabaya yang sudah banyak membantu dalam kegiatan penelitian di rumah usiawan panti surya surabaya.

8. Seluruh responden penelitian ini yang telah merelakan waktu istirahat demi penelitian ini
9. Ayah (alm) dan Bunda yang telah memberikan do'a, dukungan, perhatian, serta motivasi selama penulis menyelesaikan studi ini.
10. Kakakku yang banyak memberikan arahan dan motivasi serta bantuan fasilitas dalam penyusunan skripsi ini.
11. Sahabatku Ulum Mab'ruroh, Irma Rosita, Prima Oktorina, Nesy Anggun Primasari, Wiwit Unairawati yang telah memberikan banyak kenangan indah selama ini.
12. Teman-teman B14 serta semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan kepada penulis selama penyusunan skripsi.

Semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuannya kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Harapan penulis semoga skripsi yang mungkin masih jauh dari sempurna ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan untuk perkembangan keperawatan.

Surabaya, 8 Febuari 2013

Penulis

(Hanik Maria Hidayati)

ABSTRACT

THE EFFECT OF GROUP MILIEU THERAPY:PLANT THERAPY TO DECREASE DEPRESSION LEVEL IN ELDERLY

Quasy Experimental Research at Panti Surya Surabaya

By:

Hanik Maria Hidayati

Depression is a syndrome which characterized by number of symptoms that the clinic manifestation can be different on each person. Depression in elderly continues to be a serious mental health problem. Milieu therapy is a treatment of the patient through manipulation and modification environment element that can make a positive effect to physical and psychological condition. The aimed of this study was to analyze the effect of group milieu therapy: plant therapy on depression level in elderly.

The study was used quasy experimental design, with the number of samples were 24 respondents. Independent variable in this study was group milieu therapy:plant therapy, and dependent variable was depression. The data were analyzed by using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney Test, with significant level $p \leq 0,05$.

The results of data analysis showed $p = 0,603$ in control group and $p = 0,002$ in treatment group. The result of Mann Whitney Test was the value of $p = 0,001$.

It can be concluded that group milieu therapy:plant therapy can reduce the elderly depression level. It can be suggested to the rumah usiawan to practice group milieu therapy:plant therapy to help elderly reduce their depression level.

Key words: *milieu therapy:plant therapy groups, depression level, elderly*

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat	i
Lembar Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan TerimaKasih.....	vi
<i>Abstrac</i>	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Lambang, Singkatan, dan Istilah.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat	6
1.5.1 Teoritis	6
1.5.2 Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Lanjut Usia	7
2.1.1 Pengertian lanjut usia	7
2.1.2 Klasifikasi lansia	8
2.1.3 Batasan-batasan lansia	8
2.1.4 Proses penuaan	10
2.1.5 Teori penuaan.....	10
2.1.6 Perubahan fisiologis, mental, dan psikososial lansia	14

2.1.7	Masalah umum yang dihadapi lansia	17
2.2	Konsep Depresi	19
2.2.1	Pengertian depresi	19
2.2.2	Penyebab depresi	20
2.2.3	Faktor pencetus depresi	20
2.2.4	Faktor predisposisi depresi	24
2.2.5	Ciri-ciri umum depresi	25
2.2.6	Gejala depresi pada lansia	26
2.2.7	Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi	27
2.2.8	Diagnosis depresi	29
2.3	Konsep <i>Milieu Therapy</i>	31
2.3.1	Pengertian <i>milieu therapy</i>	31
2.3.2	Tujuan <i>milieu therapy</i>	31
2.3.3	Karakteristik <i>milieu therapy</i>	32
2.3.4	Model <i>milieu therapy</i>	35
2.3.5	Peran perawat dalam <i>milieu therapy</i>	37
2.3.6	Jenis-jenis kegiatan <i>milieu therapy</i>	39
2.3.7	Penatalaksanaan <i>milieu therapy</i>	42
2.4	Konsep TOGA (Tanaman Obat Keluarga)	44
2.4.1	Pengertian toga (tanaman obat keluarga)	44
2.4.2	Manfaat toga (tanaman obat keluarga)	45
2.4.3	Jenis dan manfaat tanaman obat keluarga (toga)	45
2.4.4	Definisi <i>milieu therapy: plant therapy</i> kelompok	46
2.4.6	Sistem neuroendokrin	48
2.4.7	Neurobiologis	49
2.4.8	Neurotransmitter dan sinaps	49
2.4.9	HPA aksis (<i>Hypothalamic-Pituitary-Adrenal</i>)	50
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		52
3.1	Kerangka Konseptual	52
3.2	Hipotesis	54
BAB 4 METODE PENELITIAN		55
4.1	Desain Penelitian	55
4.2	Kerangka Kerja	57

4.3	Populasi, Sampel dan Sampling.....	57
4.3.1	Populasi.....	58
4.3.2	Sampel	58
4.3.3	Sampling	59
4.4	Identifikasi Variabel	60
4.4.1	Variabel independen	60
4.4.2	Variabel dependen	60
4.5	Definisi operasional	60
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data	62
4.6.1	Instrumen	63
4.6.2	Lokasi dan waktu	64
4.6.3	Prosedur	63
4.6.4	Cara analisis Data	65
4.7	Masalah Etika	66
4.7.1	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	66
4.7.2	<i>Anonimity</i> (tanpa nama).....	66
4.7.3	<i>Confidentiality</i> (kerahasiaan).....	66
4.8	Keterbatasan.....	67
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN		67
5.1	Hasil Penelitian	67
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian	67
5.1.2	Karakteristik demografi responden.....	68
5.1.3	Variabel yang diukur.....	71
5.2	Pembahasan	76
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN		84
6.1	Simpulan	84
6.2	Saran	85
Daftar Pustaka		86
Lampiran		90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengaruh <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok terhadap tingkat depresi pada lansia di rumah usiawan panti surya surabaya (Tavris, 2007).	52
Gambar 4.1	Kerangka Konseptual Penelitian <i>Milieu Therapy:Plant Therapy</i> Kelompok Sebagai Penurunan Tingkat Depresi Pada Lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya.....	57
Gambar 5.1	Diagram batang distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012	69
Gambar 5.2	Diagram batang distribusi responden berdasarkan umur, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012.....	70
Gambar 5.3	Diagram batang distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan, di Rumah usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012.....	71
Gambar 5.4	Diagram batang distribusi responden berdasarkan pekerjaan terakhir yang ditekuni lansia, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012.....	71
Gambar 5.5	Diagram batang distribusi responden berdasarkan lama tinggal di panti Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012	72
Gambar 5.6	Diagram batang tingkat depresi pada lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum diberikan <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012	73
Gambar 5.7	Diagram batang tingkat depresi pada lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012	74
Gambar 5.8	Diagram perubahan tingkat depresi (pre-post test) kelompok perlakuan dan kontrol pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012.....	75

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Rancangan Penelitian Pengaruh <i>Milieu Therapy:Plant Therapy</i> Kelompok terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia	55
Tabel 4.2	Definisi Operasional Pengaruh <i>Milieu Therapy:Plant Therapy</i> Kelompok Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya	61
Tabel 5.1	Tingkat depresi sebelum dan sesudah dilakukan <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Pengambilan Data Penelitian.....	90
Lampiran 2	Surat Balasan Data Penelitian.....	91
Lampiran 3	Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	92
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	93
Lampiran 5	Lembar Kuesioner.....	94
Lampiran 6	Satuan Acara Pelaksanaan.....	98
Lampiran 7	Modul <i>Milieu Therapy:Plant Therapy</i> Kelompok.....	101
Lampiran 8	Hasil Tabulasi Data.....	105
Lampiran 9	Hasil Uji Statistik.....	110

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

<i>Milieu Therapy</i>	: Terapi Suasana
<i>Plant Therapy</i>	: Terapi Tanaman
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
WHO	: <i>World Health Organization</i>
HPA-AXIS	: <i>Hypothalamus pituitary adrenal-Axis</i>
CRH	: <i>Corticotropin Releasing Hormone</i>
ACTH	: <i>Adrenal Corticotropic Hormone</i>
TSH	: <i>Thyroid Stimulating Hormone</i>
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
DNA	: <i>Deoxyribonucleic Acid</i>
CRF	: <i>Corticotropin Releasing Factor</i>
Lansia	: Lanjut Usia
IDB	: <i>Inventory Depression Beck</i>
SPSS	: <i>Software Product and Service Solution</i>
Toga	: Tanaman Obat Keluarga

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses penuaan merupakan suatu proses alamiah yang tidak dapat dicegah dan merupakan hal yang wajar di alami oleh orang yang dikaruniai umur panjang (Nugroho, 2000). Lanjut usia sebagai tahap akhir dari siklus kehidupan manusia, sering diwarnai dengan kondisi yang tidak sesuai dengan harapan karena terjadi penurunan kondisi fisik, psikologis, maupun sosial dan cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan fisik dan psikologis, seperti halnya gangguan sistem tubuh, penyimpangan perilaku, delirium, demensia dan depresi (Hurlock, 1999 dalam Affandi, 2008). Depresi merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya bisa berbeda-beda pada masing-masing individu (Amir, 2010).

Depresi pada lanjut usia terus menjadi masalah kesehatan mental yang serius. Lansia yang mengalami gangguan depresi merupakan suasana alam perasaan utama bagi lansia dengan penyakit fisik kronik dan kerusakan fungsi kognitif yang disebabkan oleh adanya penderitaan, disabilitas, perhatian keluarga yang kurang serta penyakit fisik yang bertambah buruk (Bongsoe, 2007). *Milieu therapy* merupakan tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu, serta mendukung proses penyembuhan yang bersifat terapeutik (Wilson, 1992; Nasir 2011). Lansia diharapkan dapat menurunkan tingkat depresi melalui *milieu therapy:plant therapy*, namun

pengaruh *milieu therapy:plant therapy* keperawatan dalam aktivitas kelompok terhadap tingkat depresi pada lansia masih belum banyak diterapkan dan perlu penjelasan.

Prevalensi lanjut usia (lansia) semakin lama semakin meningkat, demikian pula angka harapan hidup. Jumlah penduduk lansia pada tahun 2006 sebesar kurang lebih 19 juta, usia harapan hidup 66,2 tahun, pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 23,9 juta (9,77 %), usia harapan hidupnya 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diperkirakan sebesar 28,8 juta (11,34 %), dengan usia harapan hidup 71,1 tahun. Data prevalensi untuk gangguan mental lansia bervariasi secara luas. Depresi adalah masalah psikiatrik yang paling sering terjadi pada lansia, menyerang paling sedikit 1 dari 6 klien yang di obati pada praktik medik umum dan menunjukkan presentase yang lebih tinggi di rumah sakit dan panti jompo (Glara *et al.*, 1993; Jurnal Ners 2009). Menurut WHO (2006) menyebutkan bahwa terdapat 121 juta penderita depresi dengan perbandingan 5,8 % laki-laki dan 9,5 % perempuan mengalami episode depresi dalam kehidupan mereka.

Berdasarkan survey awal di rumah usiawan panti surya surabaya bulan November 2012 terdapat 73 lansia, untuk mengetahui lansia yang depresi peneliti melakukan *pre test* dengan menggunakan *Inventory Depression Beck (IDB)*, hal ini ditunjang dengan data yang diperoleh dari dokter maupun tim psikologis yang merawat didapatkan sebanyak 24 lansia yang mengalami depresi. Gejala yang ditemukan di rumah usiawan panti surya surabaya pada lansia yang mengalami depresi diantaranya adalah: menarik diri, pesimis, kehilangan semangat, merasa tertekan, ketidak inginan untuk berbicara, merasa gagal dalam melakukan suatu hal, dan berpikir tentang kematian. Penyebab lansia yang depresi di rumah

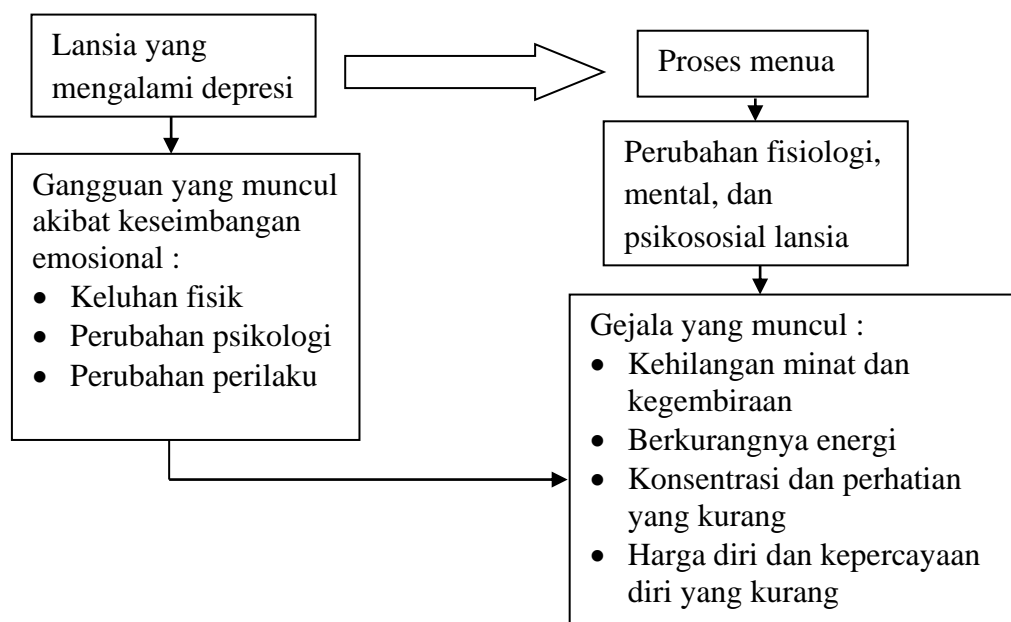
usiawan panti surya surabaya dikarenakan kehilangan orang yang dicintainya, kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan, pindah tempat tinggal, dan kematian. Terapi yang sudah diberikan untuk mengatasi depresi pada lansia di rumah usiawan panti surya surabaya adalah pemberian psikoterapi, terapi keluarga, terapi musik, dan terapi kreasi seni (Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, 2012).

Penderita depresi adalah hasil dari kebiasaan berpikir negatif baik terhadap diri, lingkungan dan masa depan. Lansia yang mengalami depresi cenderung memegang pandangan yang lebih pesimistis akan masa depan serta lebih kritis terhadap dirinya sendiri dan orang lain (Glara *et al.*, 1993; Jurnal Ners 2009). Gangguan depresi pada lansia disebabkan karena lansia cukup banyak mengalami berbagai peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan atau yang cukup berat sehingga terjadinya gangguan depresi sebagai respon perilaku terhadap berbagai stressor kehidupan yang di alami (Bongsoe, 2007). Banyak lansia dihadapkan pada situasi yang penuh stres seperti kematian teman atau keluarga, penurunan kesehatan dan kemampuan fisik, kesepian serta sulit membangun hubungan pertemanan baru (Stuart & Sundeen, 1995; Jurnal Ners 2009). Perubahan fisik pada lansia dapat menyebabkan perubahan pada kondisi jiwa, dimana lansia berpikir bahwa dirinya tidak dapat mengerjakan berbagai aktivitas sebaik pada saat muda dulu yang disebabkan adanya berbagai perubahan fisik pada lansia. *Milieu therapy: plant therapy* kelompok yang diberikan diharapkan dapat membantu lansia yang depresi untuk mengenali lingkungan yang berada disekitarnya, terapi ini merupakan cara atau proses penyembuhan suatu gangguan yang disebabkan oleh sumber-sumber gangguan. Lingkungan fisik dan psikologis merupakan suatu kondisi yang memiliki pengaruh besar terhadap proses

penyembuhan terutama pasien dengan gangguan mental seperti depresi (Wilson, 1992 dalam Nasir, 2011).

Menurut teori *milieu therapy* (terapi lingkungan) bahwa konsep ini memfokuskan peran perawat dalam memodifikasi lingkungan fisik yang akan berdampak pada biokimiawi tumbuhan seperti kadar kortisol dan adrenalin yang normal, senantiasa berdampak pada psikologis klien seperti perasaan aman (*safety need*) dan terbebas dari kecemasan (*anxiety*) (Stuart & Sundeen, 1995 dalam Nasir, 2011). *Milieu Therapy* merupakan salah satu tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu, serta mendukung proses penyembuhan yang bertujuan untuk menurunkan depresi pada lansia. Sehingga diharapkan dengan pemberian *milieu therapy:plant therapy* kelompok, akan dapat menurunkan depresi pada lansia.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah

Lansia yang mengalami depresi seringkali dianggap sebagai bagian daripada proses menua. Hal ini disebabkan karena adanya perubahan-perubahan fisik pada lansia diantaranya adalah perubahan fisiologis, mental, dan psikososial. Adapun gejala-gejala yang muncul karena depresi diantaranya : kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi, konsentrasi dan perhatian yang kurang, harga diri dan kepercayaan diri yang kurang. Sedangkan Gangguan yang muncul akibat keseimbangan emosional seperti : keluhan fisik, perubahan psikologi, perubahan perilaku yang berkaitan dengan adanya penyebab yang muncul karena depresi.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia yang tinggal di Panti Surya Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia yang tinggal di Panti Surya Surabaya

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lansia sebelum mendapatkan *milieu therapy:plant therapy* kelompok di Panti Surya Surabaya.
2. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lansia setelah mendapatkan *milieu therapy:plant therapy* kelompok di Panti Surya Surabaya.
3. Menganalisis pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia di Panti Surya Surabaya.

1.5 Manfaat

1.5.1 Teoritis

Sebagai dasar untuk mengembangkan *milieu therapy:plant therapy* kelompok dan memberikan kesempatan/kekuatan pada lansia untuk mengekspresikan konflik pribadi secara bebas dan mempunyai kemampuan untuk membangun pengarahannya perawatan bagi diri mereka sendiri, terapi ini dapat diterapkan pada klien yang mengalami tingkat depresi pada lansia.

1.5.2 Praktis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan bagi petugas kesehatan tentang pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi pengurus panti tentang pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia.
3. *Milieu therapy:plant therapy* kelompok dapat digunakan sebagai alternatif bagi lansia untuk mengatasi masalah depresinya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian lanjut usia

Masa dewasa tua atau lansia dimulai setelah pensiun, biasanya antara usia 65 dan 75 tahun (Potter & Perry, 2005). Menurut (Surini & Utomo 2003 dalam Azizah, 2011) lanjut usia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dijalani semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan.

Menurut (WHO, 1999 dalam Azizah, 2011) dikatakan usia lanjut tergantung dari konteks kebutuhan yang tidak dipisah-pisahkan. Konteks kebutuhan tersebut dihubungkan secara biologis, sosial, dan ekonomi dan dikatakan usia lanjut dimulai paling tidak saat masa puber dan prosesnya berlangsung sampai kehidupan dewasa (Depkes RI, 2003).

Menurut (Brunner & Suddart, 2001 dalam Azizah, 2011) pengertian lansia tergantung kerangka pandangan individu. Orang tua yang berusia 35 tahun dapat dianggap tua bagi anaknya dan tidak muda lagi. Orang sehat aktif berusia 65 tahun mungkin menganggap usia 75 tahun sebagai permulaan lanjut usia. Sedangkan menurut Reimer et al (1999); Stanley & Beare (2007) dalam Azizah (2011), mendefinisikan lansia berdasarkan karakteristik sosial masyarakat yang menganggap bahwa orang telah tua jika menunjukkan ciri fisik seperti rambut beruban, kerutan kulit, dan hilangnya gigi. Glascock dan Feinman (1981); Stanley & Beare (2007) dalam Azizah (2011), menganalisis kriteria lanjut usia dari 57

negara didunia dan menemukan bahwa kriteria lansia yang paling umum adalah gabungan antara usia kronologis dengan perubahan dalam peran sosial, dan diikuti oleh perubahan status fungsional seseorang.

2.1.2 Klasifikasi lansia

Menurut Maryam (2008) lansia diklasifikasikan menjadi:

1. Pralansia (prasenilis) 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, atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2003).
4. Lansia potensial yaitu lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa (Depkes RI, 2003).
5. Lansia tidak potensial yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2003).

2.1.3 Batasan-batasan lansia

Seseorang dikatakan lanjut usia memang sulit dijawab secara memuaskan.

Dibawah ini dikemukakan beberapa pendapat mengenai batasan umur.

1. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia WHO dikutip oleh Nugroho (2000).

Batasan umur lansia sebagai berikut :

- 1) Usia pertengahan (*middle age*), antara usia 45 sampai 59 tahun.
- 2) Lanjut usia (*elderly*), antara usia 60 sampai 74 tahun.
- 3) Lanjut usia tua (*old*), antara usia 75 sampai 90 tahun.
- 4) Usia sangat tua (*very old*), di atas 90 tahun.

2. Menurut Sumiati Ahmad Mohamad

Sumiati Ahmad Mohamad (alm) Guru Besar Universitas Gajah Mada pada Fakultas Kedokteran, membagi periodisasi biologis perkembangan manusia sebagai berikut.

- 1) 0-1 tahun = masa bayi
- 2) 1-6 tahun = masa prasekolah
- 3) 6-10 tahun = masa sekolah
- 4) 10-20 tahun = masa pubertas
- 5) 20-40 tahun = masa dewasa
- 6) 40-65 tahun = masa setengah umur (*Prasenum*)
- 7) 65 tahun ke atas = masa lanjut usia (*Senium*)

3. Menurut Jos Masdani (Psikolog UI)

Lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian. Pertama = fase inventus, antara 25 sampai 40 tahun, Kedua = fase fertilitas, antara 40 sampai 50 tahun, Ketiga = fase prasenium, antara 55 sampai 65 tahun dan Keempat = fase senium, antara 65 tahun hingga tutup usia.

4. Menurut Koesoemato Setyonegoro dikutip Nograho (2000)

Pengelompokkan lanjut usia sebagai berikut : Usia dewasa muda (*elderly adulthood*), yaitu usia 18 atau 20-25 tahun; usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas, yaitu usia 25-60 atau 65 tahun. Terbagi untuk umur 70-75 tahun (*young old*), 75-80 tahun (*old*) dan lebih dari 80 tahun (*very old*)

2.1.4 Proses penuaan

Ageing process (proses menua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Contantindes, 1994; Darmojo, 2004 dalam Azizah, 2011).

Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah. Menua bukanlah suatu penyakit melainkan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi stresor dari dalam maupun luar tubuh. Proses menua setiap individu pada organ tubuh juga tidak sama cepatnya dan sangat individual. Adakalanya seseorang yang masih muda umurnya, namun terlihat sudah tua dan begitu juga sebaliknya. Banyak faktor yang mempengaruhi penuaan seseorang seperti genetik (keturunan), asupan gizi, kondisi mental, pola hidup, lingkungan, dan pekerjaan sehari-hari (Azizah, 2011).

2.1.5 Teori penuaan

Menurut Azizah (2011), berbagai teori menua diantaranya adalah :

1. Teori-teori Biologi

1) Teori seluler

Kemampuan sel hanya dapat membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh “diprogram” untuk membelah 50 kali. Jika sebuah sel pada lansia dilepas dari tubuh dan dibiakkan di laboratorium, lalu diobservasi, jumlah sel-sel yang membelah, jumlah sel yang akan membelah akan terlihat sedikit. Hal ini akan memberikan beberapa pengertian terhadap proses penuaan biologis dan menunjukkan bahwa

pembelahan sel lebih lanjut mungkin terjadi untuk pertumbuhan dan perbaikan jaringan, sesuai dengan berkurangnya umur.

2) Teori “genetik clock”

Menurut teori ini menua telah diprogram secara genetik untuk species-species tertentu. Tiap species mempunyai di dalam nuclei (inti selnya) suatu jam genetik yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak berputar, jadi menurut konsep ini bila jam kita berhenti kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang katastrofal.

3) Sintesis protein (kolagen dan elastin)

Jaringan seperti kulit dan kartilago kehilangan elatisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elatisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lansia beberapa protein (kolagen dan kartilago, dan elastin pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda.

4) Keracunan oksigen

Teori tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel di dalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi, tanpa mekanisme pertahanan diri tertentu. Ketidakmampuan mempertahankan diri dari toksik tersebut membuat struktur membran sel mengalami perubahan dari rigid, serta terjadi kesalahan genetik (Tortora & Anagnostakos, 1990 dalam Azizah. 2011).

5) Sistem imun

Kemampuan sistem imun mengalami kemunduran pada masa penuaan. Walaupun demikian, kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari sistem limfatik dan khususnya sel darah putih, juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan.

6) Mutasi somatik (Teori Error Catastrophe)

Menurut teori ini terjadinya mutasi yang progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

7) Teori menua akibat metabolisme

Menurut MC Kay et al (1935) yang dikutip Darmojo dan Martono (2004), pengurangan “intake” kalori pada rodentia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur. Perpanjangan umur karena jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme.

8) Kerusakan akibat radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas. Bentuk radikal bebas yang tidak stabil (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat beregenerasi.

2. Teori Psikologis

1) Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. *Sense of integrity* yang dibangun dimasa mudanya tetap

terpelihara sampai tua. Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia (Nugroho, 2000).

2) Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku yang tidak berubah pada lanjut usia. *Identity* pada lansia yang sudah mantap memudahkan dalam memelihara hubungan dengan masyarakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, keluarga dan hubungan interpersonal. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personaliti yang dimilikinya.

3) Teori Pembebasan (*Disengagement Theory*)

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu yang lainnya pada lanjut usia. Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*Triple Loos*), yakni :

1. Kehilangan peran (*Lose of Role*);
2. Hambatan kontak sosial (*Restriction of Contacs and Relation Ships*);
3. Berkurangnya komitmen (*Reduced Comitment to Social Mores and Values*).

2.1.6 Perubahan fisiologis, mental, dan psikososial lansia

Menurut Sri Surini dan Budi Utomo (2003) perubahan pada lansia meliputi:

1. Perubahan-perubahan fisik

1) Perubahan sel

Sel pada lanjut usia lebih sedikit jumlahnya, lebih besar ukurannya, jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang. Jumlah sel otak menurun. Mekanisme perbaikan sel terganggu. Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10 %.

2) Perubahan sistem Persarafan

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Hal ini dapat dicegah dengan pemberian latihan untuk menjaga mobilitas dan postur (Surini & Utomo, 2003).

3) Perubahan sistem Pendengaran

Presbiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50 % terjadi pada usia di atas 60 tahun.

4) Perubahan sistem Penglihatan

Perubahan sistem penglihatan pada lansia erat kaitannya dengan presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku, otot penyangga lensa lemah, ketajaman

penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan.

5) Perubahan sistem Kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA nude dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat. Konsumsi oksigen pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru menurun. Latihan berguna untuk meningkatkan VO maksimum, mengurangi tekanan darah, dan berat badan.

6) Perubahan sistem Respirasi

Pada penurunan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang. Umur tidak berhubungan dengan perubahan otot diafragma, apabila terjadi perubahan otot diafragma, maka otot thoraks menjadi tidak seimbang dan menyebabkan terjadinya distorsi dinding thoraks selama respirasi berlangsung.

7) Perubahan sistem Pengaturan Suhu Tubuh

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu. Pada lansia suhu tubuh menurun akibat metabolisme yang menurun. Keterbatasan reflek menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak menyebabkan terjadinya aktifitas otot yang rendah.

8) Perubahan sistem Gastrointestinal

Kehilangan gigi, indera pengecapan menurun, *esophagus* melebar, pengosongan lambung menurun, peristaltik lemah, timbul konstipasi. Absorpsi menurun, hati mengecil dan menurunnya penyimpanan darah.

9) Perubahan sistem Perkemihan

Ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya kemampuan mengkonsentrasi urin juga berkurang. Otot-otot *vesica urinaria* menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml dan menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat.

10) Perubahan sistem Endokrin

Produksi hormon menurun. Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah. Berkurangnya produksi dari ACTH, TSH, FSH, dan LH. Penurunan aktifitas tiroid, daya pertukaran zat, dan produksi aldosteron.

11) Perubahan sistem Kulit

Kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak. Permukaan kulit kasar dan bersisik. Akibat dari penurunan cairan dan vaskularisasi dapat menimbulkan pengurangan elastisitas. Kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya.

12) Perubahan sistem Muskuloskeletal

Tulang kehilangan cairan dan makin rapuh. Persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengkerut dan menjadi sklerosis.

2. Perubahan-perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

- 1) Perubahan fisik, khususnya organ perasa;
- 2) Kesehatan umum;
- 3) Tingkat pendidikan;
- 4) Keturunan;
- 5) Lingkungan;

3. Perubahan-perubahan psikososial

Nilai seseorang sering diukur dengan produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun, dia akan mengalami kehilangan finansial, status, teman, dan pekerjaan. Lansia akan merasakan atau sadar akan kematian. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan. Kehilangan kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri dan perubahan konsep diri.

2.1.7 Masalah umum yang dihadapi lansia

Masalah yang umumnya dihadapi oleh lansia dapat dikelompokkan dalam masalah ekonomi, sosial budaya, masalah kesehatan, dan masalah psikologis.

1. Masalah ekonomi

Lanjut usia ditandai dengan menurunnya produktifitas kerja, memasuki masa pensiun atau berhentinya pekerjaan utama. Hal ini berakibat pada menurunnya pendapatan. Pada sebagian lansia yang tidak memungkinkan lagi untuk mempunyai penghasilan sendiri, hidupnya menjadi tergantung atau menjadi beban anak cucu atau anggota keluarga lainnya. Hal ini merupakan salah satu pemicu timbulnya masalah ekonomi. (Wirakartakusuma:1994 dikutip oleh Suardiman, 2000). Dalam kaitannya dengan masalah ekonomi, gambaran

kesejahteraan psikologis yang lebih baik ditemukan pada mereka (lansia) yang memiliki jabatan tinggi dalam pekerjaan (Ryff & Singer, 2007).

2. Masalah sosial budaya

Memasuki masa tua ditandai dengan berkurangnya kontak sosial, baik dengan anggota keluarga, anggota masyarakat. Disamping itu kecenderungan meluasnya wilayah tinggal keluarga inti juga akan mengurangi kontak sosial lansia. Adanya perubahan nilai sosial masyarakat yang mengarah kepada tatanan individualistik, juga menyebabkan para lansia kurang mendapatkan perhatian sehingga tersisih dari kehidupan masyarakat dan menjadi terlantar (Suardiman, 2000). Lansia yang berada di panti merasakan kurangnya kontak sosial dengan keluarga yang menimbulkan perasaan kesepian dan murung. Namun, lansia yang lebih lama tinggal di panti kemungkinan memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik daripada para penghuni panti yang baru (Gitawati, 2007).

3. Masalah kesehatan

Masa lansia ditandai dengan penurunan fungsi fisik dan rentan terhadap berbagai penyakit. Kerentanan terhadap penyakit ini disebabkan oleh menurunnya fungsi berbagai alat tubuh (Suardiman, 2000). Kemunduran fungsi fisiologis dan peningkatan prevalensi penyakit dengan bertambahnya usia mungkin menyebabkan sebagian penurunan mekanisme homeostatik tubuh. Faktor ini yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk berespon pada stres fisik dan emosional (Kermis, 1984 dalam Azizah 2011).

4. Masalah psikologis

Masalah psikologi yang umumnya dihadapi lansia adalah kesepian, merasa terasing dari lingkungan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri, ketergantungan,

keterlantaran terutama bagi keluarga miskin, post power syndrome dan sebagainya. Kehilangan perhatian dan dukungan dari lingkungan sosialnya yang biasanya berkaitan dengan hilangnya otoritas atau kedudukan, dapat menimbulkan konflik atau keguncangan. Namun seiring dengan bertambahnya usia, lansia semakin tua intelektual, emosi dan spiritualnya semakin bagus (Ubaydillah, 2009). Hal ini juga didukung dengan tingkat pendidikan seorang lansia, Tavriss (2007) memberikan keyakinan bahwa seseorang yang memiliki *Self Resources* (seperti pendidikan yang tinggi, karakteristik personal) yang lebih besar lebih cepat sembuh dari peristiwa dan pengalaman yang negatif.

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Pengertian depresi

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, perasaan kosong (Keliat, 1996 dalam Azizah, 2011). Menurut (Hawari, 1996 dalam Azizah, 2011) depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realita (*Reality Testing Ability*) masih baik, kepribadian tetap utuh atau tidak mengalami keretakan kepribadian (*Splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan,

rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan & Sadock, 1998 dalam Azizah, 2011).

Depresi pada lansia adalah perasaan sedih, ketidakberdayaan, dan pesimis, yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan kepada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Nugroho, 2006 dalam Azizah, 2011).

2.2.2 Penyebab depresi

Terjadinya depresi pada lansia merupakan interaksi antara faktor sosial, psikologis, dan biologis. Faktor sosial seperti kesepian, kemiskinan, berkabung dan kurangnya interaksi sosial dapat mencetuskan terjadinya depresi. Sedangkan faktor psikologis yang berperan dalam timbulnya depresi adalah kurangnya rasa keakraban, kurangnya rasa percaya diri atau adanya rasa rendah diri, dan ketidakberdayaan karena menderita penyakit kronis. Penyakit kronis pada lansia dapat menimbulkan depresi karena menimbulkan keterbatasan mobilitas dan ketergantungan pada orang lain. Dari aspek biologis, lansia mengalami kehilangan dan kerusakan banyak sel-sel saraf maupun zat neurotransmitter, resiko genetik maupun adanya penyakit tertentu (kanker, diabetes, post stroke, karsinoma, dan penyakit lainnya) (Soejono dkk, 2005).

2.2.3 Faktor pencetus depresi

Terdapat empat sumber utama stresor yang dapat mencetuskan gangguan alam perasaan (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Azizah, 2011):

1. Kehilangan keterikatan, yang nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan, atau harga diri. Karena

elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi pasien merupakan hal yang sangat penting.

2. Peristiwa besar dalam kehidupan sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah.
3. Peran dan ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada wanita.
4. Perubahan fisiologik diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik, seperti infeksi, neoplasma, gangguan keseimbangan metabolik, dan penyakit kronik yang melemahkan tubuh dapat mencetuskan gangguan alam perasaan.

Menurut Tavris (2007) beberapa faktor yang berkontribusi dalam menyebabkan depresi mayor yaitu:

1. Faktor Genetis

Gen dapat menyebabkan seseorang mengalami depresi dengan cara mempengaruhi tingkat serotonin dan saraf penghantar lainnya yang terdapat di otak. Gen juga dapat mempengaruhi produksi dari hormon stres, kortisol yang pada dosis tertentu dapat mengakibatkan kerusakan pada hipokampus dan *amigdala*.

2. Pengalaman Hidup

Salah satu pengalaman yang sering kali menyebabkan seseorang menjadi depresi adalah peristiwa kekerasan. Kondisi kehidupan yang dimiliki seseorang seperti peranan yang mereka miliki, status, tingkat kepuasan

terhadap pekerjaan dan keluarga juga dapat mempengaruhi kecenderungan depresi yang dialami seseorang.

3. Kehilangan Hubungan yang Bermakna

Banyak dari mereka yang mengalami depresi memiliki riwayat perpisahan dan kehilangan, baik pada masa lalu maupun masa sekarang; *insecure attachment*; dan penolakan oleh orang atau teman.

4. Kebiasaan Kognitif

Depresi melibatkan suatu cara berpikir negatif yang spesifik mengenai situasi seseorang. Pemikiran yang menyatakan bahwa mereka tidak akan mengalami satu pun hal yang positif menyebabkan mereka tidak melakukan apapun untuk memperbaiki kehidupan mereka, sehingga mereka terus menerus merasa tidak bahagia.

Sedangkan menurut (Samiun, 2006 dalam Azizah, 2011) ada 5 pendekatan yang dapat menjelaskan terjadinya depresi pada lansia yaitu:

1. Pendekatan Psikodinamik

Menurut Hawari (2001), seseorang yang kehilangan akan kebutuhan afeksional (*loss of love object*) dapat jatuh dalam kesedihan yang dalam. Misalnya, seseorang yang kehilangan orang yang dicintainya (suami atau istri yang meninggal), kehilangan pekerjaan/jabatan dan sejenisnya, akan menyebabkan orang tersebut mengalami kesedihan yang mendalam, kekecewaan yang diikuti oleh rasa kesal, bersalah dan seterusnya yang pada gilirannya orang akan jatuh dalam depresi.

2. Pendekatan Perilaku Belajar

Salah satu hipotesis untuk menjelaskan depresi pada lansia adalah individu yang kurang menerima hadiah (*reward*) atau penghargaan dan hukuman (*punishment*) yang lebih banyak dibandingkan individu yang tidak depresi (Lewinsohn, 1974; Libet & Lewinsohn, 1977; Samiun, 2006). Dampak dari kurangnya hadiah dan hukuman yang lebih banyak ini mengakibatkan lansia merasakan kehidupan yang kurang menyenangkan, kecenderungan memiliki *self-esteem* yang kurang dan mengembangkan *self-concept* yang rendah.

3. Pendekatan Kognitif

Menurut Beck (1967); Samiun (2006) seseorang yang mengalami depresi karena memiliki kemapanan kognitif yang negatif (*negative cognitive sets*) untuk mengintrepetasikan diri sendiri, dunia dan masa depan mereka. Akibat dari persepsi yang negatif itu, individu akan memiliki *self-concept* sebagai orang yang gagal, menyalahkan diri, merasa masa depan suram dan penuh kegagalan. Masalah pada lansia yang depresi adalah kurangnya rasa percaya diri (*self-confidence*) akibat persepsi diri yang negatif.

4. Pendekatan Humanistik-Eksistensial

Teori humanistik dan eksistensial berpendapat bahwa depresi terjadi karena adanya ketidakcocokan antara *reality self* dan *ideal self*. Individu yang menyadari jurang yang dalam antara *reality self* dan *ideal self* dan tidak dapat dijangkau, sehingga menyerah dalam kesedihan dan tidak berusaha mencapai aktualisasi diri. Menyerah merupakan faktor yang penting dalam terjadinya depresi.

5. Pendekatan Fisiologis

Teori fisiologis menerangkan bahwa depresi terjadi karena aktivitas neurologis yang rendah (*neurotransmitter norepinefrin* dan serotonin) pada sinaps-sinaps otak yang berfungsi mengatur kesenangan. Neurotransmitter ini memainkan peranan yang penting dalam fungsi hipotalamus, seperti mengontrol tidur, selera makan, seks dan tingkah laku motor (Sachar, 1982; Samiun, 2006), sehingga seringkali seseorang yang mengalami depresi disertai dengan keluhan-keluhan tersebut.

2.2.4 Faktor predisposisi depresi

Menurut (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Azizah 2011) faktor predisposisi terjadinya depresi adalah:

1. Faktor genetik, dianggap mempengaruhi transmisi gangguan afektif melalui riwayat keluarga dan keturunan.
2. Teori agresi menyerang ke dalam, menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditunjukkan kepada diri sendiri.
3. Teori kehilangan objek, menunjuk kepada perpisahan traumatika individu dengan benda atau yang sangat berarti.
4. Teori organisasi kepribadian, menguraikan bagaimana konsep diri yang negatif dan harga diri rendah mempengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stressor.
5. Model kognitif, menyatakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri seseorang, dunia seseorang, dan masa depan seseorang.
6. Model ketidakberdayaan yang dipelajari (*learned helplessness*)

7. Model perilaku, berkembang dari teori belajar sosial, yang mengasumsi penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.
8. Model biologik, menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekreksi kortisol, dan variasi periodik dalam irama biologis.

2.2.5 Ciri-ciri umum depresi

Menurut Nugroho (2000) gejala depresi yang terjadi pada umumnya adalah 1) pandangan kosong; 2) kurang atau hilangnya perhatian pada diri, orang lain, atau lingkungan; 3) inisiatif menurun; 4) ketidakmampuan berkonsentrasi; 5) aktivitas menurun; 6) kurangnya nafsu makan; 7) mengeluh tidak enak badan dan kehilangan semangat, sedih atau cepat lelah sepanjang waktu; 8) mungkin susah tidur di malam hari.

Menurut Meiliya & Ester (2002) tanda gejala dari depresi antara lain sebagai berikut:

1. Gangguan alam perasaan pervasif: 1) kesedihan, kehilangan semangat; 2) menangis; 3) ansietas, serangan panik; 4) murung; 5) iritabilitas; 6) pernyataan merasa sedih, “*blue*”, tertekan dan perasaan tidak ada satupun yang menyenangkan.
2. Gangguan persepsi diri, lingkungan, masa depan: 1) menarik diri dari aktivitas-aktivitas biasa; 2) penurunan gairah seks; 3) ketidakmampuan mengekspresikan kesenangan; 4) perasaan tidak berharga; 5) ketakutan yang tidak beralasan; 6) delusi; 7) halusinasi.

3. *Vegetatif*: 1) peningkatan atau penurunan gerakan tubuh; 2) sulit tidur, terbangun dini hari; 3) kelelahan; 4) ketidakmampuan berkonsentrasi, berpikir jernih atau mengambil keputusan; 5) berpikir tentang kematian, bunuh diri atau upaya bunuh diri; 6) konstipasi; 7) takikardi.

2.2.6 Gejala depresi pada lansia

1. Kognitif

Sekurang-kurangnya ada 6 proses kognitif pada lansia yang menunjukkan gejala depresi. Pertama individu yang mengalami depresi memiliki *self-esteem* yang sangat rendah. Kedua, lansia selalu pesimis dalam menghadapi masalah dan segala sesuatu yang dijalaninya menjadi buruk dan kepercayaan terhadap dirinya (*self-confident*) yang tidak adekuat. Ketiga, memiliki motivasi yang kurang dalam menjalani hidupnya. Keempat, membesar-besarkan masalah dan selalu pesimistik menghadapi masalah. Kelima, proses berpikirnya menjadi lambat. Keenam, generalisasi dari gejala depresi, harga diri rendah, pesimisme dan kurangnya motivasi.

2. Afektif

Lansia yang mengalami depresi merasa tertekan, murung, sedih, putus asa, kehilangan semangat, dan muram. Sering merasa terisolasi, ditolak dan tidak dicintai.

3. Somatik

Masalah somatik yang sering dialami lansia yang mengalami depresi seperti pola tidur yang terganggu, gangguan pola makan dan dorongan seksual berkurang.

4. Psikomotor

Gejala psikomotor pada lansia depresi yang dominan adalah retardasi motor. Sering duduk dengan terkulai dan tatapan kosong tanpa ekspresi, berbicara sedikit dengan kalimat datar dan sering menghentikan pembicaraan karena tidak memiliki tenaga atau minat yang cukup untuk menyelesaikan kalimat itu (Samiun, 2006 dalam Azizah, 2011).

2.2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi

Menurut Syarifah (2002) terjadinya depresi pada lansia dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1. Faktor psikososial

1) Kunjungan keluarga

Berkurangnya interaksi sosial dan dukungan sosial yang kurang baik dapat mengakibatkan penyesuaian diri yang negatif pada lansia. Menurunnya kapasitas hubungan keakraban dengan keluarga, berkurangnya interaksi dengan keluarga yang dicintai dapat menimbulkan perasaan tidak berguna, merasa disingkirkan, tidak dibutuhkan lagi dan kondisi ini dapat berperan dalam terjadinya depresi.

2) Kemampuan adaptasi

Sulit bagi lansia meninggalkan rumah lamanya yang selama ini ditempati bersama-sama orang yang dicintai, yang tentunya mempunyai kenangan manis. Selain itu sikap konservatif lansia menambah sulit untuk menyesuaikan diri pada lingkungan baru. Kondisi ini dapat menyebabkan perasaan tertekan, kesedihan dan keputusasaan.

3) Pekerjaan masa lalu

Nilai seseorang sering diukur dengan produktifitasnya dan identitasnya. Kondisi ini dikaitkan dengan peranan dan pekerjaannya, kehilangan peran dalam pekerjaannya akan menurunkan atau menghilangkan kepuasan lansia. Lansia yang dulunya aktif kemudian berhenti bekerja, mengalami kesulitan dalam penyesuaian pribadi bahkan tidak jarang menimbulkan kehilangan gairah hidup.

2. Faktor psikologi

1) Motivasi masuk panti

Motivasi merupakan suatu dorongan dalam pikiran untuk bertindak. Motivasi sangat penting bagi lansia untuk menentukan tujuan hidup dan apa yang ingin dicapainya dalam kehidupan di panti. Adanya keinginan yang muncul dari dalam individu lansia untuk tinggal di panti akan membuatnya bersemangat meningkatkan toleransi dan merasa berguna. Kondisi ini akan menimbulkan efek yang baik bagi kehidupan lansia.

2) Seorang yang ambisius

Orang yang ambisius, merasa dikejar-kejar akan tugas dan berambisi harus lebih maju, umumnya saat memasuki usia lansia cenderung untuk gelisah, mudah stres, mudah frustrasi, merasa diremehkan, mudah cemas, sulit tidur, tidak siap hidup di rumah saja, perasaan tidak berdaya dan tidak berguna. Sebaliknya mereka yang berkepribadian tenang, keinginan untuk maju di imbangi dengan usaha yang tidak terburu-buru berdasarkan pada pemikiran yang tenang pada umumnya tidak menunjukkan perubahan psikologi yang negatif. Mereka pandai mensyukuri berbagai bentuk

kehidupan dan selalu berpikir positif misalnya pada saat pensiun mereka bersyukur terlepas dari beban pekerjaan dan tanggung jawab, selanjutnya bebas menyalurkan hobi, hidup santai dan lepas dari masalah dan stres.

3. Faktor budaya

Budaya barat dengan sifat mandiri dan individual yang sangat menonjol sering menganggap lansia sebagai *truble maker*. Karena memandang lansia sebagai kelompok masyarakat yang kurang menyenangkan karena sifat-sifat lansia yang menjengkelkan, kondisi fisik yang menurun sehingga perlu bantuan dan sering menjadi beban. Untuk langkah penyelesaiannya adalah dengan menitipkan lansia di panti. Akibatnya perubahan psikologis lansia cenderung negatif dan cenderung memperburuk kondisi kesehatan lansia. Disamping itu mendorong lansia tidak nyaman dan rendah mutunya, mereka akan cenderung kekurangan motivasi untuk mengerjakan apa yang seharusnya mampu mereka kerjakan.

4. Faktor biologik

Ini disebabkan karena kehilangan dan kerusakan sel-sel saraf maupun zat neurotransmitter, resiko genetik maupun adanya penyakit misalnya kanker, DM, post stroke dan lain-lain yang memudahkan terjadinya depresi.

2.2.8 Diagnosis depresi

Gangguan depresi dibedakan dalam depresi ringan, sedang, berat. Gejala utama gangguan depresi yaitu *mood* terdepresi (suasana perasaan hati murung/sedih), hilang minat atau tidak bergairah, dan hilang tenaga atau mudah lelah, yang disertai dengan gejala lain seperti konsentrasi menurun, harga diri menurun, perasaan bersalah, pesimis memandang masa depan, ide bunuh diri atau

menyakiti diri sendiri, pola tidur berubah dan nafsu makan menurun (Utama, 2010).

Sampai saat ini belum ada prosedur khusus untuk penapisan/skrining depresi pada populasi lansia. *Inventory Depression Beck* dapat membantu mengidentifikasi adanya depresi pada lansia. Poin-poin penting yang terdapat dalam *Inventory Depression Beck* meliputi, kesedihan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri dari sosial, keragu-raguan, perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, kelelahan, anoreksia. Tujuan dari *Inventory Depression Beck* adalah untuk mengetahui, mengkaji, dan mengamati perubahan gejala depresi pada lansia (Kushariyadi, 2010).

Menurut *Inventory Depression Beck* (1972) dalam Kushariyadi (2010), skoring tingkat depresi dengan menggunakan *Inventory Depression Beck* yaitu:

- 0-4 : Depresi tidak ada atau minimal
- 5-7 : Depresi ringan
- 8-15 : Depresi sedang
- ≥ 16 : Depresi berat

Tingkat depresi ringan mengandung pengertian bahwa individu masih cenderung ke arah normal atau memiliki resiko minimal untuk mengalami depresi. Tingkat depresi ringan, sedang, berat karakteristiknya disesuaikan menurut *Inventory Depression Beck* (Kushariyadi, 2010).

2.3 Konsep *Milieu Therapy*

2.3.1 Pengertian *milieu therapy*

Milieu Therapy berasal dari bahasa Prancis yang berarti perencanaan ilmiah dari lingkungan untuk tujuan yang bersifat terapeutik atau mendukung kesembuhan (Nelson, 1996 dalam Nasir, 2011). Pengertian lainnya adalah sebuah perencanaan lingkungan perawatan dimana kejadian dan interaksi setiap hari dirancang secara terapeutik dengan tujuan meningkatkan keterampilan sosial dan membangun rasa percaya diri pasien.

Menurut Wilson (1992); Nasir (2011) *milieu therapy* adalah penggunaan lingkungan untuk tujuan terapeutik, setiap interaksi dengan pasien dipandang dapat memberikan hasil yang menguntungkan dalam meningkatnya fungsi optimal. Sedangkan menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011), *milieu therapy* adalah manipulasi ilmiah pada lingkungan untuk menghasilkan perubahan pada perilaku klien dan mengembangkan keterampilan emosional dan sosial (psikososial).

2.3.2 Tujuan *milieu therapy*

Menurut Stuart dan Laraia (2001), *milieu therapy* mempunyai dua tujuan utama, yaitu :

1. Mengatur batas gangguan perilaku dan perilaku maladaptif.
2. Mengajarkan kemampuan psikologi.

Tujuan *milieu therapy* antara lain :

1. Meningkatkan pengalaman positif pasien gangguan mental/psikologis.
2. Membantu individu dalam meningkatkan harga diri.
3. Meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain.

4. Menumbuhkan sikap percaya pada orang lain.
5. Mempersiapkan diri kembali ke masyarakat dan mencapai perubahan kesehatan yang positif/optimal.

2.3.3 Karakteristik *milieu therapy*

Untuk mencapai tujuan yang diharapkan, maka lingkungan harus bersifat terapeutik yaitu mendorong terjadi proses penyembuhan, lingkungan tersebut harus memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Pasien merasa akrab dengan lingkungan yang diharapkannya.
2. Pasien merasa senang/nyaman dan tidak merasa takut dengan lingkungannya.
3. Kebutuhan-kebutuhan fisik pasien mudah dipenuhi.
4. Lingkungan rumah sakit/bangsas yang bersih.
5. Lingkungan menciptakan rasa aman dari terjadinya luka akibat impuls-impuls pasien.
6. Personal dari lingkungan rumah sakit/bangsas menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan dan pendapat serta menerima perilaku pasien sebagai respons adanya stress.
7. Lingkungan yang dapat mengurangi pembatasan-pembatasan atau larangan dan memberikan kesempatan kepada pasien untuk menentukan pilihannya dan membentuk perilaku yang baru.

Selain karakteristik yang telah tersebut di atas, *milieu therapy* juga harus memiliki karakteristik berikut ini :

1. Memudahkan perhatian terhadap apa yang terjadi pada individu dan kelompok selama 24 jam.

2. Adanya proses pertukaran informasi.
3. Pasien merasakan keakraban dengan lingkungan.
4. Pasien merasa senang, nyaman, aman, dan tidak merasa takut baik dari ancaman psikologis maupun ancaman fisik.
5. Penekanan pada sosialisasi dan interaksi kelompok dengan fokus komunikasi terapeutik.
6. Staf membagi tanggung jawab bersama pasien.
7. Personal dari lingkungan menghargai klien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan, dan tanggung jawab.
8. Kebutuhan fisik klien mudah terpenuhi.

Beberapa kondisi lingkungan yang harus diperhatikan adalah lingkungan fisik dan lingkungan psikososial

1. Lingkungan Fisik

Aspek *milieu therapy* meliputi semua gambaran yang konkret yang merupakan bagian eksternal kehidupan rumah sakit. Pengaturannya meliputi hal-hal sebagai berikut :

- 1) Bentuk dan struktur bangunan.
- 2) Pola interaksi antara masyarakat dengan rumah sakit.

Tiga aspek yang mempengaruhi terwujudnya lingkungan fisik terapeutik adalah sebagai berikut :

1) Lingkungan fisik tetap

Mencakup struktur dari bentuk bangunan baik eksternal maupun internal. Bagian eksternal meliputi struktur luar rumah sakit, yaitu lokasi dan letak gedung sesuai dengan program pelayanan kesehatan jiwa, salah satunya

kesehatan jiwa masyarakat. Hal ini secara psikologis diharapkan dapat membantu memelihara hubungan terapeutik pasien dengan masyarakat. Memberikan kesempatan pada keluarga untuk tetap mengakui keberadaan pasien serta menghindari kesan terisolasi. Bagian internal gedung meliputi penataan-penataan struktur sesuai keadaan rumah tinggal yang dilengkapi ruang tamu, ruang tidur, kamar mandi tertutup, WC, dan ruang makan. Masing-masing ruangan tersebut diberi nama dengan tujuan untuk memberikan stimulasi pada pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, merangsang memori dan mencegah disorientasi ruangan. Setiap ruangan harus dilengkapi dengan jadwal kegiatan harian, jadwal terapi aktivitas kelompok, jadwal kunjungan keluarga, dan jadwal kegiatan khusus misalnya rapat ruangan.

2) Lingkungan fisik semi-tetap

Fasilitas-fasilitas berupa alat kerumahtanggaan meliputi lemari, kursi, meja, peralatan dapur, peralatan makan, peralatan mandi, dan sebagainya. Semua perlengkapan diatur sedemikian rupa sehingga memungkinkan pasien bebas berhubungan satu dengan yang lainnya serta menjaga privasi pasien.

3) Lingkungan fisik tidak tetap

Lebih ditekankan pada jarak hubungan interpersonal individu, serta sangat dipengaruhi oleh sosial budaya.

2. Lingkungan Psikososial

Lingkungan yang kondusif yaitu fleksibel dan dinamis yang memungkinkan pasien berhubungan dengan orang lain dan dapat mengambil keputusan, serta

toleransi terhadap tekanan eksternal. Beberapa prinsip yang perlu diyakini petugas kesehatan dalam berinteraksi dengan pasien adalah sebagai berikut :

- 1) Tingkah laku dikomunikasikan dengan jelas untuk mempertahankan, mengubah tingkah laku pasien.
- 2) Penerimaan dan pemeliharaan tingkah laku pasien tergantung dari tingkah laku partisipasi petugas kesehatan dan keterlibatan pasien dalam kegiatan belajar.
- 3) Perubahan tingkah laku pasien tergantung pada perasaan pasien sebagai anggota kelompok dan pasien dapat mengikuti atau mengisi kegiatan.
- 4) Kegiatan sehari-hari mendorong interaksi antara pasien.
- 5) Mempertahankan kontak dengan lingkungan misalnya adanya kalender harian dan adanya papan nama dan tanda pengenal bagi petugas kesehatan (Nasir. 2011).

2.3.4 Model *milieu therapy*

1. Model Terapi Moral

Model ini sangat umum dikenal oleh masyarakat serta biasanya dilakukan dengan pendekatan agama/moral yang menekankan tentang dosa dan kelemahan individu. Model terapi seperti ini sangat tepat diterapkan pada lingkungan masyarakat yang masih memegang teguh nilai-nilai keagamaan dan moralitas ditempat asalnya, karena model ini berjalan bersamaan dengan konsep baik dan buruk yang dijarkan oleh agama. Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila model terapi moral inilah yang menjadi landasan utama pembenaran kekuatan hukum untuk berperang melawan penyalahgunaan narkoba.

2. Modal Terapi Sosial

Model ini memakai konsep dari program terapi komunitas, dimana diksi terhadap obat-obatan dipandang sebagai fenomena penyimpangan sosial (*social disorder*). Tujuan dari model terapi ini adalah mengarahkan perilaku yang menyimpang tersebut ke arah perilaku sosial yang lebih layak. Kelebihan dari model ini adalah perhatinnya kepada perilaku adiksi pecandu narkoba yang bersangkutan, bukan pada obat-obatan yang disalahgunakan. Praktiknya dapat dilakukan melalui ceramah, seminar, dan terutama terapi berkelompok (*encounter group*). Tujuannya tidak lain adalah melatih pertanggung jawaban sosial setiap individu sehingga kesalahan yang diperbuat satu orang menjadi tanggung jawab bersama-sama. Inilah yang menjadi keunikan dari model terapi sosial, yaitu memfungsikan komunitas sedemikian rupa sebagai agen perubahan (*agent of change*).

3. Model Terapi Psikologis

Model ini diadaptasi dari teori psikologis Mc Lellin, dkk. Yang menyebutkan bahwa tidak berfungsi selayaknya karena terjadi konflik sehingga pecandu memakai obat pilihannya untuk meringankan atau melepaskan beban psikologis itu. Model terapi ini mementingkan penyembuhan emosional dari pecandu narkoba yang bersangkutan, dimana jika emosinya dapat dikendalikan, maka mereka tidak akan mempunyai masalah lagi dengan obat-obatan. Jenis dari terapi model psikologis ini biasanya banyak dilakukan pada konseling pribadi, baik dalam pusat rehabilitasi maupun dalam terapi pribadi.

4. Model Terapi Budaya

Model ini menyatakan bahwa perilaku adiksi obat adalah hasil sosialisasi seumur hidup dalam lingkungan sosial atau kebudayaan tertentu. Dalam hal ini, keluarga seperti juga lingkungan dapat dikategorikan sebagai “lingkungan sosial dan kebudayaan tertentu” (Nasir, 2011).

2.3.5 Peran perawat dalam *milieu therapy*

Perawat sebagai individu yang unik dan selalu berada dengan pasien selama 24 jam dibandingkan dengan anggota tim kesehatan lainnya sehingga peranannya dalam menyelenggarakan terapi lingkungan menjadi lebih besar. Perawat sebagai seorang manusia dan bertugas dalam terapi lingkungan harus dapat menilai dirinya tentang kesadaran diri, kekuatan, dan kemampuan hal pengetahuan tentang antropologi, kebudayaan karena akan membantu dirinya untuk bertoleransi terhadap perilaku-perilaku yang ditunjukkan oleh pasien. Peran perawat dalam menyelenggarakan terapi lingkungan adalah sebagai berikut :

1. Pencipta lingkungan yang aman dan nyaman.
 - 1) Perawat menciptakan dan mempertahankan iklim / suasana yang akrab, menyenangkan, saling menghargai di antara sesama perawat, petugas kesehatan, dan pasien.
 - 2) Perawat yang menciptakan suasana yang aman dari benda-benda atau keadaan-keadaan yang menimbulkan terjadinya kecelakaan / luka terhadap pasien atau perawat.
 - 3) Menciptakan suasana yang nyaman.

- 4) Pasien diminta berpartisipasi melakukan kegiatan bagi dirinya sendiri dan orang lain seperti yang biasa dilakukan di rumahnya, misalnya membereskan kamar.
2. Penyelenggara proses sosialisasi.
 - 1) Membantu pasien belajar berinteraksi dengan orang lain, mempercayai orang lain, sehingga meningkatkan harga diri dan berguna bagi orang lain.
 - 2) Mendorong pasien untuk berkomunikasi tentang ide-ide, perasaan, dan perilakunya secara terbuka sesuai dengan aturan di dalam kegiatan-kegiatan tertentu.
 - 3) Melalui sosialisasi pasien belajar tentang kegiatan-kegiatan atau kemampuan yang baru, dan dapat dilakukannya sesuai dengan kemampuan dan minatnya pada waktu yang luang.
 3. Sebagai teknis perawatan.

Selama proses terapi lingkungan, fungsi perawat adalah memberikan / memenuhi kebutuhan dari pasien, memberikan obat-obatan yang telah ditetapkan, mengamati efek obat dan perilaku-perilaku yang menonjol / menyimpang, serta mengidentifikasi masalah-maslah yang timbul dalam terapi tersebut.
 4. Sebagai *leader* atau pengelola

Perawat harus mampu mengelola sehingga tercipta lingkungan terapeutik yang mendukung penyembuhan dan memberikan dampak baik secara fisik maupun secara psikologis kepada pasien (Nasir, 2011).

2.3.6 Jenis-jenis kegiatan *milieu therapy*

1. Terapi rekreasi

Terapi yang menggunakan kegiatan pada waktu luang, dengan tujuan pasien dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan, serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial. Pada proses terapi, perawat harus dapat menyesuaikan kegiatan dengan tingkatan umur, misalnya untuk remaja yang membutuhkan kegiatan yang mengeluarkan banyak energi, seperti basket, berenang, dan lain-lain. Sementara itu, untuk orang tua tidak mengeluarkan banyak tenaga seperti main kartu, karambol, dan sebagainya.

2. Terapi kreasi seni

Perawat dalam terapi ini dapat sebagai *leader* atau bekerja sama dengan orang lain yang ahli dalam bidangnya karena harus sesuai dengan bakat dan minat, diantaranya adalah sebagai berikut :

1) Menari / dance therapy

Suatu terapi dengan menggunakan bentuk ekspresi non verbal dan menggunakan gerakan tubuh dimana mengomunikasikan tentang perasaan-perasaan dan kebutuhan-kebutuhan. Kegiatan dapat disesuaikan dengan kultur dan di mana pasien berasal serta Panti itu berada.

2) Terapi musik

Terapi ini dilakukan melalui musik. Dengan musik memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan perasaan-perasaan seperti marah, sedih, dan kesepian. Pelaksanaan terapi ini dapat dilakukan bersama (berkelompok) atau individual. Pasien yang sedang

sedih biasanya memilih musik yang sentimental, sedangkan pasien yang gembira memilih lagu yang gembira dan menuntut banyak gerak.

3) Terapi dengan menggambar / melukis kelompok

Kegiatan menggambar atau melukis akan memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan tentang apa yang terjadi dengan dirinya. Kegiatan ini dapat dilakukan secara individu atau berbagai sarana di RS, rawat jalan, ataupun dirumah-rumah perawatan. Selain itu, menggambar juga akan menurunkan ketegangan dan memusatkan pikiran pada kegiatan.

4) Literatur / *biblio therapy*

Terapi dengan kegiatan membaca seperti novel, majalah, buku-buku, dan kemudian mendiskusikan di antara pasien tentang pendapat-pendapatnya terhadap topik yang dibaca. Tujuannya adalah untuk mengembangkan wawasan diri dan bagaimana mengekspresikan perasaan/pikiran dan perilaku yang sesuai dengan norma-norma yang ada.

3. *Pettherapy*

Terapi ini bertujuan untuk menstimulasi respons pasien yang tidak mampu mengadakan hubungan interaksi dengan orang-orang dan pasien biasanya merasa kesepian, menyendiri. Sarana yang digunakan adalah binatang-binatang di mana dapat memberikan respons menyenangkan kepada pasien, sering kali dipergunakan pada pasien anak dengan akustik.

4. *Planttherapy*

Plant therapy adalah salah satu bentuk therapy aktif. *Plant therapy* telah menjadi bagian penting dari perawatan pasien karena dapat meningkatkan

kesehatan tubuh, pikiran dan semangat serta kualitas hidup. *Plant therapy* adalah therapy yang unik karena therapy ini membuat klien berhubungan dengan makhluk hidup yaitu tumbuh-tumbuhan yang memerlukan perawatan yang tidak boleh diskriminatif. *Plant therapy* memberikan keuntungan bagi empat area dasar yaitu kognitif, sosial, perkembangan psikologis dan fisik (Joel'ea, 2012).

1) Kognitif

Keuntungan kognitif yaitu mempelajari kemampuan dan bahasa baru, melalui *plant therapy* klien dapat meningkatkan kemampuan membuat keputusan dan memecahkan masalah, disamping kemampuan untuk mempelajari instruksi yang kompleks. Klien mampu bekerja secara mandiri sehingga dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap lingkungan di sekitar mereka.

2) Sosial

Plant therapy membuat klien bekerja di dalam kelompok dengan cara berbagi, berinteraksi dan berkompromi untuk bekerja sama dalam mencapai tujuan. Berinteraksi sosial di dalam kelompok membantu pasien lebih baik.

3) Perkembangan psikologis

Perkembangan psikologis termasuk peningkatan harga diri dan percaya diri. Bekerja dengan tanaman membuat klien merasakan rasa tanggung jawab, mengetahui mereka bertanggung jawab untuk memelihara dan merawat tumbuhan hidup membuat pasien merasa lebih produktif dan

merasa termotivasi. Klien merasa tenang dan menjadi lebih terbuka untuk berbicara mengenai masalah mereka.

4) Peningkatan fisik

Peningkatan fisik terjadi karena klien bekerja pada udara segar, menggerakkan tubuh dan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan lingkungan. *Plant therapy* dapat melatih otot dengan merangsang perkembangan motorik kasar dan motorik halus untuk membantu klien memperoleh rasa terhadap warna, tekstur, bentuk dan penciuman. Perawat dapat menggunakan tanaman dan tumbuhan.

2.3.7 Penatalaksanaan *milieu therapy*

1. Pasien rendah diri (*low self esteem*), depresi (*depression*), dan bunuh diri (*suicide*).

Syarat lingkungan secara psikologis harus memenuhi hal-hal sebagai berikut :

- 1) Ruangan aman dan nyaman.
- 2) Terhindar dari alat-alat yang dapat digunakan untuk mencederai diri sendiri atau orang lain.
- 3) Alat-alat medis, obat-obatan, dan jenis cairan medis di lemari dalam keadaan terkunci.
- 4) Ruangan harus ditempatkan di lantai satu dan keseluruhan ruangan mudah dipantau oleh petugas kesehatan.
- 5) Tata ruangan menarik dengan cara menempelkan poster yang cerah dan meningkatkan gairah hidup pasien.
- 6) Warna dinding cerah.
- 7) Adanya bacaan ringan, lucu, dan memotivasi hidup.

- 8) Hadirkan musik ceria, televisi, dan film komedi.
- 9) Adanya lemari khusus untuk menyimpan barang-barang pribadi pasien.

Syarat lingkungan sosial adalah sebagai berikut :

- 1) Komunikasi terapeutik dengan cara semua petugas menyapa pasien sesering mungkin.
- 2) Memberikan penjelasan setiap akan melakukan kegiatan keperawatan atau kegiatan medis lainnya.
- 3) Menerima pasien apa adanya, jangan mengejek atau merendahkan.
- 4) Meningkatkan harga diri pasien.
- 5) Membantu menilai dan meningkatkan hubungan sosial secara bertahap.
- 6) Membantu pasien dalam berinteraksi dengan keluarganya.
- 7) Sertakan keluarga dalam rencana asuhan keperawatan, jangan membiarkan pasien sendiri terlalu lama di ruangnya.

2. Pasien dengan amuk

Syarat lingkungan fisik adalah sebagai berikut :

- 1) Ruangan aman, nyaman, dan mendapat pencahayaan yang cukup.
- 2) Pasien satu kamar, satu orang, bila sekamar lebih dari satu jangan dicampur antara yang kuat dengan yang lemah.
- 3) Ada jendela berjeruji dengan pintu dari besi terkunci.
- 4) Tersedia kebijakan dan prosedur tertulis tentang protokol pengikatan dan pengasingan secara aman, serta protokol pelepasan pengikatan.

Syarat lingkungan psikososial adalah sebagai berikut :

- 1) Komunikasi terapeutik, sikap bersahabat, dan perasaan empati.
- 2) Observasi pasien tiap 15 menit.

- 3) Jelaskan tujuan pengikatan/pengekangan secara berulang-ulang.
- 4) Penuhi kebutuhan fisik pasien.
- 5) Libatkan keluarga.
- 6) Pasien merasa aman atau senang dan tidak merasa takut.
- 7) Dilingkungan rumah sakit/panti /bangsal yang bersih.
- 8) Tingkah laku dikomunikasikan dengan jelas untuk mempertahankan atau mengubah tingkah laku pasien.
- 9) Tata ruangan menarik dan poster yang cerah akan meningkatkan gairah terhadap pasien (Nasir, 2011).

2.4 Konsep TOGA (Tanaman Obat Keluarga)

2.4.1 Pengertian toga (tanaman obat keluarga)

Tanaman obat keluarga (toga) adalah tanaman hasil budidaya rumahan yang berkhasiat sebagai obat. Tanaman obat keluarga adalah tanaman yang ditanam di halaman rumah, kebun ataupun sebidang tanah yang dimanfaatkan sebagai budidaya tanaman yang berkhasiat sebagai obat dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga akan obat-obatan (Ardhi, 2011).

Tanaman obat keluarga (Toga) juga berfungsi sebagai pemanfaatan lingkungan disekitar rumah dan kebun. Budidaya tanaman obat untuk keluarga dapat memacu usaha kecil dan menengah di bidang obat-obatan herbal sekalipun dilakukan secara individual, disamping itu keluarga dapat membudidayakan tanaman obat secara mandiri dan memanfaatkannya, sehingga akan terwujud prinsip kemandirian dalam pengobatan keluarga (Ardhi, 2011).

2.4.2 Manfaat toga (tanaman obat keluarga)

1. Sebagai pelengkap obat-obatan keluarga yang bersifat tradisional.
2. Bernilai tambah estetika bila di tata dengan bagus dan rapi.
3. Memberi contoh cara pemanfaatan lingkungan pekarangan.
4. Menambah nilai keasrian dan kesejukan halaman pekarangan rumah.
5. Tentunya dapat dikelola dengan baik dan dapat menghasilkan pendapatan tambahan (Ardhi, 2011).

2.4.3 Jenis dan manfaat tanaman obat keluarga (toga)

1. Jenis tanaman obat keluarga yang dimanfaatkan daunnya, contohnya: Seledri; manfaatnya untuk menyembuhkan tekanan darah tinggi.
2. Jenis tanaman obat keluarga yang dimanfaatkan batangnya, contohnya: Kayu manis; manfaatnya untuk mengobati penyakit batuk, sesak nafas, nyeri lambung, perut kembung, diare, rematik, dan menghangatkan lambung.
3. Jenis tanaman obat keluarga yang dimanfaatkan akarnya, contohnya: Pepaya; manfaatnya untuk obat cacing. Aren; manfaatnya untuk obat diuretik.
4. Jenis tanaman obat keluarga yang dimanfaatkan umbinya, contohnya: Jahe; manfaatnya menghangatkan tubuh, mengobati sakit pinggang, asma, muntah, dan nyeri otot. Kencur; manfaatnya mengobati sakit kepala, obat batuk, melancarkan keringat, dan mengeluarkan dahak. Kunyit; manfaatnya mengobati diare, masuk angin, hepatitis, dan kejang-kejang.
5. Jenis tanaman obat keluarga yang dimanfaatkan bijinya, contohnya: Kecubung; manfaatnya untuk mengobati penyakit asma, bisul, dan anus turun. Pala; manfaatnya sebagai stimulasi setempat terhadap saluran

pencernaan, bahan obat pembius, menyebabkan rasa kantuk, dan memperlambat pernafasan.

6. Jenis tanaman obat keluarga yang dimanfaatkan buahnya, contohnya: Jeruk nipis; manfaatnya mengobati penyakit demam, batuk kronis, kurang darah, menghentikan kebiasaan merokok, menghilangkan bau badan, menyegarkan tubuh, dan memperlancar buang aor kecil. Mengkudu; manfaatnya mengobati radang usus, susah buang air kecil, batuk, amandel, difteri, liver, sariawan, tekanan darah tinggi, dan sembelit.

2.4.4 Definisi milieu therapy:plant therapy kelompok

Kelompok adalah kumpulan individu dua orang atau lebih. Kelompok dapat dikategorikan dengan berbagai cara, antara lain berdasarkan konseptual dari kelompok tersebut, berdasarkan tujuan dan penanganan serta berdasarkan jumlah dari anggota kelompok atau hubungan interpersonal anggotanya (Boyd & Nihart, 1998). Psikoterapi kelompok adalah terapi dengan orang-orang yang emosinya sakit dipilih dengan teliti dipertemukan didalam kelompok yang dipandu oleh terapis terlatih dan saling membantu satu sama lain memengaruhi perubahan kepribadian (Kaplan & Sadock, 2010).

Milieu therapy merupakan terapi penyembuhan pasien melalui modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan. Sedangkan pengertian dari *plant therapy* merupakan salah satu bentuk therapy aktif. *Plant therapy* telah menjadi bagian penting dari perawatan pasien karena dapat meningkatkan kesehatan tubuh, pikiran dan semangat serta kualitas hidup. *Plant therapy* ini bersifat unik karena membuat klien berhubungan dengan makhluk hidup yaitu tumbuh-tumbuhan yang memerlukan perawatan yang tidak boleh diskriminatif.

Peran perawat dalam pemberian *milieu therapy:plant therapy* ini dapat melihat perubahan lansia yang depresi tentang peningkatan kognitif, sosial, perkembangan psikologis, dan peningkatan fisiknya. Menurut Stuart & Laraia, (2001) *milieu therapy* ini dapat digunakan untuk membantu perkembangan dari empat kemampuan psikologis lansia yang mengalami depresi diantaranya adalah :

1. Orientasi

Orientasi adalah pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap waktu, tempat, orang dan tujuan. Kesadaran akan elemen ini dapat didukung oleh interaksi dan aktivitas seluruh pasien. Misalnya, dengan memperkenalkan identitas dan peran diri, dan alasan untuk berinteraksi dengan orang lain membantu pasien dengan disorientasi untuk berinteraksi dengan lingkungan semua pasien diharapkan dapat mencapai tingkat orientasi dan kesadaran realitas yang lebih tinggi.

2. Asersi

Kemampuan untuk mengekspresikan diri seseorang dapat ditunjukkan dan dilatih dalam berbagai cara perawatan. Dukungan bagi pasien untuk mengekspresikan diri secara efektif dan dalam perilaku sosial yang dapat diterima pada topik yang spesifik adalah tujuan secara keseluruhan. Beberapa contoh intervensi antara lain latihan kelompok asertif, kelompok fokus untuk pasien dengan penurunan fungsi, dan kelompok interaksi pasien.

3. Okupasi

Banyak kesempatan terapeutik diperoleh melalui penyelesaian aktivitas secara individu maupun kerjasama kelompok, contohnya menghabiskan waktu untuk bekerja sama dengan pasien dalam mengerjakan sesuatu yang

sederhana seperti puzzle merupakan aktivitas yang bermanfaat bagi perkembangan kemampuan fisik dan interaksi sosial sehingga pasien dapat merasa percaya diri dan meraih prestasi melalui aktivitas yang teratur.

4. Rekreasi

Kemampuan untuk ikut serta dan menikmati waktu senggang secara konstruktif adalah jalan keluar yang baik untuk bersenang-senang dan relaksasi. Tersedianya berbagai aktivitas rekreasi membantu pasien dalam menerapkan berbagai kemampuan yang telah mereka pelajari termasuk orientasi, asersi, interaksi sosial, dan keterampilan fisik. Contohnya seperti beberapa permainan informal seperti kartu, teka-teki, atau bingo dan perjalanan keluar.

Dengan pemberian kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok dimana peserta yang mengikuti terapi ini adalah lansia yang mengalami depresi. Diharapkan dengan pemberian terapi ini gangguan psikologis terutama depresi yang terjadi akibat perubahan yang dialami dapat diturunkan dan dilalui dengan mudah oleh para lansia.

2.4.5 Sistem neuroendokrin

Area limbik di otak berhubungan dengan emosi yang memengaruhi hipotalamus. Hipotalamus kemudian mengontrol kelenjar endokrin dan tingkat hormon yang dihasilkannya. Hormon yang dihasilkan hipotalamus juga memengaruhi kelenjar pituitari. Relevansinya terkait dengan gejala vegetatif pada gangguan depresi., seperti gangguan tidur dan rangsangan selera. Berbagai temuan mendukung hal tersebut, bahwa orang yang depresi memiliki tingkat kortisol (hormon adrenokortikal) yang tinggi. Hal itu disebabkan produksi yang

berlebih dari pelepasan hormon rotropin oleh hipotalamus (Davison et al, 2004 dalam Nasir, 2011). Banyaknya kortisol tersebut juga berhubungan dengan kerusakan pada hipokampus dan penelitian juga telah membuktikan bahwa pada orang depresi menunjukkan hipokampal yang tidak normal. Penelitian mengenai Sindrom Cushing's juga dikaitkan dengan tingginya tingkat kortisol pada gangguan depresi.

2.4.6 Neurobiologis

Teori biologis memfokuskan pada abnormalitas norepinefrin (NE) dan serotonin (5-HT). Hipotesis katekolamin menyatakan bahwa depresi disebabkan oleh rendahnya kadar NE otak. Pada beberapa pasien, kadar MHPG (metabolit utama NE rendah). Hipotesis indolamin menyatakan bahwa rendahnya neurotransmitter serotonin (5HT) otak menyebabkan depresi. Hipotesis lain menyatakan bahwa penurunan NE menimbulkan depresi. Mekanisme kerja obat antidepresan mendukung teori ini. Antidepresan klasik trisiklik memblok ambilan kembali (reuptake) NE dan 5-HT, serta menghambat monoamin oksidase inhibitor mengoksidasi NE. Penelitian terbaru menyatakan bahwa mungkin terdapat hipometabolisme otak di lobus frontalis, yang menyeluruh pada depresi atau beberapa abnormalitas fundamental ritmik sirkadian pada pasien-pasien depresi.

2.4.7 Neurotransmitter dan sinaps

Jaringan otak terdiri atas berjuta-juta sel otak yang disebut neuron. Sel ini terdiri atas badan sel, ujung akson, dan dendrit. Bagian di antara ujung sel neuron satu dengan yang lain terdapat celah yang disebut celah sinaptik atau sinapsis. Satu neuron menerima berbagai macam informasi yang datang, mengolah atau mengintegrasikan informasi tersebut, lalu mengeluarkan responnya yang dibawa

suatu senyawa neurokimiawi yang disebut neurotransmiter. Terjadinya potensial aksi dalam membran sel neuron memungkinkan dilepaskannya molekul neurotransmiter dari akson terminalnya (prasinaptik) ke celah sinaptik, lalu ditangkap reseptor di membran sel dendrit dari neuron berikutnya. Selanjutnya terjadilah loncatan listrik dan komunikasi neurokimiawi antara dua neuron. Pada reseptor bisa terjadi “supersensitivitas” dan “subsensitivitas”. Bila karena suatu hal, misalnya subsensitivitas reseptor-reseptor pada membran sel paskasinaptik, neurotransmiter epinefrin, norepinefrin, serotonin, dopamin menurun kadarnya pada celah sinaptik, terjadilah sindrom depresi. Demikian pula bila terjadi disregulasi asetilkolin yang menyebabkan menurunnya kadar neurotransmiter asetilkolin di celah sinaps sehingga terjadilah gejala depresi.

2.4.8 HPA aksis (*Hypothalamic-Pituitary-Adrenal*)

Bila pengalaman yang berbentuk stressor dalam kehidupan sehari-hari kita tercatat dalam korteks serebri dan sistem limbik sebagai stresor atau emosi yang mengganggu, bagian dari otak ini akan mengirim pesan ke tubuh. Tubuh meningkatkan kewaspadaan untuk mengatasi stresor tersebut. Target adalah kelenjar adrenal. Adrenal akan mengeluarkan hormon kortisol untuk mempertahankan kehidupan. Kortisol memegang peranan penting dalam mengatur tidur, nafsu makan, fungsi ginjal, sistem imun, dan semua faktor penting kehidupan. Peningkatan aktivitas glukokortikoid (kortisol) merupakan respons utama terhadap stresor. Kadar kortisol yang meningkat menyebabkan “umpan balik”, yaitu hipotalamus menekan sekresi *corticotropik-releasing hormone* (CRH), kemudian mengirimkan pesan ini ke hipofisis sehingga hipofisis juga menurunkan produksi *adrenocorticotropin hormone* (ACTH). Akhirnya pesan ini

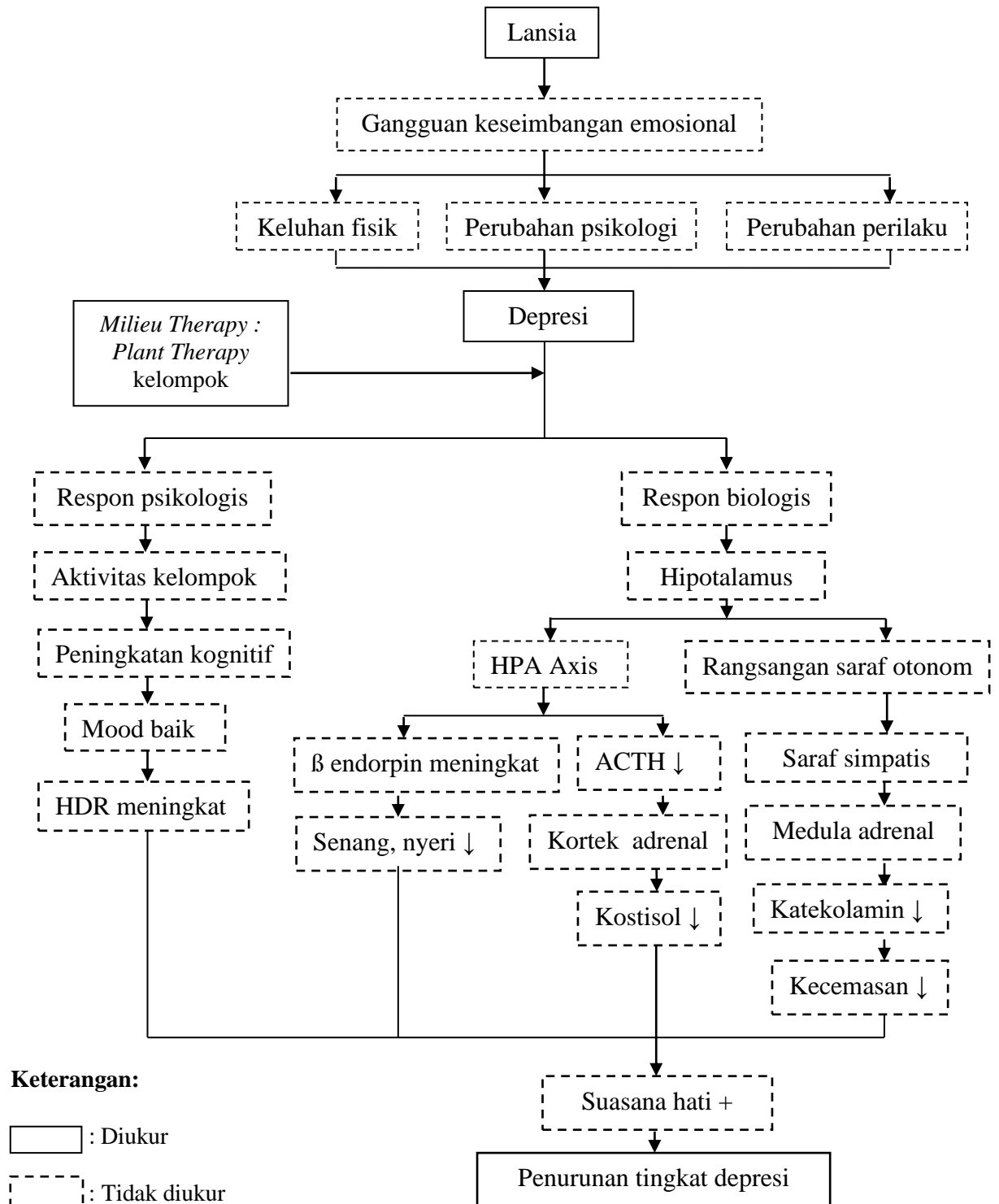
juga diteruskan kembali ke adrenal untuk mengurangi produksi kortisol. Sistem CRH merupakan sistem yang paling terpengaruh oleh stresor yang dialami seseorang pada awal kehidupannya.

Stresor yang berulang menyebabkan peningkatan sekresi CRH dan penurunan sensitivitas reseptor CRH adenohipofisis. Stresor pada awal masa perkembangan ini dapat menyebabkan perubahan yang menetap pada sistem neurobiologik atau dapat membuat jejak pada sistem saraf yang berfungsi merespon stresor tersebut. Akibatnya, seseorang menjadi rentan terhadap stresor dan resiko terhadap penyakit-penyakit yang berkaitan dengan stresor yang meningkat, seperti terjadinya depresi setelah dewasa. Depresi dapat dicetuskan hanya oleh stresor yang derajatnya sangat ringan, respon sistem otonom dan hipofisis-adrenal terhadap stresor psikososial pada wanita dengan depresi yang mempunyai riwayat penyiksaan fisik dan seksual ketika masa anak. Kerentanan ini menyebabkan sekresi CRH sangat tinggi bila orang tersebut menghadapi stresor. Sekresi tinggi CRH ini akan berpengaruh pula pada tempat di luar hipotalamus, misalnya di hipokampus. Akibatnya, mekanisme “umpan balik” semakin terganggu. Hal ini menyebabkan ketidakmampuan kortisol menekan sekresi CRH sehingga pelepasan CRH semakin tinggi. Hal ini mempermudah seseorang mengalami depresi mayor, bila berhadapan dengan stresor.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap tingkat depresi pada lansia di rumah usiawan panti surya surabaya (Tavris, 2007).

Dalam kerangka konseptual dapat dijelaskan bahwa mekanisme tingkat depresi dengan pemberian *milieu therapy:plant therapy* kelompok pada lansia. lansia cenderung akan mengalami gangguan keseimbangan emosional akibat kehilangan orang yang dicintainya, kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan, pindah tempat tinggal, dan kematian.

Pada lansia yang mengalami berbagai gangguan keseimbangan emosional seperti; keluhan fisik, perubahan psikologi, dan perubahan perilaku. Keadaan tersebut tidak menutup kemungkinan terjadinya depresi. Adanya *milieu therapy:plant therapy* kelompok pada seseorang yang mengalami depresi maka akan menyebabkan rasa rileks. Depresi ini dapat mempengaruhi respon psikologis dan respon biologis, dimana respon psikologis setelah diberikan *milieu therapy:plant therapy* kelompok dapat meningkatkan perubahan kognitif pada lansia, selain itu mood menjadi baik dan harga diri meningkat sehingga suasana hati menjadi baik dan depresi menurun. Sedangkan respon biologis dapat mempengaruhi hipotalamus yang kemudian akan mengaktifkan bagian simpatis pada saraf otonom dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis yang mempengaruhi medula adrenal untuk menurunkan kecemasan dan membuat suasana hati positif pada lansia. selain itu hipotalamus akan menurunkan sekresi *cortico releasing factor* (CRF) yang akan merangsang pituitary untuk menurunkan sekresi *adenocorticotropin hormone* (ACTH).

Kemudian ACTH melalui korteks adrenal menurunkan sekresi kortisol dan CRF juga merangsang pituitary untuk meningkatkan sekresi β endorfin yang dapat menimbulkan perasaan senang, menurunkan rasa nyeri, dan menghilangkan

kegelisahan. Hal ini akan berpengaruh positif terhadap suasana hati pada lansia sehingga akan terjadi penurunan pada tingkat depresi (Tavris, 2007).

3.2 Hipotesis

H1 : Ada pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap tingkat depresi pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian dalam penelitian ini akan membahas mengenai (1) Desain Penelitian (2) Kerangka Operasional (3) Populasi, Sampel dan Sampling (4) Identifikasi Variabel (5) Definisi Operasional (6) Pengumpulan dan Pengolahan Data (7) Etika Penelitian (8) Keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang mempengaruhi akurasi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini desain penelitian yang digunakan adalah Rancangan Penelitian Eksperimen Semu (*Quasy-Eksperimen*). Dalam rancangan ini, kelompok eksperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok diawali dengan (*pre tes*), dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (*post tes*).

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian Pengaruh *Milieu Therapy:Plant Therapy* Kelompok terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia

Subyek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K-A	O	1	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

K-A : Subyek (lanjut usia) perlakuan

K-B : Subyek (lanjut usia) kontrol

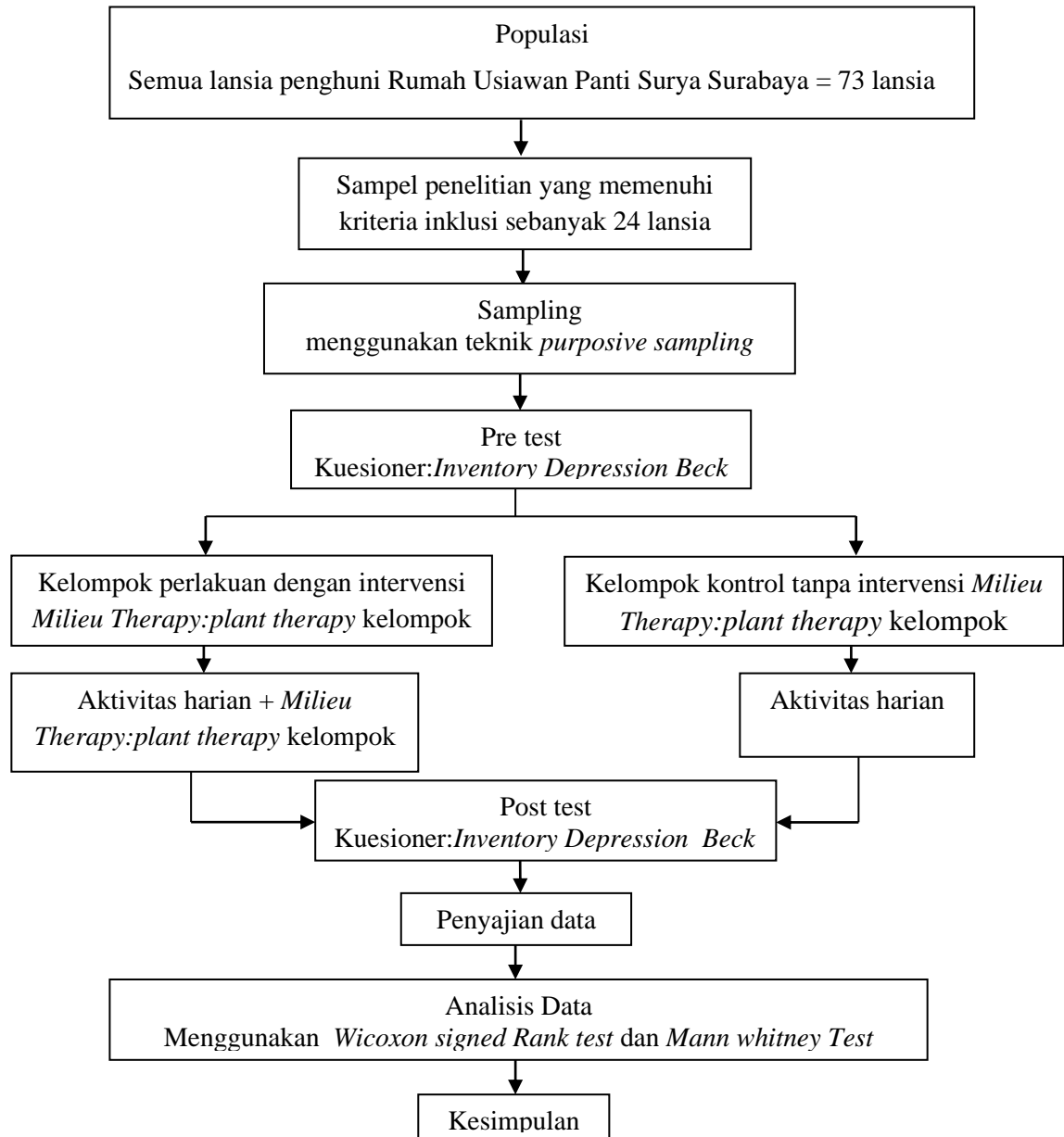
O : Observasi Sebelum *Milieu Therapy*

I : Intervensi/Perlakuan (*Milieu Therapy*)

O1 (A+B) : Observasi setelah diberikan *milieu therapy*

4.2 Kerangka Operasional

Kerangka operasional adalah bagan kerja rancangan kegiatan penelitian yang akan dilakukan (Alimul, 2003). Dalam kerangka operasional ini dapat dilihat secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Model kerangka operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar 4.1



Gambar 4.1 Kerangka Konseptual Penelitian *Milieu Therapy: Plant Therapy* Kelompok Sebagai Penurunan Tingkat Depresi Pada Lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya.

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh lansia yang tinggal di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya yang berjumlah 73 lansia.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang di ambil dari keseluruhan objek yang di teliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2007). Sampel dalam penelitian ini harus memenuhi persyaratan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti dengan pertimbangan ilmiah.

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias hasil peneliti khususnya terhadap variabel-variabel (perancu) yang ternyata mempunyai pengaruh terhadap variabel yang diteliti. Menurut Nursalam (2008) kriteria sampel dibedakan menjadi 2, yaitu inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Lansia yang mengalami depresi
- 2) Bersedia menjadi responden
- 3) Lansia yang mengalami depresi dan tidak mengalami gangguan fisik

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Lansia yang mengalami penurunan kesadaran, komunikatif, dan kooperatif
- 2) Lansia yang menolak menjadi responden
- 3) Lansia yang mengalami gangguan pendengaran dan penglihatan

4.3.3 Sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek peneliti.

Penelitian ini menggunakan *non-probability sampling* dengan metode *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2007). Dari 73 lansia yang bertempat tinggal di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya dilakukan pengukuran tingkat depresi dengan menggunakan *Inventaris Depresi Beck* didapatkan 24 lansia menderita depresi yang sesuai dengan kriteria inklusi. Pertimbangan untuk membagi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol secara acak. Kemudian pada kelompok perlakuan sebanyak 12 lansia diberikan suatu perlakuan berupa kegiatan *Milieu Therapy*, sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 12 lansia tidak dilakukan perlakuan. Dasar pertimbangan menggunakan teknik ini adalah agar peneliti dapat melihat tingkat depresi setelah dilakukan

kegiatan *Milieu Therapy* pada lansia dengan menggunakan *Inventaris Depresi Beck* pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel merupakan objek atau perlakuan dan hasil yang menjadi perhatian dalam penelitian. Variabel penelitian ini dibagi menjadi dua bagian yaitu:

4.4.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel yang lain (Nursalam, 2008). Variabel bebas biasanya merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien untuk mempengaruhi tingkah laku klien tersebut. Variabel Independen pada penelitian ini adalah kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok.

4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan variabel yang lain (Nursalam, 2008). Variabel tergantung adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menetapkan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat depresi lansia.

4.5 Definisi operasional

Definisi operasional adalah didefinisikan berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Definisi operasional dirumuskan untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi (Nursalam, 2008). Definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh *Milieu Therapy:Plant Therapy* Kelompok Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen <i>Milieu therapy: plant therapy</i> kelompok	Penggunaan <i>milieu therapy</i> yang merupakan suatu modifikasi lingkungan yang bertujuan untuk penyembuhan pasien, tindakan yang diberikan berupa <i>plant therapy</i> untuk memberikan perasaan senang dan kondisi rileks yang dapat membangkitkan suasana hati positif.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat, lingkungan dan klien. 2. <i>Milieu Therapy</i> dilakukan 2 minggu selama 6 hari dengan lama pemberian \pm 30 menit. Kegiatan yang diberikan berupa <i>plant therapy</i>/terapi tanaman (toga) kelompok. 3. Prosedur pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> Hari 1 : menanam jenis toga dari daun Hari 2 : menjelaskan manfaat dan cara merawat tanaman Hari 3 : menanam jenis toga dari umbi/rimpang Hari 4 : menjelaskan manfaat dan cara merawat Hari 5 : menanam jenis toga dari buah Hari 6 : menjelaskan manfaat dan cara merawat 	Format SAK		
Dependen Depresi lansia	Suatu keadaan dimana individu mengalami gangguan alam perasaan, hilangnya semangat hidup dan kondisi emosional negatif yang mewarnai pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang.	Inventaris depresi beck: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesedihan 2. Pesimisme 3. Rasa kegagalan 4. Ketidakpuasan 5. Rasa bersalah 6. Tidak menyukai diri sendiri 7. Membahayakan diri sendiri 8. Menarik diri dari sosial 9. Keraguan-raguan 10. Perubahan gambaran diri 11. Kesulitan kerja 12. Keletihan 13. Anoreksia 	Kuesioner, <i>Inventori Depresi Beck (IDB)</i>	Ordinal	Jumlah skor : 0-4 : depresi tidak ada atau minimal 5-7 : Depresi ringan 8-15 : Depresi sedang ≥ 16 : Depresi berat

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen

Instrumen adalah alat ukur atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2006). Instrumen penelitian variabel dependen menggunakan *option Inventaris Depresi Beck* yang diadopsi oleh Beck (1972), dan dikutip oleh Kushariyadi (2010) telah di uji coba dan digunakan secara luas oleh populasi lansia untuk mengukur tingkat depresi lansia. Instrumen yang digunakan pada variabel independen adalah panduan *Inventaris Depresi Beck*.

1. Instrumen I penelitian untuk variabel dependen menggunakan kuesioner *Inventaris Depresi Beck* dalam Kushariyadi (2010). Terdiri dari 13 poin untuk mengetahui tingkat depresi pada lansia. Poin-poin penting yang terdapat dalam *Inventaris Depresi Beck* meliputi, kesedihan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri dari sosial, keragu-raguan, perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, kelelahan, anoreksia. Pertanyaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat depresi yang dialami pada lansia.
2. Instrumen II untuk variabel independen menggunakan Panduan kegiatan *Milieu Therapy:Plant Therapy* Kelompok (Nasir, 2011). Instrumen ini bertujuan untuk mengukur kemampuan lansia dalam melakukan kegiatan untuk menyelesaikan masalah.

4.6.2 Lokasi dan waktu

Penelitian akan dilakukan di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya.

Waktu Penelitian kurang lebih 2 minggu selama 6 kali pertemuan yang dimulai pada tanggal 27 Desember 2012 hingga 2 Januari 2013.

4.6.2 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Menurut Arikunto (2006), dalam penelitian perlu untuk menentukan cara bagaimana dapat memperoleh data mengenai variabel-variabel penelitian. Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan ijin dari Kepala Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya dengan surat pengantar studi awal dan penelitian dari akademik. Setelah mendapatkan ijin peneliti melakukan pengambilan data dengan dengan teknik interview terstruktur pada responden mengacu pada kriteria inklusi dan eksklusi. Lembar permohonan menjadi responden diberikan kemudian menjelaskan maksud dan tujuan penelitian untuk kemudian disetujui dan ditandatangani oleh lansia yang bersedia menjadi responden.

Jumlah seluruh lansia yang bersedia menjadi responden akan dibagi menjadi 2 kelompok, 1 kelompok perlakuan dan 1 kelompok kontrol. Awalnya responden diberikan *pre-test* untuk mengetahui tingkat depresi menggunakan IDB. Kemudian responden dengan kelompok perlakuan diberikan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok sebanyak 3 kali dalam seminggu selama 2 minggu dengan alokasi waktu \pm 30 menit setiap pertemuan. Sedangkan kelompok kontrol tetap dengan kegiatan hariannya tanpa *milieu therapy:plant therapy* kelompok. Setelah 2 minggu pemberian intervensi, kedua kelompok tadi

diberikan *post-test* dengan menggunakan (IDB) untuk mengetahui pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap penurunan depresi pada lansia yang diberi perlakuan dan yang tidak diberi perlakuan *milieu therapy:plant therapy* kelompok.

4.6.4 Cara analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan, dimana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dalam mengungkap fenomena.

1. Skoring atau penilaian data

1) Instrumen I untuk variabel dependen

Instrumen I berbentuk kuesioner *Inventaris Depresi Beck*, pada penelitian ini merupakan variabel tingkat depresi. Penilaian depresi dapat dilihat dengan cara 0-4 depresi tidak ada atau minimal, 5-7 depresi ringan, 8-15 depresi sedang, ≥ 16 depresi berat.

2) Instrumen II untuk variabel independen

Instrumen II berbentuk panduan kegiatan *Milieu Therapy:plant therapy* kelompok

2. Analisis pada tahap awal dihasilkan tabel-tabel tabulasi dan diagram untuk memberikan gambaran secara umum tentang semua variabel yang diteliti. Untuk mengetahui perbandingan nilai antara *pre* perlakuan dan *post* perlakuan dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan disajikan dalam bentuk tabulasi silang antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan komputer. Untuk mengetahui pengaruh antar variabel dilakukan uji statistik *Mann Whitney Test* dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$

maka H1 diterima, artinya ada pengaruh antara dua variabel. Semua analisis yang telah dilakukan kemudian akan dibahas secara deskriptif dan analitik sehingga diperoleh suatu gambaran dan pengertian yang lengkap tentang hasil penelitian.

4.7 Etika Penelitian

4.7.1 Lembar persetujuan (*informed consent*)

Responden terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan serta manfaat intervensi sebelum dilaksanakan penelitian. Kemudian lembar persetujuan (*informed consent*) diberikan pada responden. Jika responden tersebut bersedia untuk diteliti, maka harus menandatangani lembar persetujuan. Tetapi jika responden menolak untuk diikutkan dalam penelitian, maka peneliti dilarang memaksa responden dengan tetap menghormati haknya.

4.7.2 Tanpa nama (*anonimity*)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.7.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dalam penelitian dijamin kerahasiannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Keterbatasan yang dihadapi peneliti dalam melaksanakan penelitian ini antara lain:

1. Jumlah sampel yang digunakan terbatas, sehingga hasil penelitian belum valid untuk digeneralisasikan.
2. *Feasibility*, yaitu dalam melakukan penelitian adanya pertimbangan keterbatasan dana dan keahlian.
3. Keterbatasan waktu penelitian yang mendesak untuk segera terealisasikan sehingga hasil mungkin tidak optimal.
4. Kemampuan peneliti yang terbatas dalam bidang riset sehingga perlu banyak penyempurnaan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini menguraikan tentang hasil penelitian yang dilakukan pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya pada tanggal 27 Desember 2012 sampai dengan 2 Januari 2013. Hasil penelitian meliputi: 1) Gambaran umum lokasi penelitian; 2) Data umum yaitu karakteristik demografi responden meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan sebelum masuk panti, dan lama tinggal di panti; 3) Data khusus meliputi identifikasi tingkat depresi pada lansia sebelum dan sesudah diberi intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok, identifikasi pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap tingkat depresi pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya. Data yang diperoleh akan dilakukan uji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank Test* dan *Mann Whitney Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Rumah Usiawan Panti Surya didirikan pada tanggal 31 Oktober 1974 oleh 5 Gereja Kristen Indonesia (GKI), yaitu: GKI Jatim Argopuro, GKI Jatim Diponegoro, GKI Jatim Ngagel, GKI Jatim Residen Sudirman, dan GKI Jatim Sulung. Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya berdiri diatas tanah seluas ± 2000 m² terdiri atas bangunan kantor, 7 bangunan wisma tempat tinggal yang terdiri dari wisma seruni, melati, mawar, anggrek, anyelir, dahlia, dan 1 wisma perawatan khusus yaitu betesda, ruang bimbingan/aula, ruang keterampilan, ruang

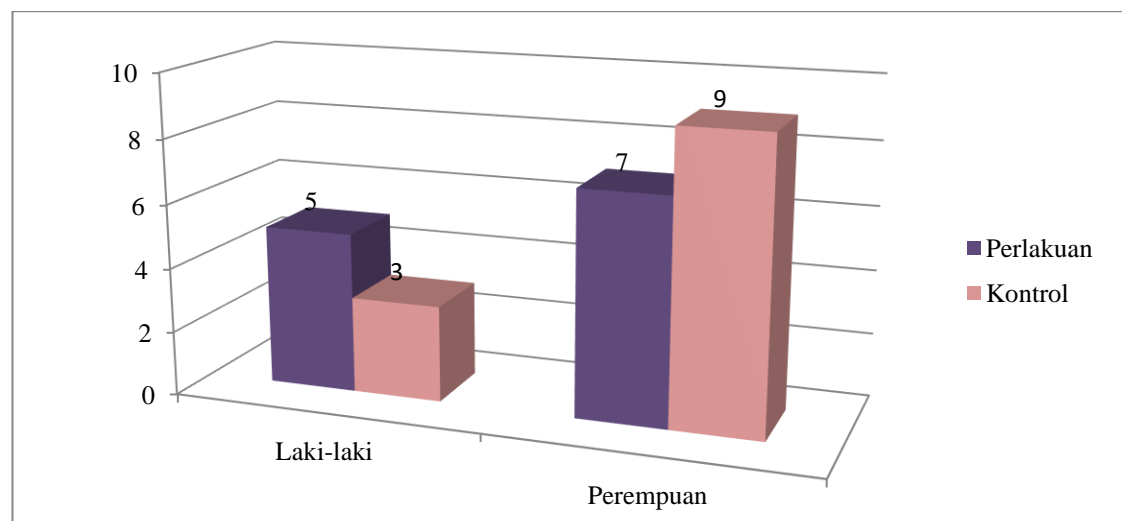
klirik atau perawatan medis, dapur umum, asrama petugas, dan taman. Berdasarkan data pada bulan November 2012 menunjukkan bahwa, Rumah Usiawan Panti Surya pelayanan lanjut usia ini dihuni oleh 73 lansia, terdiri dari 19 lansia laki-laki dan 54 lansia perempuan. Jumlah perawat yang bertugas 14 orang, dokter 3 orang, psikolog 1 orang dan para staf sebanyak 32 orang. Aktivitas lansia di panti adalah sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh pihak panti, berupa kegiatan persekutuan doa dan pemahaman alkitab, senam lansia, berbagai macam keterampilan, latihan paduan suara, mendengarkan lagu-lagu rohani. *Milieu therapy:plant therapy* di Rumah Usiawan Panti Surya lanjut usia ini belum pernah dilakukan sebagai terapi.

5.1.2 Data Umum

Data umum menguraikan data demografi karakteristik responden meliputi:

1) Jenis kelamin, 2) Umur, 3) Pendidikan terakhir, 4) Pekerjaan yang ditekuni, dan 5) Lama tinggal di panti.

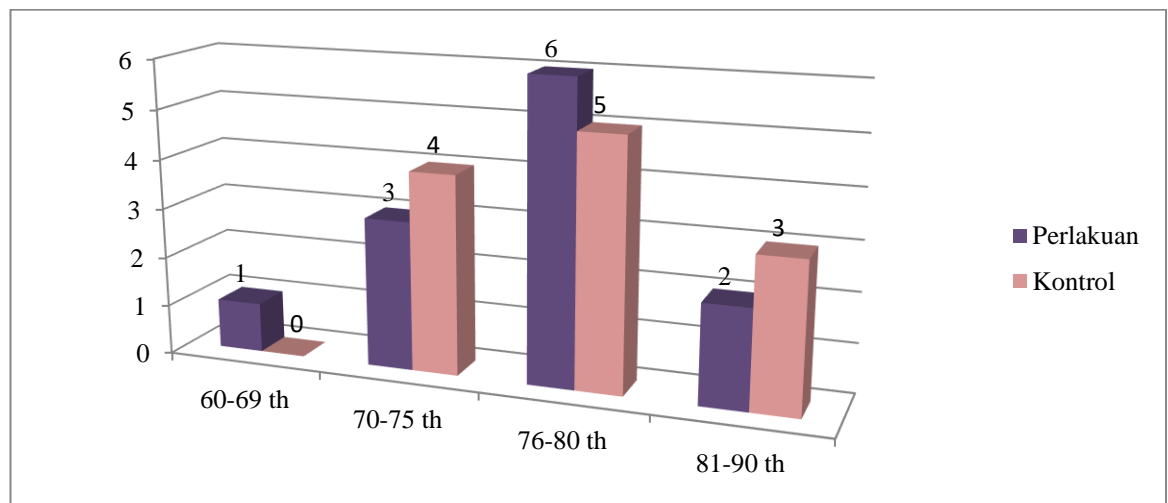
1. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.1 Diagram batang distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

Berdasarkan diagram diatas menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan 5 responden (56%) berjenis kelamin laki-laki dan 7 responden (78%) berjenis kelamin perempuan. Sedangkan pada kelompok kontrol 3 responden (33%) berjenis kelamin laki-laki dan 9 responden (100%) berjenis kelamin perempuan.

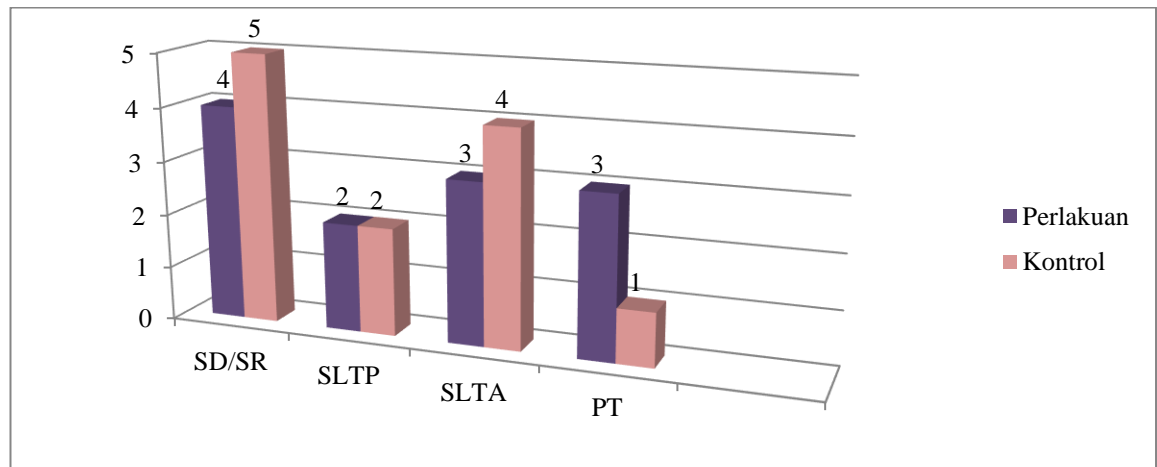
2. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.2 Diagram batang distribusi responden berdasarkan umur, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

Berdasarkan diagram diatas menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan berusia 76-80 tahun sebanyak 6 responden (100%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 5 responden (83%).

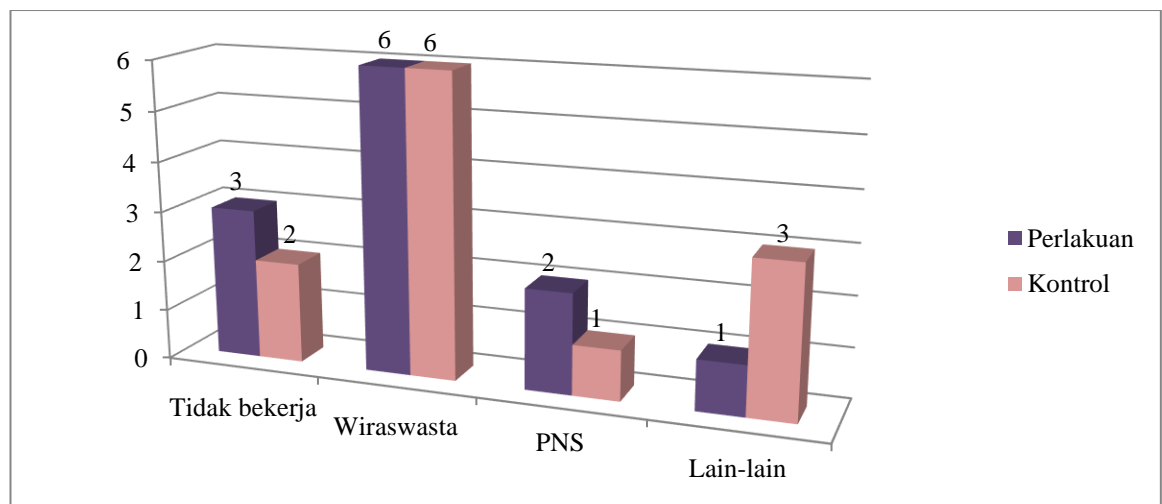
3. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan



Gambar 5.3 Diagram batang distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan, di Rumah usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

Berdasarkan diagram diatas menunjukkan bahwa pendidikan responden pada kelompok perlakuan pada tingkat SD/SR sebanyak 4 responden (80%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 5 responden (100%).

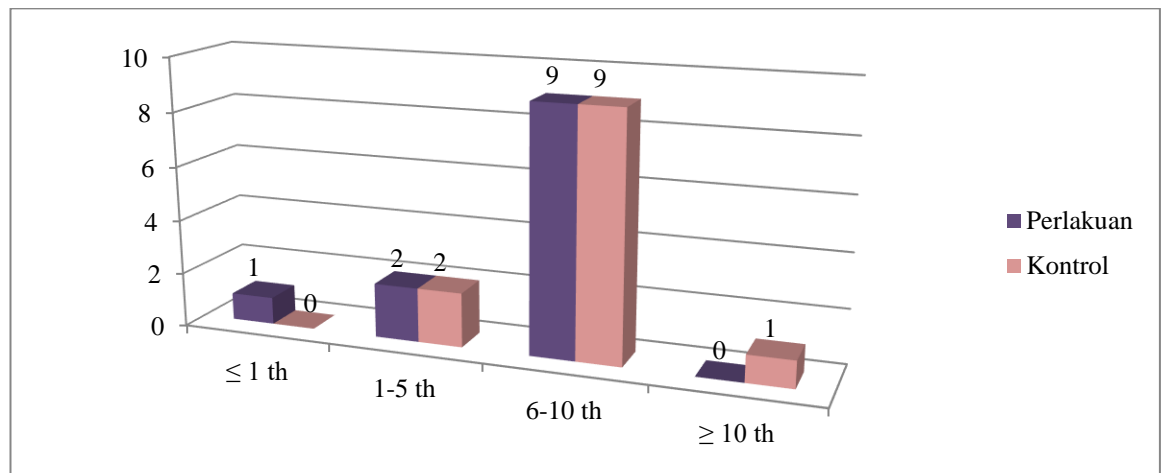
4. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan terakhir yang ditekuni



Gambar 5.4 Diagram batang distribusi responden berdasarkan pekerjaan terakhir yang ditekuni lansia, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

Berdasarkan diagram diatas menunjukkan bahwa pekerjaan terakhir yang ditekuni responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebagian besar wiraswasta 6 responden (100%).

5. Distribusi responden berdasarkan lama tinggal di panti



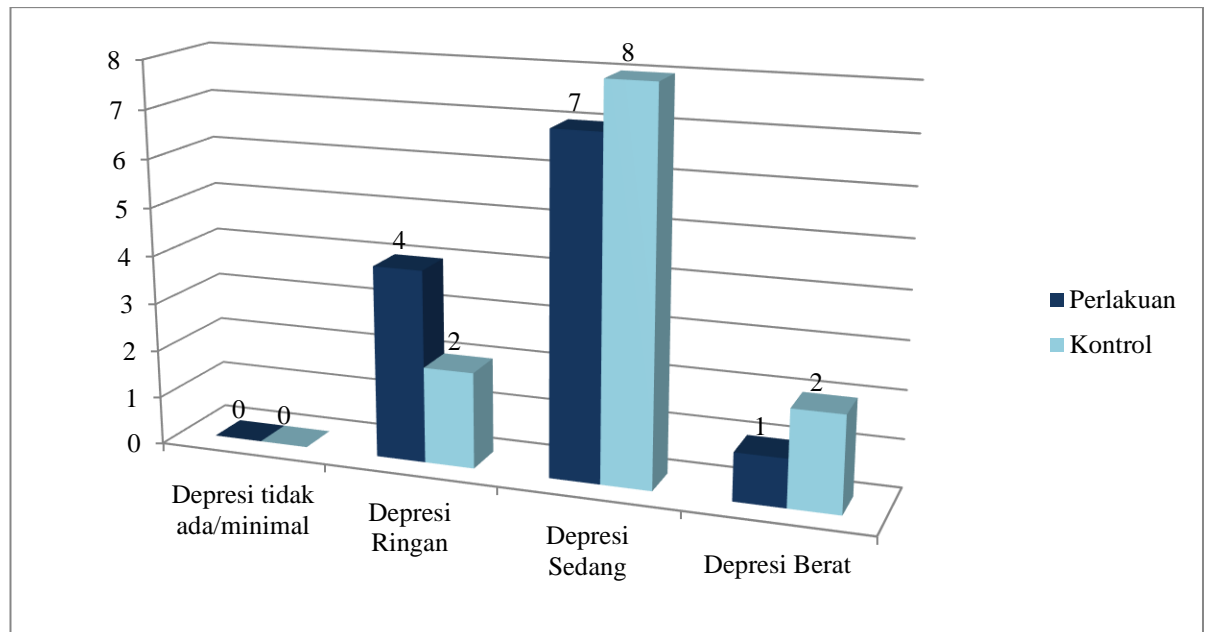
Gambar 5.5 Diagram batang distribusi responden berdasarkan lama tinggal di panti Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

Berdasarkan diagram diatas menunjukkan bahwa prosentase lama tinggal di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebagian besar tinggal di panti selama 6-10 tahun sebanyak 9 responden (90%).

5.1.3 Data Khusus

Pada bab ini akan diuraikan data tentang kondisi depresi pada lansia sebelum dan sesudah dilakukan *milieu therapy:plant therapy* kelompok pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kondisi depresi pada kedua kelompok tersebut diketahui melalui hasil kuesioner IDB (*Inventory Depression Beck*).

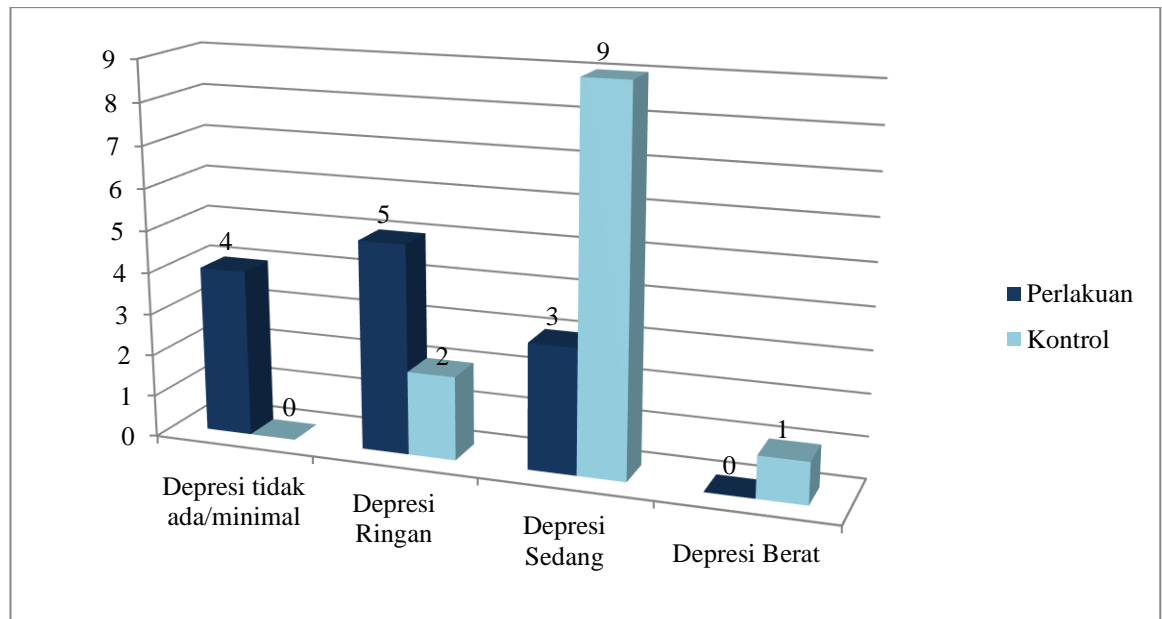
1. Tingkat depresi pada lansia sebelum dilakukan *milieu therapy:plant therapy* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol



Gambar 5.6 Diagram batang tingkat depresi pada lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum diberikan *milieu therapy:plant therapy* kelompok, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

Berdasarkan gambar 5.6 dapat dijelaskan bahwa pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada saat sebelum *milieu therapy:plant therapy* didapatkan paling banyak 7 responden (87,5%) pada kelompok perlakuan telah mengalami depresi sedang dan pada kelompok kontrol 8 responden (100%) telah mengalami depresi sedang. Depresi ringan dialami 4 responden (50%) pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol dialami 2 responden (25%). Depresi berat dialami 1 responden (12,5 %) pada kelompok perlakuan dan 2 responden (25%) pada kelompok kontrol.

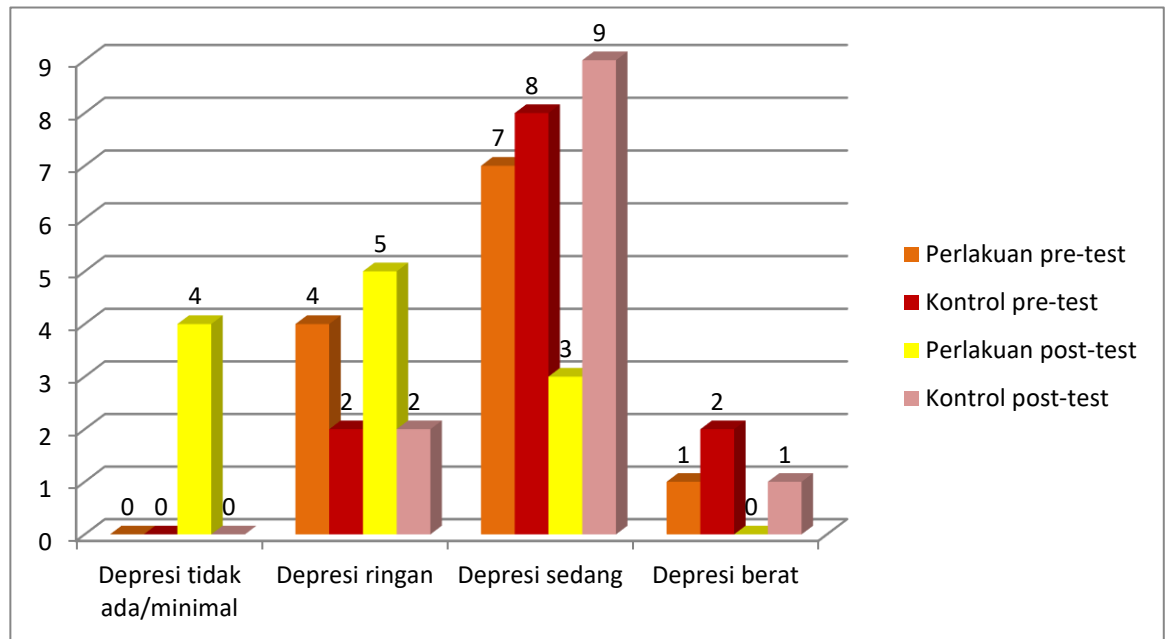
2. Tingkat depresi pada lansia setelah dilakukan *milieu therapy:plant therapy* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol



Gambar 5.7 Diagram batang tingkat depresi pada lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan *milieu therapy:plant therapy* kelompok, di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

Pada diagram gambar 5.7 menjelaskan bahwa pada kelompok perlakuan banyak terjadi perubahan tingkat depresi, yaitu sebagian besar 5 responden (56%) yang mengalami depresi ringan, 4 responden (44%) depresi tidak ada/minimal, dan depresi sedang ada 3 responden (33%). Berbeda dengan kelompok kontrol, pada kelompok ini hanya sedikit mengalami perubahan, antara lain: depresi ringan 2 responden (22%), depresi sedang paling banyak 9 responden (100%), dan depresi berat 1 responden (11%).

3. Perubahan tingkat depresi (*pre-post test*) kelompok perlakuan dan kontrol



Gambar 5.8 Diagram perubahan tingkat depresi (*pre-post test*) kelompok perlakuan dan kontrol pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

Pada diagram 5.8 di atas menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan terjadi perubahan tingkat depresi yaitu didapatkan perubahan penurunan tingkat depresi sedang dari 7 responden (78%) menjadi 3 responden (33%), depresi ringan dari 4 responden (44%) menjadi 5 responden (56%), depresi tidak ada/minimal dari 0 responden (0%) menjadi 4 responden (44%), sedangkan depresi berat dari 1 responden (11%) menjadi 0 responden (0%). Demikian juga pada kelompok kontrol terjadi perubahan tingkat depresi yaitu pada tingkat depresi sedang dari 8 responden (89%) menjadi 9 responden (100%), depresi ringan tidak terjadi perubahan dari 2 responden (22%) tetap, depresi berat dari 2 responden (22%) menjadi 1 responden (11%), sedangkan depresi tidak ada/minimal tidak ditemukan perubahan dari 0 responden (0%) tetap.

4. Tingkat depresi pada lansia sebelum dan setelah *milieu therapy:plant therapy*Tabel 5.1 Tingkat depresi sebelum dan sesudah dilakukan *milieu therapy:plant therapy* kelompok pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya, bulan Desember 2012

No.	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>			
	Perlakuan		Kontrol	
	Pre	Post	Pre	Post
1.	9	6	13	15
2.	11	9	8	7
3.	15	11	12	11
4.	8	6	19	17
5.	5	3	17	15
6.	9	5	9	10
7.	8	5	8	8
8.	5	2	7	8
9.	15	9	10	10
10.	7	3	7	7
11.	7	3	9	9
12.	17	5	15	15
Mean	9,67	5,58	11,17	11,00
Std. D	4,008	2,811	4,041	3,568
	P=0,002 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> $\alpha \leq 0.05$		P=0,603 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> $\alpha \leq 0.05$	
	P=0,001 <i>Mann Whitney Test</i> $\alpha \leq 0.05$			

Pada tabel 5.1 tampak perbedaan tingkat depresi responden yang diberikan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok dan yang tidak mendapatkan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* ditemukan adanya perubahan tingkat depresi pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok dengan nilai $p = 0,002$. Pada kelompok kontrol tidak ditemukan perubahan tingkat depresi yang bermakna sebelum dan sesudah

milieu therapy:plant therapy kelompok dengan nilai $p = 0,603$. Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* diperoleh nilai $p = 0,001$ dengan kesimpulan bahwa ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa hipotesis diterima yang berarti ada pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia.

5.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat dilakukan *pre-test* menggunakan IDB (*Inventori Depresi Beck*), responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol mayoritas mengalami depresi sedang yaitu 7 responden pada kelompok perlakuan dan 8 responden pada kelompok kontrol, tetapi ada 1 responden pada kelompok perlakuan dan 2 responden pada kelompok kontrol mengalami depresi berat. Karakteristik dari responden yang mengalami depresi berat diantaranya; adanya rasa kegagalan sebagai orang tua, tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun, pesimis, keragua-raguan dalam mengambil keputusan, dan kesulitan kerja. Sedangkan pada kelompok perlakuan maupun kontrol dengan depresi sedang mayoritas responden mengalami menarik diri dari sosial, kehilangan semua minat pada orang lain dan tidak memperdulikan orang lain yang ada disekitarnya, adanya sikap keragua-raguan yakni responden mempunyai banyak kesulitan dalam mengambil keputusan atau bahkan tidak mampu untuk membuat keputusan sama sekali, kesulitan kerja mayoritas responden tidak mau mendorong keras untuk melakukan sesuatu atau bahkan tidak melakukan pekerjaan sama sekali, sering mengalami keletihan, responden mudah lelah untuk melakukan sesuatu, dan adanya perasaan kesedihan, hal ini

responden sering mengalami kesedihan sepanjang waktu dan tidak dapat keluar dari kesedihan tersebut.

Menurut (Hawari, 1996 dalam Azizah, 2011) depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realita (*Reality Testing Ability*) masih baik, kepribadian tetap utuh atau tidak mengalami keretakan kepribadian (*Splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal. Sedangkan depresi pada lansia adalah perasaan sedih, ketidakberdayaan, dan pesimis, yang berhubungan dengan suatu penderitaan, dapat berupa serangan yang ditujukan kepada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Nugroho, 2006 dalam Azizah, 2011).

Faktor sosial yang berperan terhadap terjadinya depresi adalah rasa kesepian dan kurangnya interaksi sosial (Soejono dkk, 2005). Kurangnya interaksi sosial yang dimaksud adalah kurangnya komunikasi antar sesama lansia sehingga muncul perasaan tidak diperhatikan lansia yang lain dan tidak dihargai. Hal ini merupakan salah satu stressor terjadinya depresi pada lansia di panti. Nugroho (2000) menyatakan bahwa semua orang akan mengalami proses menua dan dalam proses ini seseorang mengalami proses kemunduran fisik dan mental sedikit demi sedikit sampai tidak dapat melakukan tugasnya lagi. Perubahan tersebut memberikan dampak pada lansia yaitu mempengaruhi perasaan dan afek dimana hal tersebut dapat memberikan gejala depresi.

Tingkat depresi dipengaruhi oleh penerimaan responden terhadap perubahan-perubahan proses menua yang terjadi pada masa lansia, Salah satu

pengalaman yang sering kali menyebabkan seseorang menjadi depresi adalah peristiwa kekerasan. Kondisi kehidupan yang dimiliki seseorang seperti peranan yang mereka miliki, status, tingkat kepuasan terhadap pekerjaan dan keluarga juga dapat mempengaruhi kecenderungan depresi yang dialami seseorang. Banyak dari mereka yang mengalami depresi memiliki riwayat perpisahan dan kehilangan, baik pada masa lalu maupun masa sekarang; dan penolakan oleh orang atau teman

Berkurangnya interaksi sosial dan dukungan sosial yang kurang baik dapat mengakibatkan penyesuaian diri yang negatif pada lansia. Hal ini disebabkan karena menurunnya kapasitas hubungan keakraban dengan keluarga, berkurangnya interaksi dengan keluarga yang dicintai dapat menimbulkan perasaan tidak berguna, merasa disingkirkan, tidak dibutuhkan lagi dan kondisi ini dapat berperan dalam terjadinya depresi. Kemampuan adaptasi, sulit bagi lansia meninggalkan rumah lamanya yang selama ini ditempati bersama-sama orang yang dicintai, yang tentunya mempunyai kenangan manis. Selain itu sikap konservatif lansia menambah sulit untuk menyesuaikan diri pada lingkungan baru. Kondisi ini dapat menyebabkan perasaan tertekan, kesedihan dan keputusasaan.

Pekerjaan masa lalu yang dimiliki responden juga menentukan nilai seseorang sering diukur dengan produktifitas dan identitasnya. Kondisi ini dikaitkan dengan peranan dan pekerjaannya, kehilangan peran dalam pekerjaannya akan menurunkan atau menghilangkan kepuasan responden. Responden yang dulunya aktif kemudian berhenti bekerja, mengalami kesulitan dalam penyesuaian pribadi bahkan tidak jarang menimbulkan kehilangan gairah hidup.

Masih banyaknya responden yang kurang berinteraksi sosial akibat kesedihan yang terus menerus dialaminya dapat dimungkinkan bahwa responden tidak dapat mengatasi masalah yang datang tanpa harus ditangani/dibiarkan karena ketika masalah datang responden cenderung mempunyai penilaian bahwa mereka masih merasa sangat sulit untuk mengatasinya. Hal ini akan menyebabkan situasi yang dapat menimbulkan banyak beban/tekanan dan berpotensi mengancam dirinya sehingga berakibat meningkatnya depresi yang dirasakan dan muncul berbagai keluhan seperti menarik diri dari sosial, keragu-raguan, kesulitan kerja, kelelahan dan kesedihan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat dilakukan *post-test* dengan menggunakan IDB (*Inventori Depresi Beck*), didapatkan hasil bahwa pada kelompok perlakuan banyak terjadi perubahan tingkat depresi, mayoritas 5 responden yang mengalami depresi ringan, 4 responden depresi tidak ada/minimal, dan depresi sedang ada 3 responden. Berbeda dengan kelompok kontrol, pada kelompok ini hanya sedikit mengalami perubahan, antara lain: 2 responden mengalami depresi ringan, 9 responden mengalami depresi sedang, dan 1 responden masih mengalami depresi berat. Setelah dilakukan *post-test* pada kelompok perlakuan mayoritas responden masih sering mengalami keragu-raguan dalam mengambil sebuah keputusan, hal ini disebabkan responden kurang mempunyai rasa percaya diri dalam bertindak. Sedangkan pada kelompok kontrol kebanyakan responden mengalami kesulitan kerja disebabkan karena sebagian besar responden sudah tidak mampu/tidak kuat untuk melakukan kegiatan apapun, disamping itu responden yang masih mampu/kuat tidak mempunyai keinginan

dari dalam dirinya untuk melakukan sesuatu sehingga muncul perasaan malas yang berkepanjangan.

Hasil tersebut dapat dilihat bahwa hasil sebelum dilakukan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok sebagian besar mengalami depresi sedang bahkan masih ada yang mengalami depresi berat. Akan tetapi setelah dilakukan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok pada kelompok perlakuan tingkat depresi mengalami penurunan bahkan tidak ada yang mengalami depresi/depresi minimal.

Milieu therapy merupakan terapi penyembuhan pasien melalui modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan. Salah satu unsur atau jenis yang terkait dalam *milieu therapy* adalah *plant therapy* (terapi tanaman/bercocok tanam). *Plant therapy* itu sendiri merupakan salah satu bentuk terapi aktif yang telah menjadi bagian penting dari perawatan pasien karena dapat meningkatkan kesehatan tubuh, pikiran dan semangat serta kualitas hidup. *Plant therapy* ini bersifat unik karena membuat klien berhubungan dengan makhluk hidup yaitu tumbuh-tumbuhan yang memerlukan perawatan yang tidak boleh diskriminatif (Joel'ea, 2012).

Milieu therapy:plant therapy kelompok lebih banyak mempengaruhi aspek psikologis daripada fisik. Respon psikologis lebih menunjukkan peningkatan lebih baik ditandai dengan perasaan-perasaan yang diungkapkan responden melalui hasil kuesioner IDB. Hal ini membuktikan bahwa aspek psikologis dapat cepat berubah dengan dibantu *milieu therapy:plant therapy* kelompok, namun untuk merubah aspek fisik membutuhkan waktu yang lebih lama karena membutuhkan

perubahan perilaku dari responden. Perubahan perilaku yang dimaksud seperti perubahan pola hidup responden dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya.

Plant therapy dengan metode bercocok tanam ini digunakan untuk meningkatkan kemampuan kognitif, sosial, perkembangan psikologis dan fisik pada lansia. Sehingga responden dapat memanfaatkan waktu senggangnya untuk merawat tanaman dan dapat menjelaskan manfaat dan khasiat tanaman kepada responden yang belum mengetahuinya. Disamping itu responden juga mempunyai rasa tanggung jawab untuk memelihara dan merawat hasil tanaman yang sudah ditanam. Peningkatan fisik terjadi karena klien bekerja pada udara segar, menggerakkan tubuh dan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan lingkungan. *Plant therapy* dapat melatih otot dengan merangsang perkembangan motorik kasar dan motorik halus untuk membantu klien memperoleh rasa terhadap warna, tekstur, bentuk dan penciuman.

Hasil analisis data dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test* didapatkan hasil bahwa $p \leq 0,05$ menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan terjadi perubahan tingkat depresi pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya sebelum dan sesudah diberikan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok, sedangkan untuk kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok didapatkan hasil $p \geq 0,05$ menunjukkan bahwa tidak ada perubahan pada tingkat depresi yang diukur dengan menggunakan *Inventory Depresi Beck (IDB)* pada *pre* maupun *post test*. Analisis menggunakan *mann whitney test* menunjukkan hasil $p \leq 0,05$ menunjukkan bahwa adanya perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pada saat diberikan intervensi *milieu therapy:plant therapy* kelompok peneliti juga

memberikan pengantar kepada responden untuk mereduksi depresi yaitu dengan *milieu therapy:plant therapy* kelompok. Hal tersebut dapat menegaskan kesimpulan bahwa hipotesis (H1) diterima, artinya ada pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap tingkat depresi pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya.

Milieu therapy:plant therapy mempunyai beberapa manfaat diantaranya adalah dapat meningkatkan kemampuan kognitif, adapun keuntungan kognitif sendiri yaitu mempelajari kemampuan dan bahasa baru, melalui *plant therapy* responden dapat meningkatkan kemampuan membuat keputusan dan memecahkan masalah, disamping kemampuan untuk mempelajari instruksi yang kompleks. Responden mampu bekerja secara mandiri sehingga dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap lingkungan di sekitar mereka. Meningkatkan perkembangan sosial, *plant therapy* membuat responden bekerja di dalam kelompok dengan cara berbagi, berinteraksi dan berkompromi untuk bekerja sama dalam mencapai tujuan. Berinteraksi sosial di dalam kelompok membantu responden lebih baik. Meningkatkan perkembangan psikologis, yang dapat meningkatkan harga diri dan percaya diri. Bekerja dengan tanaman membuat klien merasakan rasa tanggung jawab, mengetahui mereka bertanggung jawab untuk memelihara dan merawat tumbuhan hidup membuat pasien merasa lebih produktif dan merasa termotivasi. Klien merasa tenang dan menjadi lebih terbuka untuk berbicara mengenai masalah mereka. Peningkatan fisik, terjadi karena responden bekerja pada udara segar, menggerakkan tubuh dan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan lingkungan. *Plant therapy* dapat melatih otot dengan merangsang perkembangan motorik kasar dan motorik halus untuk membantu

klien memperoleh rasa terhadap warna, tekstur, bentuk dan penciuman (Joel'ea, 2012).

Meskipun *milieu therapy:plant therapy* kelompok tidak akan menyelesaikan masalah yang dihadapi lansia, namun dengan bercocok tanam para lansia dapat mengisi waktu senggangnya untuk melakukan aktivitas dengan tumbuhan yang membuat lansia mempunyai rasa tanggung jawab untuk memelihara dan merawat tumbuhan hidup membuat lansia merasa lebih produktif dan merasa termotivasi, sehingga lansia merasa tenang dan menjadi lebih terbuka untuk berbicara mengenai masalah mereka, dan diharapkan depresi dapat menurun atau tidak ada.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan simpulan dan saran dari hasil penelitian pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap tingkat depresi pada lansia di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya.

6.1 Simpulan

1. Tingkat depresi sebelum *milieu therapy:plant therapy* kelompok pada perlakuan dan kontrol paling banyak mengalami depresi sedang, responden mengalami menarik diri dari sosial, keragu-raguan dalam mengambil keputusan, kesulitan kerja, keletihan dan kesedihan yang mendalam.
2. Tingkat depresi setelah *milieu therapy:plant therapy* kelompok pada perlakuan mengalami penurunan yakni depresi ringan maupun depresi minimal. Komponen yang banyak menyebabkan depresi dapat dilihat dari aspek psikologis yang meliputi; keragu-raguan dalam mengambil keputusan, kesulitan kerja dan keletihan.
3. *Milieu therapy:plant therapy* kelompok dapat menurunkan tingkat depresi dan dapat memberikann stimulus berupa aktivitas untuk mengisi waktu senggang. Stimulus tersebut akan diterima oleh alat indera kemudian diteruskan ke susunan saraf pusat untuk diorganisasi dan diinterpretasi sampai akhirnya menghasilkan persepsi. Persepsi yang baru akan membuat lansia berpikir dan memecahkan masalah yang dihadapinya. Masalah yang terselesaikan dan dukungan yang diperoleh dari kelompok akan membuat

respon psikologis menjadi adaptif sehingga dapat menurunkan tingkat depresi pada lansia.

6.2 Saran

1. Lansia disarankan untuk mengembangkan kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok dengan harapan dapat meningkatkan kualitas hidup lansia dalam menjalani sisa hidupnya dan mencegah terjadinya depresi.
2. Perawat diharapkan dapat menerapkan kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok sebagai salah satu alternatif tindakan keperawatan untuk menurunkan tingkat depresi pada lansia.
3. Lembaga kesehatan Panti Surya diharapkan agar lebih memperhatikan masalah mengenai depresi pada lansia dengan cara menerapkan kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok karena melalui kegiatan ini, para lansia dapat mengatasi masalah-masalah yang terjadi sehingga pada akhirnya dapat mencegah terjadinya depresi pada lansia.
4. Penelitian selanjutnya dapat mengembangkan *milieu therapy:plant therapy* kelompok supaya lansia tidak merasa bosan terhadap kegiatan yang dilakukannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, I 2008, *Kecemasan dalam Menghadapi Kematian pada Lansia*, di akses tanggal 05 Oktober 2012, <<http://duniakesehatan/kecemasan-dalam-menghadapi-kematian.html>>.
- Alimul, Aziz, 2003, *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Salemba Medika, Jakarta, Hal 35.
- Amir, N 2010, 'Depresi pada Kondisi Medis Umum', dalam Elvira S (ed.), *Buku Ajar Psikiatri*, Badan Penerbit FKUI, Jakarta, Hal 112.
- Ardhi, 2011, *Manfaat Tanaman Obat Keluarga (Toga)*, diakses 8 Desember 2012, <http://www.tanaman-obat-keluarga.html>.
- Arikunto, S, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Azizah, L.M 2011, *Keperawatan Lanjut Usia*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Bongsoe, S, 2007, *Pengenalan Gangguan Depresif pada Orang Usia Lanjut*, <http://www.library.usu.ac.id>, Diakses tanggal 20 Oktober 2012.
- Darmojo, Boedhi 2010, *GERIATRI (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*, edisi 4, FKUI, Jakarta.
- Darmojo dan Martono, 2004, *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*, FKUI, Jakarta.
- Gitawati, 2007, *Buku Saku Gerontologi*, Ed. Kedua, EGC, Jakarta.
- Hawari, D, 2001, *Manajemen Stress, Cemas, dan Depresi*, hal 23-59 FKUI, Jakarta.
- Joel Ea's, 2011, *Milieu Therapy*, diakses 8 Desember 2012, <http://yuliaherodes.blogspot.com/2011/05/milieu-therapy.html>
- Kaplan & Sadock, 2010, *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*, Alih Bahasa Wicaksana, Widya Medika, Jakarta.
- Kushariyadi, 2010, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Lanjut Usia*, Salemba Medika, Jakarta.
- Maryam, RS, Ekasari, MF, Rosidawati, Jubaeri A & Batubara, I 2008, *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*, Salemba Medika, Jakarta.

- Meiliya, E. & Ester M 2002, *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, edisi 2, EGC, Jakarta.
- Nazzy, F, 2012, *Terapi Lingkungan-Milieu Therapy*, diakses 20 oktober 2012, http://terapi-lingkungan-milieu-therapy_09.html.
- Nasir, A & Muhith, A, 2011, *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*, Salemba Medika, Jakarta.
- Notoatmodjo, S, 2007, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugroho, W, 2000, *Keperawatan Gerontik*, edisi 3, Cetakan 1, EGC, Jakarta.
- Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Potter dan Perry, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktek*, EGC, Jakarta.
- Samiun, Y, 2006, *Kesehatan Mental*, jilid 2, Kanisius, Yogyakarta.
- Soejono dkk, 2005, *Pedoman Pengelolaan Pasien Geriatrik untuk Dokter dan Perawat*, Edisi 1, Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI, Jakarta.
- Stanley dan Beare, 2007, *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, edisi 2, EGC, Jakarta.
- Stuart & Sundeen, 1995, *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*, Mosby Year Book Inc. St. Louis.
- Stuart & Laraia, 2001, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, CV, Mosby Company, St. Louis.
- Setyoadi dan Kushariyati, 2011, *Terapi Modalitas Keperawatan Pada Klien Psikogeriatik*, Salemba Medika, Jakarta.
- Suardiman, 2000, *Masalah yang Dihadapi Lansia*, Salemba Medika, Jakarta.
- Surini S, Utomo B, 2003, *Fisioterapi Pada Lansia*, EGC, Jakarta.
- Syamsuddin, 2006, *Depresi pada lansia*, <http://www.depsos.go.id>, Diakses tanggal 21 Oktober 2012.
- Syarifah, 2002, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi*, Salemba Medika, Jakarta.

Tavris, C & Wade, C 2007, *Psikologi*, edisi 9, Erlangga, Jakarta.

Ubaydillah, 2009, *Masalah Psikologis Lansia*, Salemba Medika, Jakarta.

Utama, H, 2010, *Buku Ajar Psikiatri*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta

Yusuf, A, Nihayati, H, Abidin, Z, 2009, *Terapi Kognitif Menurunkan Tingkat Depresi Lansia*, Jurnal Ners vol 3, no. 2, hal 172-178.

Lampiran 1

**UNIVERSITAS AIRLANGGA**
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id>; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 7 Desember 2012

Nomor : 3400 /H3.1.12/PPd/2012
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Penelitian Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya
Jl. Jemur Andayani XVII/ 19 Wonocolo

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

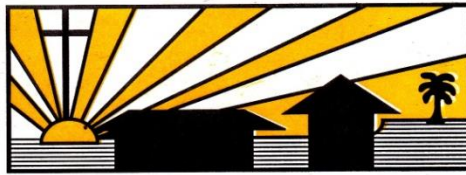
Nama : Hanik Maria Hidayati
NIM : 131111186
Judul Skripsi : Pengaruh Milieu Therapy : Plant Therapy Kelompok
Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia di Rumah Usiawan
Panti Surya Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Rt. Wakil Dekan I

Mira Tejarini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002

Lampiran 2

**RUMAH USIAWAN PANTI SURYA**

JL. JEMUR ANDAYANI XVII/19 TELP. (031) 841 4710 - 842 0756
WONOCOLO - SURABAYA 60237

Sekretariat :

SURAT - KETERANGAN

No. 19 / PS / I / 13.

Yang bertanda tangan dibawah ini Pengurus Yayasan Panti Surya Surabaya menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Hanik Maria Hidayati
 NIM : 131111186
 Tempat/Tanggal lahir : Surabaya, 6 Agustus 1988
 Asal Instituti : Universitas Airlangga Surabaya
 Fakultas Keperawatan
 Telah melaksanakan penelitian di : Panti Werdha Surya Surabaya
 Tanggal Penelitian : 24 Desember 2012 s/d 5 Januari 2013

Demikian surat keterangan ini dibuat atas permintaan yang bersangkutan.

Surabaya, 14 Januari 2013.
 Pengurus Yayasan Panti Surya

P. Bambang Santoso
 Ketua Umum



Lilyani Puspita
 Sekretaris Umum

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Progam Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka saya

Nama : Hanik Maria Hidayati

NIM : 131111186

akan melakukan penelitian dengan judul **“Pengaruh *Milieu Therapy:Plant Therapy* Kelompok Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Rumah Usiawan panti Surya Surabaya”**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *milieu therapy:plant therapy* kelompok terhadap tingkat depresi pada lansia di rumah usiawan panti surya surabaya. Untuk kepentingan tersebut, maka saya mohon partisipasi Ibu/Suster panti surya untuk mengizinkan lansia mengikuti penelitian ini secara sukarela dan apa adanya. Semua jawaban dan data dari Ibu/Suster maupun lansia dari akan saya gunakan sesuai kepentingan dan akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permintaan ini dibuat, atas bantuan dan kerjasama Ibu/Suster, saya sampaikan terima kasih.

Surabaya, 2012

Hormat saya,

Hanik Maria Hidayati

Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
PENGARUH *MILIEU THERAPY: PLANT THERAPY* KELOMPOK TERHADAP
TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA**

Oleh :
Hanik Maria Hidayati
131111186

Saya adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui **Pengaruh *Milieu Therapy: Plant Therapy* Kelompok Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia**. Saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas, artinya saudara bebas untuk ikut ataupun tidak tanpa saksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta dalam penelitian ini, silahkan saudara menandatangani kolom ini. Atas partisipasi saudara, kami sebagai peneliti mengucapkan banyak terima kasih.

Tanggal :

No. Responden :

Tanda tangan :

Lampiran 5

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Judul : Pengaruh *Milieu Therapy:Plant Thrapy* Kelompok Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia

Tanggal Penelitian :

No. Kode Responden :

Peneliti : Hanik Maria Hidayati

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda sangat penting dalam penelitian ini.
3. Berilah tanda centang (\checkmark) dalam sesuai pilihan anda.
4. Dalam penelitian ini tidak ada salah atau benar.
5. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali.

A. DATA DEMOGRAFI

1. Jenis kelamin :

1) Laki-laki <input type="checkbox"/>	2) Perempuan <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---------------------------------------

2. Umur :

1) 60-69 tahun <input type="checkbox"/>	3) 76-80 tahun <input type="checkbox"/>
2) 70-75 tahun <input type="checkbox"/>	4) 81-90 tahun <input type="checkbox"/>

3. Pendidikan terakhir :

1) Tidak sekolah <input type="checkbox"/>	3) SLTP <input type="checkbox"/>
2) SD/SR <input type="checkbox"/>	4) SLTA/PT <input type="checkbox"/>

4. Pekerjaan sebelum masuk panti :

1) Tidak bekerja <input type="checkbox"/>	3) PNS <input type="checkbox"/>
2) Wiraswasta <input type="checkbox"/>	4) Lain-lain <input type="checkbox"/>

5. Lama tinggal di panti :

1) ≤ 1 tahun <input type="checkbox"/>	3) 6-10 tahun <input type="checkbox"/>
2) 1-5 tahun <input type="checkbox"/>	4) ≥ 10 tahun <input type="checkbox"/>

INVENTARIS DEPRESI BECK
Untuk Mengetahui Tingkat Depresi Lansia Dari Beck (1972) dalam
Kushariyadi (2010)

SCORE	URAIAN
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tidak dapat menghadapinya.
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan tidak dapat keluar darinya.
1	Saya merasa sedih atau galau.
0	Saya tidak merasa sedih.
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik.
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.
C. Rasa Kegagalan	
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, istri).
2	Seperti melihat ke belakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya.
0	Saya tidak merasa gagal.
D. Ketidak Puasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya.
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun.
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan.
0	Saya tidak merasa tidak puas.
E. Rasa Bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tidak berharga.
2	Saya merasa sangat bersalah.

1	Saya merasa buruk atau tidak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik.
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah.
F. Tidak Menyukai Diri Sendiri	
3	Saya benci diri sendiri.
2	Saya muak dengan diri sendiri.
1	Saya tidak suka dengan diri sendiri.
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri.
G. Membahayakan Diri Sendiri	
3	Saya akan membunuh diri sendiri jika saya mempunyai kesempatan.
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.
1	Saya lebih baik mati.
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri.
H. Menarik Diri Dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua.
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka.
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya.
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain.
I. Keragua-raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan.
1	Saya berusaha mengambil keputusan.
0	Saya membuat keputusan yang baik.
J. Perubahan Gambaran Diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan.
2	Saya merasa bahwa ada perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak menarik.
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik.

0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.
K. Kesulitan Kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu.
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu.
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.
2	Saya lelah untuk melakukan sesuatu.
1	Saya lelah lebih dari yang biasanya.
0	Saya tidak lebih lelah dari biasanya.
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali.
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang.
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.
0	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.

Penilaian :

0-4	Depresi tidak ada atau minimal
5-7	Depresi ringan
8-15	Depresi sedang
≥16	Depresi berat

Lampiran 6

SATUAN ACARA KEGIATAN

=====

Materi : *Milieu Therapy:Plant Therapy* Kelompok

Durasi : ± 30 menit setiap pertemuan

A. Analisis Situasional

1. Fasilitator : Hanik Maria Hidayati
2. Peserta : Lansia yang mengalami depresi
3. Waktu dan Tempat : 2 minggu selama 6 hari (1 minggu dilakukan 3 kali pertemuan). Tiap pertemuan diselenggarakan pada pagi hari di taman Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya.

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan instruksional umum

Setelah pemberian *milieu therapy:plant therapy* kelompok selama 2 minggu diharapkan lansia merasa senang dan rileks sehingga depresi menurun.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah mengikuti *milieu therapy:plant therapy* kelompok, lansia mampu :

- 1) Menumbuhkan rasa saling percaya pada setiap orang
- 2) Meningkatkan harga diri dan percaya diri pasien
- 3) Meningkatkan tanggung jawab dan meningkatkan keterlibatan terhadap setiap kegiatan aktifitas
- 4) Lansia menyukai terhadap setiap kegiatan yang telah terjadwalkan

C. Sarana

1. Berbagai macam toga (tanaman obat keluarga) dari bunga, daun, dan buah.
2. Pot dari plastik
3. Pasir tanaman
4. Pupuk

5. Sekop plastik
6. Alat penyiram tanaman
7. Taman yang bisa untuk dilakukan bercocok tanam
8. Sarung tangan untuk menanam

D. Kegiatan

No.	Tahap (waktu)	Kegiatan
1.	Persiapan (5 menit) a) Orientasi	Membina hubungan terapeutik terhadap responden dengan cara : a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri kepada responden. b. Menjelaskan tujuan dan kegiatan yang akan dilakukan. c. Evaluasi/validasi dengan menanyakan perasaan lansia saat ini
2.	Pelaksanaan <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok a) Asersi b) Okupasi c) Rekreasi (Pertemuan 1) (Pertemuan 2)	Aktivitas ini dilakukan oleh anggota untuk menyatakan bahwa dirinya akan mengikuti kelompok ini : b. Memberikan <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok kepada lansia yang mengalami depresi c. Setelah lansia selesai mengikuti kegiatan <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok, terapis meminta lansia untuk menyebutkan tanaman yang sudah ditanam d. Terapis memberi pujian pada lansia a. Terapis menjelaskan manfaat dan cara perawatan toga (tanaman obat keluarga) b. Lansia memahami manfaat dan cara perawatan toga (tanaman obat keluarga) c. Terapis meminta kepada salah satu anggota kelompok untuk mengulang manfaat dan cara

	(Pertemuan 3)	<p>perawatan toga (tanaman obat keluarga)</p> <p>d. Lansia mampu mengulang manfaat dan cara perawatan toga (tanaman obat keluarga)</p> <p>a. Memberikan <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok kepada lansia yang mengalami depresi</p> <p>b. Setelah lansia selesai mengikuti kegiatan <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok, terapis meminta lansia untuk menyebutkan tanaman yang sudah ditanam</p> <p>c. Terapis memberi pujian pada lansia</p>
3.	Terimansi (5 menit) (Akhir pertemuan)	<p>a. Terapis menanyakan perasaan lansia setelah mendapat <i>milieu therapy:plant therapy</i> kelompok</p> <p>b. Terapis menganjurkan lansia untuk mengekspresikan perasaan melalui tanaman</p> <p>c. Terapis membuat kontrak yang akan datang dengan lansia</p>

E. Evaluasi

1. Prosedur : Kegiatan dilakukan dengan baik dan lancar sesuai rencana
2. Sarana : Sarana yang dibutuhkan dapat tersedia dengan lengkap
3. Waktu : Kegiatan dapat berjalan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan :

1. *Inventory Depression Beck (IDB)*, diberikan sebelum dan setelah dilakukan intervensi selama dua minggu
2. Observasi kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok
3. Wawancara dengan lansia setelah selesai *milieu therapy:plant therapy* kelompok

Lampiran 7

Modul *Milieu Therapy* Terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Lansia

A. Definisi

Milieu therapy adalah manipulasi ilmiah pada lingkungan untuk menghasilkan perubahan pada perilaku klien dan mengembangkan keterampilan emosional dan sosial (psikososial) (Setyoadi, 2011).

Plant therapy adalah salah satu bentuk therapy aktif. *Plant therapy* telah menjadi bagian penting dari perawatan pasien karena dapat meningkatkan kesehatan tubuh, pikiran dan semangat serta kualitas hidup. *Plant therapy* adalah therapy yang unik karena therapy ini membuat klien berhubungan dengan makhluk hidup yaitu tumbuh-tumbuhan yang memerlukan perawatan yang tidak boleh diskriminatif. *Plant therapy* memberikan keuntungan bagi empat area dasar yaitu kognitif, sosial, perkembangan psikologis dan fisik (Joel'ea, 2012).

Tanaman obat keluarga (toga) adalah tanaman hasil budidaya rumahan yang berkhasiat sebagai obat. Tanaman obat keluarga adalah tanaman yang ditanam di halaman rumah, kebun ataupun sebidang tanah yang dimanfaatkan sebagai budidaya tanaman yang berkhasiat sebagai obat dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga akan obat-obatan (Ardhi, 2011).

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan instruksional umum

Lansia dapat memberi respon terhadap aktifitas kegiatan yang dilaksanakan.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah diberikan *milieu therapy:plant therapy* kelompok, lansia mampu :

1) Menumbuhkan rasa saling percaya pada setiap orang

- 2) Meningkatkan harga diri dan percaya diri pasien
- 3) Meningkatkan tanggung jawab dan meningkatkan keterlibatan terhadap setiap kegiatan aktifitas
- 4) Lansia menyukai terhadap setiap kegiatan yang telah terjadwalkan

C. Sasaran

Diberikan pada kelompok lanjut usia yang berada di Rumah Usiawan Panti Surya Surabaya. Jumlah individu 12 orang.

D. Metode Pelaksanaan Terapi

- 1) Pemberian kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok yang ditetapkan oleh terapis
- 2) Diskusi antara sesama lansia dan terapis mengenai nama, manfaat, dan cara perawatan jenis toga (tanaman obat keluarga) yang diberikan

E. Alat/Media

- 1) Berbagai macam toga (tanaman obat keluarga) dari bunga, daun, dan buah.
- 2) Pot dari plastik
- 3) Pasir tanaman
- 4) Pupuk
- 5) Sekop plastik
- 6) Alat penyiram tanaman
- 7) Taman yang bisa untuk dilakukan bercocok tanam
- 8) Sarung tangan untuk menanam

F. Waktu

Dilakukan selama 6 hari dalam 2 minggu, dengan durasi pemberian terapi \pm 30 menit. Dilakukan pada waktu pagi hari (09.00-09.30 WIB).

G. Proses/Kegiatan

a. Tujuan :

1. Membuat lansia merasa senang
2. Membuat lansia merasa rileks

b. Jenis toga (tanaman obat keluarga)

1. Jenis toga (tanaman obat keluarga) dari daun
2. Jenis toga (tanaman obat keluarga) dari umbi/rimpang
3. Jenis toga (tanaman obat keluarga) dari buah

c. Kegiatan

Persiapan

Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri. Menjelaskan maksud tujuan dan kegiatan yang akan dilakukan. Kemudian menanyakan perasaan lansia sebelum diberikan *milieu therapy:plant therapy* kelompok.

Pelaksanaan :

Terapis memberikan *milieu therapy:plant therapy* kelompok kepada lansia dengan terlebih dahulu menyebutkan nama jenis toga (tanaman obat keluarga) yang akan diberikan. Selama kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok berlangsung terapis melakukan observasi dengan melihat ekspresi dan motorik para lansia, selain itu terapis juga mendorong lansia untuk menanam sendiri bagi lansia yang sudah terbiasa melakukan bercocok tanam. Setelah kegiatan *milieu therapy:plant therapy*

kelompok dilakukan, terapis meminta lansia untuk menyebutkan nama-nama jenis toga (tanaman obat keluarga) yang telah ditanam. Terapis memberikan *feed back* berupa pujian bagi lansia yang mampu menyebutkan nama-nama jenis toga (tanaman obat keluarga) yang telah ditanam. Nama-nama jenis toga (tanaman obat keluarga) yang diberikan setiap 6 hari dalam 2 minggu sebagai terapi yang berbeda-beda dan ditentukan oleh peneliti. Hal ini dilakukan untuk menghindari munculnya perasaan bosan pada lansia dalam melakukan kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok.

Terminasi :

Terapis menanyakan kembali perasaan lansia setelah melakukan kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok. Terapis membuat kontrak dengan lansia untuk melakukan kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok keesokan harinya.

H. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan :

- a. *Inventory Depression Beck* (IDB), diberikan sebelum dan setelah dilakukan intervensi selama dua minggu
- b. Observasi kegiatan *milieu therapy:plant therapy* kelompok
- c. Wawancara dengan lansia setelah selesai *milieu therapy:plant therapy* kelompok

Kemampuan memberi respon terhadap *milieu therapy:plant therapy* yang dilakukan secara berkelompok.

Lampiran 8

**TABULASI DATA DEMOGRAFI RESPONDEN DI RUMAH USIA WAN
PANTI SURYA SURABAYA**

Kelompok Perlakuan

Kode Responden	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan Terakhir	Lama Tinggal
1	1	2	4	2	3
2	1	3	4	3	3
3	1	3	2	1	3
4	1	3	4	3	3
5	1	3	1	1	3
6	2	3	3	1	2
7	2	2	1	2	3
8	2	3	3	4	3
9	2	4	1	2	3
10	2	4	3	2	2
11	2	1	2	2	3
12	2	2	1	2	1

Kelompok Kontrol

Kode Responden	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan Terakhir	Lama Tinggal
1	1	2	3	2	3
2	1	3	3	3	3
3	1	2	3	2	2
4	2	4	1	2	3
5	2	3	1	1	3
6	2	2	1	4	3
7	2	2	3	2	2
8	2	4	4	4	3
9	2	3	2	2	3
10	2	4	1	1	4
11	2	3	2	2	3
12	2	3	1	4	3

Keterangan:

Jenis kelamin	: 1 = Laki-laki 2 = Perempuan	Pekerjaan Terakhir	: 1 = Tidak Bekerja 2 = Wiraswasta 3 = PNS 4 = Lain-lain
Umur	: 1 = 60-69 tahun 2 = 70-75 tahun 3 = 76-80 tahun 4 = 81-90 tahun	Lama tinggal	: 1 = ≤ 1 tahun 2 = 1-5 tahun 3 = 6-10 tahun 4 = ≥ 10 tahun
Pendidikan	: 1 = SD/SR 2 = SLTP		3 = SLTA 4 = PT

Lampiran 9

TABULASI DATA**TINGKAT DEPRESI KELOMPOK PERLAKUAN SEBELUM *MILIEU THERAPY: PLANT THERAPY* KELOMPOK**

No Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Kriteria
1	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	2	2	0	9	DS
2	2	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	11	DS
3	1	2	1	2	1	0	0	3	2	0	1	1	1	15	DS
4	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	8	DS
5	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	5	DR
6	1	1	0	2	0	0	0	1	1	0	1	1	1	9	DS
7	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	8	DS
8	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	5	DR
9	1	2	0	2	1	0	0	3	2	0	1	2	1	15	DS
10	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	1	7	DR
11	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	7	DR
12	1	1	3	2	0	0	0	1	3	1	3	1	1	17	DB
	11	9	7	9	3	0	0	18	16	3	15	15	10		

TINGKAT DEPRESI KELOMPOK KONTROL SEBELUM *MILIEU THERAPY: PLANT THERAPY* KELOMPOK

No Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Kriteria
1	1	1	2	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	13	DS
2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	8	DS
3	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	2	2	1	12	DS
4	1	2	1	1	1	1	0	1	3	2	3	2	1	19	DB
5	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	17	DB
6	1	1	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	9	DS
7	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2	1	8	DS
8	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	DR
9	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	10	DS
10	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	7	DR
11	1	0	0	2	0	0	0	3	1	0	1	1	0	9	DS
12	1	0	1	0	0	0	0	3	3	0	3	3	1	15	DS
	12	10	9	7	5	3	1	17	15	8	18	18	11		

TINGKAT DEPRESI KELOMPOK PERLAKUAN SETELAH *MILIEU THERAPY: PLANT THERAPY* KELOMPOK

No Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Kriteria
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1	0	6	DR
2	1	1	1	0	0	0	0	1	2	1	2	0	0	9	DS
3	1	1	1	2	0	0	0	2	2	0	1	1	0	11	DS
4	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	6	DR
5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	TD
6	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	5	DR
7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	5	DR
8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	TD
9	1	1	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	0	9	DS
10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	TD
11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	TD
12	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	5	DR
	7	3	4	4	0	0	0	8	16	1	12	11	1		

TINGKAT DEPRESI KELOMPOK KONTROL SETELAH *MILIEU THERAPY:PLANT THERAPY* KELOMPOK

No Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Kriteria
1	1	2	1	2	1	0	0	1	2	0	2	2	1	15	DS
2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	0	7	DR
3	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	3	3	0	11	DS
4	1	3	1	2	1	0	1	0	2	1	3	2	0	17	DB
5	1	2	1	2	0	0	1	0	2	1	3	2	0	15	DS
6	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	3	2	0	10	DS
7	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2	1	8	DS
8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	2	1	8	DS
9	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	10	DS
10	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	7	DR
11	1	0	0	2	0	0	0	3	1	0	1	1	0	9	DS
12	1	0	1	0	0	0	0	3	3	0	3	3	1	15	DS
	8	10	7	8	3	0	2	13	18	9	25	23	6		

Lampiran 10

Perlakuan Wilcoxon

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
perlakuan_pre	12	9,67	4,008	5	17
perlakuan_post	12	5,58	2,811	2	11

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
perlakuan_post - perlakuan_pre Negative Ranks	12(a)	6,50	78,00
Positive Ranks	0(b)	,00	,00
Ties	0(c)		
Total	12		

a perlakuan_post < perlakuan_pre

b perlakuan_post > perlakuan_pre

c perlakuan_post = perlakuan_pre

Test Statistics(b)

	perlakuan_post - perlakuan_pre
Z	-3,081(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Kontrol Wilcoxon

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kontrol_pre	12	11,17	4,041	7	19
kontrol_post	12	11,00	3,568	7	17

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kontrol_post - kontrol_pre			
Negative Ranks	4(a)	4,25	17,00
Positive Ranks	3(b)	3,67	11,00
Ties	5(c)		
Total	12		

a kontrol_post < kontrol_pre

b kontrol_post > kontrol_pre

c kontrol_post = kontrol_pre

Test Statistics(b)

	kontrol_post - kontrol_pre
Z	-,520(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,603

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Perbedaan perlakuan dan kontrol setelah intervensi Mann Whitney

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
post_test	24	8,29	4,186	2	17
kelompok	24	1,50	,511	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_test	1	12	7,88	94,50
	2	12	17,13	205,50
	Total	24		

Test Statistics(b)

	post_test
Mann-Whitney U	16,500
Wilcoxon W	94,500
Z	-3,219
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: kelompok