

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka digunakan untuk mendukung permasalahan yang diungkapkan dalam usulan penelitian serta sebagai dasar dalam penelitian (Notoatmojo,2005). Pada bab ini akan menjelaskan tentang konsep dari; 1. Konsep Lanjut Usia 2. Konsep Depresi 3. Konsep Terapi Okupasi 4. Konsep Adaptasi Roy.

2.1. Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Definisi Lanjut Usia

Menua atau menjadi tua 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 (Nugroho dalam Arita Murwani 2011).

Lanjut Usia adalah mereka yang telah berusia 65 tahun keatas. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) lanjut usia meliputi *Middle Age* (45- 59 tahun), *Eaderly* (60-74 tahun), *Old* (75-90 tahun), *Very Old* (> 90 tahun). Sementara Menurut Setyonegoro mengelompokkan usia lanjut sebagai berikut : *Geriatric Age* (65-70 tahun), *Young Old* (70-75 tahun), *Old* (75-80 tahun), *Very Old* (> 80 tahun) (Nugroho dalam Arita Murwani 2011).

2.1.2 Teori–Teori Penyebab Penuaan

Para ilmuan telah menyelidiki dan telah menemukan banyak teori untuk mengungkap penyebab manusia menjadi tua. Ada beberapa teori tentang penuaan antara lain, Teori Biologi dan Teori Psikologi (Azizah, 2011).

1. Teori Biologi

a) Teori Jam Biologi (*biological clock theory*)

Adalah proses menua yang dipengaruhi oleh faktor-faktor keturunan dari dalam umur seseorang seolah-olah distel seperti jam.

b) Teori menua yang terprogram (*program aging theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa sel tubuh manusia hanya dapat membagi diri sebanyak 50 kali.

c) Teori mutasi (*somatic mutatie theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi, menua terjadi akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul/ DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

d) Teori radikal bebas

Teori ini menjelaskan meningkatnya bahan-bahan radikal bebas sebagai akibat pencemaran akan menimbulkan perubahan pada kromosom pigmen dan jaringan kolagen.

e) Teori imunologi

Teori ini Menjelaskan perubahan jaringan getah bening akan mengakibatkan ketidakseimbangan sel T dan terjadi penurunan fungsi sel-sel kekebalan tubuh, akibatnya usia lanjut mudah terkena infeksi.

f) Teori stress

Teori ini menjelaskan bahwa menua menjadi akibat dari hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

2. Teori Psikologi

a) *Maslow Hierareky Human Needs Theory*

Teori maslow mengungkapkan hirarki kebutuhan manusia yang meliputi 5 hal (kebutuhan fisiologis, keamanan dan kenyamanan, kasih sayang, harga diri, dan aktualisasi diri).

b) *Jung's Theory Individualism*

Teori ini mengungkapkan perkembangan personality dari anak-anak, remaja, dewasa muda, dewasa pertengahan hingga dewasa tua (lansia) yang dipengaruhi baik dari internal maupun eksternal.

c) Aktivitas atau Kegiatan (Aktivity Theory)

Teori ini mengatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial, dan berusaha untuk mempertahankan hubungan antar sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan sampai lanjut usia.

d) Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian dan tingkah laku yang tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini merupakan gabungan dari teori diatas. Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang yang lanjut usia dipengaruhi oleh *type resonality* yang dimilikinya.

e) Teori Pembebasan

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia seseorang secara berangsur - angsur akan melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sosialnya.

2.1.3 Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia

1. Perubahan fungsi fisik

a) Sel

Jumlah sel menurun, ukuran sel lebih besar, jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atrofi dan lekukan otot akan menjadi lebih dangkal dan melebar.

b) Perubahan Otot

Berkurangnya masa otot, perubahan degeneratif jaringan konektif, osteoporosis, kekuatan otot menurun, endurance dan koordinasi menurun, ROM terbatas, mudah jatuh/ fraktur.

c) Kulit

Proliferasi epidermal menurun, kelembaban kulit menurun, suplai darah ke kulit menurun, dermis/ kulit menipis, kelenjar keringat berkurang yang ditandai dengan: kulit kering, pigmentasi ireguler, kuku mudah patah, kulit berkerut, elastisitas berkurang, sensitivitas kulit menurun.

d) Pola Tidur

Butuh waktu lama untuk jatuh tidur, sering terbangun, mutu tidur berkurang, lebih lama berada di tempat tidur.

e) Fungsi Kognitif

Beberapa lansia menunjukkan penurunan keterampilan intelektual, tapi masih mampu mengembangkan kemampuan kognitif, penurunan kemampuan mengingat.

f) Penglihatan

Kornea kuning/ keruh, ukuran pupil mengecil, atrofi sel-sel fotoreseptor, penurunan suplai darah dan neuron ke retina, pengapuran lensa. Konsekuensinya meningkatnya sensitivitas terhadap cahaya silau, respon lambat terhadap perubahan cahaya, lapang pandang menyempit, perubahan persepsi warna, lambat dalam memproses informasi visual.

g) Kardiovaskuler

Pengerasan pembuluh darah, hipertropi dinding ventrikel kiri, vena tebal, kurang elastis, perubahan mekanisme konduksi, peningkatan resistensi perifer, konsekuensinya tekanan darah meningkat, berkurangnya respon adaptif terhadap *exercise*, berkurangnya aliran darah ke otak, atherosclerosis dan varicosis.

h) Respirasi

Otot-otot respirator melemah, kapasitas vital berkurang, berkurangnya elastisitas paru, alveoli melebar, dinding dada mengeras, konsekuensinya: meningkatnya penggunaan otot tertentu, meningkatnya energi yang keluar untuk respirasi, menurunnya efisiensi pertukaran gas, menurunnya tekanan oksigen arterial.

i) Persarafan

Sukar bicara, gerakan otot (kagok), gangguan pengenalan seseorang, sukar tidur, daya ingat melemah, depresi, parkinson.

j) Endokrin

Produksi hampir semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktifitas tiroid menurun, aktivitas BMR (*Basal Metabolisme Rate*)

menurun, produksi aldosteron menurun, produksi hormon kelamin (*estrogen, progesteron, testosteron*) menurun.

k) Pencernaan

Menghilangnya gigi, indra pengecap menurun, esofagos melebar, sensitivitas rasa lapar menurun, paristaltik melemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah (Arita Murwani, 2011).

2. Perubahan Mental

Dipengaruhi Oleh :

a) Perubahan fisik

Perubahan fisik serta penurunan fungsinya pada lanjut usia dapat mengakibatkan perubahan mental pada lanjut usia tersebut, khususnya perubahan mental pada lanjut usia tersebut, khususnya perubahan pada organ perasa.

b) Kesehatan Umum

Sesuai dengan definisi menua bahwa pada lanjut usia terjadi penurunan - penurunan fungsi organ tubuh yang pada akhirnya mempengaruhi kesehatan umum lanjut usia sehingga tak jarang keadaan ini mempengaruhi mental lanjut usia.

c) Tingkat Pendidikan

Semakin tinggi latar pendidikan lanjut usia maka semakin mudah lanjut usia menghadapi stressor yang dialaminya.

d) Keturunan (Hereditas)

Seseorang yang keluarganya diketahui menderita depresi yang berat memiliki resiko lebih besar menderita gangguan depresi dari pada masyarakat pada umumnya (McKenzie, 1999 dalam lubis 2009).

e) Lingkungan

Lingkungan yang dimaksud adalah keluarga atau rekan sesama lanjut usia di panti werdha. Masalah-masalah sosial lanjut usia dengan keluarga maupun sesama rekan lanjut usia di panti werdha dapat mempengaruhi status mental pada lanjut usia.

3. Perubahan Psikososial

a) Pensiun

Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun, ia akan mengalami kehilangan - kehilangan antara lain:

- 1) Kehilangan *financial* (*income* berkurang)
 - 2) Kehilangan status
 - 3) Kehilangan teman/ kenalan atau relasi
 - 4) Kehilangan pekerjaan/ kegiatan
- b) Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of moraliti*)
- c) Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
- d) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*).
- e) Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
- f) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- g) Gangguan saraf panca indra, timbul kebutuhan dan ketulian.
- h) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.

- i) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan *family*.
- j) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik: perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri (Arita Murwani, 2011).

2.1.4 Pendekatan Perawatan Lanjut Usia

Menurut Wahyudi Nugroho, pendekatan perawatan pada lanjut usia meliputi 4 (empat) aspek, yaitu:

1. Pendekatan Fisik

Perawatan fisik secara umum bagi klien lanjut usia dapat dibagi atas dua bagian:

- a) Klien lanjut usia yang masih aktif, yang keadaan fisiknya masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga untuk kebutuhan sehari-hari masih mampu melakukan sendiri.
- b) Klien lanjut usia yang pasif atau tidak dapat bangun, yang keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit.

2. Pendekatan Psikis

Perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lanjut usia, perawat dapat berperan sebagai supporter, motivator dan interpreter terhadap segala sesuatu yang asing dan masalah yang dihadapi lansia, sebagai penampung rahasia yang pribadi dan sebagai sahabat yang akrab.

3. Pendekatan Sosial

Pendekatan sosial ini merupakan pegangan bagi perawat bahwa orang yang dihadapinya adalah makhluk sosial yang membutuhkan orang lain.

4. Pendekatan Spiritual

Perawat harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin kepada klien lanjut usia dalam hubungannya dengan Tuhan atau Agama yang dianutnya. Pada umumnya saat kematian akan datang, agama/ kepercayaan seseorang merupakan faktor yang penting sekali. Pada waktu inilah kehadiran seorang imam sangat diperlukan untuk melapangkan dada klien lanjut usia (Nugroho dalam Arita Murwani, 2011) .

2.2 Konsep Depresi

Dalam konsep depresi ini akan di paparkan tentang konsep depresi meliputi definisi depresi, gejala depresi, jenis depresi, penyebab depresi serta aspek lain yang berhubungan dengan depresi.

2.2.1 Definisi Depresi

Depresi adalah gangguan mental yang paling sering terjadi dan paling mudah mudah diatasi pada kehidupan lanjut usia, namun sering kali kondisi ini tidak terdiagnosis dan tidak diatasi (Depression Guideline Panel 1993 dalam Meridean L.Maas dkk, 2011).

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi depresi sepereti : biologik, psikologik, dan sosial. Konsekuensi depresi yang tidak dikenali dan tidak diatasi pada lansia mencakup meningkatnya penggunaan layanan perawatan kesehatan (Schneider & Olin, 1995 dalam Meridean L.Maas dkk, 2011).

Depresi sebagai suatu gangguan *mood* yang dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu

kegiatan, tak mampu berkonsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang dan mencoba bunuh diri (Lubis,2009).

2.2.2 Tanda dan Gejala Depresi

- a. Ekspresi putus asa, tidak memiliki harapan, tidak mampu untuk berkonsentrasi, membuat proses membaca, menulis dan bercakap-cakap menjadi sulit.
- b. Menurunnya aktivitas fisik, makan tidur (terbangun lebih awal)
- c. Terus-menerus merasa dirinya tidak berharga
- d. Perasaan gagal, menarik diri dari orang lain untuk menghindari penolakan yang mungkin muncul baik nyata maupun khayalan.

Mengancam atau melakukan upaya bunuh diri, curiga atau sensitif terhadap kata-kata dan tindakan orang lain yang berhubungan dengan kurangnya rasa percaya terhadap orang lain (Meridean L.Maas dkk, 2011).

2.2.3 Klasifikasi Depresi

Menurut klasifikasi organisasi kesehatan dunia (WHO) berdasarkan tingkat penyakitnya, depresi dibagi menjadi :

a) Mild Depression / minor depression dan dysthymic disorder

Pada depresi ringan, *mood* yang rendah datang dan pergi dan penyakit datang setelah kejadian *stressful* yang spesifik. Individu akan merasa cemas dan juga tidak bersemangat. Perubahan gaya hidup biasanya dibutuhkan untuk mengurangi deperesi jenis ini.

Minor depression ditandai dengan adanya dua gejala pada *Depressive episode* (kreteria DSM IV-TR untuk *major depressive episode*). Namun tidak

lebih dari lima gejala depresi muncul selama dua minggu berturut-turut, dan gejala itu bukan karena pengaruh obat-obatan ataupun penyakit.

Bentuk depresi yang kurang parah disebut distimia (*Dysthymic Disorder*). Depresi ini menimbulkan gangguan *mood* ringan dalam jangka waktu yang lama, sehingga seorang tidak dapat bekerja optimal. Gejala depresi ringan pada gangguan distimia dirasakan minimal dalam jangka waktu dua tahun.

b) *Moderate Depression*

Pada depresi sedang *mood* yang rendah berlangsung terus dan individu mengalami gejala fisik juga walaupun berbeda-beda tiap individu. Perubahan gaya hidup saja tidak cukup dan bantuan diperlukan untuk mengatasinya.

c) *Severe Depression / Major Depression*

Depresi berat adalah penyakit yang tingkat depresinya parah. Individu akan mengalami gangguan dalam kemampuan untuk bekerja, tidur, makan dan menikmati hal yang menyenangkan. Dan penting untuk mendapatkan bantuan medis secepat mungkin. Depresi ini dapat muncul sekali, dua kali atau beberapa kali selama hidupnya.

Major depression ditandai dengan adanya lima atau lebih gejala yang ditunjukkan dalam major depressive episode dan berlangsung selama 2 minggu berturut-turut (Lubis,2009).

2.2.4 Penyebab Depresi

Penyebab depresi pada usia lanjut ada dua faktor, yaitu :

1. Faktor Fisik

a) Faktor Genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki resiko lebih besar menderita gangguan depresi dari pada masyarakat pada umumnya. Gen (Kode biologis yang diwariskan dari orang tua) berpengaruh dalam terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja.

b) Susunan kimia otak dan tubuh

Beberapa bahan kimia didalam otak dan tubuh memegang peranan besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktifitas tubuh. Tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi.

c) Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi dari pada pria. Bukan berarti wanita lebih sering terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi dari pada pria, dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita (Lubis, 2009).

d) Gaya Hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit sehingga dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stres dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak berolahraga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi (Lubis, 2009).

e) Penyakit Fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit, perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri (*self-esteem*), juga depresi (Lubis, 2009).

f) Obat-obatan

Beberapa obat-obatan untuk pengobatan dapat menyebabkan depresi. Namun bukan berarti obat tersebut menyebabkan depresi, dan menghentikan pengobatan dapat lebih berbahaya dari pada depresi (Lubis, 2009)

2. Faktor Psikologis

a) Kepribadian

Individu-individu yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir negatif, pesimis, juga tipe kepribadian *introvert* (Culberstson, 1997 dalam Lubis, 2009)

b) Pola Pikir

(Mc William dan Bloomfield 2008 dalam lubis, 2009) mengatakan bahwa seseorang dengan pikiran negatif dapat mengembangkan kebiasaan buruk dan perilaku merusak diri sendiri.

c) Harga Diri

Terpenuhinya keperluan penghargaan diri akan menghasilkan sikap dan rasa percaya diri, rasa takut menghadapi sakit, rasa damai, namun sebaliknya apabila keperluan diri ini tidak terpenuhi, maka akan membuat seorang individu mempunyai mental yang lemah dan berpikir negatif (Maslow dalam Lubis, 2009).

d) Stres

Kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, atau stres berat yang lain dianggap dapat menyebabkan depresi. Riset telah memperlihatkan bahwa kejadian - kejadian dalam hidup yang buruk cenderung menumpuk dalam 6 sampai 12 bulan sebelum depresi mulai terjadi (Lubis, 2009).

e) Lingkungan Keluarga

Lingkungan keluarga yang dapat menyebabkan depresi antara lain: Kehilangan orang tua ketika masih anak-anak, jenis pengasuhan, penyiksaan fisik dan seksual ketika kecil (Lubis, 2009).

2.2.5 Skala Depresi

Skala depresi dapat dimanfaatkan untuk memeriksa depresi atau distress psikologis menyeluruh. Macam-macam instrumen yang sering dipakai dalam penelitian mengenai depresi adalah sebagai berikut :

1. Geriatric Depression Scale

Geriatric Depression Scale (GDS) telah direkomendasikan agar dipergunakan dalam situasi klinis oleh *Institute of Medicine* dan masuk sebagai suatu bagian rutin dari pegkajian geriatric menyeluruh dalam kurikulum inti geriatric. Telah diperkenalkan lebih dari satu decade yang lalu, GDS ini telah meningkatkan manfaatnya dalam perawatan lanjut usia.

Skala Depresi Geriatrik adalah suatu kuesioner, terdiri dari 30 pertanyaan yang harus dijawab dengan menjawab “ ya ” atau “ tidak ” pada kuesioner tersebut.

Klasifikasi Tingkat Depresi Menurut Penilaian Instrumen Inventaris Geriatric Depression Scale (GDS), menurut (Burn, 1999 dalam Azizah, 2011)

Inventaris Geriatric Depression Scale (GDS) penilaian instrument tersebut adalah sebagai berikut:

a) Depresi minimal atau tidak ada

Dikatakan seorang responden mengalami depresi minimal atau tidak ada depresi apabila angka hasil sebesar 0-10 angka konsisten.

b) Depresi ringan

Dikatakan seorang responden mengalami depresi ringan apabila angka hasil sebesar 11-20 angka konsisten.

c) Depresi sedang dan berat

Dikatakan seorang responden mengalami depresi sedang/ berat apabila angka hasil sebesar 21-30.

2. Skala Depresi Rentang – Mandiri Zung

Skala depresi rentang – mandiri dari Zung terdiri dari 10 pertanyaan “ positif ” dan 10 pertanyaan “ negatif ”. Pertanyaan – pertanyaan tersebut ditanggapi dengan jawaban sedikit waktu, “ beberapa waktu ”, “ cukup banyak waktu ”, atau “ sebagian banyak waktu ”. Respon yang dihasilkan diberi angka 1-4 dan dalam susunan tertentu sehingga jumlah angka lebih banyak lagi akan mengindikasikan adanya depresi. Angka tersebut mungkin akan diekspresikan sebagai persentase dari 80, yang akan merupakan angka tertinggi pencapaian.

3. Kuesioner Kesehatan Umum

Kuesioner Kesehatan Umum (KKU) adalah instrument penggunaan mandiri, yang terdiri dari 60 bahan untuk mendeteksi ada-tidaknya distress psikiatri. Suatu versi skala telah dipisahkan: Terdiri dari 28 bahan pengujian untuk kategori - kategori umum (masing-masing sebanyak 7 pertanyaan): gejala-gejala

somatic, ansietas, insomnia, disfungsi, social, dan depresi. KKU merupakan suatu yang tidak biasa, karena benar-benar dibentuk untuk spesifitas penggunaan dalam latar belakang perawatan primer.

4. Inventaris Depresi Beck

Inventaris Depresi Beck (IDB) berikan pertanyaan yang berkenan dengan 21 karakteristik depresi, meliputi : gangguan alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan pada diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri dari kehidupan sosial, ketidakmampuan membuat keputusan, gambaran tubuh, fungsi dalam pekerjaan, gangguan tidur, kelelahan, gangguan selera makan, kehilangan berat badan, pelepasan jabatan sehubungan dengan pekerjaan, dan hilangnya libido. Instrument ini diberikan oleh seseorang pewawancara, meskipun bentuk instrument ini telah diadaptasikan menjadi instrument mandiri. Bahan-bahan yang terkandung diseleksi atas dasar kerja klinis eksentif terhadap orang-orang depresi. Bahan-bahan individual tersebut diberi angka dari 0, 1, 2 sampai 3.

5. Pusat untuk Studi Epidemiologi Skala Depresi

Pusat untuk studi epidemiologis skala depresi (PSE-D) dibuat oleh *Center For Epidemiologis Studies at the National Insitute of Mental Health* untuk digunakan dalam penyelidikan depresi pada sampel-sampel komunitas yang terkait. Instrument ini terdiri dari 20 pokok. Responden diminta untuk melaporkan lamanya waktu saat mereka mengalami gejala-gejala selama minggu terakhir (Gallo et al., 1998).

2.2.6 Cara Penanggulangan Depresi pada Lanjut Usia

Depresi dapat menjadi penyakit yang sangat mengganggu kehidupan sehari-hari, pada kasus ini depresi berat diperlukam terapi dan pengobatan yang efektif untuk mengurangi depresi, namun pada kasus depresi ringan dan sedang dapat melakukan terapi terhadap diri sendiri untuk mengurangi gejala-gejala depresi.

1. Obat Antidepresan

Ada beberapa obat antidepresan yaitu:

- a) Lithium, Lithium adalah obat yang digunakan untuk mengobati gangguan bipolar.
- b) MAOLs (*Monomine Oxide Inhibitors*). Obat ini menghalangi aktivitas *monoamine oxidase*, enzim yang menghancurkan *monoamine neurotransmitter norenephrine, serotonin, dan dopamine*.
- c) *Tricyclics*. Obat ini meningkatkan aktivitas neurotransmitter *monoamine norepinephrine*, dan serotonin dengan menghambat *reuptake* kedalam neuron.
- d) SSRI. Obat ini hanya menghambat *reuptake* serotonin namun tidak menghalangi *neurotransmitter* lain (Bress, 2008 dalam Lubis, 2009).

2. Dukungan Emosi

Intervensi NIC Dukungan emosi yang didefinisikan sebagai menyediakan ketenangan, penerimaan, dan dorongan selama terjadinya stres (M eridean L.Mass dkk, 2011) .

3. Konseling Kelompok dan dukungan sosial

Konseling secara kelompok adalah pelaksanaan wawancara konseling yang dilakukan antara seorang konselor profesional dengan beberapa pasien sekaligus dalam kelompok kecil (Winkle, 1999 dalam Lubis, 2009) .

4. Terapi Perilaku

Terapi ini berdasarkan pada teori pembelajaran sosial (Bandura dalam M eridean L.Mass dkk, 2011) .

5. Terapi Interpersonal

Terapi ini adalah bantuan psikoterapi jangka pendek yang berfokus pada hubungan antara orang-orang dengan perkembangan *Symtom* penyakit kejiwaan (Lubis, 2009).

6. CBT (*Cognitive Behavior Therapy*)

Pendekatan CBT memusatkan perhatian pada proses berpikir klien yang berhubungan dengan kesulitan emosional dan psikologi klien, pendekatan ini akan membantu klien mengubah pikiran-pikiran negatif dan keyakinan-keyakinan pasien yang tidak rasional (Lubis, 2009).

2.3 Konsep Terapi okupasi

2.3.1 Definisi Terapi okupasi

Terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan suatu tugas tertentu yang telah ditentukan dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan kemampuan, serta mempermudah belajar keahlian atau fungsi yang dibutuhkan dalam proses penyesuaian diri dengan lingkungan. Selain itu terapi ini juga dapat meningkatkan produktifitas, mengurangi atau memperbaiki ketidaknormalan (kecacatan), serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan (Setyoadi & Kushariyadi 2011).

2.3.2 Teori Terapi Okupasi

Terapi okupasi lebih dititik beratkan pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang kemudian memelihara dan meningkatkannya sehingga mampu mengatasi masalah-masalah yang diharapkannya.

Terapi okupasi menggunakan okupasi (pekerjaan atau kegiatan) sebagai media. Tugas pekerjaan atau kegiatan yang dipilihkan adalah berdasarkan pemilihan perawat yang disesuaikan dengan tujuan perawat itu sendiri. Jadi bukan hanya sekedar kegiatan untuk membuat seseorang sibuk (Setyoadi & Kushariyadi 2011).

2.3.3 Fungsi dan Tujuan Terapi Okupasi

Nasir (2011) secara umum fungsi dari terapi okupasi adalah terapan medis yang terarah bagi pasien fisik maupun mental dalam rangka memulihkan kembali fungsi seseorang sehingga dia dapat mandiri semaksimal mungkin. Untuk mendapatkan terapi okupasi adalah dengan maksud sebagai berikut :

1. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan ruang gerak sendi, kekuatan otot, dan koordinasi gerakan.
2. Mengajarkan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpakaian, belajar, menggunakan fasilitas umum (telepon, televise, dan lain-lain), baik dengan maupun tanpa alat bantu, mamdi yang bersih, dan lain-lain.
3. Membantu pasien untuk menyesuaikan diri dengan pekerjaan rutin di rumahnya dan memberi saran penyederhanaan (simplifikasi) ruangan maupun letak alat-alat kebutuhan sehari-hari.
4. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara, dan meningkatkan kemampuan yang masih ada.

5. Eksplorasi prevokasional untuk memastikan kemampuan fisik dan mental pasien, penyesuaian sosial, dan ketertarikan, kebiasaan-kebiasaan kerja, keterampilan, dan potensial untuk dipekerjakan.
6. Sebagai suatu ukuran suportif dalam membantu pasien untuk menerima suatu periode kesembuhan atau masuk rumah sakit dalam jangka waktu yang lama.
7. Mengarahkan minat dan hobi agar dapat digunakan sebagai perlakuan psikiatri yang spesifik untuk membangun kesempatan-kesempatan demi hubungan yang lebih memuaskan, membangun pelepasan, atau sublimasi dorongan (drive) emosional sebagai suatu alat diagnostic (Yitnarmuti, 2006).

2.3.4 Tujuan Terapi Okupasi

Adapun tujuan terapi okupasi menurut Riyadi dan Purwanto (2009) adalah:

1. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental.
 - a. menciptakan kondisi tertentu sehingga klien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitarnya.
 - b. Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.
 - c. Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.
 - d. Membantu dalam pengumpulan data untuk menegakkan diagnosa dan terapi.
2. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan gerak, sendi, otot, dan koordinasi gerakan.

3. Melakukan ADL seperti makan, berpakaian, BAK, BAB, dan sebagainya.
4. Membantu klien menyesuaikan diri dengan tugas rutin di rumah.
5. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.
6. Menyediakan berbagai macam kegiatan agar dicoba klien untuk mengetahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan, kemampuan, bersosialisasi, bakat, minat dan potensinya.
7. Mengarahkan minat dan hobi untuk dapat digunakan setelah klien kembali di lingkungan masyarakat.

2.3.5 Karakteristik Terapi Okupasi

Riyadi dan Purwanto (2009) menyatakan bahwa karakteristik aktivitas dari terapi okupasi sebagai berikut:

- a. Mempunyai tujuan jelas
- b. Mempunyai arti tertentu bagi klien
- c. Harus mampu melibatkan klien waktu minimal
- d. Dapat mencegah bertambah buruknya kondisi
- e. Dapat memberi dorongan hidup
- f. Dapat dimodifikasi
- g. Disesuaikan dengan minat

2.3.6 Indikasi Terapi Okupasi

Setyoadi dan Kushariyadi (2011) Terapi ini digunakan pada beberapa jenis gangguan sebagai berikut :

1. Gangguan konsentrasi
2. Gangguan motorik (gerak, gangguan koordinasi atau *clumsiness*)

3. Kesulitan belajar
4. Gangguan sensorik (tidak mau dipeluk, takut ketinggian, gangguan keseimbangan)
5. Gangguan tumbuh kembang (terlambat bicara, terlambat berjalan)
6. Gangguan perilaku dan emosi (tantrum atau marah – marah)
7. Gangguan interaksi sosial (menghindari kontak mata, asyik bermain sendiri)
8. Hiperaktif
9. Keterbelakangan mental
10. Kelumpuhan otak atau keterlambatan perkembangan pada otak (*cerebral palsy*)

2.3.7 Kontraindikasi Terapi Okupasi

Setyoadi dan Kushariyadi (2011) Terapis perlu memahami tujuan dari terapi kerja yang akan diberikan. Ada dua kontraindikasi yang perlu diperhatikan berkaitan dengan tujuan dari praktik, yaitu kondisi fisik dan kondisi psikologi klien. Kondisi fisik yang perlu diperhatikan antara lain :

1. Inflamasi
2. Nyeri yang hebat
3. Baru mengalami patah tulang
4. Kanker tulang atau kerapuhan tulang
5. Kelelahan yang signifikan

Kondisi psikologis yang perlu diperhatikan untuk menjamin tercapainya tujuan selama proses pelaksanaan terapi okupasi. Kondisi klien yang perlu mendapat prioritas penanganan teori okupasi antara lain :

1. Seseorang yang kurang berfungsi dalam kehidupan karena kesulitan yang dihadapi dalam pengintegrasian perkembangan psikososial
2. Kelainan tingkah laku yang terlibat dalam kesulitan berkomunikasi dengan orang lain
3. Tingkah laku tidak wajar dalam mengekspresikan perasaan atau kebutuhan yang primitif
4. Ketidakmampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksi terhadap rangsangan tersebut tidak wajar
5. Terhentinya seseorang dalam fase pertumbuhan tertentu atau seseorang yang mengalami kemunduran
6. Mereka yang lebih mudah mengekspresikan perasaan melalui suatu aktifitas dari pada dengan percakapan
7. Mereka yang merasa lebih mudah mempelajari sesuatu dengan cara mempraktikkan dari pada dengan membayangkan
8. Klien cacat tubuh yang mengalami gangguan dalam kepribadiannya

2.3.8 Analisa Aktifitas Terapi Okupasi

Kegiatan terapi okupasi meliputi: jenis kegiatan yang dilakukan seperti latihan gerak badan atau pekerjaan sehari-hari maksud dan tujuan dari kegiatan dilakukan dan manfaatnya bagi klien sarana atau alat atau aktivitas dilakukan disesuaikan dengan jenis kegiatan yang dilakukan, persiapan terhadap sarana pendukung dan klien maupun perawat pelaksana dari kegiatan yang telah direncanakan kontraindikasi dan disukai atau tidak disukai yang disesuaikan dengan kemampuan yang dimiliki oleh klien (Riyadi & Purwanto 2009).

2.3.9 Proses Terapi Okupasi

Riyadi dan Purwanto (2009) Adapun proses dari terapi okupasi, sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data meliputi data tentang identitas klien, gejala, diagnosis, perilaku dan kepribadian klien. Misalnya, klien mudah sedih, putus asa, marah.
- b. Analisa data dan identifikasi masalah dari data yang telah dikaji ditegakkan diagnosa sementara tentang masalah klien maupun keluarga.
- c. Penentuan tujuan dan sasaran dari diagnosa yang ditegakkan dapat dibuat sasaran dan tujuan yang ingin dicapai.
- d. Penentuan aktivitas jenis kegiatan yang ditentukan harus disesuaikan dengan tujuan terapi.
- e. Evaluasi kemampuan klien, inisiatif, tanggung jawab, kerja sama, emosi dan tingkah laku selama aktivitas berlangsung. Dari hasil evaluasi rencanakan kembali kegiatan yang sesuai dan akan dilakukan. Evaluasi dilakukan secara periodik misalnya 1 minggu sekali dan setiap selesai melaksanakan kegiatan.

2.3.10 Jenis Kegiatan Terapi Okupasi

Riyadi dan Purwanto (2009) Adapun jenis kegiatan terapi okupasi, sebagai berikut. Jenis kegiatan dalam terapi okupasi antara lain:

1. Senam, olahraga, lari, gerak badan
2. Permainan tangan, kesehatan, kebersihan, dan kerapian pribadi, pekerjaan sehari-hari (aktivitas kehidupan sehari-hari, seperti dengan mengajarkan merapikan tempat tidur, menyapu dan mengepel), praktik *pre-vokasional*.

3. Seni (tari, music, lukis, drama, kerajinan tangan dan lain-lain)
4. Rekreasi (tamasya, nonton bioskop atau drama)
5. Diskusi dengan topik tertentu (berita surat kabar, televisi, radio, atau keadaan lingkungan)
6. Keterampilan diorama gambar

2.3.11 Teknik Terapi Okupasi

Setyoadi dan Kushariyadi (2011) Terapi okupasi dapat dilakukan baik secara individual maupun berkelompok tergantung dari keadaan klien, tujuan terapi, dan lain – lain.

Terdapat 2 metode terapi okupasi, yaitu:

1. Metode individual, dilakukan untuk :
 - a. Klien baru yang bertujuan untuk mendapatkan lebih banyak informasi dan sekaligus untuk evaluasi
 - b. Klien yang belum mampu berinteraksi dengan baik dalam suatu kelompok sehingga dianggap akan mengganggu kelancaran suatu kelompok bila dimasukkan dalam kelompok tersebut.
 - c. Klien yang sedang menjalani latihan kerja dengan tujuan agar perawat dapat mengevaluasi lebih efektif
2. Metode kelompok, dilakukan untuk :
 - a. Klien lama yang atas dasar seleksi dengan masalah atau dalam melakukan suatu aktifitas untuk tujuan tertentu bagi beberapa klien sekaligus

- b. Sebelum memulai suatu kegiatan baik secara individual maupun kelompok, perawat harus mempersiapkan terlebih dahulu segala sesuatu yang menyangkut pelaksanaan kegiatan tersebut
- c. Klien dipersiapkan dengan cara memperkenalkan kegiatan dan menjelaskan tujuan pelaksanaan tujuan kegiatan tersebut

Dengan demikian, klien diharapkan memahami kegiatan dan berusaha untuk ikut aktif. Jumlah anggota dalam suatu kelompok disesuaikan dengan jenis aktifitas yang akan dilakukan dan kemampuan perawat dalam mengawasi.

2.3.12 Waktu

Terapi dilakukan 2–3 kali seminggu bergantung pada tujuan terapi, tersedianya tenaga, dan fasilitas. Setiap sesi (1–2 jam), baik individu maupun kelompok, dibagi menjadi dua bagian, yaitu 30 – 60 menit untuk menyelesaikan kegiatan – kegiatan dan 60 – 90 menit untuk diskusi. Diskusi membicarakan mengenai pelaksanaan kegiatan meliputi kesulitan yang dihadapi dan kesan. Diskusi diarahkan sesuai dengan tujuan terapi.

2.3.13 Terminasi

Keikutsertaan klien dalam kegiatan terapi okupasi dapat diakhiri apabila klien dianggap telah mampu mengatasi persoalannya, tidak akan berkembang lagi meski usaha telah dilakukan secara maksimal, atau mengikuti program lainnya sebelum terapi okupasi (Setyoadi dan Kushariyadi 2011).

2.3.14 Kriteria Evaluasi

Setyoadi dan Kushariyadi (2011) Evaluasi dilaksanakan secara teratur dan terencana sesuai dengan tujuan terapi agar dapat menentukan program yang tepat sesuai perkembangan klien. Jenis aktifitas yang akan diberikan disesuaikan

dengan hasil evaluasi. Namun, dalam hal tertentu, penyesuaian aktifitas dapat dilakukan setelah perawat mengidentifikasi bahwa aktifitas yang sedang diberikan kurang efektif selama beberapa waktu sehingga klien tidak mengalami kemajuan.

Hal-hal yang perlu dievaluasi adalah sebagian berikut.

1. Kemampuan membuat keputusan
2. Tingkah laku selama bekerja
3. Kesadaran adanya orang lain dan yang mempunyai kebutuhan sendiri
4. Adanya kerja sama
5. Cara memperlihatkan emosi (spontan, wajar, jelas)
6. Inisiatif dan bertanggung jawab
7. Kemampuan untuk diajak atau mengajak berunding
8. Menyatakan perasaan tanpa agresi
9. Kompetisi tanpa permusuhan
10. Menerima kritik dari atasan atau teman sekerja
11. Kemampuan menyatakan pendapat sendiri dan bertanggung jawab atas pendapat tersebut
12. Menyadari keadaan dirinya dan menerima
13. Wajar dalam penampilan
14. Orientasi tempat, waktu, situasi, dan orang
15. Kemampuan menerima instruksi dan mengingat
16. Kemampuan bekerja tanpa terus menerus diawasi
17. Kerapian dalam bekerja
18. Kemampuan merencanakan suatu pekerjaan

19. Toleransi terhadap frustrasi

20. Lambat atau cepat dalam bekerja

2.4 Konsep Crafting

2.4.1 Definisi *Crafting*

Dalam bahasa Indonesian *crafting* berarti kerajinan. Kerajinan disini lebih mengacu pada hasil karya yang dibuat dengan tangan. Pekerjaan yang membutuhkan keterampilan dan keahlian tangan untuk membuatnya.

2.4.2 Karakteristik *crafting* kain flannel

Crafting dari kain flannel memiliki banyak keunikan, umumnya dibuat untuk hiasan. Banyak bentuk yang bisa dibuat dengan kain flannel contohnya gantungan kunci, bross, dompet dll. Kegiatan *crafting* juga dapat menjadi sebuah hiburan bagi pembuatnya untuk mengusir kejenuhan.

2.4.3 Manfaat *Crafting*

Berikut beberapa manfaat *crafting* :

1. Membantu membangun *self esteem*

Secara umum, orang yang merasa depresi pasti merasa harga diri rendah, merasa tidak dibantu dan tidak mampu melakukan sesuatu. Perasaan seperti itu bisa memperparah gangguan jiwa jika tidak ditangani. *Crafting* memungkinkan orang untuk memilih sendiri apa yang ingin dibuat. Jika sesuatu yang dibuatnya disukai orang lain, atau ada orang lain yang tertarik dengan buatannya, maka hal itu akan membuat dirinya bangga dengan apa yang dibuat nya. Jika dia sudah merasa bisa melakukan sesuatu, maka akan muncul kepercayaan bahwa dia bisa melakukan hal lain.

2. Aktivitas yang mendistraksi

Beberapa orang yang terlalu depresi bisa terlalu tenggelam dalam perasaan negatif dan merasa bahwa dirinya tidak berarti apa-apa. Melakukan aktivitas yang mendistraksi perasaan tersebut bisa dijadikan sebagai terapi, dan *crafting* adalah salah satunya. Melakukan aktivitas seperti ini juga akan membantu mengalihkan pikiran agar tidak lagi fokus pada rasa sakit atau pikiran negatif. *Crafting* akan membuat pikiran dan tangan fokus pada barang yang dibuat.

3. Mengaktifkan *mindfulness*

Mindfulness berarti memperhatikan dan merasakan apa yang dialami pada saat ini. Terapi yang berkaitan dengan *mindfulness* banyak digunakan sebagai terapi bagi pasien depresi dan bipolar disorder.

4. Melepaskan hormone serotonin

Hormon serotonin membantu menurunkan kadar depresi. *Crafting* adalah cara alami agar tubuh melepaskan serotonin.

5. Terapi warna

Terapi warna menjadi terapi untuk menangani depresi. Membuat barang *crafting* sangat memungkinkan pelakunya mengkreasikan warna sesuai kesukaanya.

6. Aktivitas yang bisa disentuh dan dirasakan.

Ini bisa menjauhkan kita dari halusinasi atau imajinasi yang berlebihan.

7. Membantu memvisualisasikan imajinasi

Sebelum membuat barang, pasti kita akan membayangkan barang apa yang ingin dibuat dan bagaimana kombinasi warnanya. Semua kegiatan *crafting* membantu pelakunya memvisualisasikan dan mewujudkan apa yang sudah

dirancang. Ini akan membantu orang yang depresi yang biasanya jauh dari pikiran masa depan, untuk merancang masa depan dan mengambil langkah untuk mewujudkannya.

8. Membantu tubuh bergerak

Walaupun sebagian besar adalah gerakan tangan, kegiatan *crafting* sudah membuat seseorang untuk bergerak daripada berdiam diri.

9. Ekspresi diri melalui kreativitas

Semua kegiatan *crafting* membutuhkan kreativitas, dan setiap orang memiliki cara tersendiri untuk mengekspresikan sesuai dengan dirinya.

2.4.4. Cara Pengolahan *Crafting*

Langkah-langkah membuat *crafting* :

1. Membuat pola di kain sesuai keinginan
2. Gunting kain sesuai pola
3. Jahit pinggir kain menggunakan jarum dan benang
4. Beri tambahan *accessories* sesuai kebutuhan dan rekatkan dengan lem
5. Setelah selesai letakkan dan gunakan sesuai keinginan

2.5 Konsep Adaptasi Callista Roy

2.5.1 Konsep Dasar dan Model Keperawatan Callista Roy

Sebelum mengenal konsep dasar keperawatan Callista Roy akan lebih baik jika mengetahui filosofi, falsafah keperawatan. Falsafah keperawatan mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas serta keinginan tahu tentang gambaran sesuatu yang lebih berdasarkan pada alasan logis dan metode empiris.

Contoh dari falsafah keperawatan menurut Roy (Mc Quiston) : Roy memiliki delapan falsafah yang kemudian dibagi menjadi dua yaitu empat

berdasarkan falsafah humanisme dan empat yang lainnya berdasarkan falsafah *veritvity*.

Falsafah humanisme/ kemanusiaan berarti bahwa manusia itu memiliki rasa ingin tahu dan menghargai, jadi seorang individu akan memiliki rasa saling berbagi dengan sesama dalam kemampuannya memecahkan suatu persoalan atau untuk mencari solusi, bertindak laku untuk mencapai tujuan tertentu, memiliki holism intrinsik dan selalu berjuang untuk mempertahankan integritas agar senantiasa bisa berhubungan dengan orang lain.

Falsafah *veritvity* yaitu kebenaran , yang dimaksud adalah bahwa ada hal yang bersifat absolut. Empat falsafah tersebut adalah :

1. Tujuan eksistensi manusia
2. Gabungan dari beberapa tujuan peradaban manusia
3. Aktifitas dan kreatifitas untuk kebaikan umum.
4. Nilai dan arti kehidupan.

Roy kemudian mengemukakan mengenai konsep mayor, berikut beberapa definisi dari konsep mayor Callista Roy.

- a) Sistem adalah kesatuan dari beberapa komponen atau elemen yang saling berhubungan sehingga membentuk suatu kesatuan yang meliputi adanya input, control, proses, output dan umpan balik.
- b) Derajat adaptasi adalah perubahan tetap sebagai hasil dari stimulus fokal, konsektual dan residual.
- c) Problem adaptasi adalah kejadian atau situasi yang tidak sesuai dengan kebutuhan.

- d) Stimulus fokal adalah stimulus yang mengharuskan manusia berespon adaptif.
- e) Stimulus konsektual adalah seluruh stimulus yang memberikan kontribusi perubahan tingkah laku yang disebabkan oleh stimulus fokal.
- f) Stimulus residual adalah seluruh faktor yang memberikan kontribusi terhadap perubahan tingkah laku tetapi belum dapat di validasi.
- g) Regulator adalah subsistem dari mekanisme koping dengan respon otomatis melalui neural, cemikal dan proses endokrin.
- h) Kognator adalah subsistem dari mekanisme koping dengan respon melalui proses yang kompleks dari persepsi informasi, mengambil keputusan dan belajar.
- i) Model efektor adaptif adalah kognator yaitu fisiological, fungsi peran, interdependensi dan konsep diri.
- j) Respon adaptif adalah respon yang meningkatkan integritas manusia dalam mencapai tujuan manusia untuk mempertahankan kehidupan.
- k) Fisiologis adalah kebutuhan fisiologis termasuk kebutuhan dasar dan bagaimana proses adaptasi dilakukan.
- l) Konsep diri adalah seluruh keyakinan dan perasaan
- m) Penampilan peran adalah penampilan fungsi peran dalam hubungannya di dalam hubungannya di lingkungan sosial.
- n) Interdependensi adalah hubungan individu dengan orang lain sebagai support sistem.

2.5.2. Model Konseptual Callista Roy

Model konseptual merupakan suatu kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan tentang serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi atau kejadian terhadap suatu ilmu dan pengembangannya. Roy dengan fokus adaptasinya pada manusia terdapat 4 elemen esensial yaitu keperawatan, manusia, kesehatan dan lingkungan.

Berikut akan kami jelaskan definisi dari keempat elemen esensial menurut Roy :

1. Keperawatan

Menurut Roy keperawatan di definisikan sebagai disiplin ilmu dan praktek. Keperawatan sebagai disiplin ilmu mengobservasi, mengklasifikasikan, dan menghubungkan proses yang berpengaruh terhadap kesehatan. Keperawatan menggunakan pendekatan pengetahuan untuk menyediakan pelayanan bagi orang-orang. Keperawatan meningkatkan adaptasi individu untuk meningkatkan kesehatan, jadi model adaptasi keperawatan menggambarkan lebih khusus perkembangan ilmu keperawatan dan praktek keperawatan. Dalam model tersebut keperawatan terdiri dari tujuan perawat dan aktifitas perawat. Tujuan keperawatan adalah mempertinggi interaksi manusia dengan lingkungannya, peningkatan adaptasi dilakukan melalui empat cara yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Tujuan keperawatan diraih ketika stimulus fokal berada dalam wilayah dengan tingkatan adaptasi manusia. Adaptasi membebaskan energi dari upaya koping yang tidak efektif dan memungkinkan individu untuk merespon stimulus yang lain, kondisi seperti ini dapat meningkatkan penyembuhan dan kesehatan.

2. Manusia

Menurut Roy manusia adalah sebuah sistem adaptif, sebagai sistem yang adaptif manusia digambarkan secara holistic sebagai satu kesatuan yang memiliki input, control, output dan proses umpan balik. Lebih khusus manusia didefinisikan sebagai sistem adaptif dengan aktivitas kognator dan regulator untuk mempertahankan adaptasi, empat cara adaptasinya yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Sebagai sistem yang adaptif manusia digambarkan dalam istilah karakteristik, jadi manusia dilihat sebagai satu kesatuan yang saling berhubungan antar unit secara keseluruhan atau beberapa unit untuk beberapa tujuan.

3. Kesehatan

Kesehatan didefinisikan sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan terintegrasi secara keseluruhan. Dalam model keperawatan konsep sehat dihubungkan dengan konsep adaptasi. Adaptasi adalah komponen pusat dalam model keperawatan, dalam hal ini manusia digambarkan sebagai suatu sistem yang adaptif. Proses adaptasi termasuk semua interaksi manusia dengan lingkungan yang terdiri dari dua proses, proses yang pertama dimulai dengan perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal dan proses yang kedua adalah mekanisme koping yang menghasilkan respon adaptif dan inefektif.

4. Lingkungan

Lingkungan digambarkan sebagai suatu keadaan yang ada di dalam dan di luar manusia. Lingkungan merupakan input bagi manusia sebagai suatu sistem yang adaptif.

2.5.3 Teori Penegasan

Proses adaptasi yang dikemukakan Roy:

a. Mekanisme coping

Pada sistem ini terdapat dua mekanisme yaitu pertama mekanisme coping bawaan yang prosesnya secara tidak disadari manusia tersebut, yang ditentukan secara genetik atau secara umum dipandang sebagai proses yang otomatis pada tubuh. Kedua yaitu mekanisme coping yang didapat dimana coping tersebut diperoleh melalui pengembangan atau pengalaman yang dipelajarinya.

b. Regulator subsistem

Merupakan proses coping yang menyertakan subsistem tubuh yaitu saraf, proses kimiawi, dan sistem endokrin.

c. Cognator subsistem

Proses coping seseorang yang menyertakan empat sistem pengetahuan dan emosi: pengolahan persepsi dan informasi, pembelajaran, pertimbangan, dan emosi.

Sistem adaptasi memiliki empat model adaptasi yang akan berdampak terhadap respon adaptasi diantaranya, sbb:

a. Fungsi Fisiologis

Sistem adaptasi fisiologis diataranya adalah oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan endokrin.

b. Konsep diri

Bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain.

c. Fungsi peran

Proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain.

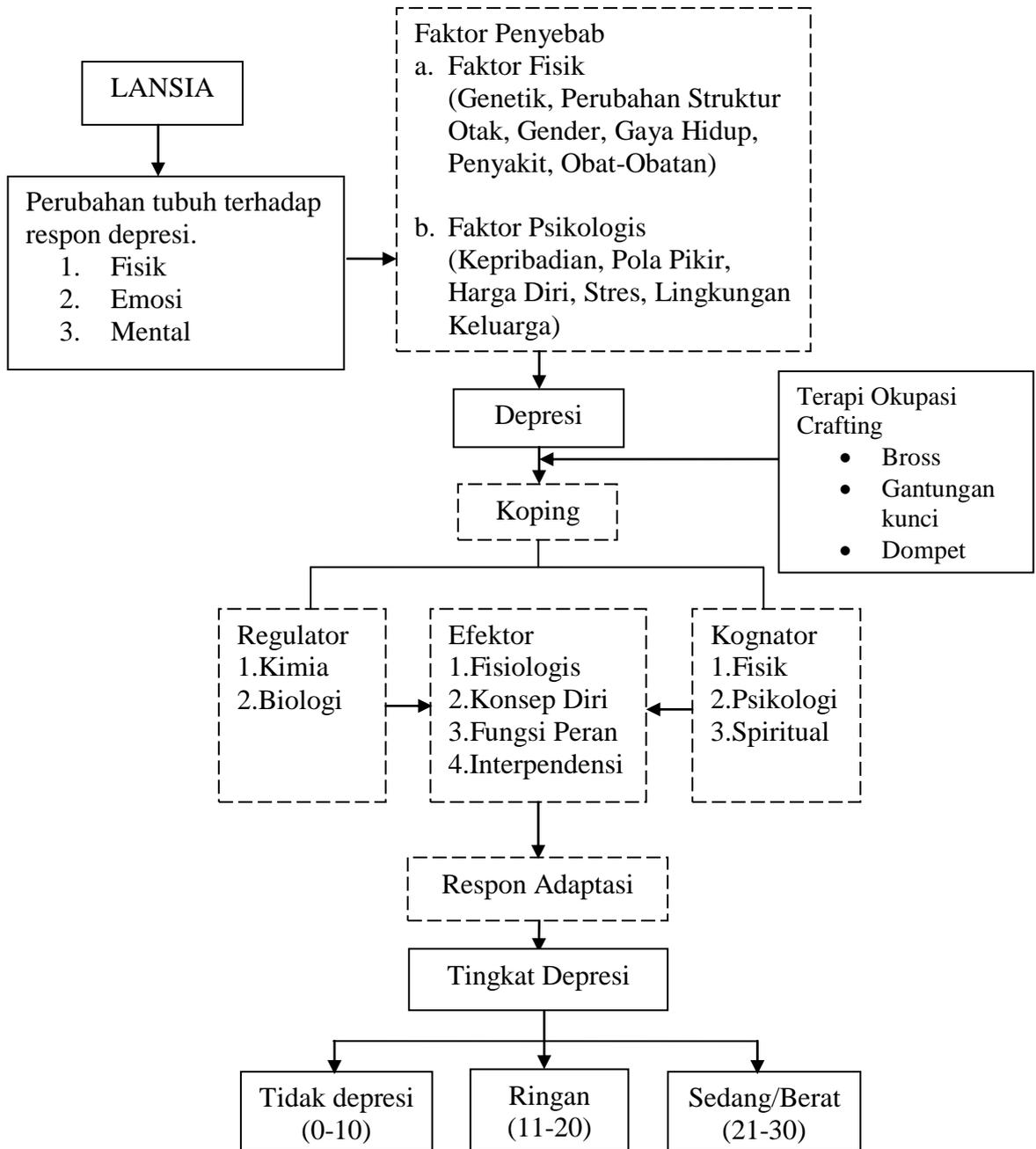
d. Interdependen

Kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.

Terdapat dua respon adaptasi yang dinyatakan Roy yaitu:

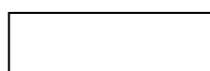
- a. Respon yang adaptif dimana terminologinya adalah manusia dapat mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh manusia.
- b. Respon yang tidak adaptif dimana manusia tidak dapat mengontrol dari terminologi keseimbangan sistem tubuh manusia, atau tidak dapat mencapai tujuan yang akan diraih.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 : Pengaruh Terapi Okupasi : *Crafting* Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Hargodedali Surabaya.

Keterangan :



: Yang diteliti



: Yang tidak diteliti

2.7 Hipotesis

H₁: Ada Pengaruh Terapi Okupasi : *Crafting* terhadap Tingkat Depresi di Panti Werdha Hargodedali Surabaya.