

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, lansia adalah individu baik perempuan atau laki-laki yang masih bisa bekerja maupun yang sudah tidak bisa beraktivitas yang telah mencapai usia 60 tahun (enam puluh) tahun ke atas (BPHN, 2023). Kementrian Kesehatan RI juga mendefinisikan lansia sebagai individu berusia 60 tahun atau lebih yang mengalami proses penuaan dengan berbagai perubahan pada aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Kemenkes RI, 2023).

Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *aging process* (proses penuaan) (Manurung, 2020). Pada masa lansia individu mengalami banyak sekali permasalahan, umumnya lansia merasakan kecemasan, kesepian, berkurangnya stabilitas emosi, dan juga mengalami disfungsi terhadap organ tubuhnya (Raudhoh & Pramudiani, 2021).

Berdasarkan berbagai pengertian yang telah diuraikan, dapat disimpulkan bahwa lansia merupakan individu yang telah mencapai usia 60 tahun atau lebih dan berada pada tahap akhir perkembangan kehidupan manusia. Pada fase ini, individu mengalami proses penuaan (*aging process*) yang berlangsung secara alami dan menyebabkan berbagai perubahan pada aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Lansia sering mengalami seperti kecemasan, kesepian, ketidakstabilan emosi, kehilangan peran sosial, serta penurunan fungsi organ tubuh yang dapat memengaruhi kualitas hidupnya. Oleh karena itu, lansia memerlukan perhatian dan dukungan yang

komprehensif untuk membantu mempertahankan kesehatan, kemandirian, dan kesejahteraan hidupnya.

2.1.2 Batasan Lansia

Batasan lansia dapat diklasifikasikan berdasarkan kelompok usia. Menurut *World Health Organization* (WHO), lanjut usia dibagi menjadi empat kelompok, yaitu usia pertengahan (*middle age*) 45–59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60–74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75–90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) lebih dari 90 tahun (WHO, 2024).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengelompokkan lanjut usia menjadi tiga kategori, yaitu pralansia (*praseenilis*) usia 45–59 tahun, lansia usia 60 tahun ke atas, dan lansia risiko tinggi, yaitu lansia berusia lebih dari 70 tahun atau lansia yang berusia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan tertentu yang berisiko meningkatkan ketergantungan terhadap orang lain (Kemenkes RI, 2023). Menurut Depkes RI (2013), klasifikasi lanjut usia terdiri atas masa pralansia (45–59 tahun), lansia (60–69 tahun), dan lansia risiko tinggi yaitu usia 70 tahun ke atas.

Pengelompokan ini digunakan untuk memudahkan identifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai dengan karakteristik dan tingkat kemandirian lansia, sehingga intervensi dan asuhan keperawatan yang diberikan dapat lebih tepat sasaran sesuai dengan kondisi masing-masing kelompok usia lansia.

2.2 Konsep Berduka

2.2.1 Definisi Berduka

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), berduka merupakan respon psikososial individu yang muncul akibat kehilangan seperti kehilangan orang yang dicintai, objek, status, fungsi tubuh, bagian tubuh atau sebuah hubungan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Berduka (*grieving*) merupakan respons emosional dan psikologis yang muncul sebagai akibat dari suatu kehilangan yang bermakna bagi individu.

Kehilangan tersebut dapat berupa kehilangan orang yang dicintai, kehilangan kesehatan, kehilangan pekerjaan, kehilangan fungsi tubuh, maupun kehilangan peran dalam keluarga. Kehilangan peran dalam keluarga merupakan kondisi ketika lansia tidak lagi mampu menjalankan fungsi dan tanggung jawab yang sebelumnya dimiliki, seperti peran sebagai kepala keluarga, pencari nafkah, pengambil keputusan, maupun pengasuh anggota keluarga. Berduka merupakan proses normal yang dialami individu terutama oleh lansia dalam upaya menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat kehilangan yang dialaminya.

2.2.2 Penyebab Berduka

Penyebab berduka menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) meliputi empat kondisi utama. Pertama, kematian keluarga atau orang yang berarti, yaitu kehilangan seseorang yang memiliki hubungan dekat dengan individu sehingga menimbulkan respons kesedihan, rasa kehilangan, dan kebutuhan untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi dalam kehidupannya. Kedua, antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti, yaitu keadaan ketika individu menyadari bahwa orang terdekatnya sedang menghadapi kondisi terminal atau berisiko meninggal, sehingga proses berduka dapat muncul bahkan sebelum kematian benar-benar terjadi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Ketiga, kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, atau hubungan sosial) merupakan hilangnya sesuatu yang memiliki makna penting bagi individu dan dapat memengaruhi kesejahteraan emosional, psikologis, maupun sosial. Pada lansia, kehilangan peran dalam keluarga sebagai kepala keluarga, pencari nafkah, pengambil keputusan, atau pelindung keluarga merupakan salah satu bentuk kehilangan status dan fungsi yang sering terjadi akibat proses penuaan, pensiun, maupun penurunan kondisi kesehatan. Hal tersebut dapat meningkatkan munculnya respons berduka pada lansia. Keempat, antisipasi kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, atau hubungan sosial), yaitu kondisi ketika individu menghadapi

kemungkinan kehilangan di masa mendatang sehingga memicu kondisi berduka (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2.2.3 Tanda dan Gejala Berduka

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) membagi tanda dan gejala berduka menjadi 2 yaitu tanda dan gejala mayor, tanda dan gejala minor. Tanda dan gejala mayor meliputi data subjektif mengungkapkan perasaan sedih, merasa bersalah atau menyalahkan orang lain, mengungkapkan tidak menerima kehilangan, merasa tidak ada harapan, dengan data objektif menangis, pola tidur berubah dan tidak mampu berkonsentrasi. Sedangkan tanda dan gejala minor meliputi data subjektif klien mengungkapkan mengalami mimpi buruk atau pola mimpi berubah, merasa tidak berguna dan fobia, kemudian data objektif meliputi marah, tampak panik dan fungsi imunitas terganggu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2.2.4 Tahapan Berduka

Menurut Kübler-Ross, individu yang mengalami kehilangan dapat melalui beberapa tahapan berduka, yaitu: tahap pertama, *denial* (Penolakan) yaitu individu menolak atau sulit menerima kenyataan yang terjadi. Tahap kedua, *anger* (Marah) yaitu individu menunjukkan kemarahan terhadap diri sendiri, orang lain, maupun situasi yang dialami. Tahap ketiga, *bargaining* (Tawar-menawar) yaitu individu berusaha mencari cara untuk mengubah atau menghindari kehilangan yang terjadi. Tahap keempat, *depression* (Depresi) yaitu individu menunjukkan kesedihan mendalam, kehilangan harapan, dan menarik diri dari lingkungan. Tahap terakhir *acceptance* (Penerimaan) yaitu individu mulai menerima kenyataan dan beradaptasi terhadap kondisi yang dialaminya. Tahapan tersebut tidak selalu dialami secara berurutan dan dapat berbeda pada setiap individu (Bowen, 2024)

2.3 Konsep *Art Therapy*

2.3.1 Definisi *Art Therapy*

Art therapy merupakan salah satu bentuk terapi komplementer yang memanfaatkan proses kreatif dalam membuat karya seni sebagai media untuk membantu individu mengekspresikan pikiran, perasaan, pengalaman, dan konflik emosional yang sulit diungkapkan melalui komunikasi verbal (Muyasaroh, 2020). Hasil karya *Art Therapy* bukan dinilai berdasarkan nilai estetika, tetapi sebagai media untuk memahami kondisi psikologis individu, memfasilitasi proses penyembuhan emosional, membantu individu mengungkapkan perasaannya, mengelola stress, mendorong individu untuk percaya diri, dan mengembangkan keterampilan coping individu (Pratiwi, 2020).

2.3.2 Tujuan dan manfaat *Art Therapy*

Art therapy merupakan salah satu terapi yang memanfaatkan berbagai aktivitas berupa karya seni, seperti menggambar, mewarnai, melukis, dan lain sebagainya untuk memudahkan manusia dalam mengekspresikan emosinya. *Art therapy* bertujuan membantu individu mengungkapkan perasaan, mengelola stres, meningkatkan kepercayaan diri, serta mengembangkan kemampuan coping yang lebih adaptif (Kurniasih et al., 2021).

Aktivitas menggambar dalam *Art Therapy* efektif untuk menurunkan tingkat stres pada lansia. Lansia dapat menyalurkan emosi dengan cara yang lebih sehat, mengurangi ketegangan emosi, dan meningkatkan rasa rileks. Penerapan *Art therapy* di lingkungan panti jompo juga memiliki manfaat meningkatkan interaksi sosial dan kualitas lingkungan bagi lansia, meningkatkan kesejahteraan emosional lansia, mengurangi pengalaman kesepian pada lansia (Rayanti et al., 2023).

Praktik terapi non farmakologis *Art Therapy* perlu disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi fisik lansia. Penyesuaian tersebut penting dilakukan agar lansia dapat mengekspresikan pikiran, perasaan, dan pengalaman kehilangan yang dialaminya secara efektif, sehingga tujuan dan manfaat

terapi dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis dan membantu proses adaptasi terhadap kehilangan dapat tercapai secara maksimal.

2.3.3 Alat dan Bahan *Art Therapy*

Proses *Art Therapy* membutuhkan beberapa peralatan untuk mendukung keberhasilan terapi ini yaitu lembar kertas kosong/kanvas, pensil dan penghapus untuk membuat sketsa, crayon dan juga alas untuk menggambar (Febriyanti, 2024).

2.3.4 Langkah-langkah *Art Therapy*

Terapi komplementer non farmakologis *Art Therapy* dimulai dengan tahap pra interaksi yaitu dengan mempersiapkan alat dan bahan, tempat dan juga mempersiapkan pasien. Kemudian dilanjutkan dengan tahap orientasi dimulai dengan memberi salam dan membina hubungan saling percaya dengan klien, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan manfaat, menjelaskan prosedur dan juga menanyakan kesiapan klien. Lalu tahap kerja, memberi kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan, menanyakan keluhan utama klien dan perasaan yang dirasakan saat ini, mengatur posisi klien sebelum dilakukan terapi melukis dan memberikan ruang agar tidak mengganggu klien yang lainnya, menjelaskan tema menggambar yaitu menggambar sesuatu yang disukai oleh klien atau perasaan klien saat ini, setelah selesai menggambar terapis meminta klien untuk menjelaskan gambar apa dan makna gambar yang telah dibuat. Terakhir adalah tahap terminasi dimulai dengan menanyakan perasaan klien setelah melakukan tindakan, terapis memberikan pujian pada klien, rencana tindak lanjut terapis menuliskan kegiatan menggambar pada tindakan harian klien, membuat kontrak yang akan datang, berpamitan dan mengucapkan salam (Febriyanti, 2024).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Berduka

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara sistematis mengenai kondisi fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan lingkungan pasien. Pengkajian dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta telaah data pendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami pasien (Nursalam, 2021).

Pada pasien dengan masalah berduka akibat kehilangan peran dalam keluarga, data yang perlu dikaji meliputi:

1. Identitas

Identitas Lansia yang meliputi nama, alamat, jenis kelamin, umur, status perkawinan, agama, suku, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal sekarang, lama tinggal di panti (Kemenkes RI, 2022). Pengkajian karakteristik tersebut penting karena usia lanjut, status duda/janda, riwayat pekerjaan (kehilangan peran produktif), serta tinggal di panti berkaitan dengan meningkatnya risiko masalah psikososial, seperti kesepian, depresi, dan proses berduka akibat berbagai kehilangan yang dialami lansia (Arywibowo, 2024).

2. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan utama : Lansia yang mengalami berduka, sering mengalami keluhan berupa perasaan sedih yang mendalam, perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain, merasa kehilangan seseorang atau sesuatu yang bermakna, putus asa dan kehilangan harapan, serta kecenderungan menarik diri dari lingkungan sosial. Selain itu, lansia sering menangis, sulit tidur, nafsu makan menurun, mudah marah, mudah lelah, kehilangan minat untuk beraktivitas dan sulit berkonsentrasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2021).
- b. Riwayat kesehatan sekarang : Riwayat kesehatan sekarang pada lansia dengan berduka berfokus pada kejadian kehilangan yang

dialami, waktu terjadinya kehilangan, respons emosional serta perubahan perilaku. Pengkajian dapat mencakup perasaan sedih, rasa hampa, perasaan tidak berharga, kehilangan makna hidup, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, penurunan interaksi sosial, dan kemampuan lansia dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Lansia dengan kondisi kesehatan tertentu seperti stroke dapat berkontribusi terhadap munculnya perasaan berduka (Stuart, 2023).

- c. Riwayat kesehatan dahulu : Penyakit kronis, kecacatan fisik, riwayat kehilangan sebelumnya, maupun pengalaman stres dapat memengaruhi kemampuan individu dalam beradaptasi terhadap kehilangan (Stuart, 2023).
- d. Riwayat kesehatan keluarga : Menggali informasi tentang hubungan lansia dengan keluarga, dukungan keluarga, serta perubahan peran dalam keluarga. Dukungan keluarga yang kurang dapat meningkatkan risiko munculnya respons berduka dan menghambat proses adaptasi lansia terhadap kehilangan (Yosep & Sutini, 2021).

3. Status Fisiologis

Status fisiologis dapat dikaji melalui tanda-tanda vital dan keadaan umum klien, pola nutrisi atau kebiasaan makan dan minum biasanya mengalami penurunan nafsu makan, perubahan pola istirahat tidur bahkan insomnia, penurunan kemampuan dan minat untuk melakukan aktivitas sehari-hari serta pemeriksaan fisik yang berkaitan dengan kondisi klien meliputi mata, mulut, ekstremitas.

4. Status Psikososial

Lansia dengan berduka seringkali mengalami gangguan interaksi sosial, gangguan emosional, konsep diri yang buruk, serta kecemasan yang berlebihan. Pengkajian menggunakan pengkajian emosional dan *Geriatric Depression Scale* (GDS-15).

a. **Pengkajian emosional**

Pertanyaan tahap 1

(1) Apakah klien mengalami susah tidur

- (2) Ada masalah atau banyak pikiran
- (3) Apakah klien murung atau menangis sendiri
- (4) Apakah klien sering was-was atau khawatir



Lanjutkan pertanyaan tahap 2 jika jawaban ya 1 atau lebih

Pertanyaan tahap 2

- (1) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 bulan 1 kali dalam satu bulan
- (2) Ada masalah atau banyak pikiran
- (3) Ada gangguan atau masalah dengan orang lain
- (4) Menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter
- (5) Cenderung mengurung diri



Lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawaban ya, maka masalah emosional ada atau ada gangguan emosional

Gangguan emosional

b. **Geriatric Depression Scale (GDS-15).**

- 1 Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?
☐ Ya ☐ **Tidak**
- 2 Apakah anda sudah menghentikan banyak kegiatan dan hal-hal yang menarik minat anda?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 3 Apakah anda merasa hidup anda hampa?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 4 Apakah anda sering merasa bosan?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 5 Apakah anda biasanya bersemangat/gembira?

- ☐ Ya ☐ **Tidak**
- 6 Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 7 Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?
☐ Ya ☐ **Tidak**
- 8 Apakah anda sering merasa tidak berdaya?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 9 Apakah anda lebih senang tinggal di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 10 Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 11 Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?
☐ Ya ☐ **Tidak**
- 12 Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 13 Apakah anda merasa anda penuh semangat?
☐ Ya ☐ **Tidak**
- 14 Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?
☐ **Ya** ☐ Tidak
- 15 Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda?
☐ **Ya** ☐ Tidak

Skor : Hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

- Setiap jawaban bercetak tebal mempunyai nilai 1.
- Skor antara 5 hingga 9 menunjukkan kemungkinan besar depresi.
- Skor 10 atau lebih merupakan depresi.

5. Tingkat kemandirian : tingkat kemandirian klien dengan berduka dapat diukur menggunakan pengkajian fungsional Barthel Indeks sebagai berikut (Mahoney & Barthel, 1965),

Table 1 Tingkat Kemandirian

No	Aktivitas	Nilai	
		Bantuan	Mandiri
1.	Makan	5	10
2.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur	5 -10	15
3.	Kebersian diri, mencuci muka, menyisir, mencukur dan mengosok gigi	0	5
4.	Aktivitas toilet	5	10
5.	Mandi	0	5
6.	Berjalan di jalan yang datar (jika tidak mampu berjalan lakukan dengan kursi roda)	10	15
7.	Naik turun tangga	5	10
8.	Berpakaian termasuk mengenakan sepatu	5	10
9.	Mengontrol defekasi	5	10
10.	Mengontrol berkemih	5	10
JUMLAH			100

Interpretasi :

- 0 – 20 : Ketergantungan total
 21 – 60 : Ketergantungan berat
 61 – 90 : Ketergantungan sedang
 91 – 99 : Ketergantungan ringan
 100 : Mandiri

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial yang menjadi dasar dalam pemilihan intervensi keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Penegakan diagnosis keperawatan utama pada kasus ini adalah berduka (D.0081) sesuai dengan standar diagnosis keperawatan Indonesia.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk tindakan keperawatan yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian perawat, yang bertujuan untuk mencegah, memulihkan, atau meningkatkan kesehatan pasien, dan mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Berikut ini intervensi keperawatan pada pasien berduka

Table 2 Intervensi Keperawatan

Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Berduka (D.0081)	Setelah dilakukan Intervensi keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan tingkat berduka menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi menerima kehilangan meningkat 2. Verbalisasi harapan meningkat 3. Verbalisasi perasaan sedih menurun 4. Verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain menurun 5. Menangis menurun 6. Pola tidur membaik 7. Konsentasi membaik	Dukungan Proses Berduka (I.09274) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kehilangan yang dihadapi 2. Identifikasi proses berduka yang dialami 3. Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal 4. Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan <i>Terapeutik</i> 1. Tunjukkan sikap menerima dan empati 2. Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan 3. Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat 4. Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial 5. Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis: membaca buku, menulis, menggambar, atau bermain) 6. Ajarkan terapi komplementer <i>Art Therapy</i> untuk membantu mengekspresikan perasaan

		<i>Edukasi</i> 1. Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap meningkari, marah, tawar menawar, depresi, dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan 2. Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan 3. Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan 4. Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap
--	--	---

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun, di mana perawat melakukan serangkaian kegiatan untuk membantu pasien dari masalah kesehatan menuju kondisi yang lebih baik sesuai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2021).

2.4.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan menilai keberhasilan pencapaian tujuan perawatan dengan membandingkan respons pasien terhadap intervensi dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan, untuk memutuskan apakah tindakan dihentikan, dilanjutkan, atau dimodifikasi (Yunike, 2022). Evaluasi keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*Subjective, objective, assessment, planning*), adapun komponen SOAP adalah sebagai berikut :

S (*Subjective*), ungkapan subjektif dari klien yang dapat berupa keluhan atau perasaan yang saat ini dirasakan oleh klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O (*Objective*), berisikan data yang diperoleh berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat pada klien selama proses dan setelah dilakukan tindakan keperawatan

A (*Assessment*), merupakan kesimpulan dari data yang telah didapatkan yang dapat dituliskan dalam bentuk masalah keperawatan seperti berduka dan dilanjutkan dengan ketercapaian tindakan yang terbagi menjadi 2 yaitu masalah keperawatan teratasi dan masalah keperawatan belum teratasi.

P (*Planning*), merupakan perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun.



BAB III

GAMBARAN KASUS

Bab ini menjabarkan mengenai proses asuhan keperawatan lansia yang terdiri dari pengkajian, analisis data, diagnosis keperawatan yang muncul, perencanaan asuhan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pengkajian dimulai pada hari Senin, 02 Maret 2026 pada pukul 13.00 WIB di UPT PMKS Pesanggrahan Majapahit Mojokerto. Sebelum melakukan pengkajian, peneliti memulai dengan perkenalan, membina hubungan saling percaya, menjelaskan tujuan, dan menyepakati kontrak untuk pertemuan selanjutnya.

3.1 Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Masalah Berduka

3.1.1 Pengkajian

Studi kasus ini dilakukan pada seorang lansia laki-laki bernama Tn. H yang berusia 70 tahun. Klien lahir pada tanggal 12 Agustus 1955 dan telah tinggal di UPT PMKS Pesanggrahan Majapahit Mojokerto selama kurang lebih tiga tahun bersama istrinya. Sebelum tinggal di panti, klien bekerja sebagai karyawan swasta dan berperan sebagai kepala keluarga sekaligus pencari nafkah. Klien memiliki seorang istri yang mengalami tunawicara dan empat orang anak. Sejak mengalami stroke, klien tidak lagi mampu bekerja sehingga mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan hidup keluarganya. Kondisi tersebut menyebabkan klien dan istrinya dibawa oleh perangkat desa dari Dusun Kejangan, Desa Kejangan, Kecamatan Trowulan, Kabupaten Mojokerto untuk tinggal di panti. Saat ini seluruh kebutuhan hidup klien dipenuhi oleh pihak panti dan **klien mengatakan sudah tidak memiliki penghasilan.**

Saat pertama kali dilakukan pengkajian, klien tampak berbaring di tempat tidur dengan kondisi umum lemah dan ditemani oleh istrinya. Selama proses interaksi, **klien tampak lesu, tampak menunduk seperti tatapan kosong tidak berkedip selama 8 detik, kontak mata kurang,**

serta menjawab pertanyaan dengan singkat menggunakan nada bicara pelan dan datar, beberapa kali hanya merespon dengan gelengan kepala. Ekspresi wajah tampak murung dan sedih. Klien tampak menyeka air mata ketika menceritakan kondisi keluarganya dan sesekali terdiam cukup lama dan menghela nafas gusar sebelum menjawab pertanyaan.

Berdasarkan riwayat kesehatan, klien memiliki riwayat hipertensi dan stroke. Saat ini klien rutin mengonsumsi obat antihipertensi amlodipine. Klien mengatakan tangan dan kaki kanannya sulit digerakkan sejak mengalami stroke. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan kondisi umum lemah dengan kesadaran compos mentis, **mata tampak cowong, sembab dan konjungtiva tidak anemis**, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 82 kali/menit, frekuensi napas 22 kali/menit, suhu tubuh 36°C, tinggi badan 160 cm, dan berat badan 50 kg. Klien mengalami hemiparesis dekstra dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 1/1 dan ekstremitas kiri 5/5. Mobilitas klien terbatas, berpindah tempat menggunakan kursi roda dan memerlukan bantuan orang lain dalam aktivitas sehari-hari. Hasil pengkajian Barthel Index menunjukkan skor 60 yang mengindikasikan ketergantungan sedang.

Berdasarkan pengkajian psikososial, **klien mengungkapkan merasa sedih karena tidak lagi mampu bekerja dan mencari nafkah untuk keluarganya**. Klien mengatakan, “Biyen kerjo mbak, saiki wis gak sanggup, yo gara-gara aku stroke”, klien menyatakan merasa tidak berguna karena tidak bisa bekerja, klien tampak berpasrah terhadap kondisinya saat mengatakan “Arep-arep opo mbak, wis tua, wis gak iso waras”. Klien mengaku sering memikirkan kondisi anak-anaknya dan merasa sedih karena tidak dapat menjalankan tanggung jawabnya seperti dahulu, klien juga mengungkapkan kerinduannya kepada anak-anak yang sudah lama tidak ditemui dengan mengatakan, “Kangen mbak, suwe gak kepethuk anakku” dengan mata tampak

berkaca-kaca. Saat membahas kondisi keluarganya klien tampak menangis dan menyeka air matanya, suara bergetar.

Berdasarkan keterangan teman seasrama dan petugas panti, klien lebih sering berada di kamar, jarang berinteraksi dengan penghuni lain, hampir tidak pernah mengikuti kegiatan di aula, serta sering menangis pada malam hari. Selama pengkajian, klien tampak murung, menyendiri, kontak mata kurang, lebih banyak diam, afek sedih, dan menunjukkan minat yang rendah untuk beraktivitas. Klien juga tampak kurang berkonsentrasi ketika diajak berbincang.

Hasil pengkajian pola nutrisi, klien makan tiga kali sehari sesuai jadwal panti yang terdiri dari sarapan, makan siang, makan sore ditambah dengan makanan ringan/*snack*. Namun, klien mengatakan nafsu makannya menurun dan sering tidak menghabiskan makanan yang disediakan, dalam sehari klien menghabiskan satu setengah botol aqua besar atau setara dengan 1500 ml, dan juga meminum segelas susu setiap hari. Pola istirahat dan tidur, klien mengeluh sulit tidur, sering terbangun pada malam hari, merasa gelisah, dan sering memikirkan keluarganya. Teman seasrama juga mengungkapkan bahwa klien sering menangis pada malam hari.

Berdasarkan hasil pengkajian status emosional klien teridentifikasi mengalami gangguan emosional dengan temuan data klien mengalami sulit tidur, merasa sedih dengan kondisi keluarganya, cenderung mengurung diri, murung dan juga sering menangis. Hasil pengkajian menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) menunjukkan skor 13 yang mengindikasikan adanya depresi. Selama pengkajian klien tampak murung, sering menunduk, sulit berkonsentrasi, sering menangis, serta menunjukkan perasaan sedih yang berkepanjangan.

3.1.2 Analisa Data

Berdasarkan data hasil pengkajian di tegakkan diagnosa keperawatan berduka dengan kode SDKI D.0081 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Penegakan diagnosa tersebut di dukung oleh temuan data yang meliputi data subjektif mayor dan minor **klien mengungkapkan merasa sedih karena tidak lagi mampu bekerja dan mencari nafkah untuk keluarganya. Klien mengatakan, “Biyen kerjo mbak, saiki wis gak sanggup, yo gara-gara aku stroke”, klien menyatakan merasa tidak berguna karena tidak bisa bekerja, mengatakan “Arep-arep opo mbak, wis tua, wis gak iso waras”. Klien mengaku sering memikirkan kondisi anak-anaknya dan merasa sedih karena tidak dapat menjalankan tanggung jawabnya seperti dahulu. Klien mengeluh sulit tidur, sering terbangun pada malam hari, merasa gelisah, dan sering memikirkan keluarganya**

Kemudian dikuatkan dengan temuan data objektif mayor dan minor **klien tampak berpasrah terhadap kondisinya, klien tampak lesu, mata tampak cowong, sembab dan konjungtiva tidak anemis, tampak menunduk seperti tatapan kosong tidak berkedip selama 8 detik, kontak mata kurang, lebih banyak diam serta menjawab pertanyaan dengan singkat menggunakan nada bicara pelan dan datar, beberapa kali hanya merespon dengan gelengan kepala. Klien tampak menyendiri dengan ekspresi wajah tampak murung dan sedih. Saat membahas kondisi keluarganya klien tampak menangis dan menyeka air matanya dan berbicara dengan suara bergetar. Klien menunjukkan minat yang rendah untuk beraktivitas, tampak kurang berkonsentrasi ketika diajak berbincang, sesekali terdiam cukup lama dan menghela nafas gusar sebelum menjawab pertanyaan. Hasil pengkajian status emosional klien teridentifikasi mengalami gangguan emosional dan pengkajian menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) menunjukkan skor 13 yang mengindikasikan adanya depresi.**

3.1.3 Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan yang disusun akan membahas mengenai kegiatan dalam perencanaan keperawatan. Meliputi menentukan prioritas, merumuskan hasil dan membuat strategi, memilih intervensi keperawatan, serta menyampaikan rencana perawatan keperawatan (Berman et al., 2021). Peneliti telah menyusun rencana intervensi untuk masalah utama berduka. Intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah utama adalah dukungan proses berduka dengan kode SIKI I.09274. Berdasarkan intervensi utama dukungan proses berduka adapun rincian tindakannya yaitu observasi yang meliputi identifikasi kehilangan yang dihadapi oleh klien pada masa lalu atau masa sekarang, identifikasi proses berduka yang dialami oleh klien, identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau sesuatu yang dianggap bermakna oleh klien, identifikasi reaksi klien saat pertama kali mengalami kehilangan. Kemudian pada perencanaan terapeutik berupa tunjukkan sikap menerima dan empati terhadap kondisi klien, berikan motivasi agar klien mau mengungkapkan perasaan kehilangan yang dialami, motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat yang dipercaya oleh klien, fasilitasi klien untuk mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis: menggambar/*Art Therapy*), ajarkan terapi komplementer *Art Therapy* untuk membantu klien mengekspresikan pikiran, perasaan, dan pengalaman kehilangan yang dialaminya.

Art therapy merupakan intervensi unggulan yang dilakukan terkait berduka yang dialami oleh Tn. H, dimulai dengan memberi kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan, lalu validasi perasaan yang dirasakan saat ini, atur posisi klien sebelum dilakukan terapi melukis dan berikan ruang yang nyaman untuk klien, jelaskan tema menggambar yaitu sesuatu yang disukai oleh klien atau perasaan klien saat ini, setelah selesai menggambar terapis meminta klien untuk menjelaskan gambar apa dan makna gambar yang telah dibuat. Terakhir adalah tahap terminasi dimulai dengan validasi perasaan klien setelah melakukan tindakan, dan berikan

reinforcement positive untuk klien. Kemudian intervensi dilanjutkan dengan memberikan edukasi yang meliputi jelaskan kepada klien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, depresi, dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan, anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan, anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan dan ajarkan melewati proses berduka secara bertahap berduka (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Hasil yang diharapkan sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia adalah tingkat berduka menurun setelah 4×24 jam dengan beberapa kriteria hasil yaitu verbalisasi menerima kehilangan meningkat, verbalisasi harapan meningkat, verbalisasi perasaan sedih menurun, verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain menurun, menangis menurun, pola tidur membaik, konsentrasi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan intervensi sesuai dengan prinsip dan standar praktik keperawatan dilaksanakan pada tanggal 2 Maret 2026 hingga 5 Maret 2026 dengan total 4 kali pertemuan dengan durasi pertemuan selama 10-30 menit dengan memperhatikan respon Tn. H.

Pada pertemuan pertama dilakukan pada tanggal 02 Maret 2026 pukul 13.00 WIB di kamar Tn. H dengan durasi kurang lebih 30 menit. Pertemuan pertama difokuskan pada observasi yang dimulai dengan mencari tempat yang nyaman dan tidak mengganggu penghuni panti yang lain, memberikan salam terapeutik dengan memperkenalkan diri, memvalidasi kondisi klien, menjelaskan tujuan tindakan, serta membuat kontrak waktu sebelum memulai Tindakan. Tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi bagaimana kehilangan yang dihadapi oleh Tn. H baik kehilangan pada masa lalu maupun saat ini, mengidentifikasi proses berduka yang dialami oleh Tn. H, mengidentifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau sesuatu yang dianggap bermakna oleh Tn. H, juga mengidentifikasi respon saat

pertama kali mengalami kehilangan. Tn. H mengatakan bahwa dirinya merasa sedih dan bersalah karena tidak mampu untuk bekerja dan mencari nafkah untuk keluarganya semenjak sakit stroke, Tn. H merasa tidak berguna karena kondisinya saat ini. Berdasarkan hasil pemeriksaan Tn. H mengalami hemiparase dextra, kelemahan otot pada tangan dan kaki, tampak menggunakan kursi roda dengan bantuan istri. Tn. H juga mengungkapkan kesedihannya dikarenakan terpisah dan dengan anak-anaknya, Tn. H mengatakan “anakku 4, dirumat uwong kabeh”, “kangen, suwe gak kepethuk” dengan mata berkaca-kaca, tampak diam menunduk seperti memikirkan sesuatu selama 15 detik lalu kemudian menyeka air matanya, saat ini Tn. H masih sulit untuk berkonsentrasi. Istri Tn. H mengungkapkan bahwa saat ini suaminya sering menangis di malam hari hingga tidak tidur, banyak menyendiri di kamar dan jarang menghabiskan makanannya. Hasil pengkajian status emosional klien teridentifikasi mengalami gangguan emosional dan pengkajian menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) menunjukkan skor 13 yang mengindikasikan adanya depresi.

Pada pertemuan kedua tanggal 03 Maret 2026 pukul 07.30 WIB di kamar Tn. H dengan durasi kurang lebih 30 menit. Sebelum berinteraksi, hasil observasi awal Tn. H tampak menyendiri di kamar, murung dan melamun menghadap ke arah jendela kamar selama kurang lebih 1 menit. Implementasi dimulai dengan menyapa klien dengan hangat, menunjukkan sikap empati dan menerima kondisi klien. Peneliti juga memberikan motivasi kepada klien agar dapat saling menguatkan, mendukung dan saling menyayangi, tidak hanya memberikan tindakan terapeutik pada Tn. H tetapi juga istri Tn. H. Peneliti memberikan kesempatan kepada Tn. H untuk bercerita atau hanya sekedar mengungkapkan perasaannya saat ini, Tn. H memberikan respon baik, mau mengungkapkan perasaan dengan ekspresi sedih, kontak mata kurang, cenderung berbicara dengan nada pelan, tatapan kosong dan melihat kearah lain, mata tampak berkaca-kaca dan beberapa kali menghela nafas gusar, Tn. H mengungkapkan masih sulit tidur di

malam hari. Peneliti mengajak Tn. H untuk melakukan *Art Therapy* sebagai media untuk mengekspresikan perasaannya, Tn. H menyetujui dan mau menggambar. Selama proses *Art Therapy* berlangsung Tn. H belum mampu menjaga konsentrasi, beberapa kali mengatakan bingung dan tidak bisa karena susah untuk menggambar dengan tangan kanannya. Namun setelah mendapatkan dukungan dari istri, dan bantuan dari peneliti Tn. H tampak tenang dan menyelesaikan gambarannya. Peneliti memberikan *reinforcement positive* kepada Tn. H karena telah kooperatif selama pertemuan berlangsung, peneliti juga menganjurkan Tn. H untuk mengekspresikan perasannya melalui gambaran, dan menjelaskan kepada Tn. H dan istri bahwa kondisi seperti ini wajar terjadi dalam menghadapi kehilangan dan mengajarkan untuk melewati proses berduka secara bertahap.

Pada pertemuan ketiga tanggal 04 Maret 2026 pukul 15.00 WIB di kamar Tn. H dengan durasi kurang lebih 20 menit, terlihat istri Tn. H sedang membantu Tn. H bersiap setelah mandi sore. Tn. H tidak keluar kamar pada sore hari dan hanya duduk diam di tepian ranjang. Setelah ditegur sapa dan diajak berinteraksi, Tn. H tampak tersenyum singkat. Implementasi dimulai dengan mengeksplorasi perasaan Tn. H, Tn. H mengatakan masih sedih, terasa hampa dan kosong dan merasa tidak memiliki harapan apapun. Tn. H mengatakan semalam tidak bisa tidur, tidak mau makan makanan yang disediakan oleh pihak panti dan hanya meminum susu yang dibuatkan oleh istrinya. Selanjutnya melakukan intervensi unggulan sesuai kontrak sebelumnya yaitu *Art Therapy*, peneliti terlebih dahulu menanyakan kepada Tn. H ingin menggambar dengan tema apa hari ini, Tn. H merespon dengan jawaban “sembarang mbak”, setelah itu Tn. H mampu memilih tema menggambar kali ini, Tn. H tampak mau berinteraksi dengan peneliti, mau menggambar dengan bantuan peneliti. Tn. H tampak tersenyum, perilaku menunduk berkurang, kontak mata mulai ada selama proses interaksi, dan mulai bisa berkonsentrasi. Tn. H juga menceritakan tentang kondisinya saat ini, merasa tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan seperti dulu, Tn. H

tampak menunduk saat bercerita dengan mata yang berkaca-kaca, Iatri Tn. H mengatakan bahwa semalam tidak lagi menangis dan mau tidur. Peneliti kembali memberikan dukungan dan edukasi kepada Tn. H bahwa sikap mengingkari, marah, denial, depresi sampai dengan menerima adalah hal yang wajar terjadi saat menghadapi proses berduka akibat sebuah kehilangan peran dalam keluarga. Setelah melakukan kegiatan *Art Therapy* Tn. H mampu mengungkapkan perasannya dan mengatakan senang bisa bertemu dan berkegiatan dengan peneliti hari ini. Peneliti memberikan *reinforcement possitive* kepada Tn. H atas kemampuannya.

Pada pertemuan keempat tanggal 05 Maret 2026 pukul 08.00 WIB di kamar Tn. H dengan durasi kurang lebih 20 menit. Pada hari ini terdapat acara bakti sosial yang didatangi oleh berapa donatur panti. Saat diajak untuk bergabung dalam acara, Tn. H sempat menolak untuk bertemu dengan banyak orang tanpa menyebutkan alasannya. Tetapi setelah mendapatkan dukungan peneliti Tn. H mau bertemu dengan banyak orang, Tn. H mau berjabar tangan dan tampak membalas sapaan dengan senyum singkat, kontak mata tidak bertahan lama dan Tn. H lebih banyak menunduk, konsentrasinya terganggu saat bertemu dengan banyak orang. Implementasi dilakukan dengan memvalidasi perasaan Tn. H saat ini dan mengkonfirmasi apakah Tn. H mau untuk melanjutkan kegiatan *Art Therapy* seperti kemarin. Tn. H merespon baik dan mau untuk melanjutkan kegiatan kemarin, Tn. H mengatakan semalam bisa tidur dan tidak terbangun pada malam hari, Tn. H tampak kooperatif selama menggambar dengan bantuan peneliti, kontak mata bertahan cukup lama, Tn. H mengikuti arahan dan mampu berinteraksi dengan peneliti selama proses kegiatan berlangsung. Setelah proses *Art Therapy* selesai Tn. H mengungkapkan senang bisa bertemu dengan peneliti, Tn. H merasa seperti bersama dengan anaknya, merasa memiliki teman bercerita Tn. H mengatakan “Paling sampean sak anakku, mbak”, “aku seneng iso cerito karo sampean”. Hasil pengkajian status emosional klien teridentifikasi mengalami gangguan emosional dan pengkajian menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) menunjukkan skor 13

yang mengindikasikan adanya depresi. Peneliti kembali memberikan dukungan, motivasi dan juga *reinforcement possitive* pada Tn. H. Memberikan edukasi bahwa sikap mengingkari, marah, denial, depresi sampai dengan menerima adalah hal yang wajar terjadi saat menghadapi proses berduka akibat sebuah kehilangan peran dalam keluarga.

3.1.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi pertemuan pertama menunjukkan bahwa Tn. H mampu mengungkapkan perasaan kehilangan dan kesedihan yang dialaminya. Klien mengatakan merasa sedih, bersalah, dan tidak berguna karena sudah tidak mampu bekerja serta mencari nafkah untuk keluarganya sejak mengalami stroke. Klien juga mengungkapkan kerinduannya terhadap anak-anak yang sudah lama tidak ditemui. Selama proses interaksi, Tn. H tampak sedih, kontak mata kurang, mata berkaca-kaca, menundukkan kepala, terdiam selama beberapa saat, dan menyeka air mata ketika membahas anak-anaknya, masih sulit untuk berkonsentrasi dan sering terbangun di malam hari hingga tidak tidur. Berdasarkan hasil evaluasi, masalah berduka belum teratasi, namun klien mulai mampu mengenali dan mengungkapkan perasaan kehilangan yang dialaminya. Intervensi dilanjutkan dengan pemberian dukungan emosional dan eksplorasi proses berduka yang dialami klien.

Evaluasi pertemuan kedua menunjukkan bahwa Tn. H mampu mengungkapkan perasaan sedih dan kehilangan secara lebih terbuka dibandingkan pertemuan sebelumnya. Klien tampak kooperatif selama proses interaksi dan bersedia mengikuti kegiatan *Art Therapy*. Selama wawancara, klien masih menunjukkan ekspresi sedih, kontak mata kurang, berbicara dengan nada pelan, mata berkaca-kaca, dan beberapa kali menghela napas panjang saat membahas kondisi keluarganya, klien mengungkapkan masih sulit tidur di malam hari. Pada saat kegiatan *Art Therapy*, klien belum mampu mempertahankan konsentrasi, klien sempat mengatakan bingung dan kesulitan menggambar karena keterbatasan fungsi

tangan kanan akibat stroke, namun setelah diberikan dukungan oleh istri dan peneliti, klien mampu menyelesaikan gambar yang dibuat. Berdasarkan hasil evaluasi, masalah berduka belum teratasi, tetapi klien mulai menunjukkan kemauan untuk mengekspresikan perasaan melalui media gambar dan mampu mengikuti kegiatan terapeutik yang diberikan.

Evaluasi pertemuan ketiga menunjukkan adanya perkembangan positif pada respons emosional Tn. H. Klien masih mengungkapkan perasaan sedih, hampa, dan tidak memiliki harapan, serta mengeluhkan sulit tidur dan penurunan nafsu makan. Namun selama kegiatan berlangsung, klien tampak lebih kooperatif dan berkonsentrasi, bersedia berinteraksi dengan peneliti, dan mampu mengikuti kegiatan *Art Therapy* sesuai kontrak yang telah disepakati. Perilaku menunduk mulai berkurang, kontak mata mulai muncul selama proses komunikasi, dan klien tampak tersenyum beberapa kali saat berinteraksi, pola tidur klien mulai membaik. Setelah kegiatan selesai, klien mengatakan merasa senang dapat bertemu dan berkegiatan bersama peneliti serta mampu mengungkapkan perasaannya dengan lebih nyaman. Berdasarkan hasil evaluasi, masalah berduka belum teratasi tetapi terdapat perubahan berupa meningkatnya kemampuan klien dalam mengekspresikan emosi dan adanya perbaikan respons selama interaksi terapeutik.

Evaluasi pertemuan keempat menunjukkan bahwa Tn. H semakin kooperatif dan mampu menjalin hubungan terapeutik dengan baik. Pada awal kegiatan klien sempat menolak untuk bergabung dalam kegiatan sosial bersama donatur panti, namun setelah diberikan dukungan klien bersedia hadir, berjabat tangan, membalas sapaan dari orang lain, akan tetapi konsentrasi klien terganggu pada saat bertemu dengan banyak orang. Hasil validasi perasaan didapatkan hasil klien merespon baik dan mau untuk melanjutkan kegiatan kemarin, mengatakan semalam bisa tidur dan tidak terbangun pada malam hari. Selama kegiatan *Art Therapy*, klien tampak lebih tenang, mampu mempertahankan kontak mata lebih lama, mengikuti arahan dengan baik, serta aktif berinteraksi. Setelah kegiatan selesai, klien

mengungkapkan perasaan senang karena memiliki teman untuk bercerita dan merasa nyaman selama berinteraksi dengan peneliti. Klien juga menunjukkan keterbukaan yang lebih baik dalam mengungkapkan perasaan kehilangan yang dialaminya. Berdasarkan hasil evaluasi, masalah berduka belum teratasi. Namun klien menunjukkan perubahan berupa meningkatnya kemampuan mengekspresikan perasaan, meningkatnya interaksi sosial, serta adanya respons emosional yang lebih adaptif dibandingkan saat awal pengkajian. Hasil pengukuran ulang *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) menunjukkan skor 9 yang menunjukkan kemungkinan besar depresi.

3.2 Intervensi Art Therapy

Intervensi unggulan yang diberikan kepada Tn. H adalah *Art Therapy* yang dilaksanakan selama empat kali pertemuan. Sebelum diberikan intervensi, Tn. H menunjukkan berbagai tanda dan gejala berduka akibat kehilangan peran dalam keluarga. Klien mengungkapkan perasaan sedih karena tidak lagi mampu bekerja dan mencari nafkah semenjak mengalami stroke. Selain itu, klien juga merasa kehilangan perannya sebagai kepala keluarga serta merindukan anak-anaknya yang telah lama tidak ditemui. Saat pengkajian, Tn. H tampak murung, lebih banyak menundukkan kepala, kontak mata kurang, berbicara dengan nada pelan, sering menangis ketika membahas keluarganya, serta cenderung menyendiri dan jarang berinteraksi dengan penghuni panti lainnya.

Hasil pengkajian status emosional menunjukkan bahwa Tn. H mengalami gangguan emosional yang ditandai dengan perasaan sedih berkepanjangan, sering menangis pada malam hari, sulit tidur, banyak memikirkan kondisi keluarga, penurunan nafsu makan, dan kecenderungan menarik diri dari lingkungan sosial. Hasil pengukuran menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) sebelum intervensi diperoleh skor 13 yang mengindikasikan depresi.

Pelaksanaan *Art Therapy* dilakukan dengan memberikan kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan pikiran, perasaan, dan pengalaman

kehilangan melalui media gambar. Pada pertemuan awal, Tn. H tampak ragu-ragu dan mengatakan kesulitan menggambar karena keterbatasan fisik akibat hemiparesis dextra. Klien juga tampak kurang mampu mempertahankan konsentrasi selama kegiatan berlangsung. Namun, setelah diberikan dukungan, motivasi, dan pendampingan secara bertahap, klien mulai menunjukkan keterlibatan yang lebih baik dalam proses terapi.

Selama empat kali pelaksanaan *Art Therapy*, tampak adanya perubahan respons emosional pada Tn. H. Klien mulai lebih terbuka dalam mengungkapkan perasaan kehilangan yang dialaminya, mampu menceritakan kesedihan, kerinduan terhadap anak-anaknya, serta perasaan kehilangan peran sebagai pencari nafkah dalam keluarga. Selain itu, kontak mata mulai membaik, perilaku menunduk berkurang, klien tampak lebih kooperatif selama interaksi, mampu tersenyum saat berkomunikasi, dan menunjukkan minat yang lebih baik untuk berinteraksi dengan orang lain. Pada pertemuan terakhir, Tn. H mengungkapkan bahwa dirinya merasa senang karena memiliki teman untuk bercerita dan merasa lebih lega setelah menyalurkan perasaan melalui kegiatan *Art Therapy*.

Perubahan kondisi emosional klien juga terlihat dari hasil evaluasi menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS-15). Setelah empat kali pemberian *Art Therapy*, skor GDS-15 menurun dari 13 menjadi 9, yang menunjukkan adanya perubahan skor depresi. Hasil pengkajian status emosional setelah intervensi juga menunjukkan bahwa frekuensi menangis berkurang, klien lebih mampu mengungkapkan perasaan yang dialaminya, lebih kooperatif selama interaksi, serta mulai menunjukkan respons yang lebih adaptif dalam menghadapi kehilangan yang dialaminya.

Berdasarkan hasil tersebut, *Art Therapy* terbukti membantu Tn. H dalam mengekspresikan emosi, perasaan, pikiran, serta meningkatkan kemampuan coping dalam menghadapi proses berduka akibat kehilangan peran dalam keluarga. Meskipun perasaan kehilangan masih dirasakan oleh klien, kondisi emosional Tn. H menunjukkan perkembangan yang positif sehingga dapat membantu menurunkan skor depresi.