

TESIS

**PROMOSI PERAWATAN DAYA INGAT (STIMULASI MEMORI) TERHADAP
PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF (MEMORI) LANSIA
DI PANTI WERDHA MOJOPAHIT MOJOKERTO**



Oleh :

KUSHARIYADI

NIM. 131141048

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

TESIS

**PROMOSI PERAWATAN DAYA INGAT (STIMULASI MEMORI) TERHADAP
PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF (MEMORI) LANSIA
DI PANTI WERDHA MOJOPAHIT MOJOKERTO**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

KUSHARIYADI

NIM. 131141048

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**


2013

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Kushariyadi

NIM : 131141048

Tanda Tangan : 

Tanggal : Mei 2013

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PROMOSI PERAWATAN DAYA INGAT: STIMULASI MEMORI
TERHADAP PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF: MEMORI LANSIA
DI PANTI WERDHA MOJOPAHIT MOJOKERTO**

Kushariyadi
NIM. 131141048

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 13-5-2013.....

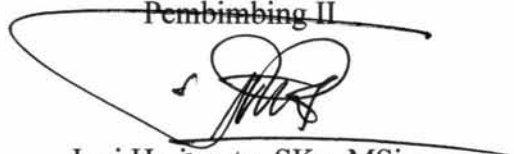
Oleh:

Pembimbing I



Dr. Ah. Yusuf, SKp.,MKes.
NIP. 19670101 200003 1002

Pembimbing II



Joni Hariyanto, SKp.,MSi.
NIP. 19630608 199103 1002

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Prof. Dr. Suharto, DE, MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD-KPTI.,FINASIM.
NIP. 19470812 197412 1001

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah hirobbil alamin, peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto”.

Peneliti menyadari sepenuhnya bantuan semua pihak terkait penyusunan tesis ini sangat besar, untuk itu peneliti menyampaikan penghargaan rasa hormat dan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. Ah. Yusuf, SKp., Mkes., selaku pembimbing I atas kesediaannya memberi perhatian, saran, motivasi dan bimbingan dalam pembuatan tesis ini.
2. Joni Haryanto, SKp., MSi., selaku pembimbing II atas kesediaannya memberi perhatian, saran, motivasi dan bimbingan dalam pembuatan tesis ini.
3. Prof. Dr. Fasich, Apt., selaku rektor Universitas Airlangga yang memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan.
4. Purwaningsih, SKp., Mkes., selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memberikan kesempatan, bantuan fasilitas mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Magister Keperawatan.
5. Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., MPDK., DTM&H., Sp.PD-KPTI., FINASIM., selaku ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memberikan fasilitas dalam proses perkuliahan pada Program Studi Magister Keperawatan.
6. Djohar Nuswantoro, dr., MPh., selaku penguji anggota atas kesediaannya meluangkan waktu, bimbingan, arahan dan masukan sehingga tesis ini terselesaikan.
7. Sriyono, SKep., Ns., MKep., SpKMB., selaku penguji anggota atas kesediaannya meluangkan waktu, bimbingan, arahan dan masukan sehingga tesis ini terselesaikan.
8. Prof. Dr. G.N. Astika, Apt., selaku ketua sidang etik atas kesediaannya memberi saran, masukan dan bimbingan pada sidang etik.
9. Dr. Nursalam, M.Nurs.Hons., selaku sekretaris sidang atas kesediaannya memberi saran, masukan dan bimbingan pada sidang etik.

10. Prof. Dr. Drg. Istiati, SU., selaku anggota sidang atas kesediaannya memberi saran, masukan dan bimbingan pada sidang etik.
11. Prof. Dr. Bambang Sektiari L., DEA., drh., selaku anggota sidang atas kesediaannya memberi saran, masukan dan bimbingan pada sidang etik.
12. Dr. Theresia Indah Budhy, MKes., drg., selaku anggota sidang atas kesediaannya memberi saran, masukan dan bimbingan pada sidang etik.
13. Seluruh civitas akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memberikan dukungan dan bantuan dalam pembuatan tesis ini.
14. Panti Werdha Mojopahit Mojokerto yang memberikan kesempatan mendapatkan ijin penelitian dan dukungannya.
15. Bapak, Ibu dan adik saya yang memberikan dukungan doa, semangat dan harapan demi tercapainya cita-cita saya.
16. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang memberikan dukungan dan bantuannya.

Semoga Allah SWT memberi balasan pahala atas kebaikan semua pihak yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan tesis ini dan memberikan ridho pada kita semua. Semoga tesis ini bermanfaat dan barokah bagi kita semua, amin.

Surabaya, Mei 2013

Peneliti

RINGKASAN

PROMOSI PERAWATAN DAYA INGAT (STIMULASI MEMORI) TERHADAP PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF (MEMORI) LANSIA DI PANTI WERDHA MOJOPAHIT MOJOKERTO

Lansia secara fisiologis terjadi penurunan ireversibel fungsi kognitif (memori) disebabkan proses penuaan dan perubahan degeneratif progresif. Promosi perawatan daya ingat digunakan remaja dan dewasa, namun penggunaan terhadap peningkatan memori lansia perlu penjelasan.

Data Maret 2013 di Panti Werdha Mojopahit berjumlah 43 lansia terdiri 9 lansia pria dan 34 lansia perempuan usia 58-91 tahun.

Teori kemunduran menyatakan dengan bertambahnya usia, memori, neuron, sinaps otak menurun dan informasi yang tidak cepat dipindahkan ke memori primer akan menghilang.

Solusi untuk meningkatkan memori lansia dengan memberikan intervensi keperawatan promosi perawatan daya ingat dengan mengaplikasikan gabungan model teori hubungan terapeutik perawat-pasien dan teori konsekuensi fungsional. Perawat meningkatkan kesehatan lansia dengan melibatkan dalam aktivitas yang membantu perkembangan kebugaran kognitif. Manfaat teknik peningkatan memori secara signifikan mempengaruhi kesehatan dan status mental.

Penelitian bertujuan meningkatkan memori lansia dengan promosi perawatan daya ingat. Jenis penelitian eksperimen semu dengan *two group pre-post treatment design*, menggunakan teknik *simple random sampling*. Besar sampel kelompok perlakuan dan kontrol 30 lansia. Kriteria inklusi meliputi usia 60-80 tahun, dapat diukur status fungsi kognitif (memori), memiliki tingkat status fungsi kognitif (memori) ringan sampai sedang, berkomunikasi lancar, bersedia menjadi responden. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan fungsi kognitif (memori) lansia ($p < 0,001$).

Kesimpulan penelitian yaitu promosi perawatan daya ingat menggunakan teori hubungan terapeutik perawat-pasien dan teori konsekuensi fungsional secara signifikan meningkatkan memori lansia. Saran meliputi penggunaan promosi perawatan daya ingat pada lansia perlu kerjasama, partisipasi aktif semua pihak.

SUMMARY

MEMORY CARE PROMOTION (MEMORY STIMULATION) TO INCREASE ELDERLY COGNITIVE FUNCTION (MEMORY) IN THE ELDERLY INSTITUTION MOJOPAHIT MOJOKERTO

Physiologically elderly decline in cognitive function that is irreversible, this condition is caused by the aging process and degenerative changes may be progressive. Memory care promotion can be used in adolescents and adults, however, used to increase elderly memory still need explanation.

Data March 2013 in the elderly institution amounted 43 elderly consists of 9 elderly men and 34 elderly women with ages between 58-91 years.

The theory that states deterioration with age, memory, brain neurons and synapses will decline and information is not quickly moved into short-term memory will disappear.

Solutions improve memory of elderly by providing nursing interventions memory care promotion by applying a combination of theoretical models of therapeutic nurse-patient relationship and the theory of functional consequences. Nurses improve elderly involved in activities that foster cognitive fitness. Benefits of memory improved techniques of the elderly significantly affect the results of the health and mental status.

The research aims of improving memory using memory care promotion. Type of research is quasi-experimental, two group pre-post treatment design with simple random sampling. Sample size 30 respondents in the treatment and control group. Criteria included age 60-80 years, can be measured of cognitive function, have a level cognitive functions mild to moderate, can communicate well, willing to respondents. Statistical analysis showed there are differences in memory ($p < 0,001$).

Conclusion that memory care promotion using the theory of therapeutic nurse-patient relationship and functional consequences theory can significantly improve elderly memory. Suggestion that used memory care promotion needs the cooperation and active participation of all parties.

ABSTRAK

PROMOSI PERAWATAN DAYA INGAT (STIMULASI MEMORI) TERHADAP PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF (MEMORI) LANSIA DI PANTI WERDHA MOJOPAHIT MOJOKERTO

Oleh: Kushariyadi

Lansia secara fisiologis terjadi penurunan ireversibel fungsi kognitif (memori) disebabkan proses penuaan dan perubahan degeneratif progresif. Promosi perawatan daya ingat digunakan remaja dan dewasa, namun penggunaan terhadap peningkatan memori lansia perlu penjelasan.

Penelitian bertujuan meningkatkan memori lansia dengan promosi perawatan daya ingat. Jenis penelitian eksperimen semu dengan *two group pre-post treatment design*, menggunakan tehnik *simple random sampling*. Besar sampel kelompok perlakuan dan kontrol 30 lansia. Kriteria inklusi meliputi usia 60-80 tahun, dapat diukur status fungsi kognitif (memori), memiliki tingkat fungsi kognitif (memori) ringan sampai sedang, berkomunikasi lancar, bersedia menjadi responden. Penelitian bertempat di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto pada April 2013. Instrumen menggunakan modul promosi perawatan daya ingat dan peningkatan fungsi kognitif dengan uji analisis *wilcoxon sign rank test* ($p < 0,05$) dan *mann whitney test* ($p < 0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan tingkat kemampuan orientasi ($p < 0,003$), tidak ada perbedaan tingkat kemampuan registrasi ($p < 1,000$), ada perbedaan tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi ($p < 0,039$), ada perbedaan tingkat kemampuan mengingat kembali ($p < 0,046$), ada perbedaan tingkat kemampuan bahasa ($p < 0,035$), ada perbedaan fungsi kognitif (memori) ($p < 0,001$), ada perbedaan fungsi kognitif (memori) kelompok perlakuan dan kontrol ($p < 0,002$).

Kesimpulan penelitian yaitu promosi perawatan daya ingat menggunakan teori hubungan terapeutik perawat-pasien dan teori konsekuensi fungsional secara signifikan meningkatkan memori lansia. Saran meliputi penggunaan promosi perawatan daya ingat pada lansia diperlukan kerjasama dan partisipasi aktif semua pihak.

Kata kunci: promosi perawatan daya ingat, fungsi kognitif (memori), lansia

ABSTRACT**MEMORY CARE PROMOTION (MEMORY STIMULATION) TO INCREASE ELDERLY COGNITIVE FUNCTION (MEMORY) IN THE ELDERLY INSTITUTION MOJOPAHIT MOJOKERTO**

By: Kushariyadi

Physiologically elderly decline in cognitive function that is irreversible, this condition is caused by the aging process and degenerative changes may be progressive. Memory care promotion can be used in adolescents and adults, however, used to increase elderly memory still need explanation.

The research aims of improving memory using memory care promotion. Type of research is quasi-experimental, two group pre-post treatment design with simple random sampling. Sample size 30 respondents in the treatment and control group. Criteria included age 60-80 years, can be measured of cognitive function, have a level cognitive functions mild to moderate, can communicate well, willing to respondents. The instrument uses memory care promotion module and increase cognitive function instrument, statistical analysis test using Wilcoxon signed rank test with a significance level of $\rho < 0,05$ and Mann Whitney test with a significance level of $\rho < 0,05$.

The result showed there are differences in orientation levels ($\rho < 0,003$), there was no difference in registration levels ($\rho < 1,000$), there are differences in attention and calculation levels ($\rho < 0,039$), there are differences in recall levels ($\rho < 0,046$), there are differences in language levels ($\rho < 0,035$), there are differences in the cognitive function ($\rho < 0,001$), and there are differences in the cognitive function treatment group and the control group ($\rho < 0,002$).

Conclusion that memory care promotion using the theory of therapeutic nurse-patient relationship and functional consequences theory can significantly improve elderly memory. Suggestion that used memory care promotion needs the cooperation and active participation of all parties.

Keywords: memory care promotion, cognitive function (memory), elderly

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Prasyarat Gelar	ii
Pernyataan Orisinalitas.....	iii
Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis.....	iv
Lembar Pengesahan Tesis	v
Pernyataan Persetujuan Publikasi Untuk Kepentingan Akademis	vi
Kata Pengantar	vii
Ringkasan	ix
<i>Summary</i>	x
Abstrak.....	xi
<i>Abstract</i>	xii
Daftar Isi	xiii
Daftar Gambar	xvi
Daftar Tabel	xvii
Daftar Lampiran	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan.....	4
1.4.1 Tujuan umum	4
1.4.2 Tujuan khusus	4
1.5 Manfaat.....	5
1.5.1 Teoritis	5
1.5.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Teori Peplau	7
2.1.1 Teori hubungan terapeutik perawat-pasien	7
2.1.2 Fase hubungan terapeutik perawat-pasien.....	9
2.1.3 Peran perawat dalam hubungan terapeutik	14
2.1.4 Komponen hubungan terapeutik perawat-pasien	16
2.1.5 Komunikasi terapeutik	19
2.2 Konsep Teori Miller	22
2.2.1 Teori keperawatan kesehatan fokus keperawatan lansia.	22
2.2.2 Teori konsekuensi fungsional.....	24
2.2.3 Penerapan teori peningkatan kesejahteraan lansia	32
2.2.4 Perubahan terkait usia yang mempengaruhi kognitif.....	35
2.2.5 Faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan kognitif ...	39
2.2.6 Konsekuensi fungsional mempengaruhi kognitif.....	41
2.3 Konsep Fungsi Kognitif	43
2.3.1 Pengertian kognitif	43
2.3.2 Penilaian kognitif	43
2.3.3 Pengertian daya ingat	44
2.3.4 Tahapan daya ingat.....	45

2.4	Konsep Promosi Perawatan Daya Ingat	50
2.4.1	Pengertian promosi perawatan daya ingat.....	50
2.4.2	Tujuan promosi perawatan daya ingat	51
2.4.3	Kegiatan promosi perawatan daya ingat	51
2.4.4	Tehnik promosi perawatan daya ingat	51
2.5	Promosi Kesehatan	52
2.5.1	Pengertian promosi kesehatan	52
BAB 3	KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	56
3.1	Kerangka Konseptual	56
3.2	Hipotesis Penelitian.....	58
BAB 4	METODE PENELITIAN	59
4.1	Rancangan Penelitian	59
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan <i>Sampling</i>	59
4.2.1	Populasi	59
4.2.2	Sampel.....	60
4.2.3	Besar sampel	60
4.2.4	<i>Sampling</i>	60
4.3	Variabel Penelitian	60
4.3.1	Klasifikasi variabel.....	60
4.3.2	Definisi operasional	61
4.4	Instrumen Penelitian.....	63
4.4.1	Uji instrumen.....	63
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	64
4.6	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data.....	64
4.7	Cara Pengolahan dan Analisis Data	66
4.8	Kerangka Operasional	66
4.9	Etik Penelitian	67
BAB 5	HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	68
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	68
5.1.1	Karakteristik responden.....	69
5.2	Variabel Penelitian	70
5.2.1	Tingkat kemampuan orientasi	70
5.2.2	Tingkat kemampuan registrasi	71
5.2.3	Tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi.....	72
5.2.4	Tingkat kemampuan mengingat kembali	73
5.2.5	Tingkat kemampuan bahasa	74
5.2.6	Perbedaan status fungsi kognitif (memori)	75
5.3	Hasil Temuan	76
BAB 6	PEMBAHASAN	77
6.1	Tingkat Kemampuan Orientasi	77
6.2	Tingkat Kemampuan Registrasi	79
6.3	Tingkat Kemampuan Perhatian Dan Kalkulasi.....	81
6.4	Tingkat Kemampuan Mengingat Kembali	83
6.5	Tingkat Kemampuan Bahasa	87

6.6	Perbedaan Status Fungsi Kognitif (Memori)	90
6.7	Hasil Temuan	93
6.8	Kontribusi Penelitian.....	94
6.8.1	Kontribusi teoritis.....	94
6.8.2	Kontribusi praktis.....	95
6.9	Keterbatasan Penelitian	95
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	96
7.1	Kesimpulan.....	96
7.2	Saran.....	96
	DAFTAR PUSTAKA	97
	LAMPIRAN	107

DAFTAR GAMBAR

Gambar	2.1 <i>Overlapping phases in nurse-patient relationships</i>	16
Gambar	2.2 <i>The functional consequences theory</i>	25
Gambar	2.3 <i>Promoting cognitive wellness older adults</i>	34
Gambar	2.4 Model memori Waugh & Norman yang dimodifikasi.....	50
Gambar	3.1 Kerangka konseptual.....	56
Gambar	4.1 Rancangan penelitian.....	59
Gambar	4.2 Kerangka operasional.....	66

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Fase hubungan terapeutik perawat-pasien	12
Tabel 4.1 Definisi operasional.....	61
Tabel 5.1 Karakteristik lansia di Panti Werdha Mojopahit, 2013	69
Tabel 5.2 Hasil uji Wilcoxon <i>pre</i> dan <i>post</i> tingkat kemampuan orientasi kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, 2013.....	70
Tabel 5.3 Hasil uji Wilcoxon <i>pre</i> dan <i>post</i> tingkat kemampuan registrasi kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, 2013	71
Tabel 5.4 Hasil uji Wilcoxon <i>pre</i> dan <i>post</i> tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, 2013.....	72
Tabel 5.5 Hasil uji Wilcoxon <i>pre</i> dan <i>post</i> tingkat kemampuan mengingat kembali kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, 2013.....	73
Tabel 5.6 Hasil uji Wilcoxon <i>pre</i> dan <i>post</i> tingkat kemampuan bahasa kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, 2013	74
Tabel 5.7 Hasil uji analisis <i>wilcoxon sign rank test</i> dan <i>mann whitney</i> fungsi kognitif (memori) lansia kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, 2013.....	75
Tabel 5.8 Hasil temuan di Panti Werdha Mojopahit, 2013	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1	Permohonan bantuan fasilitas pengambilan data awal.....	107
Lampiran	2	Pelaksanaan bantuan fasilitas pengambilan data awal	108
Lampiran	3	Permohonan bantuan uji etik	109
Lampiran	4	Keterangan kelaikan etik	110
Lampiran	5	Permohonan bantuan fasilitas penelitian	111
Lampiran	6	Pelaksanaan bantuan fasilitas penelitian	112
Lampiran	7	Lembar penjelasan (untuk kelompok perlakuan).....	113
Lampiran	8	Lembar penjelasan (untuk kelompok kontrol)	115
Lampiran	9	<i>Informed concent</i>	117
Lampiran	10	Panduan instrumen peningkatan fungsi kognitif.....	118
Lampiran	11	Instrumen peningkatan fungsi kognitif	119
Lampiran	12	Modul promosi perawatan daya ingat	120
Lampiran	13	Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan	135
Lampiran	14	<i>Raw data</i>	145
Lampiran	15	Distribusi frekuensi orientasi	149
Lampiran	16	Distribusi frekuensi registrasi.....	150
Lampiran	17	Distribusi frekuensi perhatian dan kalkulasi	151
Lampiran	18	Distribusi frekuensi mengingat kembali	152
Lampiran	19	Distribusi frekuensi bahasa	153
Lampiran	20	Uji wilcoxon orientasi pre-post perlakuan-kontrol	154
Lampiran	21	Uji wilcoxon registrasi pre-post perlakuan-kontrol	155
Lampiran	22	Uji wilcoxon perhatian-kalkulasi pre-post perlakuan-kontrol ..	156
Lampiran	23	Uji wilcoxon mengingat kembali pre-post perlakuan-kontrol .	157
Lampiran	24	Uji wilcoxon bahasa pre-post perlakuan-kontrol	158
Lampiran	25	Uji wilcoxon fungsi kognitif pre-post perlakuan-kontrol	159
Lampiran	26	Uji mann-whitney fungsi kognitif (memori).....	160

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia secara fisiologis terjadi penurunan fungsi kognitif (memori) yang bersifat ireversibel. Kondisi ini disebabkan oleh proses penuaan dan perubahan degeneratif yang mungkin progresif (Gething et al., 2004; Lovell, 2006). Promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) dapat digunakan pada remaja dan dewasa (Calero & Navarro, 2007; Miller, 2009). Namun promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia masih perlu penjelasan.

Permasalahan mengenai perubahan terkait usia pada proses penuaan yang dapat menurunkan fungsi kognitif (memori) pada lansia perlu diprioritaskan, karena pada lansia yang semakin bertambah usianya diharapkan fungsi daya ingatnya dapat terpelihara dengan baik sehingga fungsi dan kualitas hidup lansia sebagai individu kompleks, unik dapat berfungsi dan sejahtera.

Di Amerika insiden pada lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif (memori) berjumlah 47 lansia berusia 50-67 tahun (Lesch, 2003). Di Italia insiden lansia yang mengalami penurunan memori terdapat 20 lansia berusia 60-70 tahun (Cavallini et al., 2003). Di Netherlands insiden pada lansia yang mengalami penurunan memori berjumlah 93 lansia dengan usia 65 tahun (Ekkers et al., 2011). Di Norwaygia insiden pada lansia yang mengalami penurunan memori terdapat 27% dengan diagnosis gangguan memori subyektif dan sebanyak 19 lansia berusia rerata 60,9 tahun (Braekhus et al., 2011). Di Hongkong insiden

pada lansia yang mengalami penurunan memori berjumlah 20 lansia berusia 80 tahun (Lim, et al., 2012). Di Surabaya, penelitian pada anak sekolah dasar terdapat peningkatan daya ingat yang signifikan (Erviyanti, 2007). Namun saat ini masih belum ada penelitian mengenai peningkatan daya ingat pada lansia. Data bulan Maret 2013 di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto berjumlah 43 lansia terdiri dari 9 lansia laki-laki dan 34 lansia perempuan dengan usia antara 58-91 tahun.

Penurunan fungsi kognitif (memori) lansia jika tidak dilakukan tindakan akan berakibat terjadi penurunan ingatan pada lansia (Abraham & Shanley, 1997; Miller, 2009). Hal ini sesuai dengan teori kemunduran yang menyatakan dengan bertambahnya usia, daya ingat akan mengalami penurunan. Perubahan neuron dan sinaps otak sebagai pembentukan ingatan juga mengalami penurunan seiring bertambahnya usia (Solso et al., 2008; Wade & Travis, 2008). Akibat lainnya yaitu informasi yang tidak cepat dipindahkan ke ingatan jangka pendek akan menghilang (Hartley, 2006; Solso et al., 2008; Wade & Travis, 2008).

Beberapa penelitian terhadap peningkatan memori lansia misalnya penelitian Cavallini et al (2003) bertujuan mencari keefektifan antara strategi mnemonic dengan strategi pelatihan pada usia muda dan lansia dan mengevaluasi kemampuan lansia untuk meningkatkan kinerja. Penelitian Calero dan Navarro (2007) bertujuan menganalisa adanya plastisitas pada lansia berisiko terjadi kerusakan kognitif dan mengeksplorasi hubungan plastisitas kognitif dan hasil yang diperoleh dari program pelatihan memori. Penelitian Ekkers et al (2011) bertujuan mengkaji keefektifan intervensi perilaku kognitif untuk menangani depresi dan ruminasi lansia. Penelitian Lesch (2003) bertujuan menilai keefektifan beberapa kondisi pelatihan yang berbeda untuk meningkatkan pemahaman dan

memori lansia. Penelitian Engvig et al (2010) bertujuan memeriksa efek jangka pendek dari program pelatihan memori intensif pada kognisi dan struktur otak pada paruh baya dan lansia. Penelitian Lim et al (2012) bertujuan memberikan program stimulasi perhatian dan ingatan, strategi dasar gabungan dan imajinasi. Penelitian Engvig et al (2012) bertujuan mengetahui volume dan efek hipocampus terkait perubahan kinerja memori saat mengikuti pelatihan. Penelitian Carretti et al (2011) bertujuan mengevaluasi kontribusi metakognitif dan motivasi terhadap keefektifan strategi pelatihan memori lansia. Penelitian Bottiroli et al (2008) bertujuan mengukur efektifitas jangka panjang dari dua strategi mnemonic dengan tehnik lokus dan pelatihan strategis. Penelitian McDaniel dan Bugg (2012) bertujuan meningkatkan manfaat pelatihan memori menggunakan salah satu pendekatan seperti strategi pengambilan pelatihan, strategi memori prospektif, dan strategi untuk belajar dan mengingat nama. Permasalahan yang ingin diangkat peneliti dalam penelitian ini bertujuan menganalisis perbedaan fungsi kognitif (memori) lansia sebelum dan sesudah dilakukan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

Solusi untuk meningkatkan fungsi kognitif (memori) lansia dengan memberikan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil kesehatan dan peningkatan kualitas hidup lansia misalnya promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) dengan mengaplikasikan gabungan model teori hubungan terapeutik perawat-pasien dan teori konsekuensi fungsional. Perawat meningkatkan kesehatan lansia dengan memberi harapan untuk dilibatkan dalam aktivitas yang membantu perkembangan kebugaran kognitif. Manfaat tehnik peningkatan fungsi kognitif (memori) terhadap lansia secara signifikan

mempengaruhi hasil terhadap kesehatan dan status mental (Hoyer & Verhaeghen, 2006; Miller, 2009; Peplau, 1992).

1.2 Identifikasi Masalah

Beberapa faktor yang mempengaruhi penurunan fungsi kognitif (memori) yaitu faktor lingkungan mental dan fisiologis, proses penuaan, pola perubahan antar individu. Bukti empiris lain mengenai penurunan fungsi kognitif (memori) menunjukkan penurunan kemampuan mengingat pada lansia. Keterangan dari kepala Panti Werdha Mojopahit mengatakan bahwa terdapat lansia yang mengalami penurunan kemampuan mengingat atau mengulang dan belum ada tindakan perawatan untuk mengatasi masalah penurunan daya ingat lansia tersebut.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) dapat meningkatkan fungsi kognitif (memori) lansia?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Meningkatkan fungsi kognitif (memori) lansia menggunakan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

1.4.2 Tujuan khusus

- 1) Mengidentifikasi tingkat kemampuan orientasi lansia sebelum dan sesudah dilakukan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

- 2) Mengidentifikasi tingkat kemampuan registrasi lansia sebelum dan sesudah dilakukan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).
- 3) Mengidentifikasi tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi lansia sebelum dan sesudah dilakukan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).
- 4) Mengidentifikasi tingkat kemampuan mengingat kembali lansia sebelum dan sesudah dilakukan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).
- 5) Mengidentifikasi tingkat kemampuan bahasa lansia sebelum dan sesudah dilakukan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).
- 6) Mengidentifikasi perbedaan status fungsi kognitif (memori) lansia sebelum dan sesudah dilakukan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).
- 7) Mengidentifikasi perbedaan status fungsi kognitif (memori) lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Menambah informasi ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan terutama promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) dengan menerapkan teori hubungan terapeutik perawat-pasien yang mengidentifikasi hubungan perawat-pasien sebagai pusat perawatan dan teori konsekuensi fungsional yang menekankan peran perawat menggunakan intervensi untuk meningkatkan kesehatan optimal, fungsi dan kualitas hidup terutama meningkatkan memori.

1.5.2 Praktis

Memberikan gambaran dan wawasan tambahan bahwa perawat harus mengubah cara bertindak terhadap pasien dalam memberikan asuhan keperawatan

menggunakan teori hubungan terapeutik perawat-pasien dan teori konsekuensi fungsional yang mencerminkan dan menggabungkan peningkatan pemahaman kesehatan yang berkembang sebagai aspek integral perawatan kesehatan. Sehingga perawat dapat menerapkan teori tersebut dalam situasi apa pun dan tujuan asuhan keperawatan pada lansia dapat tercapai.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Peplau

2.1.1 Teori hubungan terapeutik perawat-pasien

Hildegard Peplau (1909-1999) merupakan pelopor keperawatan psikiatri dan membentuk hubungan interpersonal dalam keperawatan sebagai kerangka praktek keperawatan psikiatri di bidang keperawatan. Peplau mengajarkan bahwa pasien bukan obyek tetapi subyek dan perawat psikiatri harus berpartisipasi terhadap pasien untuk terlibat hubungan antara perawat-pasien. Teori Peplau berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan perawat-pasien (Parker & Smith, 2010; Potter & Perry, 2009). Berdasar teori ini pasien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik. Tujuan keperawatan adalah mendidik pasien, keluarga dan membantu pasien mencapai kematangan perkembangan personal. Sehingga perawat berlaku sebagai sumber daya manusia, konselor dan wakil pasien berupaya mengembangkan hubungan antara perawat-pasien (Alligood & Tomey, 2006; Chinn & Jacobs, 1995).

Teori Peplau merupakan teori kolaborasi hubungan perawat-pasien membentuk dorongan kekuatan melalui hubungan interpersonal yang efektif dalam membantu pemenuhan kebutuhan pasien. Saat kebutuhan dasar teratasi kebutuhan yang baru datang lagi. Hubungan perawat-pasien adalah suatu proses dinamis meliputi usaha kolaborasi perawat-pasien untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan dan kemampuan adaptasi (Parker & Smith, 2010; Potter

& Perry, 2009). Model Peplau bersifat psikodinamik bahwa keperawatan sebagai proses interpersonal terapeutik bertujuan mengembangkan personal ke arah pribadi dan kehidupan sosial yang kreatif, konstruktif dan produktif. Interaksi nonverbal sebagai sebuah faktor, model utama komunikasi terapeutik sebagai interaksi verbal. Teori hubungan terapeutik memandang bahasa mempengaruhi pemikiran, berpikir mempengaruhi tindakan, berpikir dan bertindak mempengaruhi perasaan. Sehingga bahasa adalah model utama dalam mempengaruhi pikiran dan perasaan (Basford & Slevin, 2006; Potter & Perry, 2009).

Keperawatan adalah proses terapeutik dan interpersonal berpartisipasi membentuk sistem asuhan kesehatan membantu kondisi individu untuk mengembangkan interaksi perawat-pasien. Keperawatan sebagai proses terapi interpersonal merupakan alat pendidikan, kekuatan dalam berkembang untuk meningkatkan kepribadian yang kreatif, konstruktif, produktif, personal dan komunitas. Peplau membangun teori interpersonal Sullivan dikembangkan menjadi konsep hubungan terapeutik perawat-pasien (Alligood & Tomey, 2006; Videbeck, 2011). Hubungan terapeutik perawat-pasien merupakan pengalaman belajar timbal balik dan emosional pasien. Perawat berinteraksi dengan pasien sebagai individu, sumber daya dan pendidik. Melalui pendidikan dan pengawasan, perawat mengembangkan pengetahuan untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat dan menggunakan diri (*self*) serta tehnik tertentu dalam menangani pasien untuk meningkatkan pemahaman dan perubahan perilaku pasien. Perawat berupaya terlibat dalam hubungan perawat-pasien serta memiliki intelektual, keterampilan interpersonal dan sosial (Parker & Smith, 2010; Stuart, 2006).

Komponen hubungan perawat-pasien meliputi perawat, pasien, keahlian profesional dan kebutuhan pasien. Tujuannya adalah mengembangkan pribadi pasien. Pertemuan berfokus pada interaksi perawat-pasien untuk mengembangkan keterampilan perawat dalam hubungan interpersonal. Interaksi perawat-pasien adalah sebagai orang asing. Peran orang asing menghormati dan berminat positif terhadap pasien sebagai individu. Perawat menerima pasien sebagai orang asing secara emosional dan mampu berhubungan. Peran perawat sebagai konselor adalah mengawasi dan membantu menyatukan pikiran dan perasaan ke dalam pengalaman hidup pasien (Lakeman, 1999; Parker & Smith, 2010; Peplau, 1992).

2.1.2 Fase hubungan terapeutik perawat-pasien

Sifat psikodinamik keperawatan terdapat pada empat fase hubungan perawat-pasien: orientasi, identifikasi, eksploitasi dan resolusi. Forchuk menyempurnakan menjadi tiga yaitu: orientasi, kerja dan resolusi. Fase kerja merupakan gambaran tentang kejadian sebenarnya dalam aspek hubungan perawat-pasien. Selama tahapan fase tersebut pasien menyelesaikan tugas dan hubungan berubah, yang membantu proses penyembuhan (Basford & Slevin, 2006; Parker & Smith, 2010; Peplau, 1992; Videbeck, 2011).

1) Fase orientasi

Fase orientasi sangat penting karena pada fase ini menetapkan tahapan pengembangan hubungan perawat-pasien. Hubungan perawat-pasien masih baru, asing, saling mengenal, memahami harapan dan peran. Pasien mencari bantuan dan tindakan keperawatan profesional berdasarkan kebutuhan yang dirasakan atau yang telah didiagnosis. Perawat-pasien secara langsung terlibat dalam penatalaksanaan tindakan, menyediakan penjelasan dan informasi serta menjawab

pertanyaan. Reaksi perawat adalah mendukung, membantu pasien mengakui dan menilai situasi. Kebutuhan pasien dinilai dan dievaluasi bersama pasien dan perawat sebagai sebuah tim. Kepercayaan pasien-perawat tumbuh dan berkembang melalui proses ini, serta mulai dilakukan proses keperawatan. Fungsi fase orientasi untuk memastikan bahwa penyakit sebagai suatu kejadian tidak mengalami supresi (Basford & Slevin, 2006; Peplau, 1992; Videbeck, 2011).

2) Fase kerja

Fase kerja merupakan gabungan dari fase identifikasi dan eksploitasi yang berfokus pada: 1) pasien sebagai sumber daya dieksploitasi untuk meningkatkan kesehatan; 2) perawat berperan sebagai pemimpin, individu sumber, konselor, perwalian dan pendidik dalam membantu mengembangkan kesejahteraan (Fitzpatrick & Wallace, 2005; Videbeck, 2011).

Fase identifikasi dimulai saat pasien berhubungan secara interdependen dengan perawat, mengungkapkan perasaan dan mulai merasakan kekuatan. Pasien mengidentifikasi bersama perawat tentang siapa yang dapat membantu dalam menentukan peran (dependen, independen atau interdependen) dalam proses perawatan (Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011). Hubungan dalam fase ini dimaksudkan supaya pasien menjadi fleksibel dan berfungsi terhadap perawat berdasarkan kapasitas perkembangan, tingkat kecemasan, kesadaran diri dan kebutuhan sehingga harus ada keseimbangan antara dependen dan independen. Perawat harus mendukung dan membantu pasien dengan pengalaman yang mengarahkan pada reorientasi perasaan dan memperkuat pertumbuhan serta perkembangan kepribadian (Fitzpatrick & Wallace, 2005; Lakeman, 1999).

Pada fase eksploitasi pasien mengasumsikan peran aktif dalam tim kesehatan dengan mendapatkan bantuan dari pelayanan dan menentukan seberapa jauh pasien diberdayakan. Pasien mulai mengembangkan tanggung jawab dan kemandirian, menjadi lebih mampu menghadapi tantangan baru di masa depan, serta menggunakan pelayanan yang ditawarkan secara maksimal (Erci, 2008; Videbeck, 2011). Tujuan fase eksploitasi adalah agar perawat dan pasien mencoba mencapai tujuan yang telah direncanakan sebelumnya, memanfaatkan situasi yang menimbulkan diferensiasi baru terhadap masalah, pengembangan dan peningkatan keterampilan hubungan interpersonal (Basford & Slevin, 2006; Peplau, 1992).

3) Fase resolusi

Fase resolusi adalah fase terakhir yang melibatkan perkembangan progresif pasien dari ketergantungan menuju kemandirian berdasarkan jarak antara perawat dan dukungan kemampuan individu dalam asuhan keperawatan. Resolusi terjadi jika pasien mendapatkan kemandirian dalam tindakan keperawatan, pasien tidak lagi membutuhkan pelayanan profesional dan perilaku ketergantungan dari perawat (Lloyd et al., 2007; Videbeck, 2011). Pada fase tersebut kebutuhan masa lalu akan ditinggalkan dan tujuan baru diadopsi. Tujuan dan langkah baru direncanakan dan diambil untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan kepribadian serta penghentian hubungan perawat-pasien dan melibatkan sumber dukungan perencanaan untuk masa depan (Basford & Slevin, 2006; Lakeman, 1999; Lloyd et al., 2007).

Tabel 2.1 Fase hubungan terapeutik perawat-pasien

Fase Orientasi	Fase Kerja		Fase Resolusi
	Identifikasi	Eksplorasi	
Pasien:			
<ul style="list-style-type: none"> - Mencari bantuan. - Menyampaikan keinginan. - Menanyakan pertanyaan. - Berbagi pendapat dan harapan dengan perawat berdasar pengalaman masa lalu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Berpartisipasi dalam mengidentifikasi permasalahan. - Memulai mengetahui waktu. - Merespon untuk membantu. - Mengidentifikasi bersama perawat. - Mengakui perawat sebagai individu. - Mengungkapkan perasaan. - Perubahan fluktuasi (tergantung, mandiri dan saling ketergantungan) dalam hubungan perawat-pasien. - Meningkatkan perhatian fokal. - Merubah penampilan (menjadi benar atau salah). - Memahami keberlanjutan antar sesi (proses dan isi). - Menguji penurunan gerakan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan pelayanan secara maksimal. - Mengidentifikasi tujuan baru. - Berusaha mencapai tujuan baru. - Kecepatan pergantian dalam perilaku: ketergantungan dan kemandirian. - Mengeksplorasi perilaku. - Mengembangkan keterampilan dalam hubungan interpersonal dan penyelesaian masalah. - Menunjukkan perubahan cara berkomunikasi (lebih terbuka, fleksibel). 	<ul style="list-style-type: none"> - Keinginan bebas dan senang. - Menginginkan tujuan baru. - Menjadi mandiri dalam menolong seseorang. - Menggunakan keterampilan baru dalam penyelesaian masalah. - Mempertahankan perubahan dalam pola komunikasi dan interaksi. - Menunjukkan perubahan positif dalam melihat diri. - Menyatukan rasa sakit. - Memperlihatkan kemampuan bersikap secara mandiri.
Perawat:			
<ul style="list-style-type: none"> - Respon terhadap pasien. - Memberi parameter pertemuan. - Menjelaskan peran. - Mengumpulkan data. - Membantu pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Memelihara identitas terpisah. - Memperlihatkan kemampuan untuk memperbaiki bahasa atau mengontrol perhatian fokal. - Menunjukkan penerimaan tanpa syarat. - Membantu mengekspresikan keinginan 	<ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan pengkajian. - Mempertemukan keinginan yang mereka munculkan. - Memahami alasan terhadap pergantian dalam perilaku. - Memulai rencana 	<ul style="list-style-type: none"> - Menopang hubungan yang lama terhadap kebutuhan perasaan pasien. - Mempromosikan interaksi keluarga untuk membantu merencanakan tujuan.

<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi masalah. - Membantu pasien merencanakan penggunaan pelayanan dan sumber daya komunitas. - Mengendalikan ansietas dan ketegangan. - Mendengarkan secara aktif. - Berfokus pada energi pasien. - Mengklarifikasi pendapat dan harapan dengan perawat. 	<ul style="list-style-type: none"> dan perasaan. - Mengkaji dan mengatur kebutuhan. - Menyediakan informasi. - Menyediakan pengalaman yang mengurangi perasaan tak berdaya. - Tidak membiarkan kecemasan meliputi pasien. - Membantu pasien berfokus pada isyarat. - Membantu pasien mengembangkan respon terhadap isyarat. - Menggunakan perkataan rangsangan. 	<ul style="list-style-type: none"> rehabilitasi. - Menurunkan kecemasan. - Mengidentifikasi faktor positif. - Membantu rencana terhadap kebutuhan total. - Memfasilitasi pergerakan terdepan pada kepribadian. - Menyetujui dengan kebuntuan terapeutik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajari tindakan preventif. - Menggunakan perwakilan komunitas. - Mengajari perawatan diri. - Mengakhiri hubungan perawat-pasien.
---	---	--	--

Sumber: *Adapted from Forchuck, C., & Brown, B. 1989. Establishing a nurse-client relationship. Journal of psychosocial nursing. 27(2), 30-34.*

2.1.3 Peran perawat dalam hubungan terapeutik perawat-pasien

1) Mitra kerja (*stranger*)

Pada awal fase orientasi, pasien dan perawat adalah orang yang asing satu sama lain sehingga dapat berbagi rasa hormat dan minat positif. Kesopanan, kesederhanaan dan dukungan emosional akan membantu perkembangan hubungan ini, sehingga perawat dapat menghadapi pasien sebagai orang asing yang ingin dikenalkan terhadap situasi baru. Sebagai mitra kerja, hubungan perawat-pasien memerlukan kerja sama harmonis atas dasar kemitraan dan membina rasa saling percaya, saling mengasihi dan menghargai. Perawat menawarkan pasien tentang penerimaan yang sama dan kesopanan perawat. (Alligood & Tomey, 2006; Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

2) Nara sumber (*resources person*)

Perawat memberikan jawaban atau solusi spesifik terhadap pertanyaan tentang masalah dalam konteks yang lebih luas atau tertentu dan selanjutnya mengarah pada area permasalahan yang memerlukan bantuan. Perawat mampu memberikan informasi akurat, jelas dan rasional, memberikan layanan atau bertindak sebagai mediator kepada pasien dalam suasana bersahabat dan akrab. Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah dengan cara yang terapeutik (Alligood & Tomey, 2006; Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

3) Pendidik (*teacher*)

Merupakan kombinasi dari semua peran. Perawat berupaya memberikan penyuluhan, pendidikan, pelatihan dan bimbingan terhadap pasien/keluarga terutama mengatasi masalah kesehatan, dibimbing ke arah pertumbuhan dan

perkembangan kepribadian. Perawat membantu pasien belajar secara formal maupun informal. Perawat mencoba membangkitkan minat pasien terhadap sesuatu yang harus diketahui pasien dan cara menghadapi informasi tersebut (Alligood & Tomey, 2006; Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

4) Kepemimpinan (*leader*)

Perawat melatih dan mengembangkan hubungan kepemimpinan dengan cara demokratis sehingga merangsang individu untuk berperan. Perawat harus mampu memimpin dan memberikan petunjuk kepada pasien/keluarga untuk memecahkan masalah kesehatan serta memberikan informasi melalui proses kerja sama dan partisipasi aktif pasien (Alligood & Tomey, 2006; Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

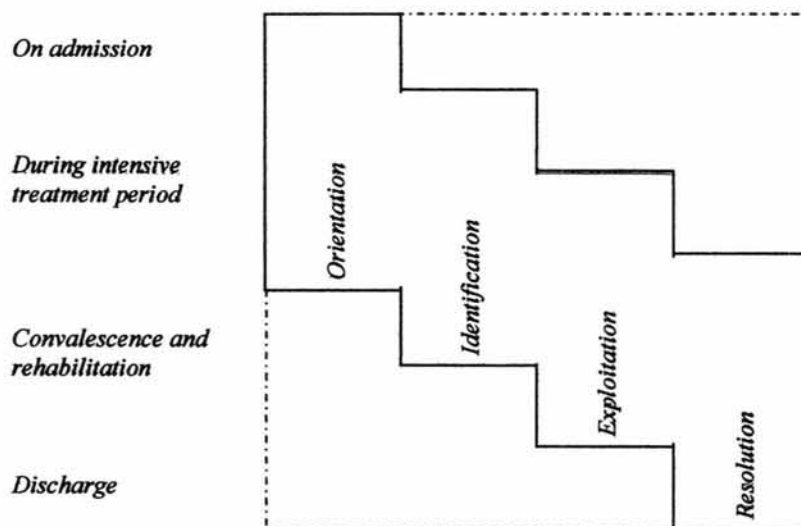
5) Pengasuh pengganti (*surrogate*)

Perawat membantu pasien belajar tentang keunikan tiap individu untuk mengatasi permasalahan interpersonal. Perawat merupakan individu yang dipercaya pasien dapat memainkan peran seseorang yang berhubungan dengan pasien (seperti orang tua, saudara kandung, tokoh masyarakat atau rohaniawan) untuk memenuhi kebutuhannya, sehingga pasien dan perawat bersama-sama menentukan tingkat ketergantungan dan tingkat pencapaian kembali kemandirian pasien. Peran bertujuan antara perawat-pasien dapat bekerja sama dalam hubungan dan menganalisis kaitannya dengan diri dan penyakitnya (Alligood & Tomey, 2006; Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

6) Konselor (*counselor*)

Perawat mempromosikan dan meningkatkan pengalaman individu mencapai keadaan sehat yaitu kehidupan kreatif, konstruktif dan produktif

(misalnya mengungkapkan perasaan). Perawat menerapkan berbagai teknik interpersonal untuk membantu menghadapi situasi yang ada dan menerimanya, sehingga pasien dapat mengintegrasikan penyakitnya ke dalam kehidupannya bukan menyangkal keberadaannya. Perawat harus memberikan dukungan kesehatan dan bimbingan terhadap masalah pasien sehingga pemecahan masalah mudah dilakukan. Peran konseling bertujuan membantu pasien menerima kebutuhannya untuk mengatasi masalah. Pengalaman psikobiologi yang mendorong respon destruktif atau konstruktif meliputi: kebutuhan, frustrasi, konflik dan ansietas (Alligood & Tomey, 2006; Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).



Gambar 2.1 *Overlapping phases in nurse-patient relationships.* (From: Peplau H.E. (1952). *Interpersonal relations in nursing.* New York: G.P. Putnam's Sons).

2.1.4 Komponen hubungan terapeutik perawat-pasien

1) Kepercayaan

Perawat memperlihatkan tingkah laku percaya penuh, menyampaikan integritas, kehandalan, konsisten, bersikap terbuka, memberi tanggapan jujur dan

memperkuat rasa aman. Perilaku perawat yang dapat membangun kepercayaan pasien seperti merawat, keterbukaan, objektivitas, menghormati, ketertarikan, pemahaman, konsistensi, memperlakukan pasien sebagai manusia, menunjukkan tanpa memberitahu, mendekati, mendengarkan, menepati janji, kejujuran. Perawat dan pasien saling menjaga keterbukaan, mengembangkan kepercayaan, iklim yang mendukung dan mengurangi gangguan sehingga pasien menerima bantuan yang ditawarkan (Makarao, 2010; Nasir & Muhith, 2011; Warelow et al., 2008).

2) Perhatian

Perawat harus peduli, memiliki perasaan khawatir dan rasa kasihan, terbuka, jujur dan menampilkan perilaku kongruen terhadap pasien yang didapatkan dari identifikasi pribadi perawat terhadap kebutuhan pasien. Perawat menunjukkan sikap perhatian terhadap pasien untuk menimbulkan suatu respons partisipasi dalam kegiatan hubungan terapeutik (Basford & Slevin, 2006; Potter & Perry, 2009; Videbeck, 2011).

3) Empati

Empati adalah cara atau kemampuan perawat memahami makna, perasaan, mengkomunikasikan pemahaman, mampu menempatkan diri dan melihat hati dari kondisi atau posisi pasien. Empati dapat terjadi saat perawat mendengarkan dengan penuh pemahaman dan kepedulian. Perawat memperoleh pencitraan perasaan pasien tentang pengalamannya, jika mendengarkan dan merasakan pentingnya situasi pasien (Basford & Slevin, 2006; Welch, 2005).

4) Penerimaan

Perawat merespon positif dan menyampaikan penerimaan kepada pasien. Perawat menentukan batasan berperilaku dalam hubungan perawat-pasien.

Penerimaan dalam hubungannya dengan orang lain merupakan kunci dari hubungan keperawatan terapeutik. Penerimaan yang sesungguhnya adalah keinginan pasien untuk dimengerti, suatu kesediaan, keterbukaan, kesadaran, kebebasan berekspresi, spontanitas (Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

5) Hal positif

Perawat memiliki sikap positif terhadap pasien seperti: menghargai pasien sebagai individu unik, bernilai, sikap tidak menghakimi, rasa hormat, memanggil nama pasien, menghabiskan waktu dengan pasien, mendengarkan, menanggapi terbuka, mempertimbangkan ide saat merencanakan perawatan. Perawat mempraktikkan perilaku positif dalam lingkungan yang aman untuk meningkatkan kesadaran pasien terhadap situasi tertentu (Makarao, 2010; Suliswati et al., 2005; Videbeck, 2011).

6) Kesadaran diri dan penggunaan diri secara terapeutik

Kesadaran diri adalah proses pengembangan pemahaman nilai, keikhlasan, keautentikan, sumber untuk bersikap, keyakinan, pikiran, perasaan, sikap utama, motivasi, prasangka, kekuatan, keterbatasan, cara mempengaruhi orang dan menerima kenyataan hidup sebagai asuhan keperawatan secara terapeutik. Hal ini memungkinkan perawat mengamati, memperhatikan, memahami respons dan reaksi pasien ketika berinteraksi. Kesadaran berada bersama kita dalam tindakan setiap hari dalam hubungan terapeutik perawat-pasien (Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

2.1.5 Komunikasi terapeutik

1) Pengertian komunikasi terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah proses interaksi interpersonal antara perawat-pasien menggunakan pendekatan terencana dalam mempelajari pasien berfokus pada kebutuhan spesifik pasien untuk meningkatkan pertukaran informasi efektif yang dipimpin dan direncanakan oleh seorang profesional. Terampil menggunakan teknik komunikasi terapeutik membantu perawat memahami dan berempati terhadap pengalaman pasien (Potter & Perry, 2009; Videbeck, 2011).

Komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal atau bentuk komunikasi atau kegiatan pertukaran informasi antara perawat-pasien yang direncanakan secara sadar untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien sendiri maupun dengan orang lain atau lingkungannya (Makarao, 2010; Nasir & Muhith, 2011; Suliswati et al., 2005).

2) Tujuan komunikasi terapeutik

Tujuan komunikasi terapeutik meliputi: 1) membangun hubungan terapeutik perawat-pasien; 2) mengidentifikasi perhatian pasien yang paling penting dan berpusat pada pasien; 3) menilai persepsi pasien tentang masalah yang teridentifikasi seperti tindakan perilaku, pikiran dan perasaan tentang situasi, orang lain, diri sendiri; 4) memfasilitasi ekspresi emosi pasien; 5) mengajarkan pasien dan keluarga tentang keterampilan perawatan diri; 6) mengidentifikasi kebutuhan pasien; 7) menerapkan intervensi untuk memenuhi kebutuhan pasien; 8) memandu pasien mengidentifikasi rencana tindakan untuk resolusi dan diterima secara sosial; 9) memotivasi dan mengembangkan pribadi pasien ke arah

konstruktif dan adaptif; 10) penerimaan dan peningkatan terhadap diri sendiri; 11) memuaskan kebutuhan dan mencapai tujuan realitas; 12) rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan integritas diri (Makarao, 2010; Videbeck, 2011).

3) Keterampilan komunikasi verbal

(1) Menggunakan pesan konkret

Perawat menggunakan perkataan jelas sehingga pasien dapat memahami pesan. Kecemasan menghilangkan kemampuan proses kognitif, sehingga menurunkan kemampuan proses kognitif untuk memproses konsep pesan konkret untuk pertukaran informasi akurat. Pesan konkret berfungsi memperoleh, mempertahankan respons akurat perawat terhadap perasaan pasien dan menghindari pengulangan kata yang mengganggu proses interaksi terapeutik. Penjelasan akurat tentang masalah akan mendorong pasien memikirkan masalah yang spesifik. Pesan konkret berisi perkataan jelas, akurat, tidak membingungkan, tidak ragu, mudah dimengerti, tidak perlu penafsiran, menggunakan kata benda (Nasir & Muhith, 2011; Suliswati et al., 2005; Videbeck, 2011).

(2) Menggunakan teknik komunikasi terapeutik

Pemilihan metode bergantung pada kemampuan pasien dalam berinteraksi, berkomunikasi dan memfasilitasi meningkatkan komunikasi perawat-pasien dengan menggunakan rekaman audiovisual atau catatan. Syarat komunikasi efektif harus ditujukan untuk menghormati perawat-pasien. Teknik komunikasi terapeutik meliputi: mendengar, mengurangi jarak, klarifikasi, menerima, membuka lebar, validasi, dukungan pembandingan, dukungan gambaran persepsi, dukungan ekspresi, mengeksplorasi, fokus, membuat rencana dan tindakan, berperan menyeluruh, memberikan informasi, memberikan pengakuan,

mengobservasi, mengabdikan, menempatkan kejadian dalam waktu atau rangkaian, mengenalkan realitas, refleksi, mengulangi, mencari informasi, diam, menyarankan kerjasama, meringkas, menerjemahkan ke dalam perasaan, menyatakan secara tidak langsung, menyuarakan keraguan (Smeltzer, 2001; Stuart, 2006; Videbeck, 2011).

(3) Menghindari komunikasi nonterapeutik

Respons memotong komunikasi berisiko menghambat, menghentikan proses interaksi komunikasi dan pasien menganggap sebagai kritikan serta menilai negatif perawat. Komunikasi nonterapeutik menyebabkan penerima meningkatkan pertahanan dirinya agar tidak dilukai, menghambat ungkapan perasaan, pikiran dan menimbulkan respons negatif. Komunikasi nonterapeutik meliputi: memerintah, menyetujui, menantang, mempertahankan, tidak menyetujui, mengakui, tidak mengakui, berespons, meremehkan perasaan yang diungkapkan, mempertahankan diri dari kekuatan luar, interpretasi, mengenalkan topik yang tidak berhubungan, membuat komentar stereotip, menyelidiki, menenangkan hati, menolak, memesan penjelasan, menguji, menggunakan penolakan (Potter & Perry, 2009; Videbeck, 2011).

(4) Menafsirkan isyarat

Perawat melihat dan mengartikan isyarat (pesan verbal atau nonverbal seperti: isyarat vokal, gerakan tubuh, tindakan dan obyek) untuk memahami kebutuhan pasien dengan mendengarkan secara aktif. Isyarat dari pasien membantu perawat memahami tindakan yang akan dilakukan atau cara merespons pasien (Keliat et al., 2011; Stuart, 2006; Videbeck, 2011).

4) Keterampilan komunikasi nonverbal

Komunikasi nonverbal adalah perilaku individu berupa isi verbal seperti panca indera, ekspresi wajah, kontak mata, ruang, waktu, batas, gerakan tubuh dan mencakup segala hal selain kata tertulis dan diucapkan. Komunikasi nonverbal berfungsi menyampaikan makna/arti yang sebenarnya, meningkatkan pemahaman dan mendorong pemulihan. Komunikasi nonverbal melibatkan pikiran bawah sadar terkait isi verbal, situasi, lingkungan, hubungan antara pembicara-pendengar. Kategori komunikasi nonverbal meliputi: isyarat vokal, isyarat tindakan, isyarat obyek, ruang atau jarak, sentuhan (Potter & Perry, 2009; Stuart, 2006; Suliswati et al., 2005; Videbeck, 2011).

Cara pesan nonverbal menyertai pesan verbal: 1) *accent*, kedipan mata/gerakan tangan; 2) *complement*, anggukan; 3) *contradict*, gerakan bola mata menunjukkan kebalikan dari apa yang dikatakan; 4) *regulate*, mengambil napas dalam menunjukkan kesiapan berbicara, menggunakan tanda keinginan untuk terus berbicara; 5) *repeat*, perilaku nonverbal untuk menambah pesan verbal seperti mengangkat bahu; 6) *substitute*, budaya gerakan tubuh; 7) duduk berhadapan; 8) postur terbuka; 9) mencondongkan tubuh ke arah pasien; 10) pertahankan kontak mata; 11) rileks (Keliat et al., 2011; Knapp & Hall, 2009; Potter & Perry, 2009).

2.2 Konsep Teori Miller

2.2.1 Teori keperawatan kesehatan berfokus keperawatan lansia

Model keperawatan gerontologi menekankan peran perawat menggunakan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kesehatan optimal, fungsi dan

kualitas hidup lansia. Teori keperawatan Miller yaitu teori konsekuensi fungsional bertujuan meningkatkan kesejahteraan lansia yang menggabungkan peningkatan pemahaman kesehatan berkembang sebagai aspek integral perawatan. Teori ini menjelaskan “keunikan dalam meningkatkan kesejahteraan lansia” dan “bagaimana memenuhi kebutuhan kesehatan lansia” (Miller, 2009). Teori membahas hubungan individu, kesehatan, keperawatan dan lingkungan bertujuan menggambarkan, menjelaskan, memprediksi dan perawatan. Teori konsekuensi fungsional adalah teori *middle range* dibangun dari penelitian, praktek, pengembangan beberapa teori berdasar penelitian penuaan, kesehatan dan memberikan asuhan keperawatan pada lansia. Mengacu pada teori konsep peningkatan kesejahteraan, kesehatan dan keperawatan holistik (McEwen & Wills, 2007; Meleis, 2007).

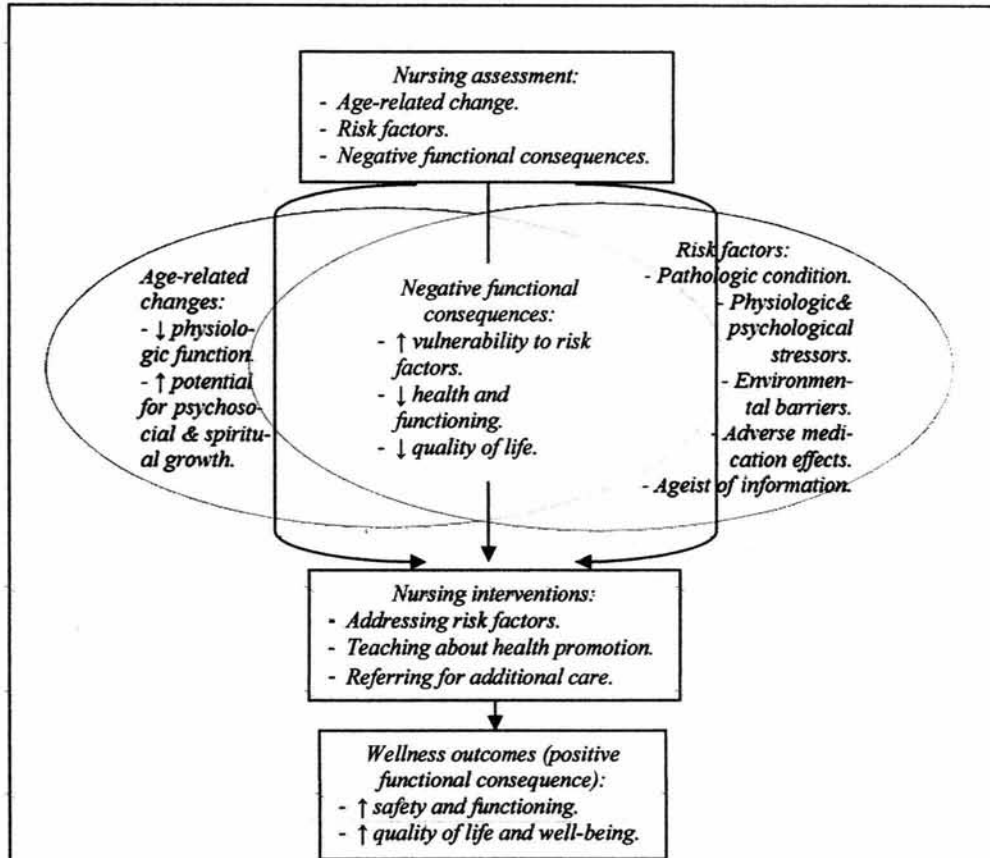
Premis dasar teori Miller: 1) asuhan keperawatan holistik merupakan hubungan semangat-pikiran-tubuh lansia mencakup semua fungsi termasuk psikologi; 2) faktor risiko merupakan penyebab masalah terbesar lansia daripada perubahan terkait usia; 3) gabungan perubahan terkait usia dan faktor risiko menimbulkan konsekuensi fungsional positif atau negatif pada lansia; 4) konsekuensi fungsional negatif dilakukan tindakan mengurangi atau memodifikasi efek faktor risiko; 5) meningkatkan kesejahteraan lansia melalui tindakan keperawatan terhadap konsekuensi fungsional negatif; 6) tindakan keperawatan mengakibatkan konsekuensi fungsional positif lansia berfungsi optimal meskipun dipengaruhi perubahan terkait usia dan faktor risiko (Miller, 2009).

Pada kerangka teori konsekuensi fungsional negatif, perubahan terkait usia mempengaruhi penglihatan lansia menjadi silau sehingga kesulitan melihat

dengan jelas dalam keadaan terang. Sedangkan faktor risiko terkait penyakit pada lansia contohnya katarak dapat menurunkan penglihatan dan meningkatkan kepekaan silau. Kondisi lingkungan penyebab silau adalah lampu terang. Tindakan mengatasi konsekuensi fungsional negatif yaitu melakukan perawatan diri dan tindakan keperawatan. Teori keperawatan difokuskan pada lansia meliputi teori konsekuensi fungsional menjelaskan hubungan unik antara konsep individu, keperawatan, kesehatan dan lingkungan untuk meningkatkan kesejahteraan lansia. Model keperawatan menekankan proses psikodinamik dan hubungan pribadi pada perilaku dan sosial terhadap individu dan lingkungan (Basford & Slevin, 2006; Miller, 2009).

2.2.2 Teori konsekuensi fungsional

Teori konsekuensi fungsional dibangun dan dikembangkan dari teori penuaan, lansia dan keperawatan holistik. Konsep paradigma keperawatan meliputi individu, lingkungan, kesehatan dan keperawatan dihubungkan dengan lanjut usia. Persyaratan model keperawatan berfokus pada empat unsur utama paradigma keperawatan. Konsep teori konsekuensi fungsional adalah sebagai berikut: 1) gabungan dari perubahan terkait usia dan faktor risiko terhadap konsekuensi fungsional negatif yang mengganggu fungsi dan kualitas hidup seseorang atau lansia; 2) pengkajian perubahan terkait usia, faktor risiko dan konsekuensi fungsional negatif untuk mengidentifikasi faktor risiko melalui tindakan keperawatan; 3) pencapaian kesehatan memungkinkan lansia berfungsi meskipun dipengaruhi oleh perubahan terkait usia dan faktor risiko (Basford & Slevin, 2006; Miller, 2009).



Gambar 2.2 *The functional consequences theory for promoting cognitive wellness in older adults. Age-related changes and risk factors combine to cause negative functional consequences. Nurses holistically assess older adults and initiate interventions to counteract or minimize negative functional consequences. Nursing actions result in wellness outcomes, or positive functional consequences. (From: Miller, C.A. 2009. Nursing for wellness in older adults. 5th Edition ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins).*

1) Konsekuensi fungsional

Konsekuensi fungsional positif atau negatif merupakan efek tindakan, faktor risiko dan perubahan terkait usia yang mempengaruhi kualitas hidup atau kegiatan lansia. Faktor risiko berasal dari lingkungan, pengaruh fisiologis dan psikososial. Konsekuensi fungsional positif memfasilitasi kinerja fungsi sistem, kualitas hidup, sedikit ketergantungan, kemampuan memaksimalkan kesehatan secara optimal dan memiliki penilaian yang baik. Konsekuensi fungsional negatif

mengganggu kualitas hidup, fungsional dan sangat ketergantungan (Aldwin et al., 2006; Miller, 2009).

Konsekuensi fungsional negatif terjadi karena gabungan perubahan terkait usia dan faktor risiko. Konsekuensi fungsional positif merupakan hasil tindakan atau intervensi. Lansia mengalami konsekuensi fungsional positif saat mengkompensasi perubahan terkait usia secara sadar atau tidak, contohnya lansia perlu pencahayaan terang untuk membaca atau memakai kacamata, lansia memperbaiki sistem fungsi yang merupakan hasil tindakan misal operasi katarak atau merubah lingkungan. Proses keperawatan meletakkan konsekuensi fungsional positif setingkat dengan hasil kesehatan. Asuhan keperawatan bertujuan membantu lansia mencapai tingkat lebih tinggi dari sistem fungsi. Konsep konsekuensi fungsional berpedoman terhadap penilaian fungsional pada kemampuan individu beraktivitas sehari-hari yang mempengaruhi kualitas dan kelangsungan hidup (Gething et al., 2004; Lovell, 2006; Miller, 2009; Wells et al., 2004).

2) Perubahan terkait usia dan faktor resiko

Perubahan terkait usia mempengaruhi kognitif dan tidak dapat diubah, hanya mengimbangi efek untuk mencapai kesehatan, perubahan tidak dapat dihindari, semakin menurun, ireversibel, tidak bergantung kondisi ekstrinsik dan patologi. Faktor resiko dapat diubah, dihilangkan untuk mengurangi atau mencegah konsekuensi fungsional negatif. Perubahan terkait usia merupakan proses fisiologis yang meningkatkan kerentanan pada dampak negatif faktor resiko. Secara fisiologi terjadi perubahan degeneratif, mengalami kondisi terminal atau progresif. Secara psikologi dan spiritual terjadi potensial perkembangan

pertumbuhan rohani. Perawat mengkaji perubahan terkait usia yang meningkatkan kemampuan lansia beradaptasi dengan penurunan fisiologis (Gething et al., 2004; Lovell, 2006; Miller, 2009; Wells et al., 2004).

Faktor resiko merupakan keadaan yang mungkin terjadi dan berakibat merugikan kesehatan dan fungsi sistem, serta meningkatkan kerentanan terhadap konsekuensi fungsional negatif. Faktor resiko berasal dari: penyakit, lingkungan, gaya hidup, sistem pendukung, psikososial, kondisi akut dan kronis, efek samping obat, dan perilaku kurang pengetahuan. Menurut Miller (2009) faktor resiko memiliki konsekuensi fungsional pada lansia karena: 1) bersifat kumulatif dan progresif; 2) efek diperburuk oleh perubahan terkait usia; 3) efek berakibat keliru terhadap perubahan terkait usia daripada kondisi reversibel dan dapat diobati; 4) konsekuensi fungsional negatif di usia muda tidak ada.

Perawat mengatasi faktor resiko terkait pencegahan dan pengobatan medis dengan menekankan kemungkinan resiko daripada manfaat perawatan farmakologis atau bedah. Perawat mengkaji faktor resiko yang meningkatkan perkembangan kondisi melalui peningkatan kesejahteraan seperti mengkaji resiko terkait stres, merokok, obesitas, gizi buruk dan intoleransi aktivitas fisik. Mengkaji faktor resiko terkait sosial budaya yang mempengaruhi intervensi. Risiko lingkungan merupakan faktor risiko tambahan seperti lingkungan tidak nyaman, jenis dan jumlah rangsangan visual serta auditori tidak dapat dikendalikan, gangguan sensorik, fungsi kognitif dan mobilitas yang membahayakan keselamatan. Faktor resiko sebagai fokus utama teori konsekuensi fungsional dan perawat meningkatkan kesejahteraan dengan mengkaji dan

mengatasi faktor yang mempengaruhi fungsi dan kualitas hidup lansia (Miller, 2009; Scheidt & Windley, 2006).

3) Individu

Pendekatan teori holistik menyatakan lansia sebagai individu kompleks, berfungsi unik, sejahtera dipengaruhi faktor internal dan eksternal (perubahan terkait usia dan faktor risiko). Lansia ditandai karakteristik fisiologis dan psikososial terkait peningkatan kematangan sehingga memperlambat keseimbangan proses fisiologis, psikologis, sosial, meningkatkan kerentanan kondisi patologis dan faktor risiko lain, daya merespons stres fisiologis, potensial peningkatan kebijaksanaan, kreativitas, pertumbuhan pribadi dan spiritual. Penuaan merupakan proses kompleks, bertahap dan melibatkan semua aspek tubuh-pikiran-jiwa. Individu disebut lansia karena akumulasi konsekuensi fungsional terkait usia, proses penuaan secara bertahap, berinteraksi dan kumulatif, serta mengalami kontinum unik (Basford & Slevin, 2006; Miller, 2009).

Lansia dikonsepsikan sebagai individu dinamis yang mempengaruhi dan dipengaruhi lingkungan serta orang lain, mendapat dukungan sumber daya dan faktor lingkungan. Peningkatan konsekuensi fungsional negatif berakibat lansia bergantung pada orang lain terhadap kebutuhan sehari-hari, perawat mengkaji dan menerapkan tindakan, serta individu merupakan masalah yang utama. Lansia yang tidak bergantung pada orang lain memiliki hubungan interpersonal yang mempengaruhi kesehatan kebutuhannya. Saat faktor risiko menyebabkan lansia bergantung pada orang lain terhadap kebutuhan sehari-hari, *care giver* dianggap

sebagai fokus integral asuhan keperawatan (Basford & Slevin, 2006; Miller, 2009).

Teori Leininger mengenai keanekaragaman perawatan budaya dan universal sangat relevan dengan konsep lansia karena menekankan pentingnya menghormati individu dan nilai setiap orang. Efek kumulatif penuaan mempengaruhi kerentanan terhadap efek faktor risiko. Perawat mengkaji tentang fakta dan mitos penuaan normal sehingga dapat mengatasi konsekuensi fungsional negatif. Perawat menilai respon unik lansia dengan efek faktor penuaan dan risiko dalam meningkatkan fungsi dan kualitas hidup. Menurut teori Leininger perawat mengkaji faktor budaya yang mempengaruhi individu. Teori konsekuensi fungsional menekankan mengkaji dan menghormati karakteristik unik lansia yang mempengaruhi fungsi dan kesejahteraan (Leininger & McFarland, 2002; Miller, 2009).

4) Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan aplikasi simultan seni dan keterampilan berfokus meminimalkan efek negatif perubahan terkait usia dan faktor risiko serta meningkatkan hasil kesehatan, dan mendorong pertumbuhan serta perkembangan individu. Tujuannya meningkatkan kesejahteraan dan tindakan keperawatan lain tentang konsekuensi fungsional negatif (Basford & Slevin, 2006; Miller, 2009).

Konseptualisasi keperawatan dalam teori konsekuensi fungsional mengacu pada teori keperawatan: 1) Florence Nightingale: perawat membuat lingkungan kondusif untuk promosi penyembuhan dan kesehatan; 2) Virginia Henderson: perawat membantu kegiatan sehari-hari untuk kemandirian secepat mungkin; 3) *modeling and role-modeling theory*: keperawatan adalah proses interaktif

interpersonal memelihara kekuatan mencapai keadaan kesehatan holistik; 4) Imogene King: perawat-pasien berinteraksi mencapai tujuan kesehatan tertentu; 5) Jean Watson: keperawatan meliputi pengetahuan, berpikir, nilai, filosofi, komitmen dan tindakan dengan semangat dalam transaksi perawatan manusia; 6) Martha Rogers: perawat meningkatkan interaksi lingkungan dengan individu untuk kesatuan individu; 7) Margaret Newman: keperawatan adalah membantu individu menggunakan kekuasaan berkembang ke tingkat kesadaran lebih tinggi (McEwen & Wills, 2007; Meleis, 2007).

5) Kesehatan

Menurut teori konsekuensi fungsional kesehatan adalah kemampuan lansia berfungsi pada kapasitas maksimal walau terdapat perubahan terkait usia dan faktor risiko yang meliputi psikososial, fungsi fisiologis, kesejahteraan dan kualitas hidup. Sehat adalah simbol pertumbuhan dan perkembangan kepribadian menuju kehidupan sosial kreatif, konstruktif dan produktif. Kesehatan ditentukan secara individual berdasarkan kapasitas fungsional terpenting oleh individu, misalnya tingkat fungsi diartikan sebagai kapasitas hubungan atau kemampuan melakukan kegiatan (Basford & Slevin, 2006; Miller, 2009).

Definisi keperawatan yang memperluas dan mendukung konseptualisasi kesehatan dalam teori konsekuensi fungsional: 1) Florence Nightingale: menggunakan dengan baik kekuatan yang dimiliki; 2) Imogene King: pengalaman hidup dinamis melibatkan adaptasi kontinu terhadap stresor melalui penggunaan optimal sumber daya individu mencapai potensi maksimal kehidupan sehari-hari; 3) Calista Roy: keadaan dan proses menjadi, serta menjadi terintegrasi dan utuh; 4) Jean Watson: persatuan dan harmoni dalam tubuh, jiwa dan pikiran. Kesesuaian

diri seperti yang dirasakan dan dialami; 5) Margaret Newman: pola memperluas kesadaran dan berkembang dari kehidupan; 6) Rosemarie Parse: cara berada di dunia. Hidup dari hari ke hari menjadi suatu cara; 7) Madeleine Leininger: keadaan sejahtera dibentuk secara kultural, didefinisikan, dinilai dan dipraktikkan oleh individu atau kelompok yang memungkinkan berfungsi dalam kehidupan sehari-hari (Leininger & McFarland, 2002; McEwen & Wills, 2007).

6) Lingkungan

Menurut teori konsekuensi fungsional, lingkungan adalah konsep umum meliputi berbagai aspek manajemen perawatan untuk lansia yang ketergantungan, kondisi lingkungan eksternal (*care giver*) mempengaruhi tubuh-pikiran-semangat dan fungsi lansia, serta faktor lingkungan primer yaitu hubungan interpersonal dengan orang lain yang dekat dengan pasien. Aspek konseptualisasi sebagian bertentangan karena lingkungan menjadi faktor risiko terhadap konsekuensi fungsional negatif dan sumber tindakan terhadap konsekuensi fungsional positif, contohnya lingkungan menjadi faktor risiko saat mengganggu sistem fungsi (pencahayaan silau), tetapi intervensi bisa meningkatkan sistem fungsi (pencahayaan terang dan tidak silau) (Basford & Slevin, 2006; Miller, 2009).

McEwen dan Wills (2007) memaparkan definisi lingkungan menurut teori keperawatan terkait teori konsekuensi fungsional: 1) Florence Nightingale: lingkungan sehat sangat penting untuk penyembuhan dan meliputi aspek tertentu seperti tingkat kebisingan, kebersihan dan makanan bergizi; 2) Madeleine Leininger: totalitas pengalaman kegiatan, situasi tertentu yang bermakna pada ekspresi individu, interpretasi dan interaksi sosial khususnya fisik, ekologi, sosial politik dan pengaturan budaya; 3) Imogene King: latar belakang interaksi manusia

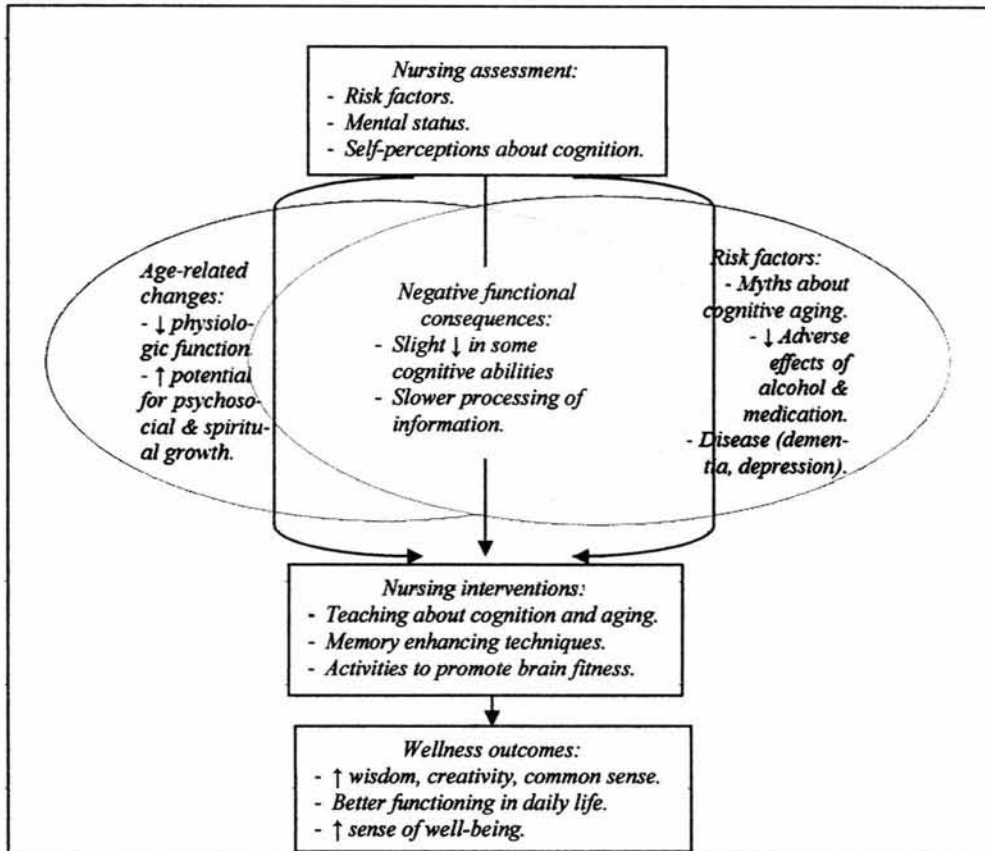
yaitu internal dan eksternal individu; 4) Margaret Newman: semua faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi klien atau sistem; 5) Calista Roy: semua kondisi, keadaan yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku manusia.

2.2.3 Penerapan teori peningkatan kesejahteraan lansia

Menurut teori konsekuensi fungsional, perawat meminimalkan akibat konsekuensi fungsional negatif dan meningkatkan hasil kesehatan lansia. Pusat dan tujuan jenis perawatan bervariasi. Perawatan akut berpusat mengobati kondisi patologis yang menimbulkan resiko serius bertujuan membantu lansia yang sulit sembuh dari penyakit dan memelihara, meningkatkan kemampuan serta perilaku sehat lansia dalam mencari kesehatan. Perawatan jangka panjang berpusat mengatasi faktor risiko yang mengganggu kemampuan fungsional bertujuan meningkatkan kualitas hidup (Carpenito-Moyet, 2006; Miller, 2009).

Penerapan proses keperawatan berguna untuk menilai perubahan terkait usia dan faktor risiko, mendiagnosa keperawatan, rencana hasil, tindakan keperawatan mengatasi konsekuensi fungsional negatif dan mengevaluasi efektivitas intervensi. Pusat utama asuhan keperawatan adalah mendidik lanjut usia dan *care giver* lanjut usia yang ketergantungan dengan menghilangkan faktor risiko atau meminimalkan dan menanggulangi efek yang ditimbulkan. Menginformasikan perubahan terkait usia dan faktor risiko bahwa gangguan fungsional adalah konsekuensi proses penuaan dan mengkaji cara meminimalkan efek faktor risiko dan mengkompensasi efek perubahan terkait usia. Mendorong individu dalam keadaan sehat secara aktif mengubah kebiasaan kesehatan pribadi dan lingkungan menuju tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito-Moyet, 2006; Miller, 2009).

Teori *middle range* dikembangkan perawat untuk meningkatkan kualitas hidup lansia terkait konsep teori konsekuensi fungsional. Perawat berpusat pada lansia yang mempertahankan hubungan dalam merespon kekuatan dan proses aktivitas setiap hari. Tindakan keperawatan menangani kualitas hidup lansia yaitu: 1) hubungan metafisik: terlibat pengalaman belajar baru yang menarik, mengajari panduan citra, jadwal kegiatan, aktivitas meningkatkan harga diri dan rasa optimisme; 2) hubungan spiritual: mengelola, membuat rujukan kelompok keagamaan; 3) hubungan biologik: kegiatan rekreasi, partisipasi makan bersama, latihan kelompok; 4) hubungan dengan orang lain: menjaga hubungan sosial dengan keluarga dan teman, memberi rasa nyaman, aman, mendorong partisipasi kegiatan sosial dan pendidikan; 5) hubungan lingkungan: mendorong dan memfasilitasi kegiatan di alam; 6) hubungan dengan masyarakat: mengembangkan rencana keadaan darurat, menyediakan informasi sumber daya dukungan seperti kegiatan terkontrol dan penguasaan misalnya belajar keterampilan komputer, bahasa baru, cara memainkan alat musik (Cohen, 2005; Register & Herman, 2006).



Gambar 2.3 *Promoting cognitive wellness in older adults.* (From: Miller, C.A. 2009. *Nursing for wellness in older adults.* 5th Edition ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins).

Penerapan teori peningkatan kesejahteraan pada lansia: 1) perawat mengkombinasikan hasil kesehatan mengatasi keinginan lansia terhadap kesejahteraan tubuh-pikiran-jiwa; 2) perawat dan *care giver* mendidik lansia tentang tindakan meminimalkan efek atau faktor risiko; 3) memberikan asuhan keperawatan pada lansia dari pandangan holistik dalam aspek fisik, psikologis dan fungsi spiritual. Teori konsekuensi fungsional memandang lansia bagian dari akumulasi usia terkait perubahan fisiologis dan kondisi patologis yang menyebabkan fungsi terganggu. Perawat mengkaji kekuatan dan potensi aspek fisik, fungsi psikologis dan kesejahteraan spiritual. Tindakan keperawatan berpusat meningkatkan kualitas hidup lansia, misalnya perawat meningkatkan

kesehatan kognitif dengan mengajari dan mendorong lansia berpartisipasi dalam kegiatan pembelajaran (Hendrix & Sakauye, 2001; Miller, 2009).

2.2.4 Perubahan terkait usia yang mempengaruhi kognitif

Kemampuan kognitif menurun merupakan proses penuaan normal. Fungsi intelektual meningkat usia 50-60 tahun dan bertahap menurun, hal ini dipengaruhi oleh lingkungan, pengalaman hidup dan faktor sosioemosional seperti perilaku, harapan, motivasi. Motivasi dapat mempengaruhi proses kognitif (Carstensen et al., 2006; Ormrod, 2009). Kemampuan kognitif juga dipengaruhi oleh kesehatan, emosi, kognitif, kepribadian dan karakteristik psikologi. Kemampuan fungsi kognitif lansia perlu ditingkatkan dengan melatih kesehatan kardiovaskular secara teratur (Hofer & Sliwinski, 2006; Kramer et al., 2006).

Proses kehidupan mental dan perilaku individu meliputi keyakinan dan emosi, persepsi, perhatian, belajar, daya ingat, pikiran dan komunikasi yang tercakup dalam kognisi. Penilaian status mental lanjut usia yang dilakukan oleh perawat menggunakan instrumen terhadap dimensi kognisi (Abraham & Shanley, 1997; NIMH, 2000). Perubahan kesehatan kognitif lansia seperti proses patologi misalnya demensia dan perubahan terkait usia mempengaruhi fungsi kognitif terjadi saat perubahan sistem saraf pusat, kecerdasan, ingatan, perkembangan psikologi terkait perilaku, penuaan dan kognisi (Abraham & Shanley, 1997; Miller, 2009).

1) Sistem saraf pusat

Teori kemunduran menyatakan dengan bertambahnya usia, ingatan akan mengalami penurunan. Perubahan neuron dan sinaps otak sebagai pembentukan ingatan menurun seiring bertambahnya usia (Solso et al., 2008; Wade & Travis,

2008). Kesehatan kognisi lansia dipengaruhi perubahan terkait penuaan otak seperti: 1) usia 60 tahun terjadi pengurangan bertahap berat otak lobus frontal; 2) usia 60 sampai 90-100 tahun terjadi pengecilan otak terhadap volume tengkorak; 3) usia 60 tahun terjadi penambahan volume ventrikel rerata; 4) pengecilan neuron besar, hilangnya neuron lobus frontal dan temporal; 5) hilangnya neurotransmitter; 6) fungsi dopaminergik bertahap menurun; 7) aliran darah serebral kortek prefrontal berkurang; 8) akumulasi lipofusin pada sel saraf (Backman et al., 2001; Simensky & Abeles, 2002; Vinters, 2001).

Penuaan kognitif dipengaruhi kecepatan pemrosesan. Pemrosesan informasi dihubungkan dengan peristiwa yang terjadi sesuai urutan waktu. Perlambatan waktu reaksi terkait sistem saraf pusat menurunkan fungsi kognitif. Informasi yang tidak cepat dipindahkan ke ingatan jangka pendek akan menghilang (Hartley, 2006; Solso et al., 2008; Wade & Travis, 2008).

Identifikasi akibat perubahan otak normal dan patologi pada kemampuan kognitif spesifik mempengaruhi kemampuan kognitif dan mental. Keluhan demensia dan kerusakan daya ingat dapat dihubungkan dengan perubahan otak (Bennett et al., 2006; Deary et al., 2006; Saykin et al., 2006). Kesehatan otak lansia lebih baik dari otak remaja meskipun penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif dan perubahan lobus frontal yang berfungsi menjelaskan proses kontrol kesehatan lansia (Cohen, 2005; Hedden & Gabrieli, 2005). Ciri-ciri otak terhadap penuaan kognitif yaitu: 1) sel otak baru tumbuh dan mampu beradaptasi sepanjang hidup; 2) pengalaman dan proses belajar; 3) pada lansia emosional otak lebih matur dan terkoordinasi; 4) pada lansia fungsi otak kiri dan

kanan lebih terintegrasi dan bekerja sama secara harmonis (Cohen, 2005; Ormrod, 2009).

2) Kecerdasan cairan dan kecerdasan kristal

Teori kinerja individu merupakan kemampuan, pengetahuan individu memahami hubungan, berpikir, memberikan solusi dan beradaptasi dengan lingkungan baru untuk mencapai keberhasilan hidup sesuai dengan sosial budaya setempat (Hooyman & Kiyak, 2008; Taber, 1993; Wade & Travis, 2008).

Menurut Teori Cattell dan Horn tentang kecerdasan cairan dan kristal adalah teori perubahan terkait usia dalam kemampuan kognitif. Kecerdasan cairan tergantung pada kemampuan memori, pengenalan pola dan sistem saraf pusat. Kecerdasan cairan seperti integrasi, penalaran induktif, berpikir abstrak, pemikiran fleksibel dan adaptif. Kecerdasan kristal berupa kemampuan kognitif seperti kosa kata, pemahaman verbal, memperoleh melalui budaya, pendidikan, pembelajaran informal, pengalaman hidup, membentuk konsep, memecahkan masalah, mendapatkan informasi dan penalaran. Karakteristik kognitif berkaitan dengan pengalaman kebijaksanaan, penilaian dan kehidupan (Miller, 2009; Smeltzer, 2001).

Kecerdasan cairan dan kristal tumbuh dan berkembang mulai bayi baru lahir sampai usia 2 tahun dan koneksi sinap serta neuron masih belum lengkap. Perubahan terkait usia pada dewasa awal seperti struktur saraf menyebabkan penurunan kecerdasan cairan. Sedangkan pada usia dewasa kecerdasan kristal terus berkembang dan meningkat karena banyaknya pengalaman yang didapat dan proses belajar (Horn & Hofer, 1992; Solso et al., 2008; Thompson & Foth, 2005).

3) Daya ingat

4) Perkembangan psikologi dewasa

Kemampuan kognitif lansia terkait keterampilan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah menurut Mariske dan Margrett (2006): 1) pengaruh dan motivasi adalah prediktor kuat pengambilan keputusan; 2) lansia selektif dalam informasi untuk pengambilan keputusan (lansia mendasarkan keputusan pada informasi yang kurang); 3) lansia membutuhkan banyak waktu membuat keputusan yang setara dengan kualitas usia dewasa; 4) kompleksitas tugas meningkat terkait kesalahan dan inkonsistensi; 5) keahlian dan pengalaman sebelumnya berpengaruh terhadap keputusan yang lebih baik.

Model pemberdayaan menurut Cohen (2005): 1) reevaluasi (40 sampai awal 50): menghadapi rasa kematian, rencana dan tindakan dibentuk oleh pencarian atau krisis, perubahan otak memacu kecerdasan perkembangan; 2) pembebasan (akhir 50 sampai awal 70): kebebasan batin, pengembangan pengolahan informasi hal baru meningkat, rencana dan tindakan dibentuk oleh kebebasan pribadi, pensiun menyediakan waktu untuk pengalaman baru; 3) menyimpulkan (akhir 60 sampai 80): termotivasi berbagi kebijaksanaan, rencana dan tindakan dibentuk oleh keinginan menemukan makna, perkembangan otak meningkatkan kapasitas ekspresi, terdorong mengerjakan tugas dan konflik yang belum terselesaikan; 4) ulangan (70 sampai akhir hidup): rencana dan tindakan dibentuk oleh keinginan menyajikan dan menegaskan kembali tema utama, perubahan otak menggambarkan emosi positif dan semangat, keinginan hidup baik sampai akhir berdampak positif pada orang lain.

Menurut teori selektivitas sosioemosional dalam konteks motivasi bahwa lansia tidak memiliki perspektif waktu sehingga termotivasi mengejar kepuasan emosional. Lansia berinvestasi dalam hal keyakinan, memperdalam hubungan yang ada dan menikmati kehidupan. Lansia mengutamakan sumber daya kognitif untuk informasi emosional (negatif atau positif) dan mencurahkan perhatian serta kapasitas memori terhadap informasi yang meningkatkan suasana hati. Kebijakan sebagai aspek fungsi kognitif dilihat sebagai arti dan perilaku hidup. Perkembangan kecerdasan merupakan pematangan kognisi, kecerdasan emosional, penilaian, keterampilan sosial, pengalaman hidup dalam kesadaran, integrasi dan sinergi (Brugman, 2006; Cartensen et al., 2006; Cohen, 2005).

2.2.5 Faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan kognitif

1) Pengaruh individu dan sosial

Kemampuan kognitif dipengaruhi oleh berbagai karakteristik individu atau lansia. Penggabungan pendidikan formal dengan kinerja kognitif lansia merupakan kemandirian ras, jenis kelamin, budaya, geografi. Karakteristik individu lain meliputi status sosial ekonomi masa lalu dan saat ini, materi pendidikan, stimulasi mental dan gabungan beberapa faktor (Cagney & Lauderdale, 2002; Turrell et al., 2002).

Pada uji kecerdasan, anggapan dan ekspektasi diri sangat mempengaruhi kinerja dan keterampilan kognitif. Kepercayaan dalam kemampuan menerima yang rendah merupakan stres emosional dan kinerja kognitif yang buruk. Proses menua dan harapan lansia yang menurun dalam masyarakat modern berpengaruh negatif terhadap fungsi kognitif. Masyarakat modern menggambarkan penurunan

daya ingat merupakan proses yang normal dan tidak dapat dihindari (Ball & Birge, 2002; Dark-Freudeman et al., 2006).

2) Faktor kesehatan dan fungsi sensori

Kerusakan pendengaran atau penglihatan pada jumlah dan kualitas informasi yang diterima dapat mempengaruhi proses kognitif. Studi menyatakan terdapat perubahan pendengaran dan penglihatan, perbedaan kemampuan kognitif pada lansia, karena input sensori mempengaruhi pembelajaran, sehingga perawat mengidentifikasi kondisi penglihatan dan pendengaran optimal saat mengajari lansia. Studi menyatakan latar belakang kebisingan dapat mengganggu pendengaran normal lansia (Hoyer & Verhaeghen, 2006; Thornton & Light, 2006).

Kemampuan kognitif lansia berhubungan dengan kondisi kronik dan aspek lain pada kesehatan fisik lansia. Studi menyatakan stres fisik dan psikologis berkepanjangan menekan perkembangan persarafan. Kecemasan merupakan kondisi yang mengganggu kemampuan kognitif dan menyebabkan ketakutan yang berlebihan serta keraguan diri. Gejala depresi berhubungan erat dengan gangguan fungsi kognitif (ingatan). Depresi mengakibatkan harapan diri menurun, mengganggu perhatian dan konsentrasi (Backman et al., 2001; Cohen, 2005).

Penelitian mengenai faktor risiko seperti merokok dan paparan menyatakan bahwa merokok dapat menurunkan keterampilan daya ingat lansia 75 tahun. Studi menyatakan ada hubungan antara paparan dan penurunan progresif fungsi kognitif bahkan setelah 16 tahun paparan berakhir (Reitz et al., 2005; Stewart et al., 2006).

3) Faktor nutrisi dan kimia

Status gizi yang rendah seperti tingkat beta-karoten, vitamin B dan C mempengaruhi fungsi kognitif (kinerja memori). Kekurangan subklinis vitamin B merugikan memori (Backman et al., 2001; Calvaresi & Bryan, 2001). Asupan nutrisi yang kaya vitamin E dapat menghambat penurunan fungsi kognitif pada lansia. Penurunan daya ingat disebabkan gangguan peran kolin dan lesitin sebagai transmisi asetilkolin normal di otak (Morris, 2002; Ortega, 2002).

4) Efek obat

Bahan antikolinergik mempengaruhi memori, fungsi kognitif lain dan menyebabkan perubahan status mental lansia. Obat antikolinergik melintasi sawar darah otak (atropin, benztropine, dicyclomine, flavoxate dan trihexypenidyl) sehingga rentan terhadap perkembangan kognitif. Banyak obat memiliki efek antikolinergik langsung atau meningkatkan efek obat antikolinergik. Interaksi dan efek kumulatif obat pada asetilkolin (neurotransmitter yang secara langsung mempengaruhi fungsi kognitif) mempengaruhi neuron yang berkaitan dengan aksi otot, fungsi kognitif, ingatan dan emosi. Pengobatan pada lansia demensia dengan risiko penurunan kognitif diinduksi dari obat antikolinergik karena sudah mengalami defisit asetilkolin (Tune, 2001; Wade & Travis, 2008).

2.2.6 Konsekuensi fungsional yang mempengaruhi fungsi kognitif

Pada masa dewasa terjadi penurunan kognitif dan berefek setelah usia 60-70 tahun. Ada beberapa lansia dengan perubahan kognitif justru memperlihatkan peningkatan kemampuan kognitif. Pada siklus hidup lansia memiliki kemampuan kognitif menurun, beberapa stabil dan yang lain naik. Penurunan kognitif

progresif yang terjadi pada lansia merupakan bukti terjadinya penurunan memori (Miller, 2009; Thompson & Foth, 2005).

1) Kemampuan kognitif lansia sehat

Kemampuan kognitif lansia sehat meliputi: 1) keterampilan sama atau meningkat seperti: kebijaksanaan, penilaian, kreativitas, akal sehat, koordinasi fakta dan ide, luasnya pengetahuan dan pengalaman; 2) keterampilan menurun sedikit dan bertahap seperti: abstraksi, perhitungan, kelancaran, pemahaman verbal, orientasi spasial, penalaran induktif dan memori primer; 3) menemukan kata sulit tetapi meningkatkan kosakata; 4) memori kontrol utuh dan mempunyai ruang informasi besar tentang masa lalu; 5) faktor pengganggu fungsi kognitif seperti: kecemasan, depresi, masukan sensorik berkurang, kesehatan buruk, keyakinan negatif; 6) faktor peningkat fungsi kognitif seperti: latihan fisik, stimulasi mental, kegiatan rekreasi menantang, jaringan sosial dan kegiatan yang memberikan rasa kontrol dan penguasaan; 7) fungsi kognitif lansia menurun oleh karena kecemasan dan kekhawatiran negatif yang mempengaruhi ingatan dan konsentrasi (Miller, 2009; Morgan & Kunkel, 2001).

2) Kemampuan belajar

Kemampuan belajar meliputi: 1) lansia belajar berpikir hal baru seperti usia muda tetapi kecepatan mengolah informasi lambat; 2) lansia lebih waspada menanggapi sesuatu, banyak melakukan kesalahan dari kelalaian; 3) potensi hambatan belajar lansia terganggu, defisit sensori, kurangnya relevansi, perbedaan usia peserta didik dan nilai yang selaras dengan pengetahuan baru; 4) kemampuan keterampilan mengolah informasi baru baik verbal dan nonverbal (Hooyman & Kiyak, 2008; Miller, 2009).

3) Faktor budaya dan fungsi kognitif

Faktor budaya dan fungsi kognitif meliputi: 1) kemampuan kognitif dipengaruhi oleh proses penuaan (baik tingkat penurunan kognitif maupun efek penurunan kemampuan fungsional), kesehatan, pendidikan, status sosial ekonomi dan faktor budaya; 2) faktor budaya dan bahasa mempengaruhi persepsi lansia dan menggambarkan masalah ingatan (Miller, 2009; Moody, 2002).

2.3 Konsep Fungsi Kognitif

2.3.1 Pengertian kognitif

Kognitif merupakan proses atau kegiatan mental atau aktivitas dalam berfikir, belajar, mengingat dan cara individu memperoleh pengetahuan faktual yang empiris untuk dipresentasikan dan ditransformasikan, serta disimpan dalam ingatan lalu dimunculkan kembali (Kamus Bahasa Indonesia, 2008; Miller, 2009; Suharman, 2005). Pemahaman masyarakat terhadap proses penuaan fungsi kognitif menjadi stereotip negatif dan sangat merugikan lansia. Perawat meningkatkan kesejahteraan lansia dengan cara mengubah stereotip negatif, mengarahkan sikap, perilaku, memberi harapan positif terlibat dalam kegiatan meningkatkan perkembangan kesehatan fungsi kognitif (Miller, 2009; Suharman, 2005).

2.3.2 Penilaian kognitif

Pemeriksaan status mental oleh perawat dapat memberikan bukti subyektif dengan baik. Instrumen penilaian kognitif yang digunakan secara klinis yaitu *mini mental state exam* dikembangkan oleh Folstein, Folstein, dan McHugh. Instrumen ini bersifat umum, banyak digunakan secara luas dalam penelitian serta

memberikan penilaian singkat mengenai fungsi kognitif individu, bentuk sederhana, reliabel, valid, dapat diberikan oleh berbagai disiplin ilmu dengan pelatihan minimal. Penilaian fungsi kognitif diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa dan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan budaya tertentu tanpa mempengaruhi validitas dan reliabilitas. Pada pemeriksaan pasien harus memiliki kemampuan berinteraksi secara lisan, bisa membaca dan menulis (Brodaty et al., 2006; Gallo, 1998; Melillo & Houde, 2011).

Penilaian aspek kognitif menurut Folstein meliputi: orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa yang dilakukan selama 5-10 menit dan tidak memerlukan pelatihan ekstensif. Penilaian skor kognitif meliputi: gangguan kognitif ringan (21-30), gangguan kognitif sedang (11-20), gangguan kognitif berat (< 10). Mekanisme penilaian fungsi kognitif yang tidak sesuai dengan hubungan interpersonal perawat-pasien dan empati maka hasilnya tidak maksimal. Pengkajian fungsi kognitif melibatkan beberapa faktor yang meliputi faktor budaya, sosial, pendidikan, medis yang mempengaruhi status mental seseorang. Tujuan pemeriksaan untuk melengkapi dan menilai, tidak digunakan untuk tujuan diagnostik, mengukur beratnya kerusakan kognitif, mendemonstrasikan perubahan kognitif pada waktu dan dengan tindakan, berguna mengkaji kemajuan pasien terkait intervensi (Gallo, 1998; Keliat et al., 2011; Melillo & Houde, 2011; Peplau, 1993).

2.3.3 Pengertian daya ingat

Daya ingat adalah sistem pengolahan informasi atau kemampuan pertama kali untuk merasakan, menerima, mencamkan, menyimpan dan menghadirkan

kembali peristiwa yang pernah dialami individu saat dibutuhkan (Azizah, 2011; Hooyman & Kiyak, 2008).

Daya ingat adalah kemampuan individu memiliki, menyimpan secara mental sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya dan mengambil kembali informasi dan struktur yang mendukung kemampuan tersebut (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Daya ingat merupakan elemen dasar pada proses kognitif yang bersifat dikotomi mengamati, menerima informasi baru yang masuk lalu menghilang, beberapa menetap, mengingat segera, dan mengingat kembali informasi yang telah dipelajari (Ginsberg, 2008; Solso et al., 2008).

Daya ingat diartikan sebagai kekuatan jiwa untuk mencamkan, kecakapan untuk menerima, menyimpan dan mereproduksi kembali beberapa kesan yang telah lampau (Sardjoe, 1994; Suryabrata, 2001).

Daya ingat ialah kemampuan yang dapat menerima, menyimpan, mengingat atau mereproduksi kembali data, kesan, tanggapan atau pengertian yang telah tersimpan di memori otak bila diperlukan (Ahmadi & Supriyono, 1991; Nggermanto, 2002).

2.3.4 Tahapan daya ingat

1) Ingatan sensori

Ingatan sensori merupakan suatu sistem/komponen ingatan yang menyimpan dan mempertahankan sejumlah kesan dari informasi sensori yang datang dalam bentuk yang tidak teranalisa dengan sangat akurat untuk kurun waktu yang singkat (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Ingatan sensori adalah rangsangan informasi dalam bentuk asli yang diterima melalui alat indera diteruskan ke ingatan primer atau sekunder (Hooyman & Kiyak, 2008; Melillo & Houde, 2011; Ormrod, 2009).

Ingatan sensori menerima informasi (*input*) direpresentasikan dalam bentuk yang tidak teranalisa (belum dikode). Informasi disimpan dalam jangka waktu 250 milidetik sampai 2 atau 4 detik bergantung pada modalitasnya (Ormrod, 2009; Solso et al., 2008). Informasi diterima oleh modalitas sensorik khusus seperti perabaan, auditori, visual, registrasi, respons motorik terkait sadar atau bawah sadar untuk selanjutnya disimpan sesaat di ingatan primer (Bahrudin, 2011; Wardhani, 2008). Teori lain mengatakan ingatan visual disimpan beberapa puluh detik (seperti mengingat wajah), menirukan bunyi (ingatan auditori seperti suara laut), melalui penglihatan, pembau, perasaan dan sentuhan (Hooyman & Kiyak, 2008; Melillo & Houde, 2011; Miller, 2009). Input visual disimpan dalam bentuk visual, *input* suara dalam bentuk suara. Ingatan sensori mempunyai jumlah subsistem ingatan yang sama dengan jumlah alat indra. *Input* visual tetap ada dalam subsistem selama setengah detik, *input* auditori ada dalam subsistem selama dua detik (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Ingatan sensori memiliki kapasitas besar, menyimpan banyak informasi, mudah hilang dengan cepat dan jika tidak segera dipindahkan ke ingatan primer sebagian besar akan menghilang selamanya atau terlupakan (Ormrod, 2009; Solso et al, 2008; Wade & Travis, 2008). Ingatan sensori berfungsi menampung, menahan melalui tingkat akurasi tinggi dan memberi kesempatan memilih suatu informasi diperlukan atau tidak. Proses mengenali dan menyimpan rangsangan berdasarkan informasi yang tersimpan di ingatan sekunder terjadi saat informasi

berpindah dari ingatan sensoris ke ingatan primer (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008). Informasi dapat berpindah dari ingatan sensoris menuju ingatan primer dan berpindah dari ingatan primer menuju ingatan sekunder atau sebaliknya melalui pemanggilan segera yang merupakan pemanggilan setelah rentang waktu beberapa detik (Bahrudin, 2011; Lumbantobing, 2012; Wade & Travis, 2008).

2) Ingatan jangka pendek/primer

Ingatan jangka pendek/primer adalah komponen memori kerja individu atau pemikiran alam sadar yang menyimpan dan secara aktif memikirkan dan memproses sedikit informasi yang terbatas dan sangat singkat (Miller, 2009; Ormrod, 2009).

Ingatan jangka pendek merupakan sistem ingatan yang memiliki daya terbatas dan bertugas dalam proses mengingat segera informasi dalam jumlah sedikit dan waktu singkat, digunakan untuk mempertahankan informasi yang diterima dari ingatan sekunder untuk digunakan sesaat (Ginsberg, 2008; Wade & Travis, 2008).

Ingatan primer atau ingatan kerja adalah ingatan baru atau komponen ingatan berfokus pada daya individu untuk mengingat, menyimpan dan secara aktif memikirkan, mengelola sejumlah informasi/materi/peristiwa sehari-hari yang baru terjadi dan terbatas serta mengambil materi tersebut setelah beberapa menit sampai hari (Bahrudin, 2011; Lumbantobing, 2012; Ormrod, 2009).

Ingatan jangka pendek dijadikan tempat penyimpanan di otak sebagai fase sementara dan memproses informasi serta terjadi pengulangan pada sebagian informasi selama sekitar 60 detik, seperti mengulang nomor telepon berdigit tujuh angka (Hooyman & Kiyak, 2008; Melillo & Houde, 2011). Informasi atau materi

yang telah disimpan dalam ingatan jangka pendek hanya sesaat sekitar 5 sampai 20 atau 30 detik, kecuali melakukan tindakan pengulangan pemantapan dengan tujuan untuk menyimpan materi dalam ingatan primer (Ormrod, 2009; Smeltzer, 2001). Ingatan jangka pendek dapat memiliki waktu sekitar 0-10 menit. Penelitian menyatakan bahwa batas interval waktu maksimal dapat meningkat menjadi beberapa menit dalam beberapa tugas tertentu (Nugroho, 2008; Wade & Travis, 2008). Ingatan primer menyimpan informasi dalam jumlah terbatas dengan kapasitas sangat kecil, memiliki durasi singkat dalam jangka waktu sekitar 30 detik. Jika tidak melakukan usaha secara sadar untuk menahan informasi tersebut maka tidak akan bertahan lama. Daya ingat jangka pendek berfungsi sebagai tempat menampung peristiwa secara langsung sehingga informasi dapat diingat dalam waktu pendek atau diteruskan pada daya ingat jangka panjang (Miller, 2009; Wade & Travis, 2008).

Isi dari ingatan jangka pendek berada dalam kesadaran sesaat dan memiliki beberapa komponen untuk menyimpan dan bekerja dengan jenis data yang berbeda seperti data visual, auditori dan komponen yang menyatukan semua jenis data serta berfokus pada perhatian, mengatur arus data, menyaring, mengendalikan perilaku sadar, membatasi pikiran dan tindakan yang berlawanan (Baehr, 2010; Ormrod, 2009). Data dalam ingatan primer tidak lagi berupa kesan sensori harfiah, bentuk akustik, visual, fitur sensorik, tetapi berubah bentuk menjadi penyandian yang diidentifikasi dan dinamai seperti bentuk kata, lalu dimasukkan ke ingatan sekunder. Jika data tersebut tidak dimasukkan maka akan menghilang (Solso et al., 2008; Wade & Travis, 2008).

3) Ingatan jangka panjang/sekunder

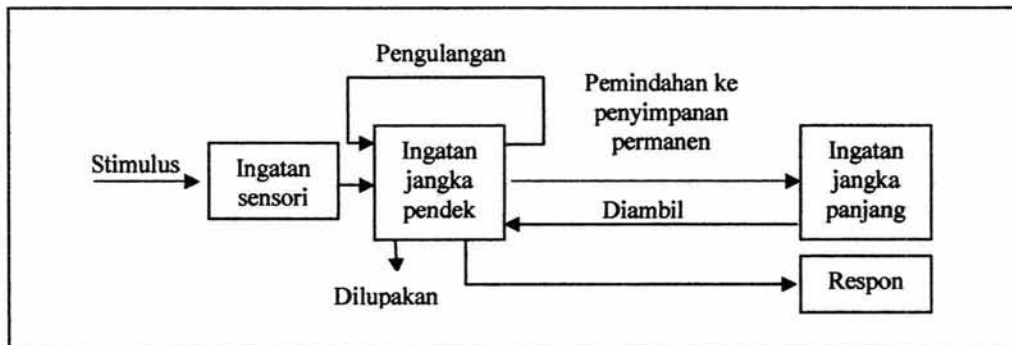
Ingatan jangka panjang/sekunder merupakan kemampuan mengumpulkan fakta atau peristiwa yang terjadi selama beberapa tahun sebelumnya seperti mengingat kembali waktu, orang dan tempat (Bahrudin, 2011; Lumbantobing, 2012).

Ingatan jangka panjang ialah sistem komponen ingatan yang terlibat dalam penyimpanan informasi, pengetahuan dan keterampilan dalam jangka waktu lama dengan kapasitas penyimpanan yang tidak terbatas, jumlah informasi sangat besar, memungkinkan untuk dipelajari, beradaptasi dengan lingkungan, serta dapat mengembangkan identitas diri (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Ingatan jangka panjang adalah tempat penyimpanan daya ingat atau individu mempersepsi, mempelajari dan mengambil kembali informasi setiap saat. Tempat penyimpanan memori berisi informasi tidak terbatas, kekuatan penyimpanan lebih lama (beberapa menit sampai beberapa dekade bahkan sepanjang hidup) seperti informasi masa lalu (Miller, 2009; Smeltzer, 2001; Wade & Travis, 2008; Walgito, 2004).

Daya ingat jangka panjang mempunyai durasi lama, berfungsi dalam mengambil, menyimpan informasi dengan teratur dan permanen serta keterampilan mengingat kembali (Miller, 2009; Wade & Travis, 2008). Informasi yang disimpan dalam ingatan sekunder sebagian besar saling berkaitan satu dengan yang lainnya. Informasi yang disimpan dalam ingatan sekunder bertahan jauh lebih lama daripada yang disimpan dalam ingatan primer. Penelitian menyatakan bahwa informasi secara perlahan dapat melemah dan akhirnya menghilang dari ingatan sekunder, jika tidak digunakan atau dirawat secara teratur

(Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008). Banyaknya informasi yang disimpan dalam ingatan sekunder memerlukan suatu cara pengaturan informasi tertentu sehingga dapat mempermudah untuk mendapatkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan (Wade & Travis, 2009). Merawat dan mempertahankan informasi dalam ingatan permanen menggunakan latihan dan rangsangan atau aktivasi untuk mendapatkan kembali informasi yang disimpan misalnya membuat cerita. Proses belajar terhadap materi yang diperoleh melalui ingatan sensori dan ingatan primer disimpan dalam ingatan sekunder serta dapat diambil ulang (Hooyman & Kiyak., 2008; Melillo & Houde, 2011).



Gambar 2.4 Model memori Waugh dan Norman yang dimodifikasi (diadaptasi dari Waugh dan Norman (1965), sumber: Solso, R.L., Maclin, O.H., & Maclin, M.K. 2008. Psikologi kognitif. Ed. 8. Jakarta: Penerbit Erlangga).

2.4 Konsep Promosi Perawatan Daya Ingat

2.4.1 Pengertian promosi perawatan daya ingat

Promosi perawatan daya ingat adalah program untuk meningkatkan keterampilan mengingat menggunakan stimulasi memori.

2.4.2 Tujuan promosi perawatan daya ingat

Tujuan dilakukannya intervensi promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) adalah: 1) untuk meningkatkan keterampilan daya ingat lansia; 2) untuk meningkatkan kesejahteraan lansia sehingga tercapai kesehatan yang optimal, fungsi dan kualitas hidup lansia.

2.4.3 Kegiatan promosi perawatan daya ingat

Stimulasi adalah suatu rangsangan terhadap obyek atau peristiwa spesifik yang mempengaruhi proses pembelajaran. Stimulasi memori atau daya ingat merupakan rangsangan dalam memperoleh informasi baru, menyimpan pengetahuan dan keterampilan baru serta perubahan yang dihasilkan dari pengalaman (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Aspek stimulasi memori terdiri dari orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa. Kemampuan pengulangan atau memanggil kembali dengan cara mengulang angka atau kata. Kemampuan pengenalan dengan cara orientasi terhadap individu, waktu dan tempat. Kemampuan pencatatan dengan cara memberikan identitas terhadap obyek. Kemampuan memperhatikan dan perhitungan dengan cara menghitung angka atau mengeja kata dengan cermat (Gallo, 1998; Lumbantobing, 2012).

Tahapan stimulasi memori atau daya ingat meliputi: ingatan sensori, ingatan jangka pendek/primer, ingatan jangka panjang/sekunder. Stimulasi memori dilakukan sekitar 15 menit (Miller, 2009; Ormrod, 2009).

2.4.4 Tehnik promosi perawatan daya ingat

Tehnik promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) dapat dilihat pada lampiran.

2.5 Promosi Kesehatan

2.5.1 Pengertian promosi kesehatan

Promosi kesehatan adalah proses seseorang meningkatkan kontrol dan kesehatan untuk mencapai keadaan fisik, mental dan kesejahteraan sosial, individu atau kelompok untuk mengidentifikasi dan menyadari aspirasi dalam memenuhi kebutuhan, mengubah atau mengatasi dengan lingkungan. Kesehatan merupakan sumber daya kehidupan sehari-hari, konsep positif yang menekankan sumber daya sosial, pribadi dan kemampuan fisik. Kondisi dasar dan sumber daya kesehatan meliputi: perdamaian, penampungan, pendidikan, makanan, pendapatan, ekosistem stabil, sumber daya berkelanjutan, keadilan sosial dan kesetaraan (The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; WHO, 1998, 2005).

1) Melindungi (*advocate*)

Kesehatan adalah sumber daya utama bagi pembangunan sosial, ekonomi, perkembangan pribadi dan kualitas hidup. Kesehatan dipengaruhi oleh faktor politik, ekonomi, sosial, budaya, lingkungan, perilaku dan biologis. Tujuan

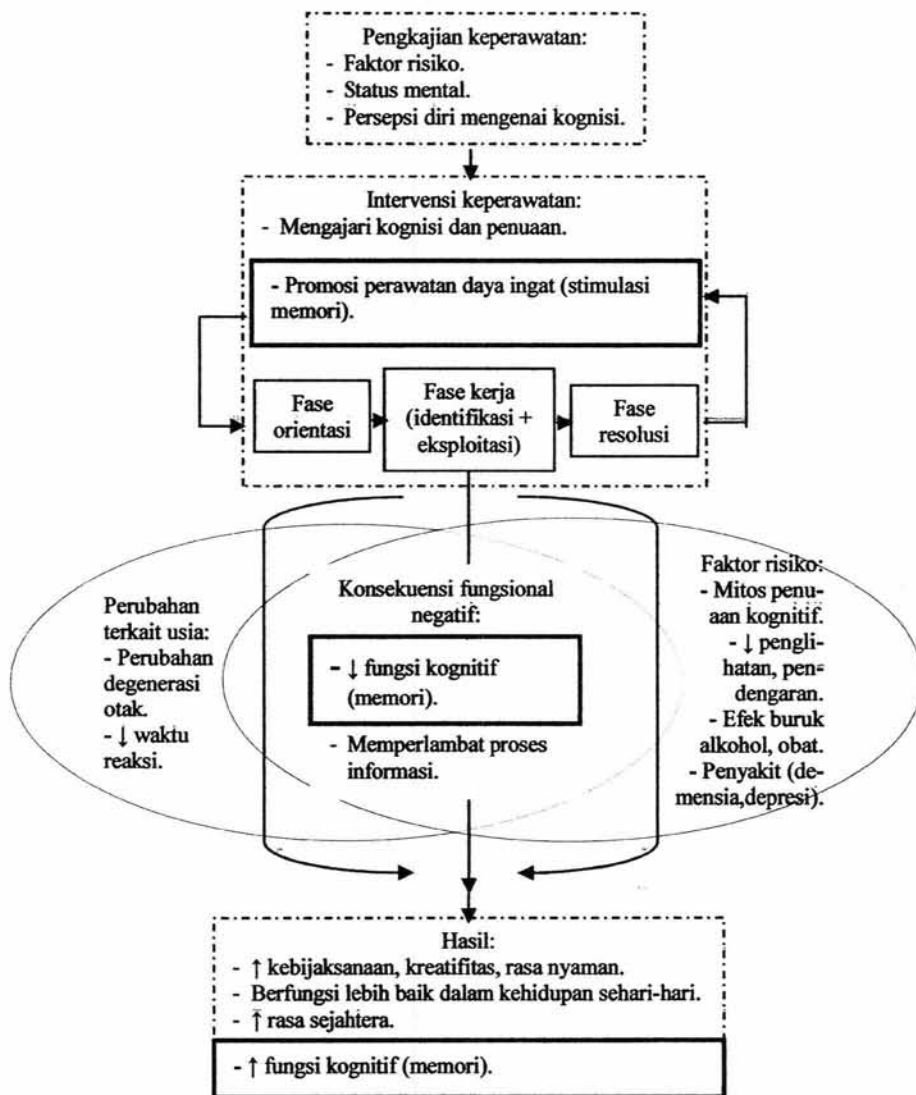
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan:

.....: tidak diteliti

_____: diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia.

Pengkajian keperawatan meliputi faktor risiko, status mental, persepsi diri mengenai kognisi terbagi beberapa ranah: 1) perubahan terkait usia; 2) faktor risiko; 3) konsekuensi fungsional negatif.

Kemudian dilakukan intervensi keperawatan salah satunya dengan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Penggunaan tehnik ini melalui 3 fase (orientasi, kerja, resolusi) yang merupakan inti dari hubungan interpersonal perawat-pasien yang dikembangkan Peplau. Ketiga fase tersebut saling melengkapi (*overlap*) dan menyambung (*interlock*).

Perubahan terkait usia mempengaruhi kognitif. Perubahan tidak dapat dihindari, semakin menurun, ireversibel, tidak tergantung kondisi ekstrinsik atau patologi. Secara fisiologi terjadi perubahan degeneratif, secara psikologi dan spiritual terjadi potensial berkembang. Perubahan dipahami pada waktu terjadi perubahan sistem saraf, memori, kecerdasan cairan dan kristal, serta perkembangan psikologis.

Faktor risiko merupakan kondisi yang meningkatkan kerentanan lansia terhadap konsekuensi fungsional negatif. Sumber faktor risiko meliputi: penyakit, lingkungan, gaya hidup, sistem pendukung, psikososial, efek pengobatan, perilaku kurang pengetahuan, mitos penuaan kognitif, penurunan visual dan auditori, efek alkohol, penyakit demensia dan depresi.

Konsekuensi fungsional menggambarkan akibat tindakan, faktor risiko dan perubahan terkait usia yang mempengaruhi kualitas atau aktivitas hidup lansia. Konsekuensi fungsional meliputi: 1) konsekuensi fungsional negatif yaitu gangguan fungsi lansia atau kualitas hidup, menyebabkan penurunan kemampuan kognitif (memori) dan memperlambat proses informasi. Hal ini dipengaruhi oleh

individu dan sosial, faktor kesehatan dan fungsi sensori, faktor nutrisi dan kimia, efek obat; 2) konsekuensi fungsional positif (hasil sehat) yaitu menyediakan fungsi optimal, sedikit ketergantungan dan kualitas hidup terbaik.

Tahap akhir dilakukan evaluasi hasil mengenai kesehatan fungsi kognitif lansia meliputi: peningkatan kebijaksanaan, kreatifitas, rasa nyaman, berfungsi lebih baik dalam kehidupan sehari-hari, peningkatan rasa sejahtera dan peningkatan fungsi kognitif (memori).

3.2 Hipotesis Penelitian

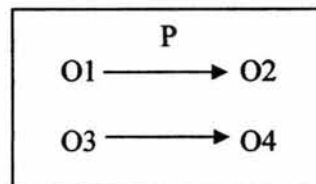
Promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) dapat meningkatkan fungsi kognitif (memori) lansia.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4**METODE PENELITIAN****4.1 Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian termasuk dalam eksperimen semu (*quasy exsperiment*). Rancangan penelitian menggunakan *two group pre-post treatment design* bertujuan untuk membandingkan dua kelompok yaitu kelompok perlakuan yang diberi intervensi dengan kelompok kontrol yang tidak diberi intervensi.



Gambar 4.1 Rancangan penelitian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia

Keterangan:

- P : perlakuan atau intervensi keperawatan (promosi perawatan daya ingat: stimulasi memori).
 O1 : fungsi kognitif (memori) lansia kelompok perlakuan sebelum diberi perlakuan atau intervensi keperawatan.
 O2 : fungsi kognitif (memori) lansia kelompok perlakuan setelah diberi perlakuan atau intervensi keperawatan.
 O3 : fungsi kognitif (memori) lansia kelompok kontrol.
 O4 : fungsi kognitif (memori) lansia kelompok kontrol.

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel (*Sample Size*) dan *Sampling***4.2.1 Populasi**

Populasi meliputi lansia yang bertempat tinggal di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto, bulan Maret 2013.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian diambil dari beberapa lansia di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto berdasar kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi meliputi: 1) usia 60-80 tahun; 2) dapat dilakukan pengukuran status fungsi kognitif (memori); 3) memiliki tingkat status fungsi kognitif (memori) ringan sampai sedang; 4) bisa berkomunikasi dengan lancar; 5) bersedia menjadi responden.

4.2.3 Besar sampel (*sample size*)

Besar sampel di penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus berikut: $(t-1)(n-1) \geq 15$ dengan t = jumlah kelompok perlakuan, n = jumlah subyek tiap kelompok. Perkiraan besar sampel dalam penelitian sebanyak 15 responden.

4.2.4 *Sampling*

Tehnik pengambilan sampel di penelitian menggunakan *simple random sampling*. Randomisasi menggunakan *simple random sampling* untuk memilih sampel yang dibagi menjadi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan *matching* usia.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Klasifikasi variabel

Variabel kondisi sebelum perlakuan dalam penelitian ini adalah promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Variabel kondisi sesudah perlakuan dalam penelitian ini adalah fungsi kognitif (memori).

4.3.2 Definisi operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Kondisi sebelum perlakuan: Promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori)	Tindakan perawat untuk meningkatkan keterampilan memori menggunakan proses interaksi interpersonal /hubungan terapeutik perawat-pasien.	<p>Fase orientasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salam terapeutik. - Evaluasi pertemuan - Kontrak (topik, waktu, tempat) <p>Fase kerja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingatan sensori: <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi indera visual. - Memfokuskan pada penglihatan dan mengartikan. 2. Ingatan jangka pendek/primer: <ul style="list-style-type: none"> - Memulai mengetahui waktu (mengingat ulang huruf atau angka). - Memulai mengetahui tempat. - Mengontrol perhatian dan menghitung. - Mengembangkan keterampilan menggambar. - Mengeksplorasi perilaku dan mengikuti perintah. - Mengembangkan respon terhadap isyarat untuk mengambil informasi yang tersimpan. - Meningkatkan kemampuan memperbaiki bahasa. - Menggunakan perkataan rangsangan. 3. Ingatan jangka panjang/sekunder: <ul style="list-style-type: none"> - Menceritakan pengalaman atau mengungkapkan perasaan 	Modul promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).		

(bercerita).

- Menyediakan dan mempertahankan informasi permanen dengan berlatih atau diproses secara aktif.

Fase resolusi:

- Evaluasi (evaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan) secara subyektif dan obyektif.
- Tindak lanjut (tugas untuk pasien).
- Kontrak yang akan datang (topik, waktu, tempat).

Kondisi sesudah perlakuan: Fungsi kognitif (memori)	Cara/proses berfikir, belajar dan mengingat serta mengolah informasi yang pertama kali dirasakan, kemudian disimpan dan akhirnya diambil saat dibutuhkan atau diinginkan.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientasi - Registrasi - Perhatian dan kalkulasi - Mengingat kembali - Bahasa 	Instrumen peningkatan fungsi kognitif	Ordinal	Nilai: gangguan kognitif ringan (21-30), kognitif sedang (11-20), kognitif berat (< 10).
---	---	---	---------------------------------------	---------	--

4.4 Instrumen Penelitian

1) Promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori)

Modul promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) diadaptasi dari Fogler, J., & Stern, L. 1994. *Improving your memory: how to remember what you're starting to forget*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Modul ini dikembangkan dan dimodifikasi ke dalam 3 fase hubungan interpersonal perawat-pasien yaitu (orientasi, kerja, resolusi). Modul ini memiliki 16 item panduan yang diklasifikasikan menjadi 3 tahapan daya ingat (ingatan sensori, ingatan jangka pendek atau primer, ingatan jangka panjang atau sekunder), diberikan sekitar 15 menit mulai jam 09.00 WIB.

2) Instrumen peningkatan fungsi kognitif

Instrumen peningkatan fungsi kognitif diadaptasi dan dimodifikasi dari Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. 1975. *Mini mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research*. 12(3), 189-198. Instrumen ini memiliki 11 item pertanyaan atau perintah yang berisi mengenai: orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa. Instrumen peningkatan fungsi kognitif diberikan sekitar 5-10 menit dengan penilaian sebagai berikut: gangguan kognitif ringan (nilai 21-30), gangguan kognitif sedang (nilai 11-20), gangguan kognitif berat (nilai < 10).

4.4.1 Uji instrumen

1) Uji validitas

Uji validitas untuk mengetahui tingkat keandalan dan kesahihan alat ukur, sehingga diperoleh data valid. Teknik mengukur validitas dengan menghitung

korelasi antar data masing-masing pernyataan atau pertanyaan menggunakan korelasi *product moment*. Item instrumen valid jika $> 0,3$ atau membandingkan dengan r tabel, jika r hitung $> r$ tabel maka valid.

2) Uji reliabilitas

Uji reliabilitas untuk menetapkan apakah instrumen dapat digunakan lebih dari satu kali dapat menghasilkan data konsisten dan terpercaya, menggunakan *cronbach alpha* dengan skala: 1) nilai *cronbach alpha* 0,00-0,20 (kurang reliabel); 2) nilai *cronbach alpha* 0,21-0,40 (agak reliabel); 3) nilai *cronbach alpha* 0,42-0,60 (cukup reliabel); 4) nilai *cronbach alpha* 0,61-0,80 (reliabel); 5) nilai *cronbach alpha* 0,81-1,00 (sangat reliabel).

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Panti Werdha Mojopahit yang terletak di jalan Raya Brangkal no 862 Sooko Mojokerto, mulai April 2013.

4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Prosedur pengambilan atau pengumpulan data meliputi:

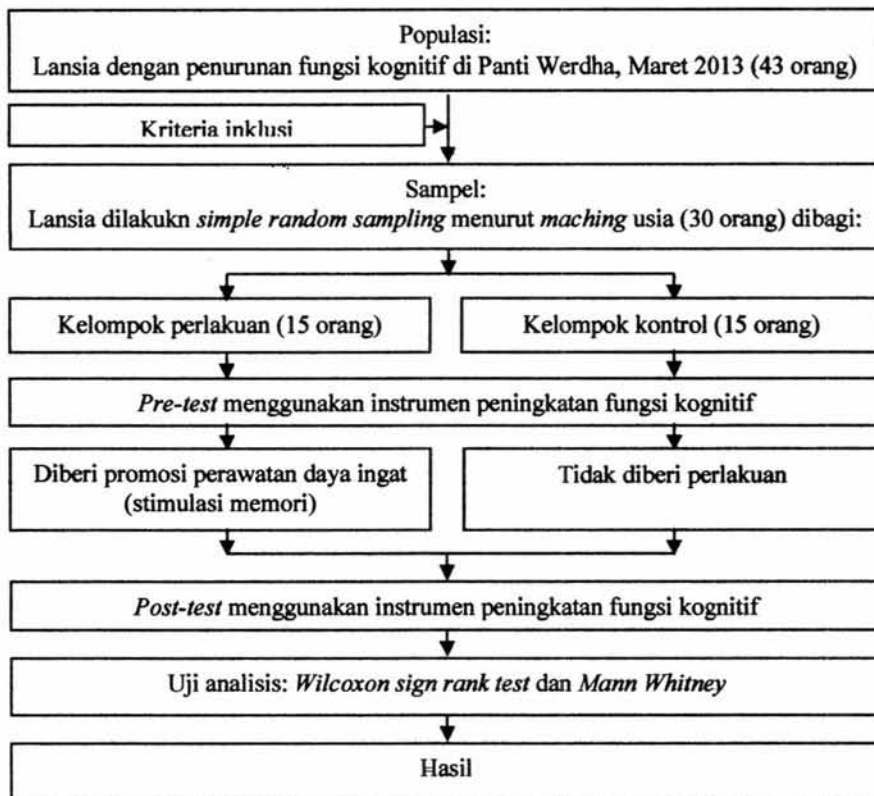
- 1) Mengadakan perijinan ke Panti Werdha Mojopahit Mojokerto.
- 2) Memberikan penjelasan kepada lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang memenuhi kriteria inklusi tentang maksud dan tujuan kegiatan.
- 3) Menyiapkan lembar persetujuan (*informed consent*) yang harus ditandatangani lansia kelompok perlakuan dan kontrol yang setuju menjadi responden.
- 4) Studi pendahuluan untuk pengambilan data awal penelitian meliputi jumlah lansia, usia, dan jenis kelamin.

- 5) Penentuan besar sampel.
- 6) Responden dibagi menjadi 2 kelompok yang berjumlah 15 lansia kelompok perlakuan dan 15 lansia kelompok kontrol berdasarkan *matching* usia.
- 7) Melakukan *pre-test* pada hari ke-1 menggunakan instrumen peningkatan fungsi kognitif terhadap ke-2 kelompok untuk diukur status kognitif (memori).
- 8) Kelompok perlakuan diberi intervensi keperawatan promosi perawatan daya ingat dalam 2 hari seminggu selama 2 minggu sekitar 15 menit, sedangkan kelompok kontrol tidak diberi intervensi. Teknik promosi perawatan daya ingat meliputi: fase orientasi (salam terapeutik, evaluasi pertemuan, kontrak topik, waktu, tempat), fase kerja: ingatan sensori (menggunakan isyarat indera penglihatan, mengamati dengan aktif, mengenali nama benda yang dilihat), ingatan jangka pendek (menentukan waktu dan tempat, menghitung angka, menggambar, mengikuti perintah, menggabung huruf, mengatur kata yang cocok, menggabung kalimat dan mengulanginya, menggabung nama dan kata), ingatan jangka panjang (bercerita dan mengingatnya), fase resolusi (evaluasi, tindak lanjut, kontrak akan datang mengenai topik, waktu, tempat).
- 9) Melakukan *post-test* pada hari terakhir minggu ke-2 menggunakan instrumen peningkatan fungsi kognitif terhadap ke-2 kelompok untuk diukur status kognitif (memori).
- 10) Hasil *pre-test* dan *post-test* dicatat dan disimpan untuk diolah dan dianalisis.
- 11) Kelompok kontrol akan diberi perlakuan yang sama yaitu intervensi keperawatan promosi perawatan daya ingat setelah penelitian selesai sebagai kompensasi.

4.7 Cara Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data penelitian termasuk statistik nonparametris, sehingga analisis statistik penelitian dengan dua sampel berpasangan dan jenis skala data ordinal serta membandingkan hasil *pre-test* dan *post-test* menggunakan *Wilcoxon rank sum test* dengan tingkat kemaknaan $\rho < 0,05$. Uji komparasi untuk membandingkan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan menggunakan *Mann Whitney test* dengan tingkat kemaknaan $\rho < 0,05$.

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka operasional promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia.

4.9 Etik Penelitian

1) Informed consent

Lembar persetujuan diberikan kepada pasien yang sebelumnya telah diberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, jika setuju sebagai responden penelitian, maka harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menghormati haknya.

2) Anonimity

Peneliti menjaga kerahasiaan data pasien dengan cara peneliti tidak mempublikasikan nama responden.

3) Confidentially

Memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah lain. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4) Justice

Subyek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia ikut dalam penelitian. Kepada semua lansia (baik kelompok yang diberi tindakan dan kelompok yang tidak diberi tindakan) diberikan perlindungan dan perlakuan yang sama. Kegiatan kelompok kontrol yang diikuti selama penelitian berlangsung yaitu melaksanakan kegiatan sehari-hari.

BAB 5
HASIL DAN ANALISIS

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Panti Werdha Mojopahit Mojokerto berdiri Mei 1968 beralamat di Jl. Raya Brangkal nomer 862 Sooko Mojokerto berada di bawah Dinas Sosial Pemerintah Kabupaten Mojokerto. Visi panti yaitu memberikan pelayanan sosial secara prima bagi warga masyarakat yang memasuki masa manula khususnya yang terlantar. Misi meliputi: 1) menyediakan tempat penampungan serta fasilitas agar berkehidupan yang layak; 2) memberikan perawatan, pemeliharaan kesehatan dan lingkungan; 3) memberikan bimbingan, motivasi dan pendampingan pada klien; 4) memberikan keterampilan pada manula; 5) mengantarkan klien yang tutup usia sampai ke tujuan.

Kegiatan aktivitas harian panti meliputi senam pagi, bimbingan agama, kunjungan medis berkala, berkebun, lomba dan pendampingan. Fasilitas panti meliputi gedung yang memadai, klinik kesehatan, dapur umum, mushola, kebun, tanah makam, kolam perikanan, akomodasi. Ketenagaan panti meliputi kepala panti, kepala subag tata usaha, staf, tenaga kesehatan (dokter puskesmas berjumlah 1 orang, perawat berjumlah 2 orang, *social worker* berjumlah 1 orang), kebersihan, keamanan, kerohanian, juru masak.

Penghuni panti berjumlah 43 lansia terdiri dari 9 lansia laki-laki dan 34 lansia perempuan dengan usia antara 58-91 tahun. Lansia menempati asrama yang disediakan panti sebanyak 6 asrama. Beberapa permasalahan lansia di panti meliputi kurangnya perhatian dan perawatan terhadap lansia sebagai konsekuensi

dari fungsi keluarga yang kurang bertanggung jawab memberikan perhatian dan perawatan terhadap lansia dengan standar ketentuan yang berlaku dalam penanganan permasalahan lansia. Masalah kesehatan lansia di panti salah satunya yaitu lansia mengalami penurunan kemampuan mengingat dan belum ada tindakan perawatan untuk mengatasi masalah penurunan daya ingat tersebut.

5.1.1 Karakteristik responden

Responden dalam penelitian ini yaitu lansia yang tinggal di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto yang diberikan tindakan keperawatan langsung berupa promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

Tabel 5.1 Karakteristik lansia di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto, 2013

Variabel	Jenis	Perlakuan		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
Umur	60-65 th	4	26,7	3	20
	66-70 th	3	20	3	20
	71-75 th	4	26,7	4	26,7
	76-80 th	4	26,7	5	33,3
Jenis kelamin	Pria	5	33,3	2	13,3
	Wanita	10	66,7	13	86,7
Pendidikan	Tidak sekolah	4	26,7	5	33,3
	Tidak tamat SD	11	73,3	8	53,3
	Tamat SD	-	-	1	6,7
	Tidak tamat SMP	-	-	1	6,7
Agama	Muslim	15	100	15	100
	Nonmuslim	-	-	-	-

Tabel 5.1 menunjukkan sebagian besar usia responden kelompok perlakuan berusia 60-65 tahun, 71-75 tahun, 76-80 tahun, sedangkan kelompok kontrol berusia 76-80 tahun. Pada jenis kelamin menunjukkan sebagian besar responden kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol adalah perempuan. Pada pendidikan terakhir menunjukkan sebagian besar responden kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol adalah tidak tamat sekolah dasar. Pada

agama menunjukkan sebagian besar responden kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol adalah muslim.

5.2 Variabel Penelitian

5.2.1 Tingkat kemampuan orientasi

Tabel 5.2 Hasil uji Wilcoxon *pre* dan *post* tingkat kemampuan orientasi kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto, 2013

Orientasi		Perlakuan	Kontrol
Sebelum	<i>Median (min-max)</i>	5 (3-8)	3 (0-8)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	5,13 ± 1,76	3,60 ± 2,29
Sesudah	<i>Median (min-max)</i>	7 (2-9)	4 (0-8)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	6,33 ± 2,19	3,86 ± 2,16
	<i>Wilcoxon</i>	$\rho = 0,003$	$\rho = 0,377$

Tabel 5.2 kelompok perlakuan didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 5,13 dengan simpangan baku $\pm 1,76$ dan rerata sesudah perlakuan yaitu 6,33 dengan simpangan baku $\pm 2,19$ menunjukkan tingkat kemampuan orientasi yang dihasilkan adalah meningkat.

Kelompok kontrol didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 3,60 dengan simpangan baku $\pm 2,29$ dan rerata sesudah perlakuan yaitu 3,86 dengan simpangan baku $\pm 2,16$ menunjukkan tingkat kemampuan orientasi yang dihasilkan adalah rendah.

Hasil perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon rank sum test* kelompok perlakuan didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,003$ karena nilai $\rho < 0,05$ maka disimpulkan ada perbedaan tingkat kemampuan orientasi lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

Kelompok kontrol didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,377$ karena nilai $\rho > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan tingkat kemampuan orientasi lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

5.2.2 Tingkat kemampuan registrasi

Tabel 5.3 Hasil uji Wilcoxon *pre* dan *post* tingkat kemampuan registrasi kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto, 2013

Registrasi		Perlakuan	Kontrol
Sebelum	<i>Median (min-max)</i>	3 (3-3)	3 (3-3)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	3,00 ± 0,00	3,00 ± 0,00
Sesudah	<i>Median (min-max)</i>	3 (3-3)	3 (3-3)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	3,00 ± 0,00	3,00 ± 0,00
	<i>Wilcoxon</i>	$\rho = 1,000$	$\rho = 1,000$

Tabel 5.3 kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan rerata sebelum dan sesudah perlakuan adalah sama yaitu 3,00 dengan simpangan baku $\pm 0,00$ menunjukkan tingkat kemampuan registrasi yang dihasilkan adalah tetap tinggi.

Hasil perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon rank sum test* kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan nilai signifikan $\rho = 1,000$ karena nilai $\rho > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan tingkat kemampuan registrasi lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

5.2.3 Tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi

Tabel 5.4 Hasil uji Wilcoxon *pre* dan *post* tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto, 2013

Perhatian dan kalkulasi		Perlakuan	Kontrol
Sebelum	<i>Median (min-max)</i>	5 (0-5)	5 (0-5)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	3,93 ± 1,66	3,93 ± 1,66
Setelah	<i>Median (min-max)</i>	5 (0-5)	5 (0-5)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	4,46 ± 1,45	3,66 ± 2,02
	<i>Wilcoxon</i>	$\rho = 0,039$	$\rho = 0,102$

Tabel 5.4 kelompok perlakuan didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 3,93 dengan simpangan baku $\pm 1,66$ dan rerata setelah perlakuan yaitu 4,46 dengan simpangan baku $\pm 1,45$ menunjukkan tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi yang dihasilkan adalah meningkat.

Kelompok kontrol didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 3,93 dengan simpangan baku $\pm 1,66$ dan rerata setelah perlakuan yaitu 3,66 dengan simpangan baku $\pm 2,02$ menunjukkan tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi yang dihasilkan adalah rendah.

Hasil perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon rank sum test* kelompok perlakuan didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,039$ karena nilai $\rho < 0,05$ maka disimpulkan ada perbedaan tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

Kelompok kontrol didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,102$ karena nilai $\rho > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

5.2.4 Tingkat kemampuan mengingat kembali

Tabel 5.5 Hasil uji Wilcoxon *pre* dan *post* tingkat kemampuan mengingat kembali kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto, 2013

Mengingat kembali		Perlakuan	Kontrol
Sebelum	<i>Median (min-max)</i>	3 (2-3)	3 (1-3)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	2,73 ± 0,45	2,66 ± 0,61
Sesudah	<i>Median (min-max)</i>	3 (3-3)	3 (2-3)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	3,00 ± 0,00	2,73 ± 0,45
	<i>Wilcoxon</i>	$\rho = 0,046$	$\rho = 0,317$

Tabel 5.5 kelompok perlakuan didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 2,73 dengan simpangan baku $\pm 0,45$ dan rerata sesudah perlakuan yaitu 3,00 dengan simpangan baku $\pm 0,00$ menunjukkan tingkat kemampuan mengingat kembali yang dihasilkan adalah meningkat.

Kelompok kontrol didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 2,66 dengan simpangan baku $\pm 0,61$ dan rerata sesudah perlakuan yaitu 2,73 dengan simpangan baku $\pm 0,45$ menunjukkan tingkat kemampuan mengingat kembali yang dihasilkan adalah rendah.

Hasil perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon rank sum test* kelompok perlakuan didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,046$ karena nilai $\rho < 0,05$ maka disimpulkan ada perbedaan tingkat kemampuan mengingat kembali lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

Kelompok kontrol didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,317$ karena nilai $\rho > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan tingkat kemampuan mengingat kembali lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

5.2.5 Tingkat kemampuan bahasa

Tabel 5.6 Hasil uji Wilcoxon *pre* dan *post* tingkat kemampuan bahasa kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto, 2013

Bahasa		Perlakuan	Kontrol
Sebelum	<i>Median (min-max)</i>	8 (7-9)	8 (4-9)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	7,73 ± 0,59	7,46 ± 1,24
Sesudah	<i>Median (min-max)</i>	8 (7-9)	8 (5-9)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	8,20 ± 0,77	7,53 ± 0,99
	<i>Wilcoxon</i>	$\rho = 0,035$	$\rho = 0,564$

Tabel 5.6 kelompok perlakuan didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 7,73 dengan simpangan baku $\pm 0,59$ dan rerata sesudah perlakuan yaitu 8,20 dengan simpangan baku $\pm 0,77$ menunjukkan tingkat kemampuan bahasa yang dihasilkan adalah meningkat.

Kelompok kontrol didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 7,46 dengan simpangan baku $\pm 1,24$ dan rerata sesudah perlakuan yaitu 7,53 dengan simpangan baku $\pm 0,99$ menunjukkan tingkat kemampuan bahasa yang dihasilkan adalah rendah.

Hasil perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon rank sum test* kelompok perlakuan didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,035$ karena nilai $\rho < 0,05$ maka disimpulkan ada perbedaan tingkat kemampuan bahasa lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

Kelompok kontrol didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,564$ karena nilai $\rho > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan tingkat kemampuan bahasa lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

5.2.6 Perbedaan status fungsi kognitif (memori)

Tabel 5.7 Hasil uji Wilcoxon dan Mann Whitney status fungsi kognitif (memori) kelompok perlakuan dan kontrol di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto, 2013

Fungsi kognitif (memori)		Perlakuan	Kontrol
Sebelum	<i>Median (min-max)</i>	23 (16-27)	21 (14-27)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	22,53 ± 3,31	20,66 ± 4,02
Sesudah	<i>Median (min-max)</i>	26 (18-29)	22 (16-27)
	<i>Mean ± Std. Deviation</i>	25,00 ± 3,38	20,80 ± 3,76
	<i>Wilcoxon</i>	$\rho = 0,001$	$\rho = 0,642$
	<i>Mann whitney</i>	$\rho = 0,002$	

Tabel 5.7 kelompok perlakuan didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 22,53 dengan simpangan baku $\pm 3,31$ dan rerata sesudah perlakuan yaitu 25,00 dengan simpangan baku $\pm 3,38$ menunjukkan status fungsi kognitif (memori) lansia yang dihasilkan adalah meningkat.

Kelompok kontrol didapatkan rerata sebelum perlakuan yaitu 20,66 dengan simpangan baku $\pm 4,02$ dan rerata sesudah perlakuan yaitu 20,80 dengan simpangan baku $\pm 3,76$ menunjukkan status fungsi kognitif (memori) lansia yang dihasilkan adalah rendah.

Hasil perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon rank sum test* kelompok perlakuan didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,001$ karena nilai $\rho < 0,05$ maka disimpulkan ada perbedaan status fungsi kognitif (memori) lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

Kelompok kontrol didapatkan nilai signifikan $\rho = 0,642$ karena nilai $\rho > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan status fungsi kognitif (memori) lansia

yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

Hasil uji statistik *Mann Whitney* antara *post* kelompok perlakuan dan *post* kelompok kontrol menunjukkan $p = 0,002$ karena nilai $p < 0,05$ maka disimpulkan ada perbedaan status fungsi kognitif (memori) lansia antara kelompok perlakuan dan kontrol.

5.3 Hasil Temuan

Tabel 5.8 Hasil temuan di Panti Werdha Mojopahit, Mojokerto, 2013

No	Temuan	Hasil	Rekomendasi
1	Tingkat kemampuan registrasi.	Kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan rerata sebelum dan sesudah perlakuan adalah sama yaitu 3,00 dengan simpangan baku $\pm 0,00$ menunjukkan tingkat kemampuan registrasi yang dihasilkan adalah tetap tinggi. Hasil perhitungan menggunakan uji <i>Wilcoxon rank sum test</i> kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan nilai signifikan $p = 1,000$ karena nilai $p > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan tingkat kemampuan registrasi lansia yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat.	Pada tingkat kemampuan registrasi perlu ditambahkan lebih dari 3 nama benda sebagai upaya menambah pengetahuan umum bagi lansia.
2	Penyebutan nama benda pada tingkat kemampuan registrasi dan mengingat kembali.	Lansia dapat mengenal, mengulang dan mengingat kembali nama benda yang disebutkan oleh perawat (seperti buku, pensil, dan penghapus).	Nama benda (seperti buku, pensil, dan penghapus) perlu disesuaikan dengan nama benda lain yang sesuai dengan situasi dan kondisi kebiasaan dalam hidup keseharian lansia yang ada di Indonesia terutama tingkat pendidikan lansia.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Tingkat Kemampuan Orientasi

Tabel 5.2 menunjukkan terdapat perbedaan signifikan ($p = 0,003$) tingkat kemampuan orientasi lansia antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Perbedaan tampak pada hasil nilai rerata tingkat kemampuan orientasi sebelum diberikan perlakuan sebesar 5,13 dengan simpangan baku $\pm 1,76$. Perbedaan juga terlihat saat lansia kurang bisa menjawab pertanyaan mengenai tanggal, bulan, tahun, kelurahan, dan kecamatan. Namun sesudah diberikan perlakuan nilai rerata tingkat kemampuan orientasi meningkat menjadi 6,33 dengan simpangan baku $\pm 2,19$. Perbedaan juga terlihat saat lansia sebagian besar dapat menjawab pertanyaan mengenai jam, hari, tahun, alamat, kecamatan, kabupaten, dan propinsi. Terdapat peningkatan selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan sebesar 1,20 dan pada kelompok kontrol selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* juga meningkat sebesar 0,26.

Secara keseluruhan berarti pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) berpengaruh terhadap tingkat kemampuan orientasi lansia.

Hal ini disebabkan karena kemampuan lansia menerima pembelajaran promosi perawatan daya ingat dan melatihnya di dalam aktivitas kegiatan hidup harian seperti menentukan waktu (jam, hari, tanggal, bulan, tahun) dan menentukan tempat (alamat, desa atau kelurahan, kecamatan, kabupaten atau kota, propinsi).

Penelitian Calero dan Navarro (2007) menunjukkan pemberian pelatihan berfokus pada kemampuan strategi dalam memori verbal seperti orientasi, efektif terhadap lansia. Penelitian Cavallini et al (2003) menyebutkan lansia menunjukkan kemampuan strategi meningkatkan memori verbal seperti orientasi terkait tempat, waktu dan orang. Lansia memungkinkan untuk menempatkan kemampuan strateginya ke dalam aktivitas kegiatan hidup harian.

Orientasi termasuk dalam memori jangka pendek atau primer. Memori jangka pendek mencakup memori verbal dengan menilai memori baru tentang orientasi dan menilai kemampuan strategi individu mempelajari hal baru. Orientasi lansia terhadap orang, waktu dan tempat merupakan informasi sangat penting. Proses pertukaran informasi mengenai orang, waktu dan tempat dalam aktivitas kegiatan hidup harian secara verbal terlihat melalui penggunaan kata yang digunakan individu untuk berbicara (Lumbantobing, 2012; Videbeck, 2008).

Data dalam ingatan primer tidak lagi berupa kesan sensori harfiah, bentuk akustik, visual, fitur sensorik, tetapi berubah bentuk menjadi penyandian yang diidentifikasi dan dinamai seperti bentuk kata, lalu dimasukkan ke ingatan sekunder. Jika data tersebut tidak dimasukkan maka akan menghilang (Solso et al., 2008; Wade & Travis, 2008).

Hal ini sesuai ingatan primer atau ingatan kerja merupakan ingatan baru atau komponen ingatan berfokus pada daya individu mengingat, menyimpan, secara aktif memikirkan, mengelola sejumlah informasi atau materi atau peristiwa harian yang baru terjadi dan terbatas serta mengambil materi setelah beberapa menit sampai hari (Bahrudin, 2011; Lumbantobing, 2012; Ormrod, 2009).

Kemampuan strategi peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia di Panti Mojopahit Mojokerto terhadap orientasi tempat, waktu dan orang melalui proses pembelajaran dengan promosi perawatan daya ingat dan diterapkan di dalam aktivitas kegiatan hidup harian. Pembelajaran orientasi meliputi menentukan waktu (jam, hari, tanggal, bulan, tahun) dan menentukan tempat (alamat, desa atau kelurahan, kecamatan, kabupaten atau kota, propinsi).

6.2 Tingkat Kemampuan Registrasi

Tabel 5.3 menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan ($p = 1,000$) tingkat kemampuan registrasi lansia antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Tampak pada hasil nilai rerata tingkat kemampuan registrasi sebelum dan sesudah diberikan perlakuan adalah sama tinggi yaitu 3,00 dengan simpangan baku $\pm 0,00$. Terlihat juga saat lansia dapat menjawab pertanyaan mengenai mengulangi 3 nama benda yaitu buku, pensil, dan penghapus. Tidak terdapat selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Hal ini berarti pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) tidak berpengaruh terhadap tingkat kemampuan registrasi lansia.

Hal ini disebabkan karena pengetahuan umum lansia terhadap nama benda atau kata. Lansia terus-menerus melatih mengulang informasi seperti bentuk verbal misalnya nama benda secara sengaja dan sadar mengingat obyek.

Sesuai pengetahuan deklaratif merupakan pengetahuan terkait karakteristik sesuatu pada saat ini, sebelumnya, dan setelahnya, yang mencakup pengetahuan dunia secara umum dan ingatan tentang pengalaman hidup spesifik. Pengetahuan

deklaratif melibatkan pengetahuan bahwa sesuatu adalah benar. Sebagian besar pengetahuan deklaratif adalah pengetahuan eksplisit yaitu pengetahuan disadari dan dijelaskan secara verbal (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Individu mengulangi informasi (registrasi) yang telah disampaikan tanpa dibantu obyek untuk diingat melalui cara eksplisit yaitu secara sengaja, sadar mengingat obyek. Individu berlatih secara efektif, kreatif dan konstruktif akan lebih baik dalam kemampuan registrasi misalnya menyebut nama benda yang dipelajari (Ginsberg, 2008; Walgito, 2004).

Memori eksplisit merupakan registrasi atau pengulangan kembali informasi (peristiwa atau obyek) secara sadar melalui: 1) *recall* yaitu mengulangi kembali, mereproduksi informasi yang tersimpan di memori; 2) *recognition* yaitu mengenali informasi yang diobservasi, dibaca dan didengar sebelumnya. Misalnya membandingkan informasi yang disajikan secara verbal dengan informasi yang tersimpan di memori lansia. Informasi yang disimpan di memori dikode dalam berbagai bentuk seperti bentuk verbal misalnya dalam bentuk nama atau kata aktual yang semuanya dikode secara verbal maupun secara pembayangan (*imagery*) (Lumbantobing, 2012; Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Pengulangan (*rehearsal*) atau registrasi merupakan proses kognitif dimana informasi diulang terus-menerus secara mental atau verbal dengan cukup cepat sebagai cara mempelajari dan mengingat. Pengulangan pemantapan (*maintenance rehearsal*) merupakan pengulangan secara cepat sejumlah kecil informasi agar tetap berada di memori kerja. Menyimpan informasi di memori kerja selama individu bersedia terus berbicara pada diri sendiri dapat membantu mempertahankan informasi di memori kerja sampai waktu yang tak terbatas. Jika

individu sering mengulang fakta pada diri sendiri, akhirnya fakta dapat tersimpan (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Sesuai dengan komunikasi terapeutik merupakan tehnik komunikasi berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif menghasilkan hubungan perawat-pasien, merupakan faktor pendukung lansia dalam pengulangan atau registrasi meliputi mendengarkan secara aktif yaitu proses aktif menerima informasi dan mengkaji reaksi individu terhadap pesan yang diterima (Parker & Smith, 2010; Smeltzer, 2001).

Lansia di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto diharapkan secara teratur, efektif, kreatif dan terus-menerus melatih kemampuan registrasi atau mengulang informasi yang didapat, agar lansia menjadi tetap produktif. Hal ini sesuai tujuan komunikasi terapeutik antara lain memotivasi dan mengembangkan pribadi pasien ke arah konstruktif dan adaptif.

6.3 Tingkat Kemampuan Perhatian Dan Kalkulasi

Tabel 5.4 menunjukkan terdapat perbedaan signifikan ($p = 0,039$) tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi lansia antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Perbedaan tampak pada hasil nilai rerata tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi sebelum diberikan perlakuan sebesar 3,93 dengan simpangan baku $\pm 1,66$. Perbedaan juga terlihat saat lansia kurang bisa menjawab pertanyaan mengenai pengurangan angka 500-100. Namun sesudah diberikan perlakuan nilai rerata tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi meningkat menjadi 4,46 dengan simpangan baku $\pm 1,45$. Perbedaan juga terlihat saat lansia sebagian besar dapat menjawab pertanyaan

mengenai pengurangan angka 500-100, 400-100, 300-100, 200-100, dan 100-100. Terdapat peningkatan selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan sebesar 0,53 sedangkan pada kelompok kontrol selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* menurun sebesar 0,27.

Secara keseluruhan berarti pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) berpengaruh terhadap tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi lansia.

Hal ini disebabkan karena lansia memperhatikan secara seksama saat menerima stimulus dari luar berupa pertanyaan yang diajukan perawat, sehingga strategi yang digunakan lebih efektif untuk menjawab pertanyaan tersebut.

Penelitian Calero dan Navarro (2007) menunjukkan pelatihan memori terhadap perhatian dan kalkulasi pada lansia dipengaruhi kecepatan pemrosesan dan keefektifan strategi untuk meningkatkan lansia dalam belajar mengingat angka, urutan angka, dan menghitung mundur. Kecepatan pemrosesan dapat mengkompensasi defisit akibat pengaruh usia, pendidikan dan kemampuan verbal.

Kemampuan seperti menyelesaikan masalah, proses berpikir, perhatian dan kalkulasi termasuk fungsi berpikir yang lebih tinggi. Kemampuan pembelajaran, kecepatan pemrosesan dan keefektifan strategi seseorang menjadi selektif karena motivasi, pemahaman, dan pengenalan terhadap isi materi. Seseorang menggunakan pendekatan tertentu (strategi) untuk mengingat sesuatu dan belajar dalam hal perhatian dan kalkulasi (Maas et al., 2011; Ormrod, 2009).

Atensi (perhatian) yaitu memfokuskan kecepatan pemrosesan mental pada stimuli tertentu. Sesuatu yang diperhatikan individu secara mental dipindahkan ke memori kerja. Memberikan perhatian berarti mengarahkan pikiran pada sesuatu

yang perlu dipelajari dan diingat, misalnya mengingat angka dan menghitung mundur. Pada pemrosesan informasi, memori melibatkan proses penyandian, penyimpanan, dan pemanggilan kembali (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

6.4 Tingkat Kemampuan Mengingat Kembali

Tabel 5.5 menunjukkan terdapat perbedaan signifikan ($p = 0,046$) tingkat kemampuan mengingat kembali lansia antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Perbedaan tampak pada hasil nilai rerata tingkat kemampuan mengingat kembali sebelum diberikan perlakuan sebesar 2,73 dengan simpangan baku $\pm 0,45$. Perbedaan juga terlihat saat lansia kurang bisa menjawab pertanyaan mengenai mengulang nama penghapus. Namun sesudah diberikan perlakuan nilai rerata tingkat kemampuan mengingat kembali meningkat menjadi 3,00 dengan simpangan baku $\pm 0,00$. Perbedaan juga terlihat saat lansia sebagian besar dapat menjawab pertanyaan mengenai mengulang nama buku, pensil, dan penghapus. Terdapat peningkatan selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan sebesar 0,27 sedangkan pada kelompok kontrol selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* juga meningkat sebesar 0,07.

Secara keseluruhan berarti pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) berpengaruh terhadap tingkat kemampuan mengingat kembali lansia.

Hal ini disebabkan karena lansia menguasai kemampuan mengenal nama benda dan menjadi suatu kebiasaan dalam hidup keseharian sehingga memudahkan lansia untuk mengingatnya kembali secara spontan.

Sesuai dengan memori atau pengetahuan prosedural merupakan memori mengenai cara melaksanakan tindakan atau keterampilan. Memori prosedural merupakan memori implisit, karena begitu suatu kemampuan atau kebiasaan dikuasai oleh seseorang, kemampuan atau kebiasaan tersebut tidak lagi memerlukan pemrosesan secara sadar. Individu belajar bagaimana melakukan banyak hal. Individu dapat melakukan hal tersebut dengan baik, dengan cara mengadaptasi perilakunya sendiri dengan kondisi yang berubah. Pengetahuan prosedural mencakup informasi bagaimana memberikan respons di situasi berbeda (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Pemanggilan atau mengingat kembali (*retrieval*) merupakan proses mengingat kembali informasi yang telah disimpan sebelumnya di memori. Individu mengingat kembali informasi dengan cara implisit yaitu secara otomatis tidak disadari perkataan meluncur terucap, berkaitan dengan keterampilan. Individu berlatih secara efektif, kreatif dan konstruktif akan lebih baik dalam kemampuan mengingat kembali informasi (kumpulan kata dan nama) yang dipelajari sehingga saat berbicara perkataan tersebut keluar secara otomatis (Ginsberg, 2008; Ormrod, 2009; Walgito, 2004).

Pembelajaran implisit merupakan proses pembelajaran terjadi saat individu memperoleh pengetahuan atau perilaku mengenai sesuatu, namun tidak menyadari cara memperoleh dan tidak mampu menjelaskan dengan baik bagaimana mempelajari pengetahuan tersebut (Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Memori implisit atau pengetahuan implisit merupakan informasi pengetahuan masa lalu mempengaruhi pikiran dan tindakan sekalipun tidak berusaha mengingatnya secara sadar. Misalnya menggunakan pancingan

(*priming*), individu diminta mendengarkan lalu menguji apakah informasi tersebut mempengaruhi kinerja individu (Lumbantobing, 2012; Ormrod, 2009; Wade & Travis, 2008).

Faktor pendukung lain yaitu lingkungan yang menstimulasi dan kesehatan kardiovaskular berefek positif pada aspek fungsi kognitif (memori) lansia dalam registrasi dan mengingat kembali. Demonstrasi efektif, kreatif dan konstruktif lansia menunjukkan bahwa kreativitas, produktivitas pada semua tingkatan usia berdampak positif pada kemampuan registrasi dan mengingat kembali. Kinerja efektif dan kreatif dibutuhkan integritas seluruh sistem memori meliputi pengenalan, retensi, penyimpanan informasi, registrasi dan mengingat kembali informasi yang disimpan (Lumbantobing, 2012; Smeltzer, 2001).

Hal ini terkait fungsi eksekutif yang lebih tinggi meliputi kemampuan merencanakan, beradaptasi, menyelesaikan masalah, digabung dengan aspek perilaku sosial dan kepribadian misalnya inisiatif, kreatif, konstruktif, produktif, motivasi dan inhibisi (Ginsberg, 2008).

Sesuai model peplau yang bersifat psikodinamis bahwa keperawatan sebagai proses interpersonal terapeutik bertujuan mengembangkan personal ke arah pribadi dan kehidupan sosial yang kreatif, konstruktif dan produktif. Interaksi nonverbal sebagai sebuah faktor, model utama komunikasi terapeutik sebagai interaksi verbal (Basford & Slevin, 2006; Potter & Perry, 2009).

Lansia dikonsepsikan sebagai individu dinamis yang mempengaruhi dan dipengaruhi lingkungan serta orang lain, mendapat dukungan sumber daya dan faktor lingkungan. Lansia yang tidak bergantung pada orang lain memiliki

hubungan interpersonal yang mempengaruhi kesehatan kebutuhannya (Basford & Slevin, 2006; Miller, 2009).

Keperawatan adalah proses terapeutik dan interpersonal berpartisipasi membentuk sistem asuhan kesehatan membantu individu mengembangkan interaksi perawat-pasien. Keperawatan sebagai proses terapi interpersonal merupakan alat pendidikan, kekuatan dalam berkembang meningkatkan kepribadian kreatif, konstruktif, produktif, personal dan komunitas (Alligood & Tomey, 2006; Videbeck, 2011).

Hal ini sesuai tujuan komunikasi terapeutik yaitu memotivasi dan mengembangkan pribadi pasien kearah kreatif, konstruktif, produktif dan adaptif. Perawat juga mempromosikan dan meningkatkan pengalaman individu mencapai keadaan sehat yaitu kehidupan kreatif, konstruktif dan produktif. Perawat memberikan dukungan kesehatan dan bimbingan pada masalah pasien sehingga pemecahan masalah mudah dilakukan (Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

Tehnik komunikasi terapeutik berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif menghasilkan hubungan perawat-pasien, merupakan faktor pendukung lansia dalam mengingat kembali informasi dengan cara mengungkapkan kembali yaitu pasien mengulang apa yang diyakini perawat mengenai pendapat yang diungkapkan (Parker & Smith, 2010; Smeltzer, 2001).

Faktor pendukung lain yang membuat lansia mampu dalam hal tingkat kemampuan registrasi dan mengingat kembali yaitu lansia mengikuti kegiatan secara aktif yang diadakan Panti Mojopahit Mojokerto meliputi senam pagi, bimbingan agama, pemeriksaan kesehatan berkala, berkebun, lomba, dan pendampingan.

6.5 Tingkat Kemampuan Bahasa

Tabel 5.6 menunjukkan terdapat perbedaan signifikan ($p = 0,035$) tingkat kemampuan bahasa lansia antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Perbedaan tampak pada hasil nilai rerata tingkat kemampuan bahasa sebelum diberikan perlakuan sebesar 7,73 dengan simpangan baku $\pm 0,59$. Perbedaan juga terlihat saat lansia kurang bisa menjawab pertanyaan mengenai bercerita kegiatan sehari-hari secara berurutan. Namun sesudah diberikan perlakuan nilai rerata tingkat kemampuan bahasa meningkat menjadi 8,20 dengan simpangan baku $\pm 0,77$. Perbedaan juga terlihat saat lansia sebagian besar dapat menjawab pertanyaan mengenai memperlihatkan dan menamai kunci dan uang, mengulangi kata “tak ada jika, dan, atau tetapi”, mengikuti perintah tiga langkah “angkat telapak tangan”, “lalu jari menggenggam”, “lalu membuka”, mengikuti perintah tarik napas lewat hidung dan keluarkan lewat mulut”, dan menyalin gambar kotak. Terdapat peningkatan selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan sebesar 0,47 sedangkan pada kelompok kontrol selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* juga meningkat sebesar 0,07.

Secara keseluruhan berarti pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) berpengaruh terhadap tingkat kemampuan bahasa lansia.

Hal ini disebabkan karena lansia menggunakan bahasa dalam keseharian aktivitas kegiatan hidupnya, misalnya berkomunikasi, berpikir dan berperilaku.

Penelitian Cavallini et al (2003) menunjukkan memori kerja meningkat saat lansia menyelesaikan tugas dari segi bahasa menggunakan kumpulan daftar kata, penamaan dan mengikuti perintah. Hal ini dipengaruhi kemampuan lansia

dalam mengevaluasi kembali tugas dari segi bahasa menggunakan strategi belajar terkait cara berpikir dan melakukan tindakan pada situasi berbeda misalnya dalam aktivitas kegiatan hidup harian.

Penelitian Bottirolli et al (2008) menunjukkan pelatihan memori diberikan ke dalam aktivitas kegiatan hidup harian. Strategi pelatihan yang dipelajari dalam aktivitas kegiatan hidup harian meningkatkan memori kerja lansia dan memelihara efek latihan jangka panjang. Lansia menjalani pelatihan memori menunjukkan pengetahuan memori lebih besar dan sedikit keluhan.

Penelitian Engvig et al (2010) menunjukkan efek jangka panjang pelatihan memori terkait cara meningkatkan memori kerja ke dalam fungsi aktivitas kegiatan hidup harian yang berfungsi sebagai mekanisme dalam melindungi kerusakan fungsi kognitif (memori). Penelitian menunjukkan pelatihan memori meningkatkan memori kerja.

Sesuai teori hubungan terapeutik memandang bahasa mempengaruhi pemikiran, berpikir mempengaruhi tindakan, berpikir dan bertindak mempengaruhi perasaan. Sehingga bahasa adalah model utama dalam mempengaruhi pikiran dan perasaan (Basford & Slevin, 2006; Potter & Perry, 2009).

Meskipun lansia di Panti Mojopahit Mojokerto memiliki riwayat pendidikan formal tidak tamat sekolah dasar, akan tetapi hal tersebut tidak menyurutkan lansia dalam melatih kemampuan strategi keterampilan belajar yaitu dengan meningkatkan kemampuan strategi keterampilan pelatihan dan pembelajaran melalui pendidikan informal dengan cara melaksanakan aktifitas kegiatan hidup harian terkait bahasa.

Hasil nilai tingkat kemampuan bahasa menunjukkan perubahan berarti terhadap peningkatan memori (Maas et al., 2011). Penelitian Matthews et al (1999) memperlihatkan kelompok lansia banyak yang mempertahankan fungsi intelektualnya. Pendidikan formal melindungi lansia dari penurunan fungsi kognitif (memori) terkait penuaan, walaupun pendidikan yang dijalani lansia berlangsung selama beberapa tahun sebelumnya. Penelitian Zhu et al (1998) menunjukkan pendidikan formal membantu pada fungsi kognitif (memori) lansia. Selain itu lansia mampu memperbaiki penampilan intelektualnya melalui pendidikan informal dengan latihan dan pengalaman melakukan berbagai tugas dalam aktivitas kegiatan hidup harian.

Penelitian Calero dan Navarro (2007) menunjukkan tingkat pendidikan (jumlah tahun di sekolah) dan kemampuan bahasa dapat memprediksi peningkatan daya ingat setelah pelatihan memori.

Penelitian Lim et al (2012) dalam kriteria inklusi menggunakan responden lansia dengan tingkat pendidikan berkisar dari tidak sekolah sampai 4 tahun sekolah dasar.

Sebagaimana peran perawat pada hubungan terapeutik perawat-pasien sebagai pendidik (*teacher*) bahwa perawat berupaya memberikan penyuluhan, pendidikan, pelatihan, bimbingan pada pasien atau keluarga mengatasi masalah kesehatan, dibimbing ke arah pertumbuhan dan perkembangan kepribadian. Perawat membantu pasien belajar secara formal maupun informal. Perawat membangkitkan minat pasien terhadap sesuatu yang harus diketahui pasien dan cara menghadapi informasi tersebut (Alligood & Tomey, 2006; Basford & Slevin, 2006; Videbeck, 2011).

Hal ini sesuai kompetensi fungsi kognitif (memori) lansia yaitu kemampuan melakukan aktivitas kegiatan harian terus-menerus, merupakan hasil penerapan proses kognitif berulang di berbagai situasi. Kecerdasan terkristalisasi digunakan jika strategi penyelesaian tugas yang dilakukan memerlukan pengetahuan yang pernah dipelajari selama kehidupan lansia. Kecerdasan cairan digunakan saat strategi penyelesaian tugas yang dilakukan tidak berhubungan dengan pengalaman atau pengetahuan sebelumnya (Maas et al., 2011).

Bahasa dalam komunikasi terapeutik digunakan mengidentifikasi obyek dan konsep yang didiskusikan. Urutan dan makna terbentuk dengan menyusun perkataan menjadi frase dan kalimat yang dapat dipahami oleh pembicara dan pendengar. Penggunaan bahasa di dalam hubungan terapeutik, perawat mendorong pasien bercerita mengenai kegiatan aktivitasnya. Melalui cara ini, perawat memahami konteks kehidupan pasien dan dapat membantu permasalahannya (Potter & Perry, 2009; Videbeck, 2011).

6.6 Perbedaan Status Fungsi Kognitif (Memori)

Tabel 5.7 menunjukkan terdapat perbedaan signifikan ($p = 0,001$) status fungsi kognitif (memori) lansia antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Perbedaan tampak pada hasil nilai rerata status fungsi kognitif (memori) lansia sebelum diberikan perlakuan sebesar 22,53 dengan simpangan baku $\pm 3,31$. Namun sesudah diberikan perlakuan nilai rerata status fungsi kognitif (memori) lansia meningkat menjadi 25,00 dengan simpangan baku $\pm 3,38$. Terdapat peningkatan selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* pada kelompok perlakuan sebesar 2,47 dan pada kelompok

kontrol selisih nilai rerata antara data *pre-test* dan *post-test* juga meningkat sebesar 0,14. Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan status fungsi kognitif (memori) lansia antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($\rho = 0,002$).

Secara keseluruhan berarti pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) berpengaruh terhadap status fungsi kognitif (memori) lansia.

Hal ini disebabkan karena lansia nampak aktif berpartisipasi mengikuti pelatihan promosi perawatan daya ingat.

Penelitian Bottirolli et al (2008) menunjukkan pengetahuan memori kerja lansia meningkat secara efektif di usia tua melalui peran aktif lansia mengikuti pelatihan memori. Penelitian mengenai efek beberapa jenis pelatihan memori meningkatkan fungsi memori di usia tua dan mengurangi keluhan masalah memori.

Penelitian Cavallini et al (2003) menyebutkan pelatihan memori terbukti lebih bermanfaat bagi semua kelompok usia termasuk lansia. Efektivitas program pelatihan memori lansia dipengaruhi oleh hubungan interpersonal dan keaktifan partisipasi lansia yang secara signifikan meningkatkan memori.

Penelitian Calero dan Navarro (2007) menunjukkan hubungan interpersonal yang beragam dan keaktifan dapat meningkatkan memori lansia. Hal ini dibuktikan dengan subyek yang memiliki skor tinggi *mini mental state exam* menunjukkan peningkatan fungsi kognitif (memori) setelah pelatihan. Pengembangan pelatihan memori sangat membantu memulihkan penurunan kemampuan fungsi kognitif (memori).

Penelitian Ekkers et al (2011) membuktikan pelatihan memori pada lansia sangat membantu, dan penilaian menggunakan *mini mental state exam* yang mempunyai skor tinggi secara signifikan mempengaruhi memori kerja lansia.

Kemampuan belajar, menerima keterampilan dan informasi baru pada lansia dipengaruhi keaktifan berpartisipasi di pengalaman menerima informasi. Proses kemampuan belajar lansia akan mudah bila perawat: 1) memberikan tehnik meningkatkan daya ingat untuk memperkuat mengingat data; 2) menggunakan intelegensi tiap saat; 3) menghubungkan informasi baru dengan yang sudah dikenal; 4) memaksimalkan penggunaan alat indera; 5) menggunakan penerangan yang tidak menyilaukan; 6) menyediakan suasana tenang dan nyaman; 7) menentukan sasaran jangka pendek dengan *input* dari kelompok pembelajaran; 8) mengatur periode mengajar singkat (Smeltzer, 2001; Miller, 2009).

Berdasarkan teori Peplau yaitu teori kolaborasi hubungan perawat-pasien membentuk dorongan kekuatan melalui hubungan interpersonal yang efektif dalam membantu pemenuhan kebutuhan pasien. Hubungan perawat-pasien adalah proses dinamis meliputi usaha kolaborasi perawat-pasien mengatasi masalah, meningkatkan kesehatan dan kemampuan adaptasi (Parker & Smith, 2010; Potter & Perry, 2009) lansia dalam meningkatkan daya ingat.

Hal ini sesuai inti asuhan keperawatan yaitu hubungan pelayanan yang terbentuk antara perawat-pasien menggunakan komunikasi terapeutik. Perilaku merupakan komunikasi dan komunikasi mempengaruhi perilaku, sehingga komunikasi penting bagi hubungan interpersonal perawat-pasien. Perawat menggunakan komunikasi mengekspresikan kepedulian pada pasien dengan cara

mendorong pengajaran dan pembelajaran interpersonal (Potter & Perry, 2009; Videbeck, 2011).

Promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) merupakan tindakan keperawatan meningkatkan keterampilan memori menggunakan proses interaksi interpersonal atau hubungan terapeutik perawat-pasien melalui fase orientasi, kerja dan resolusi, bertujuan: 1) meningkatkan keterampilan daya ingat lansia; 2) meningkatkan kesejahteraan lansia sehingga tercapai kesehatan optimal, fungsi dan kualitas hidup. Selama tahapan fase tersebut pasien menyelesaikan tugas dan hubungan berubah, yang membantu proses penyembuhan (Parker & Smith, 2010; Peplau, 1992).

6.7 Hasil Temuan

1) Tingkat kemampuan registrasi

Tidak terdapat perbedaan signifikan tingkat kemampuan registrasi lansia antara sebelum dan sesudah pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori). Hal ini berarti pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) tidak berpengaruh terhadap tingkat kemampuan registrasi lansia.

Hal ini disebabkan karena pengetahuan umum lansia terhadap nama benda atau kata. Lansia terus-menerus melatih mengulang informasi seperti bentuk verbal misalnya nama benda secara sengaja dan sadar mengingat obyek. Rekomendasi hasil temuan dalam penelitian ini yaitu pada tingkat kemampuan registrasi perlu ditambahkan lebih dari 3 nama benda sebagai upaya menambah pengetahuan umum bagi lansia.

2) Penyebutan nama benda pada tingkat kemampuan registrasi dan tingkat kemampuan mengingat kembali

Lansia dapat mengenal, mengulang dan mengingat kembali nama benda yang disebutkan oleh perawat (seperti buku, pensil, dan penghapus).

Hal ini disebabkan karena lansia menguasai kemampuan mengenal nama benda dan menjadi suatu kebiasaan dalam hidup keseharian sehingga memudahkan lansia untuk mengingatnya kembali secara spontan. Rekomendasi hasil temuan dalam penelitian ini yaitu nama benda (seperti buku, pensil, dan penghapus) perlu disesuaikan dengan nama benda lain yang sesuai dengan situasi dan kondisi kebiasaan dalam hidup keseharian lansia yang ada di Indonesia terutama tingkat pendidikan lansia.

6.8 Kontribusi Penelitian

6.8.1 Kontribusi teoritis

Hasil temuan memberikan kontribusi terhadap pengujian dan pengklarifikasian terhadap tingkat kemampuan registrasi yang termasuk dalam pengukuran fungsi kognitif (memori) lansia, dimana pemberian promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) tidak berpengaruh terhadap tingkat kemampuan registrasi lansia. Namun tetap menerapkan teori hubungan terapeutik perawat-pasien yang mengidentifikasi hubungan perawat-pasien sebagai pusat perawatan dan teori konsekuensi fungsional yang menekankan peran perawat menggunakan intervensi untuk meningkatkan kesehatan optimal, fungsi dan kualitas hidup terutama meningkatkan memori.

6.8.2 Kontribusi praktis

Perawat harus mengubah cara bertindak terhadap pasien dalam memberikan asuhan keperawatan menggunakan teori hubungan terapeutik perawat-pasien dan teori konsekuensi fungsional yang mencerminkan dan menggabungkan peningkatan pemahaman kesehatan yang berkembang sebagai aspek integral perawatan kesehatan. Sehingga perawat menerapkan teori tersebut dalam situasi apapun dan tujuan asuhan keperawatan pada lansia dapat tercapai.

6.9 Keterbatasan Penelitian

Penelitian tidak dilakukan terhadap lansia yang berusia di atas 80 tahun oleh karena kemungkinan lansia mempunyai status fungsi kognitif berat dan membutuhkan energi yang lebih banyak untuk belajar dan berlatih promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori), sehingga hasil yang diperoleh tidak sesuai dengan harapan.

BAB 7
SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- 1) Terdapat pengaruh promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap tingkat kemampuan orientasi lansia.
- 2) Tidak terdapat pengaruh promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap tingkat kemampuan registrasi lansia.
- 3) Terdapat pengaruh promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap tingkat kemampuan perhatian dan kalkulasi lansia.
- 4) Terdapat pengaruh promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap tingkat kemampuan mengingat kembali lansia.
- 5) Terdapat pengaruh promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap tingkat kemampuan bahasa lansia.
- 6) Terdapat pengaruh promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap status fungsi kognitif (memori) lansia.
- 7) Terdapat perbedaan status fungsi kognitif (memori) lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori).

7.2 Saran

- 1) Promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) dapat digunakan untuk meningkatkan fungsi kognitif (memori) lansia di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto.

- 2) Untuk meningkatkan fungsi kognitif (memori) lansia perlu kerjasama dan partisipasi aktif dari semua pihak Panti Werdha Mojopahit Mojokerto agar didapatkan hasil kesehatan lansia yang optimal.
- 3) Perawat membantu pasien dengan memberikan asuhan keperawatan menggunakan teori hubungan terapeutik perawat-pasien dan teori konsekuensi fungsional yang mencerminkan dan menggabungkan peningkatan pemahaman kesehatan yang berkembang sebagai aspek integral perawatan kesehatan pada lansia.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C., & Shanley, E. 1997. Psikologi sosial untuk perawat. Jakarta: EGC.
- Ahmadi, A., & Supriyono, W. 1991. Psikologi belajar. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Aldwin, C.M., Spiro, A., & Park, C.L. 2006. Health, Behavior and Optimal Aging: a Life Span Development Perspective. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), Handbook of the Psychology of Aging (5th ed., pp. 85-104). San Diego: Academic Press. <http://www.bu.edu/lab/files/2011/03/Aldwin_Park_Spiro_2007.pdf>. Diakses 2 November 2012.
- Alligood, M.R., & Tomey, A.M. 2006. Nursing theorists and their work. 7th Ed. St. Louis Missouri: Mosby.
- Azizah, L.M. 2011. Keperawatan lanjut usia. Edisi pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Backman, L., Small, B.J., & Wahlin, A. 2001. Aging and Memory: Cognitive and Biological Perspective. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), Handbook of the Psychology of Aging (5th ed., pp. 349-377). San Diego: Academic Press. <<http://scholar.google.com/scholar?cluster=17411474375468920395&hl=en&oi=scholar>>. Diakses 2 November 2012.
- Baerh, M. 2010. Diagnosis topic neurologi Duus: anatomi, fisiologi, tanda, gejala. Ed. 4. Jakarta: EGC.
- Bahrudin, M. 2011. Pemeriksaan klinis di bidang penyakit syaraf. Malang: UMM Pres.
- Ball, L.J., & Birge, S.J. 2002. Prevention of Brain Ageing and Dementia. Clinics in Geriatric Medicine. 18, 485-504. <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3470924>>. Diakses 5 November 2012.
- Basford, L., & Slevin, D. 2006. Teori dan Praktik Keperawatan: Pendekatan Integral pada Asuhan Pasien. Jakarta: EGC.
- Bennett, D.A., Schneider, J.A., & Arvanitakis, Z. 2006. Neuropathology of Older Persons without Cognitive Impairment from Two Community-Based Studies. Neurology, 66, 1837-1844. <www.neurology.org/content/66/12/1801>. Diakses 7 November 2012.
- Bottiroli, S., Cavallini, E., & Vecchi, T. 2008. Long-term effects of memory training in the elderly: A longitudinal study. Archives of Gerontology and Geriatrics 47 (2008) 277–289. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.

- Braekhus, A., Ulstein, I., Wyller, T.B., & Engedal, K., 2011. The Memory Clinic-outpatient assessment when dementia is suspected. *Tidsskr. Nor. laegeforen.* 131, 2254–2257. <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085955>. Diakses 2 November 2012.
- Brodaty, H., Low, L.F., Gibson, L., & Burns, K. 2006. What is the Best Dementia Screening Instrument for General Practitioners to Use? *American Journal of Geriatric Psychiatry.* 14(5), 391-400. <neurologyinstitute.com/about/press.../national-memory-screening-da>. Diakses 5 November 2012.
- Brugman, G.M. 2006. Wisdom and Aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (6th ed., pp. 445-476). San Diego: Academic Press. <<https://secure.oregonstate.edu/ap/cps/documents/view/6051>>. Diakses 2 November 2012.
- Cagney, K.A., & Lauderdale, D.S. 2002. Education, Wealth and Cognitive Function in Later Life. *Journal of Gerontology: series B, Psychological Science and Social science.* 56, P163-P172. <roa.sagepub.com/content/35/1/7.ref>. Diakses 7 November 2012.
- Calero, M.D., & Navarro, E. 2007. Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Archives of Clinical Neuropsychology* 22 (2007) 63–72. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.
- Calvaresi, E., & Bryan, J. 2001. B Vitamins, Cognition and Aging: a Review. *Journal of Gerontology: series B, Psychological Science and Social science.* 56, P327-P339. <psychogerontology.oxfordjournals.org/content/56/6/P327>. Diakses 2 November 2012.
- Carpenito-Moyet, L.J. 2006. *Handbook of Nursing Diagnosis* (11th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carretti, B., Borella, E., Zavagnin, M., & Beni, R.D. 2011. Impact of metacognition and motivation on the efficacy of strategic memory training in older adults: Analysis of specific, transfer and maintenance effects. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 52 (2011) 192–197. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.
- Cartensen, L.L., Mikels, J.A., & Mather, M. 2006. Aging and the Intersection of Cognition, Motivation, and Emotion. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (6th ed., pp. 343-362). San Diego: Academic Press. <psychology.stanford.edu/~lifespan/publications.htm>. Diakses 5 November 2012.
- Cavallini, E., Pagnin, A., & Vecchi, T. 2003. Aging and Everyday Memory: the Beneficial Effect of Memory Training. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 37 (2003)

- 241-257. <www.elsevier.com/locate/archger>. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.
- Chinn, P.L. & Jacobs, M.K. 1995. *Theory and nursing: a systematic approach*. Ed.4 St Louis: Mosby.
- Cohen, G.D. 2005. *The Mature Mind: The Positive Power of the Aging Brain*. New York: Basic Books.
- Dark-Freudeman, A., West, R.L., & Viverito, K.M. 2006. Future Selves and Aging: Older Adults Memory Fears. *Educational Gerontology*. 32, 85-109. <psycnet.apa.org/journals/pag/27/1/164/>. Diakses 5 November 2012.
- Deary, I.J., Bastin, M.E., Pattie, A., Clayden, J.D., Whalley, L.J., & Starr, J.M. 2006. White Matter Integrity and Cognition in Childhood and Old Age. *Neurology*, 66, 505-512. <gade.psy.ku.dk/abstract/April2006.htm>. Diakses 2 November 2012.
- Ekkers, W., Korrelboom, K., Huijbrechts, I., Smits, N., Cuijpers, P., & Gaag, M.V.D. 2011. Competitive Memory Training for treating depression and rumination in depressed older adults: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy* 49 (2011) 588-596. Elsevier. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.
- Engvig, A., Fjell, A.M., Westlye, L.T., Moberget, T., Sundseth, O., Larsen, V.A., & Walhovd, K.B. 2010. Effects of memory training on cortical thickness in the elderly. *NeuroImage* 52 (2010) 1667– 1676. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.
- Engvig, A., Fjell, A.M., Westlye, L.T., Skaane, N.V., Sundseth, O., & Walhovd, K.B. 2012. Hippocampal sub field volumes correlate with memory training benefit in subjective memory impairment. *NeuroImage* 61 (2012) 188– 194. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.
- Erci, B. 2008. Nursing theories applied to vulnerable populations: Examples from Turkey. In: M. de Chesney & B. A. Anderson, (Eds.), *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice and research* (2nd ed., pp. 45-60). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Erviyanti, A.D. 2007. Peningkatan daya ingat dengan metode belajar hafalan system asosiasi: Penelitian true eksperimen dalam bidang kesehatan mental sekolah di SDN Keputran 3 Surabaya. Tesis. Universitas Airlangga. Surabaya. <<http://ADLN.com>>. <library@lib.unair.ac.id>. Diakses 28 Januari 2013.
- Fitzpatrick, J.J., & Wallace, M. 2005. *Encyclopedia of nursing research*. New York: Springer. <www.bc.edu/schools/son/faculty/willis/publications.html>. Diakses 9 Nopember 2012.

- Fogler, J., & Stern, L. 1994. *Improving your memory: how to remember what you're starting to forget*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. 1975. Mini Mental State. A Practical method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12(3), 189-198. <www.citeulike.org/user/jclau/article/1036983>. Diakses 2 Nopember 2012.
- Forchuck, C., & Brown, B. 1989. Establishing a nurse-client relationship. *Journal of psychosocial nursing*. 27(2), 30-34. <jap.sagepub.com/content/1/5/146.Refs>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Gallo, J.J. 1998. *Buku Saku Gerontologi*. Ed. 2. Jakarta: EGC.
- Gething, L., Fethney, J., McKee, K., Persson, L.O., Goff, M., & Church-ward, M. 2004. Validation of the reactions to ageing questionnaire: assessing similarities across several countries. *Journal of gerontological nursing*. 30(9), 47-54. <www.conceptwiki.org/.../Concept:f2db3afe-7ebb-11df-9387-001517>. Diakses 5 Nopember 2012.
- Ginsberg, L. 2008. *Lecture notes: Neurology*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Haryanto, J. 2012. *Modul pemenuhan kebutuhan tidur sehat lansia: klasifikasi bantuan tidur parsial dari perawat*. Jakarta: Program Doktor Keperawatan FIK Universitas Indonesia.
- Hartley, A. 2006. Changing Role of the Speed of Processing Construct in the Cognitive Psychology of Human Aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (6th ed., pp. 183-207). San Diego: Academic Press. <https://tspace.library.utoronto.ca/.../Burton_Christine_M_201111_Ph>. Diakses 2 Nopember 2012.
- Hedden, T., & Gabrieli, J.D.E. 2005. Healthy and Pathological Processes in Adult Development: New Evidence From Neuroimaging of the Aging Brain. *Current Opinion in Neurology*, 18, 740-747. <mirc.uzleuven.be/tools/download.php?root...UID>. Diakses 9 Nopember 2012.
- Hendrix, C.C., & Sakauye, K.M. 2001. Teaching Elderly Individuals on Computer Use. *Journal of Gerontological Nursing*. 27(6), 47-53. <fds.duke.edu > Faculty>. Diakses 2 Nopember 21012.
- Hofer, S.M., & Sliwinski, M.J. 2006. Design and Analysis of Longitudinal Studies on Aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (6th ed., pp. 17-37). San Diego: Academic Press. <psycnet.apa.org/journals/pag/26/4/778/>. Diakses 9 Nopember 2012.
- Hooymann, N.R., & Kiyak, H.A. 2008. *Social gerontology: a multidisciplinary perspective*. (8th ed). Boston: Allyn & Bacon. <www.worldcat.org/.../>

- social-gerontology-a-multidisciplinary-perspect>. Diakses 5 Nopember 2012.
- Horn, J.L., & Hofer, S.M. 1992. Major Abilities and Development in the Adult Period. In R.J. Sternberg & C.A. Berg (Eds). *Intellectual Development* (pp. 44-99). New York: Cambridge University Press. <www.ilifespan.org > Participate > People>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Hoyer, W.J., & Verhaeghen, P. 2006. Memory aging. In J.E. Birren & K.W. Scaie (Eds). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 209-232) San Diego: Academic Press. <www.scribd.com/doc/6239681/Memory-Aging-Chapter-102505>. Diakses 2 Nopember 2012.
- Kamus Bahasa Indonesia. 2008. Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta: Pusat Bahasa.
- Keliat, B.A., Akemat., Helena, N., & Nurhaeni, H. 2011. *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: CMHN (basic course)*. Jakarta: EGC.
- Knapp, M.L., & Hall, J.A. 2009. *Nonverbal behavior in human interaction*. (7th ed). New York: Wadsworth. <www.blatner.com/adam/level2/nverb1.htm>. Diakses 10 Nopember 2012.
- Kramer, A.F., Fabiani, M., & Colcombe, S.J. 2006. Contributions of Cognitive Neuroscience to the Understanding of Behavior and Aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (6th ed., pp. 17-37). San Diego: Academic Press.
- Lakeman, R. 1999. Remembering Hildegard Peplau. *Vision*, 5(8), 29–31. <www.testandcalc.com/richard/publications_journals.asp>. Diakses 3 Nopember 2012.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. 2002. *Transcultural nursing: concepts, theory, research and practice*. (3rd ed). New York: McGraw Hill.
- Lesch, M.F. 2003. Comprehension and memory for warning symbols: Age-related differences and impact of training. *Journal of Safety Research* 34 (2003) 495 – 505. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.
- Lim, M.H.X., Liu, K.P.Y., Cheung, G.S.F., Kuo, M.C.C., Li, K.R., & Tong, C.Y. 2012. Effectiveness of a Multifaceted Cognitive Training Programme for People with Mild Cognitive Impairment: A One-Group Pre- and Posttest Design. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* (2012) 22, 3-8. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.

- Lloyd, H., Hancock, H., & Campbell, S. 2007. *Principles of care*. London: Blackwell.
- Lovell, M. 2006. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *Journal of vascular nursing*. 24(1), 22-26. <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1062030305001688>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Lumbantobing, S.M. 2012. *Neurologi klinik pemeriksaan fisik dan mental*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Maas, M.L., Komalasari, R., Lusyana, A., & Yuningsih, Y. 2011. *Asuhan keperawatan geriatric: diagnosis NANDA, kriteria hasil NOC & intervensi NIC*. Jakarta: EGC.
- Makarao, N.R. 2010. *NLP (neuro linguistic programming), komunikasi konseling (aplikasi dalam pelayanan kesehatan)*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Mariske, M., & Margrett, J.A. 2006. Everyday Problem Solving and Decision Making. In J.E. Birren & K.W. Scaie (Eds). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 315-342) San Diego: Academic Press. <ebooks.cambridge.org/ebook.jsf?bid=CBO9780511920974>. Diakses 2 Nopember 2012.
- Matthews., Cauley., Yaffe., & Zmuda. 1999. Estrogen replacement therapy and cognitive decline in older community women. *Journal of the American geriatrics society*, 47(5), 518-523.
- McDaniel, M.A., & Bugg, J.M. 2012. Memory training interventions: What has been forgotten?. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition* 1 (2012) 45–50. <<http://www.sciencedirect.com>>. Diakses 17 Desember 2012.
- McEwen, M., & Wills, E.M. 2007. *Theoretical basis for nursing*. (2nd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A.I. 2007. *Theoretical nursing: Development and progress*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melillo, K.D., & Houde, S.C. 2011. *Geropsychiatric and Mental Health Nursing*. 2nd ed. Canada: Jones & Bartlett Learning.
- Miller, C.A. 2009. *Nursing for wellness in older adults*. 5th Edition ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moody, H.R. 2002. *Aging: Concepts and Controversies*. Thousand Oaks, Ca: Sage.

- Morgan, L., & Kunkel, S. 2001. *Aging: the Social Context* (2nd ed.). Boston: Pine Forge Press.
- Morris, M.C. 2002. Vitamin E and Cognitive decline in Older Persons. *Erchive of Neurology*. 59, 1125-1132. <www.ncbi.nlm.nih.gov › *Journal List* › *NIHPA Author Manuscripts*>. Diakses 5 Nopember 2012.
- Nasir, A., & Muhith, A. 2011. *Dasar-dasar keperawatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- NIMH. 2000. *Cognition research at the National Institute of Mental Health*. Retrieved January 18, 2010, from. <<http://mentalhealth.about.com/library/rs/blcog.htm/>>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Nugroho, W. 2008. *Keperawatan gerontik & geriatric*. Ed. 3. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Pedoman skripsi, tesis dan instrumen keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nggermanto, A. 2002. *Quantum Questiont (kecerdasan quantum): cara cepat melejitkan IQ, EQ dan SQ secara harmonis*. Bandung: Yayasan Nuansa Cendika.
- Ormrod, J.E. 2009. *Psikologi pendidikan. Membantu siswa tumbuh dan berkembang*. Ed. 6. Jilid 1. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Ortega, R.M. 2002. Cognitive Function in Elderly People is Influenced by Vitamin E Status. *Journal of Nutrition*. 132, 2065-2068. <jn.nutrition.org/content/132/7/2065.full>. Diakses 5 Nopember 2012.
- Parker, M.E. & Smith, M.C. 2010. *Nursing Theories & Nursing Practice*. 3rd. Ed. Philadelphia: Davis Company.
- Peplau, H.E. 1952. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Peplau, H.E. 1992. Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 5 (1), 13–18. <nsq.sagepub.com/content/5/1/13.abstract>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Peplau, H.E. 1993. *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Springer.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. 2009. *Fundamental keperawatan*. Ed.7. Buku 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Register, M.E., & Herman, J. 2006. A middle range theory for generative quality of life for elderly. *Advances in nursing science*. 29, 340-250.

- Reitz, C., Luchsinger, J., Tang, M.X., & Mayeux, R. 2005. Effect of Smoking and Time on Cognitive Function in the Elderly without Dementia. *Neurology*. 65, 870-875. <whyquit.com/.../2010_Durazzo_Smoking_Brain_Neuro_cognition.pdf>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Sardjoe. 1994. Psikologi. Pasuruan: PT Garoeda Buana Indah.
- Saykin, A.J., Wishart, H.A., Rabin, L.A., Santulli, R.B., Flashman, L.A., & West, J.D. 2006. Older Adults with Cognitive Complaints Show Brain Atrophy Similar to that of Amnesic MCI. *Neurology*, 67, 834-842. <neuroimaging.medicine.iu.edu/people/faculty/andrew-j-saykin-psy-d/>. Diakses 5 Nopember 2012.
- Scheidt, R.J., & Windley, P.G. 2006. Environmental gerontology: progress in the post Lawton era. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 105-125) San Diego: Academic Press. <www.scribd.com/doc/123720296/Environmental-Gerontology>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Simensky, J.D., & Abeles, N. 2002. Decline in Verbal Memory Performance with Advancing Age: the Role of Frontal Lobe Functioning. *Aging and Mental Health*. 6, 293-303. <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12217099>. Diakses 3 Nopember 2012.
- Smeltzer, S.C. 2001. Buku ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Ed.8. Jakarta: EGC.
- Solso, R.L., Maclin, O.H., & Maclin, M.K. 2008. Psikologi kognitif. Ed. 8. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Stewart, W.F., Schwartz, B.S., Davatzikos, C., Shen, D., Liu, D., & Wu, X. 2006. Past Adult Lead Exposure is Linked to Neurodegeneration Measured by Brain MRI. *Neurology*. 66, 1476-1484. <www.neurology.org/content/66/10/1476.short>. Diakses 3 Nopember 2012.
- Stuart, G.W. 2006. Buku saku keperawatan jiwa. Ed.5. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2009. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Suharman. 2005. Psikologi kognitif edisi revisi. Surabaya: Srikandi.
- Suliswati., Payapo, T.A., Maruhawa, J., Sianturi, Y., & Sumijatun. 2005. Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa. Jakarta: EGC.
- Suryabrata. 2001. Psikologi pendidikan. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Taber's Cyclopedic Medical Dictionary (17th ed). 1993. Philadelphia: Davis.

- The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. First international conference on health promotion Ottawa, 17-21 November 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/milestones_ottawa.pdf>. Diakses 20 Pebruari 2013.
- Thompson, G., & Foth, D. 2005. Cognitive training programs for older adults: what are they and can they enhance mental fitness? *Educational gerontology*, 31, 603-626. <psycnet.apa.org/journals/pag/27/3/701>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Thornton, R., & Light, L.L. 2006. Language Comprehension and Production in Normal Aging. In J.E. Birren & K.W. Scaie (Eds). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 262-287) San Diego: Academic Press. <samples.jbpub.com/9780763776565/76565_CH01_FINAL.pdf>. Diakses 5 Nopember 2012.
- Tune, L.E. 2001. Anticholinergic Effect of medication in Elderly Patient. *Journal of Clinical Psychiatry*. 62(suppl. 21), 11-14. <www.senioriop.com/downloads/201006-3.pdf>. Diakses 7 Nopember 2012.
- Turrell, G., Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Everson, S.A., Helkala, E.L., & Kauhanen, J. 2002. Socioeconomic Position Across the Life Course and Cognitive Function in Late Middle Age. *Journal of Gerontology: series B, Psychological Science and Social science*. 57, S43-S51.
- Videbeck, S.L. 2011. *Psychiatric-mental health nursing*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vinters, H.V. 2001. Aging and the Human Nervous System. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (5th ed., pp. 135-160). San Diego: Academic Press.
- Wade, C., & Travis, C. 2008. *Psikologi*. Jilid 2. Ed. 9. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Walgito, B. 2004. *Pengantar psikologi umum*. Ed.4. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Wardhani, I.R. 2008. *Lecture notes: neurologi*. Ed. 8. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Warelow, P., Edward, K.L., & Vinek, J. 2008. Care: what nurses say and what nurses do. *Holistic nursing practice*. 22(3), 146-153.
- Welch, M. 2005. Pivotal moments in the therapeutic relationship. *International journal of mrdical health nursing*. 14(3), 161-165. <cmq64.files.wordpress.com/2011/02/scholarly-paper.doc>. Diakses 9 Nopember 2012.
- Wells, Y., Foreman, P., Gething, L., & Petralia, W. 2004. Nurses attitudes towards aging and older adults. *Journal of gerontological nursing*. 30(9). 5-

13. <www.latrobe.edu.au/aipca/aipc_staff/yvonne_wells.htm>. Diakses 5 Nopember 2012.
- WHO. 2005. Milestones in health promotion: statements from global conferences. Milestone Health Promotion: <<http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>>. Diakses 20 Pebruari 2013.
- WHO. 1998. Health promotion glossary. Geneva: WHO/HPR/HEP98.1. <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.htm>>. Diakses 20 Pebruari 2013.
- Yesavage, J., Sheikh, J., Friedman, L., & Tanke, E. 1990. Learning mnemonics: Roles of aging and subtle cognitive impairment. *Psychology and Aging*, 5, 133–137.
- Zhu., Viitanen., Guo., Winblad., & Fratiglioni. 1998. Blood pressure reduction, cardiovascular disease and cognitive decline in the mini-mental state examination in community population of normal very old people: a three year follow-up. *Journal of clinical epidemiology*. 51(5), 385-391.

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257

Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, Maret 2013

Nomor : 102 /UN3.1.12/PPd/S2/2013
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Panti Wherda Mojopahit
Jl. Raya Brangkal
Mojokerto

Dengan hormat,
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Kushariyadi, S.Kep.Ns
NIM : 131141048
Judul Penelitian : Model Promosi perawatan daya ingat (Stimulasi memori)
terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia
Tempat : Panti Wherda Mojopahit

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Dekan
Parwaningsih, SKp.M.Kes
NIP.: 19661212000032001



PEMERINTAH KABUPATEN MOJOKERTO
DINAS SOSIAL
UPT PANTI WERDHA MOJOPAHIT

Jl. Raya Brangkal No. 862 - Sooko Telp. (0321) 328894
MOJOKERTO 61361

Mojokerto, 21 Maret 2013

Nomor : 465.1/79 / 416-104.1/2013
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pelaksanaan Bantuan Fasilitas
Pengambil Data Awal
An. Kushariyadi, S.Kep.Ns
di UPT Panti Werdha MOJOPAHIT
Kabupaten Mojokerto

Kepada
Yth. Dekan
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNAIR
di
SURABAYA

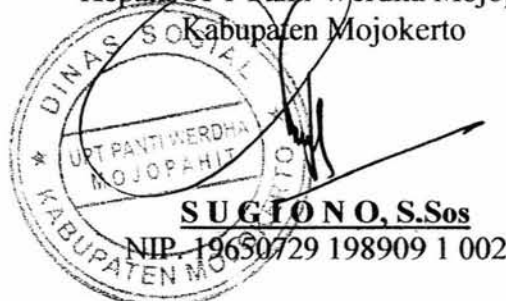
Menindaklanjuti Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan UNAIR tanggal 20 Maret 2013 Nomor : 102/UN3.1.12/PPd/S2/2013 perihal Permohonan bantuan Fasilitas pengambilan data awal di UPT Panti Werdha Mojopahit Mojokerto atas :

Nama : **KUSHARIYADI, S.Kep.Ns**
No. Induk Mahasiswa : **131141048**
Judul Penelitian : **“Model Promosi Perawatan daya ingat (Stimulasi memori)” terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) Lansia**

Bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan mengizinkan untuk melaksanakan pengambilan data awal dalam rangka memperoleh data yang dimaksud.

Demikian atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Kepala UPT Panti Werdha Mojopahit
Kabupaten Mojokerto



SUGIONO, S.Sos

NIP. 19650729 198909 1 002



UNIVERSITAS AIRLANGGA

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257

Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, Maret 2013

Nomor : 114 /UN3.1.12/PPd/S2/2013
Lampiran : 1 (satu) bendel
Perihal : **Permohonan bantuan Uji etik penelitian**
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Ketua Komisi Etik Penelitian
Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat
Universitas Airlangga
Surabaya

Dengan hormat,
Sehubungan dengan Penelitian Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan pertimbangan etik penelitian kepada mahasiswa kami di bawah ini :

Nama : Kusharyadi , S.Kep.Ns
NIM : 131141048
Judul Penelitian : Pengaruh model promosi perawatan daya ingat (stimulasi memori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia.

Bersama ini kami kirimkan proposal penelitian , lembar isian kelaikan Etik dan Check List yang telah diisi oleh peneliti.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Dekan

Ruhwaningsih, SKp. M.Kes/17
NIP. 19661121200032001



**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 12-325/UN3.14/PPd/2013

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa proposal yang berjudul :

**“Promosi Perawatan Daya Ingat : Stimulasi Memori
Terhadap Peningkatan Fungsi Kognitif : Memori Lansia
Di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto”**

Peneliti : **Kushariyadi, S.Kep.Ns.**
N I M : 131141048
Program Studi / Fakultas : Magister Keperawatan – FKp Universitas Airlangga
Unit/Lab. Tempat Penelitian : UPT Panti Werdha Mojopahit
Jl. Raya Brangkal No. 862 – Sooko Mojokerto.

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 2 April 2013

Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR
Ketua,

G.N. Astika, Apt.
NIP. 19430524 197302 1 001



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

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

Surabaya, 2 April 2013

Nomor : 154 /UN3.1.12/PPd/S2/2013
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala UPT. Panti Werdha Mojopahit Mojokerto
di –
Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Kushariyadi , S.Kep.Ns
NIM : 131141048
Judul Penelitian : Pengaruh model promosi perawatan daya ingat (Stimulasi memori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia

Tempat : Panti Werdha Mojopahit Mojokerto

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Purwaningsih, SKp. M.Kes/17
NIP. 19661121200032001



PEMERINTAH KABUPATEN MOJOKERTO
DINAS SOSIAL
UPT PANTI WERDHA “MOJOPAHIT”

Jl. Raya Brangkal No. 862 Soko Mojokerto Telp. (0321) 328894 Pos 61361
http : // dinsoskabmojokerto.org

Mojokerto, 10 April 2013

Nomor : 456.1/ **92** / 416-104.1 /2013 Kepada
Sifat : Biasa Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
Lapiran : - UNIVERSITAS AIRLANGGA
Perihal : Bantuan Fasilitas Penelitian (Program Studi Magister Keperawatan)
An. Kushariyadi, S.Kep.Ns di
di UPT Panti Werdha MOJOPAHIT
Kabupaten Mojokerto SURABAYA

Menindaklanjuti Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan
UNIVERSITAS AIRLANGGA tanggal 02 April 2013 Nomor :
151/UN3.1.12/PPd/S2/2013 perihal : Bantuan fasilitas penelitian di UPT
Panti Werdha Mojopahit Mojokerto atas Nama :

Nama : **KUSHARIYADI, S.Kep.Ns**
No. Induk Mahasiswa : **131141048**
Judul penelitian : **“ Pengaruh Model Promosi Perawatan
Daya Ingat (Stimulasi Memori) Terhadap
Peningkatan Fungsi Kognitif (Memori)
Lansia di UPT Panti Werdha Mojopahit
Kab. Mojokerto “**

Bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian, dan
setelah selesai agar melaporkan hasilnya.

Demikian atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Kepala UPT Panti Werdha Mojopahit
Mojokerto

SUGIONO, S.Sos
NIP. 19650729 198909 1 002

Lampiran 7

LEMBAR PENJELASAN
(Untuk Kelompok Perlakuan)

1. Judul penelitian: promosi perawatan daya ingat: stimulasi memori terhadap peningkatan fungsi kognitif: memori lansia di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto.
2. Nama peneliti: Kushariyadi, SKep.Ns.
 - Tujuan penelitian: meningkatkan ingatan Bapak/Ibu dengan memberikan tindakan keperawatan.
 - Manfaat bagi ilmu yaitu menambah informasi pengetahuan dalam memberikan tindakan keperawatan oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan yang maksimal yaitu meningkatkan ingatan Bapak/Ibu.
 - Manfaat bagi Bapak/Ibu yaitu membantu meningkatkan ingatan Bapak/Ibu sehingga tercapai kesehatan yang maksimal.
 - Bapak/Ibu akan diberikan tindakan keperawatan daya ingat dengan cara menghafal, mengingat dan menghitung yang diberikan selama 2 hari seminggu selama 2 minggu selama 15 menit dengan menggunakan buku.
 - Kepada Bapak/Ibu kemungkinan terjadi resiko sangat kecil atau tidak ada resiko karena kegiatan yang dilakukan dalam penelitian ini berupa tindakan keperawatan untuk meningkatkan ingatan. Bila Bapak/Ibu mengalami resiko akan diperiksa oleh dokter Setiawati yang bekerja di Puskesmas Sooko jalan raya Brangkal nomer telpon (0321) 326549.
 - Bila terjadi resiko atau Bapak/Ibu ingin bertanya maka bisa menghubungi saya Kushariyadi nomer HP. 085 236 718 141.
 - Setelah penelitian selesai, Bapak/Ibu akan diberi hadiah atau penghargaan cinderamata berupa gelas minum.
3. Respek
 - Keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian adalah atas dasar sukarela.
 - Saya akan merahasiakan nama dan semua informasi yang berhubungan dengan Bapak/Ibu.

- Bapak/Ibu berhak untuk berhenti setiap saat dalam penelitian.
4. Keadilan
- Kepada Bapak/Ibu akan diberikan perlindungan dan perlakuan yang sama.

Surabaya, 2013

Yang mendapatkan penjelasan
Partisipan

Yang memberi penjelasan
Peneliti

(.....)

(Kushariyadi, SKep.,Ns)

Saksi

(.....)

*Catatan : * Penjelasan ditulis dan disampaikan dengan bahasa dan cara yang dapat dengan mudah dipahami/dimengerti oleh subjek/yang diberi penjelasan.*

** Curriculum Vitae Peneliti dilampirkan dalam pengajuan Ethical Clearence*

Lampiran 8

**LEMBAR PENJELASAN
(Untuk Kelompok Kontrol)**

1. Judul penelitian: promosi perawatan daya ingat: stimulasi memori terhadap peningkatan fungsi kognitif: memori lansia di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto.
2. Nama peneliti: Kushariyadi, SKep.Ns.
 - Tujuan penelitian: meningkatkan ingatan Bapak/Ibu dengan memberikan tindakan keperawatan.
 - Manfaat bagi ilmu yaitu menambah informasi pengetahuan dalam memberikan tindakan keperawatan oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan yang maksimal yaitu meningkatkan ingatan Bapak/Ibu.
 - Manfaat bagi Bapak/Ibu yaitu membantu meningkatkan ingatan Bapak/Ibu sehingga tercapai kesehatan yang maksimal.
 - Bapak/Ibu akan diberikan tindakan keperawatan daya ingat dengan cara menghafal, mengingat dan menghitung yang diberikan pada minggu ke-2 akhir selama 15 menit dengan menggunakan buku, diberikan pada akhir penelitian. Kegiatan yang diikuti selama penelitian yaitu melaksanakan kegiatan sehari-hari.
 - Kepada Bapak/Ibu kemungkinan terjadi resiko sangat kecil atau tidak ada resiko karena kegiatan yang dilakukan dalam penelitian ini berupa tindakan keperawatan untuk meningkatkan ingatan. Bila Bapak/Ibu mengalami resiko akan diperiksa oleh dokter Setiawati yang bekerja di Puskesmas Sooko jalan raya Brangkal nomer telpon (0321) 326549.
 - Bila terjadi resiko atau Bapak/Ibu ingin bertanya maka bisa menghubungi saya Kushariyadi nomer HP. 085 236 718 141.
Setelah penelitian selesai, Bapak/Ibu akan diberi hadiah atau penghargaan cinderamata berupa gelas minum.
3. Respek
 - Keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian adalah atas dasar sukarela.

- Saya akan merahasiakan nama dan semua informasi terkait dengan Bapak/Ibu.
 - Bapak/Ibu berhak untuk berhenti setiap saat dalam penelitian.
4. Keadilan
- Kepada Bapak/Ibu akan diberikan perlindungan dan perlakuan yang sama.

Surabaya, 2013

Yang mendapatkan penjelasan

Yang memberi penjelasan

Lansia

Peneliti

(.....)

(Kushariyadi, SKep.Ns)

Saksi

(.....)

*Catatan : * Penjelasan ditulis dan disampaikan dengan bahasa dan cara yang dapat dengan mudah dipahami/dimengerti oleh subjek/yang diberi penjelasan.*

** Curriculum Vitae Peneliti dilampirkan dalam pengajuan Ethical Clearence*

Lampiran 9

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)

Setelah mendapatkan penjelasan yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik, saya:

Nama :

Alamat :

Status :

Bahwa saya menyatakan setuju dengan sukarela ikut berperan dalam penelitian yang berjudul:

Promosi perawatan daya ingat (stimulasi meori) terhadap peningkatan fungsi kognitif (memori) lansia di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran.

Surabaya, 2013

Yang membuat persetujuan

Peneliti

(.....)

(Kushariyadi, SKep.Ns.)

Lampiran 10

PANDUAN INSTRUMEN PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF

Orientasi:

1. Tanyakan: jam, hari, tanggal, bulan, tahun berapa sekarang. Nilai 1 poin untuk setiap jawaban yang benar (benar semua nilai 5).
2. Tanya tempat kita berada sekarang: alamat, kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota, provinsi. Nilai 1 poin untuk setiap jawaban benar (benar semua nilai 5).

Registrasi:

3. Sebutkan nama 3 benda dengan jelas, 1 detik untuk setiap nama. Setelah perawat mengatakan ke-3 nya minta pasien untuk mengulangi. Pengulangan pertama menentukan nilai (0-3). Ulangi sampai pasien mengerti ke-3 benda tersebut. Nilai 1 poin untuk setiap jawaban yang benar (benar semua nilai 3).

Perhatian dan kalkulasi:

4. Minta pasien mulai dari angka 500 dihitung mundur dikurangi 100 (berhenti setelah jawaban ke-5). Nilai 1 poin untuk setiap jawaban yang benar (benar semua nilai 5).

Mengingat kembali:

5. Minta pasien mengulang ke-3 nama benda yang ada pada no 3 di atas. Nilai 1 poin untuk setiap jawaban yang benar (benar semua nilai 3).

Bahasa:

6. Penamaan: tunjukkan ke pasien sebuah kunci dan uang, minta untuk menamai ke-2 benda itu. Nilai 1 poin untuk setiap jawaban benar (benar semua nilai 2).
7. Pengulangan: suruh pasien untuk mengulangi kata yang disebutkan perawat. Hanya 1 kali percobaan (nilai 0 atau 1).
8. Perintah 3 langkah: ”..angkat telapak tangan, lalu jari mengenggam, lalu membuka..”. Nilai 1 poin untuk setiap jawaban benar (benar semua nilai 3).
9. Minta pasien untuk mengikuti perintah dari perawat (nilai 0 atau 1).
10. Bercerita tentang kegiatan (nilai 0 atau 1).
11. Menyalin gambar (nilai 0 atau 1).

Lampiran 11

INSTRUMEN PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF

Karakteristik responden:

1. Nomor/kode responden :
2. Umur :tahun
3. Jenis kelamin : laki-laki perempuan
4. Pendidikan terakhir: SD SMP SMA
5. Status : menikah belum menikah duda/janda
6. Agama : Islam Katolik Protestan
 Hindu Budha

No	Nilai didapat	Pertanyaan/perintah
		Orientasi:
1.a		Jam berapa sekarang?
b		Hari apa sekarang?
c		Tanggal berapa sekarang?
d		Bulan berapa sekarang?
e		Tahun berapa sekarang?
2.a		Alamat kita berada sekarang dimana?
b		Kelurahan apa?
c		Kecamatan apa?
d		kabupaten/kota apa?
e		Propinsi apa?
		Registrasi:
3.a		Menyebutkan nama piring.
b		Menyebutkan nama panci.
c		Menyebutkan nama sapu.
		Perhatian dan kalkulasi:
4.a		500-100 =
b		400-100 =
c		300-100 =
d		200-100 =
e		100-100 =
		Mengingat kembali:
5.a		Mengulang nama piring.
b		Mengulang nama panci.
c		Mengulang nama sapu.
		Bahasa:
6.a		Memperlihatkan dan menamai kunci.
b		Memperlihatkan dan menamai uang.
7.		Ulangi kata berikut: "...tak ada jika, dan, atau tetapi..."
8.a		Ikuti perintah: "...angkat telapak tangan..."
b		Ikuti perintah: "... lalu jari mengenggam..."
c		Ikuti perintah: "...lalu membuka..."
9.		Ikuti perintah: "...tarik napas lewat hidung dan keluarkan lewat mulut..."
10.		Bercerita kegiatan sehari-hari secara berurutan.
11.		Menyalin gambar (kotak). <input type="checkbox"/>

Lampiran 12

**MODUL
PROMOSI PERAWATAN DAYA INGAT
(STIMULASI MEMORI)**

KUSHARIYADI

**PROGRAM STUDI
MAGISTER
KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS
AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah akhirnya modul ini dapat tersusun. Isi modul ini masih banyak kekurangan dan akan disempurnakan.

Isi modul ini disesuaikan dengan keadaan lansia. Modul ini berisi tindakan keperawatan tentang cara untuk meningkatkan ingatan.

Kehadiran modul ini diharapkan dapat memberikan informasi untuk para lansia. Semoga modul ini bermanfaat bagi kita semua.

Penulis

Telpon: 085 236 718 141

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar.....	i
Daftar Isi	ii
1.1 Tujuan	1
1.2 Isi	1
1.2.1 Arti ingatan	1
1.2.2 Tingkatan ingatan	2
1.2.3 Manfaat ingatan	3
1.2.4 Cara mengingat.....	4
1.3 Rangkuman	14
1.4 Evaluasi.....	15

1.1 Tujuan

Setelah membaca modul ini diharapkan dapat:

- 1.1.1 Mengerti arti ingatan
- 1.1.2 Mengerti tingkatan ingatan
- 1.1.3 Mengerti manfaat ingatan
- 1.1.4 Mengerti cara mengingat

1.2 Isi

- 1.2.1 Arti ingatan
- 1.2.2 Tingkatan ingatan
- 1.2.3 Manfaat ingatan
- 1.2.4 Cara mengingat

1.2.1 Arti ingatan

Ingatan yaitu rangsangan untuk memperoleh informasi baru, menyimpan informasi, keterampilan baru dari pengalaman.

1.2.2 Tingkatan ingatan

1) Ingatan sesaat

Informasi yang diterima melalui mata, telinga, hidung, kulit, lidah diteruskan ke ingatan jangka pendek atau jangka panjang. Informasi hanya sesaat disimpan di otak sekitar 4 detik atau beberapa puluh detik. Seperti mengingat nama benda

Modul Promosi Perawatan Daya Ingat (Stimulasi Memori)

(sendok, garpu, gelas). Informasi diperoleh dari melihat, mendengar, membau, menyentuh dan merasakan.

2) Ingatan jangka pendek

Ingatan jangka pendek yaitu ingatan sadar, sangat singkat dan sedikit informasi. Hanya sementara dan mengolah informasi, tempat menyimpan informasi di otak selama 60 detik atau kurang. Seperti mengingat jam, hari, tanggal, bulan, tahun.

3) Ingatan jangka panjang

Ingatan jangka panjang yaitu mengingat kembali informasi. Berisi informasi yang sangat terbatas. Seperti cerita masa lalu. Cara mengingat kembali informasi yaitu berlatih dengan serius, seperti membuat cerita. Informasi yang diperoleh melalui ingatan sesaat dan ingatan jangka pendek disimpan di dalam ingatan jangka panjang dan dapat diingat kembali.

1.2.3 Manfaat ingatan

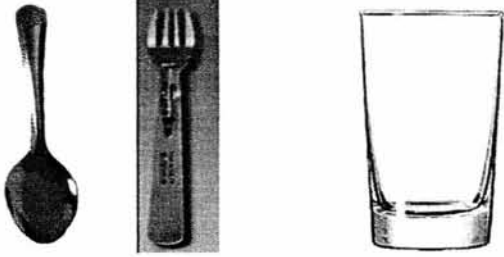
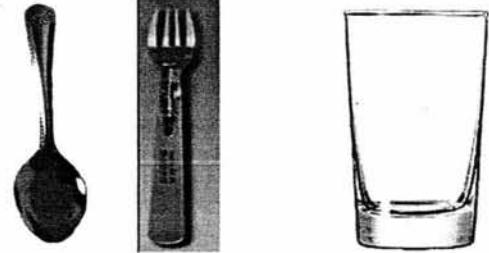
Manfaat ingatan yaitu: 1) meningkatkan ingatan lansia; 2) meningkatkan kesehatan dan kebahagiaan hidup lansia.

Modul Promosi Perawatan Daya Ingat (Stimulasi Memori)

1.2.4 Cara mengingat

Tahap/ waktu	Kegiatan
Pembukaan	Fase orientasi:
1 menit	1. Salam terapeutik. “Assalamualaikum wr. wb., perkenalkan saya adalah perawat”. “Nama Bapak/Ibu siapa?, senang dipanggil siapa?”
	2. Evaluasi pertemuan. “Bagaimana perasaan Bapak/Ibu hari ini?”
	3. Kontrak (topik, waktu, tempat). “Bagaimana kalau kita berlatih tentang cara meningkatkan ingatan?” “Berapa lama?, bagaimana kalau 15 menit saja?” “Dimana?, bagaimana kalau di ruang tamu, sambil kita duduk?”
Pelaksanaan	Fase kerja (identifikasi dan eksploitasi):
13 menit	A. Ingatan sesaat:
	1. Gunakan isyarat indera penglihatan


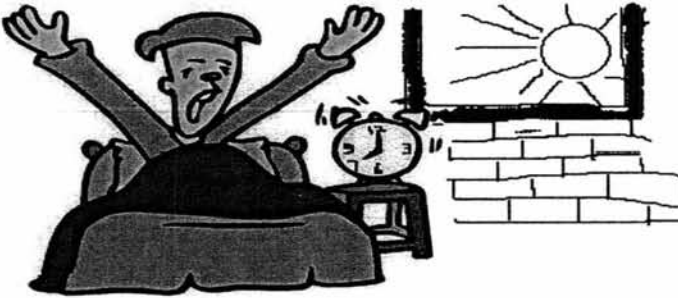
Modul Promosi Perawatan Daya Ingat (Stimulasi Memori)

	(perlihatkan: sendok, garpu, gelas).
	<p>2. Mengamati dengan aktif (memperhatikan dengan teliti benda seperti sendok, garpu, gelas).</p> 
	<p>3. Mengenal gambaran penglihatan (memberi nama: sendok, garpu, gelas).</p> 
	B. Ingatan jangka pendek:
	4. Menentukan waktu (jam, hari, tanggal, bulan, tahun).


Modul Promosi Perawatan Daya Ingat (Stimulasi Memori)

	 
	<p>5. Menentukan tempat (alamat, desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota, propinsi).</p>
	<p>6. Membagi informasi menjadi bagian kecil untuk diingat dengan mudah (seperti: mengingat nomor telepon atau menghitung angka (500-100=400, 400-100=300, 300-100=200, 200-100=100, 100-100=0)).</p>

Modul Promosi Perawatan Daya Ingat (Stimulasi Memori)

	$500 - 100 = 400$ $400 - 100 = 300$ $300 - 100 = 200$ $200 - 100 = 100$ $100 - 100 = 0$
	<p>7. Membuat gambar (seperti: kotak atau bundaran).</p> 
	<p>8. Mengikuti perintah sendiri dengan mengatakan sesuatu dengan suara keras (misalnya: "...saya bisa bangun pagi dengan teratur...").</p> 
	<p>9. Menggunakan isyarat huruf dan gabungan (misalnya: Makan-Minum-Mandi-Berpakaian-Berjalan dengan mengingat kata MMBB).</p>

Modul Promosi Perawatan Daya Ingat (Stimulasi Memori)

	
	<p>10. Mengatur kata yang cocok dengan tepat dan benar (misalnya: sendok dengan garpu, meja dengan kursi).</p>

Modul Promosi Perawatan Daya Ingat (Stimulasi Memori)

Lampiran 15

Data pre-tes kelompok perlakuan

No	Karakteristik			Pertanyaan/perintah																								Pre												
				Orientasi										Registrasi			Perhtian&kalkulasi					ngingat ken			Bahasa															
	Usia	JK	Pendidikan	1.a	b	c	d	e	2.a	b	c	d	e	3.a	b	c	4.a	b	c	d	e	5.a	b	c	6.a	b	7		8.a	b	c	9	10	11						
1	63	P	Tdk tamat SD	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	1	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	16
2	60	L	Tdk tamat SD	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7	21
3	63	P	Tdk sekolah	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4	1	1	1	3	0	0	0	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	20
4	60	L	Tdk tamat SD	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	24
5	68	P	Tdk sekolah	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	0	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	25
6	70	P	Tdk sekolah	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	16
7	68	P	Tdk tamat SD	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	25
8	73	P	Tdk sekolah	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	20
9	73	P	Tdk tamat SD	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	23
10	71	P	Tdk tamat SD	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	25
11	73	L	Tdk tamat SD	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	23
12	77	L	Tdk tamat SD	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	0	0	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	25
13	77	L	Tdk tamat SD	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	0	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	25
14	76	P	Tdk tamat SD	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	23
15	76	P	Tdk tamat SD	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	27

Data post-tes kelompok perlakuan

No	Pertanyaan/perintah															Post																					
	Orientasi					Registrasi			Perhtian&kalkulasi					ngingat ken			Bahasa																				
	1.a	b	c	d	e	2.a	b	c	d	e	3.a	b	c	4.a	b		c	d	e	5.a	b	c	6.a	b	7	8.a	b	c	9	10	11						
1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	1	3	0	0	0	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	19
2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	25
3	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	24	
4	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	26	
5	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	28
6	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	18	
7	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	28
8	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	20	
9	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	26
10	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	27
11	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	25
12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	0	1	7	27		
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	0	1	7	27		
14	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	26	
15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	29	

Data pre-tes kelompok kontrol

No	Karakteristik			Pertanyaan/perintah																				Pre																
				Orientasi										Registrasi			Perhatian&kalkulasi					Meningat ken			Bahasa															
	Usia	JK	Pendidikan	1.a	b	c	d	e	2.a	b	c	d	e	3.a	b	c	4.a	b	c	d	e	5.a	b		c	6.a	b	7	8.a	b	c	9	10	11						
1	60	P	Tdk sekolah	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	15
2	63	P	Tdk tamat SD	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	1	3	0	0	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	20
3	60	P	Tdk sekolah	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	21	
4	68	P	Tdk tamat SD	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	6	1	1	1	3	0	1	1	1	1	4	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	23	
5	68	P	Tdk sekolah	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	23	
6	70	P	Tdk sekolah	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	25	
7	71	P	Tdk sekolah	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3	1	0	0	0	0	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	16	
8	73	P	Tdk tamat SD	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	4	17		
9	73	P	Tdk tamat SD	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	21	
10	74	P	Tdk tamat SD	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	22	
11	78	P	Tamat SD	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	1	1	3	0	0	0	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	17	
12	78	L	Tdk tamat SMP	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	24	
13	78	P	Tdk tamat SD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	14	
14	78	P	Tdk tamat SD	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	6	1	1	1	3	0	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	25	
15	78	L	Tdk tamat SD	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	27	

Data post-tes kelompok kontrol

No	Pertanyaan/perintah																				Post																
	Orientasi										Registrasi			Perhatian&kalkulasi					Ingat ken			Bahasa															
	1.a	b	c	d	e	2.a	b	c	d	e	3.a	b	c	4.a	b	c	d	e	5.a	b		c	6.a	b	7	8.a	b	c	9	10	11						
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	16
2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	3	0	0	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	18
3	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	23
4	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	6	1	1	1	3	0	1	1	1	1	4	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	23
5	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	22
6	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	24
7	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	4	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	7	17
8	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	5	17
9	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	21
10	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	23
11	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	16
12	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	25
13	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	16
14	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	6	1	1	1	3	0	0	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	24
15	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	27

Lampiran 15

DISTRIBUSI FREKUENSI ORIENTASI

Kelompok perlakuan:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3.00	4	26.7	26.7	26.7
4.00	2	13.3	13.3	40.0
5.00	2	13.3	13.3	53.3
Valid 6.00	4	26.7	26.7	80.0
7.00	1	6.7	6.7	86.7
8.00	2	13.3	13.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2.00	1	6.7	6.7	6.7
3.00	1	6.7	6.7	13.3
4.00	1	6.7	6.7	20.0
5.00	2	13.3	13.3	33.3
Valid 6.00	2	13.3	13.3	46.7
7.00	3	20.0	20.0	66.7
8.00	2	13.3	13.3	80.0
9.00	3	20.0	20.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Kelompok kontrol:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	2	13.3	13.3	13.3
2.00	3	20.0	20.0	33.3
3.00	3	20.0	20.0	53.3
Valid 4.00	2	13.3	13.3	66.7
5.00	1	6.7	6.7	73.3
6.00	3	20.0	20.0	93.3
8.00	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	1	6.7	6.7	6.7
1.00	1	6.7	6.7	13.3
2.00	2	13.3	13.3	26.7
3.00	3	20.0	20.0	46.7
Valid 4.00	2	13.3	13.3	60.0
5.00	2	13.3	13.3	73.3
6.00	3	20.0	20.0	93.3
8.00	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Lampiran 16

DISTRIBUSI FREKUENSI REGISTRASI

Kelompok perlakuan:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3.00	15	100.0	100.0	100.0

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3.00	15	100.0	100.0	100.0

Kelompok kontrol:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3.00	15	100.0	100.0	100.0

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3.00	15	100.0	100.0	100.0

Lampiran 17

DISTRIBUSI FREKUENSI PERHATIAN DAN KALKULASI

Kelompok perlakuan:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	1	6.7	6.7	6.7
1.00	1	6.7	6.7	13.3
2.00	1	6.7	6.7	20.0
Valid 3.00	1	6.7	6.7	26.7
4.00	2	13.3	13.3	40.0
5.00	9	60.0	60.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	1	6.7	6.7	6.7
Valid 2.00	1	6.7	6.7	13.3
5.00	13	86.7	86.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Kelompok kontrol:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	1	6.7	6.7	6.7
1.00	1	6.7	6.7	13.3
2.00	1	6.7	6.7	20.0
Valid 3.00	1	6.7	6.7	26.7
4.00	2	13.3	13.3	40.0
5.00	9	60.0	60.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
.00	3	20.0	20.0	20.0
Valid 3.00	2	13.3	13.3	33.3
4.00	1	6.7	6.7	40.0
5.00	9	60.0	60.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Lampiran 18

DISTRIBUSI FREKUENSI MENINGAT KEMBALI

Kelompok perlakuan:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2.00	4	26.7	26.7	26.7
3.00	11	73.3	73.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3.00	15	100.0	100.0	100.0

Kelompok kontrol:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	1	6.7	6.7	6.7
2.00	3	20.0	20.0	26.7
3.00	11	73.3	73.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2.00	4	26.7	26.7	26.7
3.00	11	73.3	73.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Lampiran 19

DISTRIBUSI FREKUENSI BAHASA

Kelompok perlakuan:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7.00	5	33.3	33.3	33.3
8.00	9	60.0	60.0	93.3
9.00	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7.00	3	20.0	20.0	20.0
8.00	6	40.0	40.0	60.0
9.00	6	40.0	40.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Kelompok kontrol:

pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4.00	1	6.7	6.7	6.7
6.00	2	13.3	13.3	20.0
7.00	1	6.7	6.7	26.7
8.00	10	66.7	66.7	93.3
9.00	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5.00	1	6.7	6.7	6.7
6.00	1	6.7	6.7	13.3
7.00	3	20.0	20.0	33.3
8.00	9	60.0	60.0	93.3
9.00	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Lampiran 20

**UJI WILCOXON
ORIENTASI PRE DAN POST KELOMPOK PERLAKUAN**

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	1 ^a	4.50	4.50
	Positive Ranks	12 ^b	7.21	86.50
	Ties	2 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-2.946 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

**UJI WILCOXON
ORIENTASI PRE DAN POST KELOMPOK KONTROL**

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	4 ^a	5.88	23.50
	Positive Ranks	7 ^b	6.07	42.50
	Ties	4 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-.884 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.377

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Lampiran 21

UJI WILCOXON
REGISTRASI PRE DAN POST KELOMPOK PERLAKUAN

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	15 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	.000 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

UJI WILCOXON
REGISTRASI PRE DAN POST KELOMPOK KONTROL

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	15 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	.000 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Lampiran 22

**UJI WILCOXON
PERHATIAN DAN KALKULASI PRE DAN POST KELOMPOK
PERLAKUAN**

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	5 ^b	3.00	15.00
	Ties	10 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-2.060 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.039

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

**UJI WILCOXON
PERHATIAN DAN KALKULASI PRE DAN POST KELOMPOK
KONTROL**

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	3 ^a	2.00	6.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	12 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-1.633 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.102

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Lampiran 23

UJI WILCOXON
MENINGAT KEMBALI PRE DAN POST KELOMPOK PERLAKUAN

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	4 ^b	2.50	10.00
	Ties	11 ^c		
	Total	15		

- a. post < pre
b. post > pre
c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-2.000 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.046

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

UJI WILCOXON
MENINGAT KEMBALI PRE DAN POST KELOMPOK KONTROL

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^b	1.00	1.00
	Ties	14 ^c		
	Total	15		

- a. post < pre
b. post > pre
c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-1.000 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Lampiran 24

UJI WILCOXON
BAHASA PRE DAN POST KELOMPOK PERLAKUAN

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	2 ^a	6.00	12.00
	Positive Ranks	9 ^b	6.00	54.00
	Ties	4 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-2.111 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.035

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

UJI WILCOXON
BAHASA PRE DAN POST KELOMPOK KONTROL

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	1 ^a	2.00	2.00
	Positive Ranks	2 ^b	2.00	4.00
	Ties	12 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-.577 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.564

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Lampiran 25

**UJI WILCOXON
FUNGSI KOGNITIF (MEMORI) PRE DAN POST KELOMPOK
PERLAKUAN**

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttes - pretes	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	14 ^b	7.50	105.00
	Ties	1 ^c		
	Total	15		

a. posttes < pretes

b. posttes > pretes

c. posttes = pretes

Test Statistics^a

	posttes - pretes
Z	-3.360 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

**UJI WILCOXON
FUNGSI KOGNITIF (MEMORI) PRE DAN POST KELOMPOK
KONTROL**

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	5 ^a	5.60	28.00
	Positive Ranks	6 ^b	6.33	38.00
	Ties	4 ^c		
	Total	15		

a. post < pre

b. post > pre

c. post = pre

Test Statistics^a

	post - pre
Z	-.465 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.642

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Lampiran 26

UJI MANN-WHITNEY TEST
FUNGSI KOGNITIF (MEMORI) KELOMPOK PERLAKUAN DAN
KONTROL

NPar Tests

Mann-Whitney Test

		Ranks		
	VAR00001	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	perlakuan	15	20.47	307.00
VAR00002	kontrol	15	10.53	158.00
	Total	30		

Test Statistics ^a	
	VAR00002
Mann-Whitney U	38.000
Wilcoxon W	158.000
Z	-3.102
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 ^b

a. Grouping Variable: VAR00001

b. Not corrected for ties.