

# SKRIPSI

**PENGARUH TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)  
ORIENTASI REALITAS TERHADAP TINGKAT FUNGSI  
KOGNITIF PADA LANJUT USIA DI UPT PELAYANAN  
SOSIAL LANJUT USIA PARE KABUPATEN KEDIRI**

**PENELITIAN *QUAST EXPERIMENT***

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

**SRI LESTARI**

**NIM : 010830357 B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**SURABAYA**

**2010**

**SURAT PERNYATAAN**

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

Surabaya, 9 Pebruari 2010

Yang Menyatakan



SRI LESTARI  
NIM : 010830357 B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL, 9 PEBRUARI 2010

Oleh

Pembimbing Ketua



**Rizki Fitriyasaki PK,Ns., MKep**  
**NIP: 132 318 820**

Pembimbing



**Elida Ulfiana, SKep.Ns**  
**NIK: 136 060 786**

Mengetahui

a.n Dekan Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Penjabat Wakil Dekan I



**Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes**  
**NIP: 197806062001122001**

**HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI**

Telah diuji  
Pada tanggal, 9 Pebruari 2010

**PANITIA PENGUJI**

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

(.....)

Anggota : 1. Rizki Fitriyasaki PK.Ns., MKep  
NIP: 132 318 820

(.....)

2. Elida Ulfiana, SKep.Ns  
NIK: 136 060 786

(.....)

Mengetahui

a.n Dekan Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Penjabat Wakil Dekan I

(.....)

Yuni Sufyanti Arief, S.Kep, M.Kes  
NIP: 197806062001122001

**MOTTO:**

**Kekuatan muncul dari kelemahan**

**Maka**

**Jangan Pantang Menyerah  
Maju Terus  
Jangan Putus Asa**

**Aku Harus**

**Berdo'a & Berusaha guna mencapai suatu cita-cita merupakan "Kinerja Diri Pribadi" Agar tercapai keberhasilan yang diharapkan**

**Maka di Butuhkan**

**Ketenangan, kedamaian yang tidak dapat diperoleh dari orang lain, namun harus kita cari dari diri masing-masing**

**Maka**

**Banyak bergaul, ambil hikmah & jadikan pengalaman**

**Surabaya, 9 Pebruari 2010**

**Sri Lestari  
NIM: 010830357 B**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK) ORIENTASI REALITAS TERHADAP TINGKAT FUNGSI KOGNITIF PADA LANJUT USIA DI UPT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA PARE KABUPATEN KEDIRI”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

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

1. Bapak Dr. Nursalam. M. Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Yuni Sufyanti Arief. S.Kp., M.Kes, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Dra. Ilonka Suksmawati, Msi, selaku Kepala dan para staf pengurus di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kediri yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan penelitian sehingga penelitian ini terlaksana dengan baik.

4. Ibu Riski Fitryasari PK, Ns., MKep selaku Pembimbing I yang telah membimbing dan memberikan pengarahan selama penyusunan skripsi.
5. Ibu Elida Ulfiana, S.Kep.Ns, selaku Pembimbing II yang telah membimbing dan memberikan pengarahan selama penyusunan skripsi.
6. Bapak Letkol Purn. Puguh Santoso dan Ibu Suhartatik, selaku orang tua dan Kakak-kakakku Mbak Erwin dan Mas Kukuh atas segala doa, cinta dan sayang telah ikhlas memberikan dukungan moril maupun materiil selama penyusunan skripsi.
7. Pak Kamid, Mbak Pipit, Mas Izza, Mas Agung atas segala bantuannya dalam pengumpulan data.
8. Rekan-rekan seperjuangan PSIK FKp Angkatan B11 Widya, Sepsi, A.Farodisi yang telah memberikan bantuan, support selama penelitian dan penyusunan skripsi ini, semoga tetap terjalin persaudaraan yang indah dan akan abadi selamanya.
9. Seluruh responden (Kakek dan Nenek di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kediri) yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam terselesaikannya skripsi ini baik suka maupun duka.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Saya menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 9 Pebruari 2010

Penulis

## ABSTRACT

### THE INFLUENCE THERAPY OF GROUP ACTIVITY ORIENT COGNITIVE FUNCTIONS LEVEL IN ELDERLY

**A Two Group Pre-and Post-Test Quasi-Experimental Study at Tresna Sosial  
Services Folk Home Elderly Pare-Kediri**

**By.: SRI LESTARI**

Aging process is a natural process that is followed with the reduction of cognitive, physical, intellectual, emosional as well social functions. This matter cause a lot of problem emerge in elderly which one of them is that is condition change existence bounce elderly which can be assessed with measuring cognate function damage that happened. Elderly is often experience of the degradation of reality energy therefore require to be given a correct therapy that is therapy of group activity orient the realita. This study was aimed to find the influence of the therapy of group activity orient the realita to cognitive functions level in elderly at Tresna Sosial Services Folk Home Elderly Pare-Kediri.

Design used in this study *quasi experimental pre-post two group design*. The population was all elderly with certain level of dependence due to cognitive level treated at Tresna Folk Home Elderly Pare-Kediri, observed to January 2010. Sample size was 20 respondents, taken according to inclusion criteria and they were divided into 2 group, 10 respondents in treatment and 10 respondents control groups recruited using purposive sampling. The independent variables in this study were therapy of group activity orient the realita, while the dependent variabel was the change cognitive level functions. Data were collected using Mini Mental State Examination through questionnaire and analyzed using by means of Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney Test with significance level of  $p < 0,05$ .

Results revealed pre-test and post-test in treatment group with significance level of  $p = 0,007$ , while that in control group was  $p = 0.180$ . It was found that therapy of group activity orient the realita is effective in affecting reduction of the cognitive level functions in elderly. Results post-and post-test in treatment and control groups with significance  $p = 0.031$ . It was there are the influence therapy of group activity orient the realita to cognitive functions level in elderly.

It can be concluded from this study that there was influence of the therapy of group activity orient the realita to cognitive functions level of elderly who lived in folk home elderly. Further involve more respondents and use therapy of group activity orient the realita regularly for improving cognitive function at elderly. There by all elderly better in maintaining active cognitive function always in exploiting time of spare for doing activity.

**Keywords:** *Elderly, therapy of group activity orient the realita, cognitive function level*



## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto .....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
<i>Abstract</i> .....	viii
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan.....	6
1.3.1 Tujuan Umum .....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat.....	7
1.4.1 Teoritis .....	7
1.4.2 Praktis.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Dasar Lansia.....	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Batasan-batasan lansia.....	8
2.1.3 Proses Menua .....	9
2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia .....	13
2.1.5 Tugas Perkembangan Lansia .....	19
2.1.6 Permasalahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	20
2.2 Konsep Dasar Kognitif.....	23
2.2.1 Pengertian.....	23
2.2.2 Struktur dan Fungsi normal <i>Central Nervous</i> <i>System(CNS)</i> pada lansia .....	24
2.2.3 Perubahan Komponen Fungsi Kognitif Pada Lansia .....	26
2.2.4 Klasifikasi Gangguan Fungsi Kognitif Pada Lansia .....	29
2.2.5 Perawatan Menjaga Potensi Otak Dalam Proses Penuaan	31
2.2.6 Pengukuran Fungsi Kognitif .....	35
2.2.7 Tahapan Ingatan .....	38
2.2.8 Cara Menghadapi Pikiran Yang Lemah.....	39
2.3 Konsep Dasar Terapi Aktifitas Kelompok.....	42
2.3.1 Pengertian Kelompok.....	42
2.3.2 Pengertian Terapi Aktifitas Kelompok .....	42

2.3.3	Tujuan Terapi Aktifitas Kelompok .....	43
2.3.4	Jenis Terapi Aktifitas Kelompok.....	44
2.3.5	Prinsip-prinsip Terapi Aktifitas Kelompok.....	45
2.3.6	Kelompok komponen-komponen.....	46
2.3.7	Model Terapi Aktifitas Kelompok .....	49
2.3.8	Tahap-tahap dalam Terapi Aktifitas Kelompok.....	51
2.4	Konsep Terapi Aktifitas Kelompok Orientasi Realitas.....	53
2.5.1	Pengertian.....	53
2.5.2	Tujuan Terapi Aktifitas Kelompok Orientasi Realitas.....	53
2.5.3	Pembagian dan Langkah-langkah Tiap Sesi.....	54
2.5	Konsep Panti Werdha.....	55
2.5.1	Pengertian.....	55
2.5.2	Keuntungan Tinggal di Panti Werdha.....	56
2.5.3	Kerugian Tinggal di Panti Werdha.....	56
2.5.4	Bimbingan di Panti Werdha.....	57
2.5.5	Jadwal Aktifitas di Panti Unit Sosial Tresna Werdha.....	57
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>		<b>61</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	61
3.2	Hipotesis Penelitian.....	63
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>		<b>64</b>
4.1	Desain Penelitian.....	64
4.2	Populasi, Sampel dan Sampling.....	65
4.2.1	Populasi .....	65
4.2.2	Sampel .....	66
4.2.3	Sampling.....	67
4.3	Identifikasi Variabel.....	67
4.3.1	Variabel Independen .....	67
4.3.2	Variabel Dependen.....	67
4.4	Definisi Operasional.....	68
4.5	Instrumen Penelitian.....	69
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	69
4.7	Prosedur Pengumpulan Data .....	69
4.8	Kerangka Kerja .....	71
4.9	Cara Analisis Data.....	72
4.10	Etika Penelitian .....	73
4.10.1	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	73
4.10.2	<i>Anonimity</i> (tanpa nama) .....	73
4.10.3	<i>Confidentiallity</i> (kerahasiaan) .....	74
4.11	Keterbatasan .....	74
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN</b>		<b>75</b>
5.1	Hasil Penelitian .....	75
5.1.1	Data Umum .....	75
5.1.2	Data Khusus .....	78

5.2 Pembahasan .....	81
5.2.1 Data Umum .....	81
5.2.2 Data Khusus .....	79
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>88</b>
6.1 Kesimpulan.....	88
6.2 Saran.....	89
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>90</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>93</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.2 Jadwal Aktivitas Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia.....	57
Tabel 4.1 Desain Penelitian .....	61
Tabel 4.2 Definisi Operasional .....	65
Tabel 5.1 Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok Orientasi Realitas terhadap tingkat fungsi kognitif pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia.....	80

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian .....	68
Gambar 4.8 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas Terhadap Tingkat Fungsi Kognitif Pada Lansia Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia .....	71
Gambar 5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia.....	76
Gambar 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia.....	77
Gambar 5.3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia.....	77
Gambar 5.4 Karakteristik responden berdasarkan lama tinggal di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia.....	78
Gambar 5.5 Karakteristik responden berdasarkan penyakit yang pernah diderita di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia.....	78
Gambar 5.6 Fungsi Kognitif Kelompok Perlakuan Pre Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia.....	79
Gambar 5.7 Fungsi Kognitif Kelompok Kontrol Post Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia .....	80

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian .....	93
Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden .....	95
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....	96
Lampiran 4 Lembar Kuesioner.....	97
Lampiran 5 Panduan Kegiatan TAK .....	101
Lampiran 6 Lembar Observasi <i>Pre- Test</i> Kelompok Perlakuan Fungsi Kognitif .....	111
Lampiran 7 Lembar Observasi <i>Post- Test</i> Kelompok Perlakuan Fungsi Kognitif .....	112
Lampiran 8 Lembar Observasi <i>Pre- Test</i> Kelompok Kontrol Fungsi Kognitif .....	113
Lampiran 9 Lembar Observasi <i>Post- Test</i> Kelompok Kontrol Fungsi Kognitif .....	114
Lampiran 10 Tabulasi Data Demografi Di Panti.....	115
Lampiran 11 Hasil Uji Statistik.....	116

## DAFTAR SINGKATAN

TAK	: Terapi Aktivitas Kelompok
MMSE	: <i>Mini Mental State Examination</i>
Lansia	: Lanjut Usia
CNS	: <i>Central Nervous System</i>
UPS	: Unit Pelayanan Sosial

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**





## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Peningkatan harapan hidup secara global beberapa dekade diikuti peningkatan jumlah populasi lanjut usia. Para lansia bukan hanya dihadapkan pada permasalahan kesehatan jasmaniah saja, tapi juga permasalahan gangguan mental dalam menghadapi usia senja. Tidak semua lansia dapat melalui proses penuaan dengan adaptif sehingga terjadi perubahan mental seperti *Intellegentia Quation, Memory* atau kognitif (Wahyudi, 2000). Lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif sering mengalami penurunan kemampuan realitas sehingga tidak lagi mengenal tempat, waktu dan orang sekitarnya. Penyebab umum dari kerusakan tersebut pada lansia karena stroke, obat, trauma sehingga fungsi kognitif lansia menjadi menurun (Stuart & Sundeen, 1998). Fungsi Kognitif merupakan kemampuan seseorang untuk menerima, mengolah, menyimpan dan menggunakan kembali semua masukan sensorik secara baik. Dampak dari penurunan fungsi kognitif dapat mempengaruhi kehidupan dan aktifitas sehari-hari, jika tidak ditangani secara tepat akan mempengaruhi kualitas hidup lansia (Soejono, 2000).

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) diharapkan dapat mempertahankan atau menstabilkan fungsi kognitif pada lansia sehingga alternatif pilihan semakin bervariasi. Salah satu model TAK yang digunakan adalah Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas untuk mengetahui fungsi kognitif. Namun efektivitas pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas dalam

mempertahankan atau menstabilkan fungsi kognitif lansia di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kediri masih belum jelas.

Di perkirakan pada tahun 2000 diseluruh dunia jumlah lanjut usia adalah  $\pm 500$  juta dengan usia rata-rata 60 tahun dan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 milyar (Wahyudi, 2000). Lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif diperkirakan terdapat 15 juta (15 %) di seluruh dunia pada usia di atas 65 tahun, jumlah ini akan meningkat dua kali setiap kenaikan umur 5 tahun. Di Indonesia sendiri terjadi *booming* lansia, sehingga disebut sebagai abad lansia (*era of population aging*). Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) di Indonesia pada tahun 2006 mencapai 18,7 juta orang (8,5%) dari jumlah penduduk Indonesia sehingga diperkirakan pada tahun 2020, jumlah lansia akan mencapai 28,28 juta jiwa atau 11,34% dari total penduduk Indonesia (Partini, 2004). Hasil survei Kesehatan Depkes RI menyatakan, fungsi kognitif pada usia 55-64 tahun mencapai 7,9%, sedangkan yang berusia di atas 65 tahun 12,3%. Angka ini diperkirakan akan semakin meningkat pada tahun-tahun mendatang (Fadilla, 2006). Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2007 jumlah lanjut usia di Jawa Timur mencapai 4.209.817 jiwa atau 11,14% dari jumlah penduduk di Jawa Timur yang tercatat 37.794.003 jiwa (Reydra, 2009). Menurut data statistik jumlah penduduk lansia di Kabupaten Kediri tahun 2008 sebanyak 6.302 jiwa dari total 972.627 jiwa. Dari data yang diperoleh di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri pada tanggal 8 sampai 22 Januari tahun 2010, menyatakan bahwa lanjut usia yang berada di Panti tersebut sebanyak 90 orang, terdiri dari 24 laki-laki dan 66 perempuan. Berdasarkan hasil uji tingkat fungsi kognitif dengan MMSE pada lanjut usia, didapatkan hasil dari 20 sampel

yang mengalami gangguan kognitif dalam berbagai tingkatan yaitu 7 orang lansia mengalami gangguan fungsi kognitif sedang dan 13 orang lansia yang mengalami gangguan fungsi kognitif berat.

Hasil penelitian tentang fungsi kognitif menunjukkan bahwa pada usia 30 tahun akan kehilangan 6-9 % setiap tahun, penurunan akan terjadi perlahan-lahan hingga usia 50 tahun, setelah itu akan lebih cepat sampai usia lanjut (Changjaya, 2001). Menurut Patricia (1996) penurunan fungsi kognitif akibat proses penuaan bervariasi antara satu orang dengan orang lain. Terdapat beberapa orang yang mengalami kerusakan fungsi kognitif diusia muda tetapi masih banyak pula yang fungsi kognitifnya baik meskipun usianya mencapai 80 tahun. Cumming dan Benson (1992) memperkirakan 39% orang berusia 50-59 tahun mengalami pikun dan pada usia lebih dari 80 tahun frekuensinya meningkat 85% dibandingkan pada usia 50-59 tahun. Hal ini terjadi berhubungan dengan proses menuanya sel-sel otak yang bekerja untuk fungsi mengingat (memori), ditunjukkan dengan ketidakmampuan lansia untuk mengenal orang disekitarnya dan orang-orang yang pernah ia kenal sebelumnya, tidak berkomunikasi secara langsung (komunikasi verbal) dengan baik, melakukan kembali kegiatan yang telah dilakukan. Keadaan tersebut mengakibatkan lansia mengalami berbagai hambatan dalam aktifitasnya sehari-hari, seperti kemampuan untuk melakukan *personal hygiene* serta berkomunikasi dengan orang lain baik secara langsung (komunikasi verbal) maupun tidak langsung (komunikasi non verbal).

Masa Lansia sering dimaknai sebagai masa kemunduran, terutama pada fungsi-fungsi fisik dan psikologis secara progresif, karena terjadi perubahan pada lapisan otak akibatnya fungsi otak pada lansia akan menurun secara fisik dan

mental (Hermana, 2008). Dampak gangguan fungsi kognitif misalnya gangguan memori atau penurunan daya ingat, apraksia atau ketidakmampuan untuk melakukan gerakan motorik dan sensorik, agnosia atau ketidakmampuan untuk mengenali atau mengidentifikasi benda meskipun fungsi sensoriknya utuh, gangguan fungsi eksekutif atau gejala yang sering dijumpai pada demensia dan resiko cedera (Wahyudi, 2000).

Fungsi kognitif pada lansia selama berada dipanti dapat ditingkatkan melalui berbagai kegiatan-kegiatan antara lain aktifitas yang bersifat menghibur seperti menari, berdansa maupun bernyanyi dengan menggerakkan anggota badan dan membuat kerajinan tangan dengan kegiatan tersebut membantu stimulasi otak secara dinamis, olah raga secara rutin sesuai dengan kemampuan untuk meningkatkan kesegaran jasmani, seperti berjalan kaki dengan intensitas dan waktu yang tidak berlebihan, senam yang sesuai dengan kondisi lansia. Permainan yang membutuhkan konsentrasi seperti teka teki silang, puzzle. Pengenalan dan pemahaman sastra misalnya membaca puisi, majalah (Mardjono, 2002).

Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama. Aktivitas digunakan sebagai terapi dan kelompok digunakan sebagai target asuhan. (Stuart & Laraia, 2001). Suatu kegiatan kelompok dimana terjadi interaksi antara satu dengan yang lain, saling mempengaruhi dan terjalin satu persetujuan norma kelompok yang dialami bersama. Dalam kelompok akan terbentuk suatu sistem sosial terjadi interaksi, interelasi, interdependensi dan saling membagi tujuan dan norma yang sama (Stuart & Laraia, 2001). Peran perawat/ terapis tersebut terutama adalah bertindak

sebagai leader, fasilitator, evaluator, dan motivator. Terapi aktifitas kelompok orientasi realitas adalah suatu upaya atau terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus dan terkait dengan pengalaman atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan atau alternatif penyelesaian masalah (Keliat, 2004).

Terapi Aktivitas Kelompok dapat efektif dalam melatih lansia untuk mengorientasikan keadaan nyata yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan atau tempat dan waktu yang pernah dialami. Kemampuan mengorientasi klien setelah akhir tiap sesi dievaluasi dan dilakukan sampai 3 sesi. Dengan proses ini diharapkan respons lansia terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Peran terapi aktifitas kelompok dalam penilaian fungsi kognitif diharapkan dapat bermanfaat secara efektif terhadap berbagai masalah klinik untuk semua rentang usia. Hal ini bisa diterapkan pada anak, dewasa, keluarga baik secara kelompok atau individual. Secara umum terapi aktifitas kelompok meliputi berbagai teknik dengan tujuan untuk meningkatkan aktivitas yang diharapkan, menurunkan perilaku yang tidak dikehendaki, meningkatkan rekreasi, dan memberi kesempatan dalam kemampuan sosial (Kirana, 2009). Berdasarkan uraian data dan fakta diatas, maka peneliti ingin menggunakan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas untuk mengetahui tingkat fungsi kognitif pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kediri.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada pengaruh terapi aktivitas kelompok (TAK) orientasi realitas terhadap tingkat fungsi kognitif pada lanjut usia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kabupaten Kediri ?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) orientasi realitas terhadap tingkat fungsi kognitif pada lanjut usia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kabupaten Kediri

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi tingkat fungsi kognitif sebelum terapi aktivitas kelompok (TAK) orientasi realitas pada lanjut usia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kabupaten Kediri
2. Mengidentifikasi tingkat fungsi kognitif sesudah terapi aktivitas kelompok (TAK) orientasi realitas pada lanjut usia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kabupaten Kediri
3. Menganalisis pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) orientasi realitas terhadap perubahan tingkat fungsi kognitif pada lanjut usia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kabupaten Kediri

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat mengidentifikasi pengaruh terapi aktifitas kelompok (TAK) mengenai fungsi kognitif pada lanjut usia sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan lanjut usia.

### **1.4.2 Praktis**

#### **1. Bagi Lansia**

Sebagai terapi tambahan yang digunakan untuk mengatasi gangguan kognitif yang dialami lansia sehingga lansia dapat menjaga fungsi kognitifnya

#### **2. Bagi Peneliti**

Peneliti dapat mengaplikasikan ilmunya selama pendidikan untuk menganalisa masalah yang ada dan mencari solusi terhadap masalah yang ada terutama memakai terapi aktivitas kelompok untuk mengetahui tingkat fungsi kognitif pada lansia serta memberikan masukan informasi untuk penelitian selanjutnya

#### **3. Bagi Profesi Keperawatan**

Memberi masukan bagi profesi keperawatan dalam hal perencanaan dan perkembangan tindakan dalam keperawatan gerontik sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan pada lanjut usia

#### **4. Bagi Panti Werdha**

Pada pihak pengurus panti dari hasil penelitian ini memberikan informasi sehingga dapat dilakukan langkah-langkah pencegahan, penanganan bagi lanjut usia yang mengalami proses penuaan yang dapat mempengaruhi kemampuan pada fungsi kognitifnya sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup lanjut usia

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**





## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan tentang konsep dasar lansia, konsep dasar kognitif, konsep dasar terapi aktifitas kelompok, konsep dasar terapi aktifitas kelompok orientasi realitas, konsep dasar panti werdha.

#### 2.1 Konsep Dasar Lanjut Usia

##### 2.1.1 Pengertian Lanjut Usia

Menurut Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada BAB I pasal 1 ayat 2 "lanjut usia (*old age*) yang dimaksud dengan lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas" (Nugroho, 2000).

Menurut Constantinides (1994) dalam Roger (2003) definisi lansia adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita .

##### 2.1.2 Batasan Lansia

Menurut Darmajo & Martono (2000) Pengertian usia ada dua, yaitu usia kronologis dan usia biologis usia kronologis adalah usia menurut kalender dalam pengertian ini adalah kelompok usia tua muda (60-70 tahun), tua (76-80), dan sangat tua (81 tahun keatas). Sedangkan usia biologis ditentukan oleh kondisi otak. berkaitan dengan usia biologis ini, ada orang berusia 50 tahun mulai pikun, sebaliknya ada orang sangat tua tapi masih punya daya pikir yang tajam.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengenai batasan Lanjut usia meliputi (Nugroho, 2000):

1. Usia pertengahan (*Middle Age*), yaitu antara usia 45 - 59 tahun
2. Usia lanjut (*Elderly*), yaitu antara usia 60 – 70 tahun
3. Usia lanjut tua (*old*), yaitu antara usia 75 – 90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*), yaitu antara usia diatas 90 tahun

### 2.1.3 Proses Menua

Pada hakekatnya menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu masa anak, masa dewasa dan masa tua (Nugroho, 2000). Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki masa tua berarti mengalami perubahan secara fisik maupun psikis. Perubahan-perubahan tersebut antara lain:

#### 1. Biologis

##### 1) Teori Genetik Dan Mutasi (*Somatic Mutatie Theory*).

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokomia yang diprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi sebagai contoh mutasi dari sel-sel kelamin (terjadi penurunan fungsi sel) (Nugroho, 2000).

##### 2) Reaksi Dari Kekebalan Sendiri (*Auto Immune Theory*).

Menurut Goldteris & Brocklehurst (1989) dalam Nugroho (2000) *Auto Immune Theory* yaitu didalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

### 3) Teori Radikal Bebas.

Radikal bebas terbentuk dalam bebas, tidak stabilnya kelompok radikal bebas (kelompok atom oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein sehingga sel-sel tidak dapat regenerasi (Nugroho, 2000)

## 2. Psikologis

Menurut Kuntjoro (2002) mengenai perubahan-perubahan psikologi yang terjadi pada lansia terdiri dari:

### 1) Fungsi kognitif

Adapun perubahan komponen fungsi kognitif pada lansia antara lain :

#### (1)Kemampuan Belajar (*learning*)

Lanjut usia yang sehat dalam arti tidak mengalami demensia atau gangguan alzheimer, masih mampu memiliki kemampuan belajar yang baik. Hal ini sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup bahwa manusia itu memiliki kemampuan untuk belajar sejak dilahirkan sampai akhir hayat. Kemampuan belajar individu dipengaruhi motivasi, sikap dan persepsi. Lansia akan belajar dengan baik jika mereka senang dengan apa yang dipelajari.

#### (2)Kemampuan pemahaman (*comprehension*)

Pada lansia menangkap pemahaman atau menangkap pengertian dipengaruhi oleh fungsi pendengarannya. Secara umum terdapat penurunan kecepatan dalam mencapai kesimpulan.

### (3) Kinerja (*performance*)

Pada lansia yang sangat tua akan terlihat penurunan kinerja baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Penurunan itu bersifat wajar sesuai perubahan organ-organ biologis maupun perubahan yang bersifat patologis.

### (4) Pemecahan Masalah (*Problem solving*)

Pada lansia banyak hal yang dulunya mudah dapat dipecahkan menjadi terhambat karena terjadi penurunan indra pada lansia, penurunan daya ingat, penurunan kecepatan pemahaman dan lain-lain yang berakibat pemecahan masalah menjadi lebih lama serta terjadi penurunan kemampuan mengorganisasi, lebih berhati-hati dan tidak mau mengambil resiko serta tidak mau mengambil resiko dan kurang suka terhadap perubahan strategi.

### (5) Daya Ingat (*memory*)

Pada lansia daya ingat merupakan salah satu fungsi kognitif yang sering awal mengalami penurunan.

### (6) Motivasi

Motivasi dapat bersumber dari fungsi kognitif dan fungsi afektif pada lansia untuk mencapai sesuatu cukup besar, namun kurang cukup memperoleh dukungan kekuatan fisik maupun psikologis.

### (7) Kebijakan

Orang lansia diidentifikasi dengan orang yang bijaksana atau orang yang keras mentalnya (kaku dan berpendirian kuat) Perubahan pada lansia tergantung dari pribadi masing-masing lansia. Apabila kekerasan

mental terjadi selama usia madya (45-59 tahun) akan cenderung bertambah pada lansia.

#### (8) Intelengensi

Umumnya tidak ada penurunan karena proses penuaan. Perubahan fungsi mental terjadi karena proses penyakit terutama perubahan vaskuler. Kemunduran fungsi kognitif biasanya bisa dilihat dari penampilan, kemampuan menyelesaikan masalah dan kemampuan mengorganisasi.

#### 2) Afektif

Fungsi *afektif* (emosi atau perasaan) adalah fenomena kejiwaan yang dihayati secara subyektif sebagai sesuatu yang menimbulkan kesenangan dan atau kesedihan terdiri dari Biologis seperti perasaan indra (panas, pahit), perasaan vital (lapar, haus), perasaan naluriah (sayang, cinta, takut) dan psikologis seperti perasaan diri, etis, estetis, intelek, religius. Pada lansia tetap berfungsi baik penurunan sering kali afeksi biologis akibat penurunan fungsi organ fisik

#### 3) Konatif (psikomotor)

Konatif adalah fungsi psikis yang melaksanakan tindakan dari apa yang telah diolah melalui proses pikir dan perasaan atau kombinasinya sehingga mendorong berkehendak yang disadari atau tidak. Pada lansia dorongan dan kemauan masih kuat tetapi kadang realisasinya tidak dapat terlaksana karena fungsi organ mengalami penurunan sehingga kemampuan *Activities of Daily Living* (ADL) menjadi tergantung.

#### 4) Kepribadian

Perkembangan kepribadian bersifat dinamis selama individu masih tetap belajar, dan bertambah pengetahuan, pengalaman, serta ketrampilannya, ia semakin matang dan mantap. Pada Lansia sehat kepribadian tetap berfungsi baik, kecuali mereka yang mengalami masalah kesehatan jiwa

### 3. Sosial

#### 1) *Activity Theory*

Menurut Nugroho (2000) mengenai *activity theory* terjadi penurunan jumlah kegiatan, bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial, Ukuran optimal (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia, mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lansia.

#### 2) Teori Pembebasan (*Disengagement theory*)

Menurut Cumming & Hendry (1961) dalam Nugroho (2000) teori ini menyatakan bahwa bertambahnya usia berangsur-angsur melepaskan diri dari pergaulan diri disekitarnya sehingga mengakibatkan interaksi sosial lansia menurun kualitas dan kuantitas maka terjadi kehilangan ganda (*triple loos*), yakni kehilangan peran, hambatan kontak sosial, berkurangnya komitmen.

### 2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

#### 1. Perubahan Fisiologis

Menurut Roger (2003) perubahan fisiologis lansia meliputi:

### Keadaan Umum

Penurunan secara progresif proses fisiologis akibat keseimbangan yang mudah rusak dan gangguan mempertahankan homeostasis. Adanya stressor fisik dan emosi menyebabkan lansia mudah terserang penyakit karena penurunan fungsi fisiologis. Lansia lebih banyak menggunakan istirahat dari pada beraktifitas.

### 2) Integumen

Keriput, kerut, kendur, penurunan elastisitas, kering sebagai akibat kurang cairan dan menurunnya jaringan subkutan atau lemak, degenerasi kolagen dan elastin, warna rambut menjadi abu-abu.

### 3) Muskuluskeletal

Otot atropi, elastisitas dan kekuatan menurun, kepadatan dan masa tulang menurun, sendi cenderung mengeras dan hilang fleksibilitas, gerakan melambat dan sikap tubuh membungkuk, tinggi badan berkurang dampak memendeknya vertebra.

### 4) Neurologi

Respon susunan saraf pusat (SSP), kognitif, perilaku mengalami kelambatan reflek dan koordinasi menurun akibat jumlah sel neuron menurun, termoregulasi dan persepsi nyeri menurun, dan tidur malam memendek dan mudah terbangun, tidur siang sebentar.

### 5) Penginderaan

Lensa kehilangan elastisitas, gerak mata menurun, pendengaran menurun, perubahan keseimbangan dan ekuilibrium, penurunan sensasi rasa, penurunan persepsi bau, jumlah nerves ending menurun.

#### 6) Kardiovaskuler

Penurunan elastisitas pembuluh darah, kaku, sering terjadi *fatty plaque*, peningkatan tekanan darah, penurunan heart rate dan cardiac output, kemampuan sel absorpsi oksigen menurun

#### 7) Gastrointestinal

Sekresi cairan digesti berkurang, absorpsi menurun. Kebiasaan makan berubah dan tidak nyaman penurunan peristaltik, dapat terjadi konstipasi.

#### 8) Genitourinary

Sirkulasi ginjal menurun, 30-50% jumlah nefron menurun, 20% berat ginjal menurun, kapasitas bladder menurun, pengosongan lebih sering, dan kontrol spincter otot menyebabkan stress inkontenensia.

#### 9) Respirasi

Elastisitas paru menurun, penurunan jumlah alveoli dan kemampuan difusinya, dispnue terutama fase ekspirasi, penurunan ukuran dinding dada akibat kifosis atau osteoporosis sehingga sulit bernafas dalam.

#### 10) Reproduksi

Pada pria terjadi pembesaran kalenjar prostat, pada wanita terjadi masa menopause. Produksi estrogen dan progesteron menurun drastis, uterus dan ovarium mengecil, vagina memendek dan menipis, payudara mengecil dan lunak. Peningkatan resiko aterosklerosis, osteoporosis dan penyakit jantung, serta atropi, penurunan sekresi, melemahnya track genetalia.

## 2. Perubahan Psikososial

Menurut Nugroho (2000) perubahan psikososial pada lansia yaitu:



- 1) Pensiun, bila seseorang pensiun (purna tugas) ia akan mengalami kehilangan-kehilangan antara lain kehilangan finansial, pendapatan (income) berkurang, kehilangan status, kehilangan teman atau relasi, kehilangan pekerjaan atau kegiatan.
- 2) Merasakan atau sadar akan kematian (*Sense of Awareness of Morality*). Pada masa ini lansia akan merasakan atau sadar bahwa seseorang itu akan mengalami kematian dan akan kehilangan pasangan, teman, keluarga.
- 3) Perubahan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*Economic Deprivation*). Terjadi setelah lansia pensiun maka untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari menjadi berkurang sedangkan masih ada kebutuhan lain yang dibutuhkan seperti kebutuhan untuk biaya kesehatan, kebutuhan untuk keluarga, anak, cucu, perbaikan rumah.
- 4) Perubahan dalam cara hidup, yaitu bergerak lebih sempit. Sebelumnya atau sewaktu muda dapat beraktifitas, bersosialisasi dengan bebas setelah lansia frekuensi untuk beraktifitas, bersosialisasi dan melakukan kegiatan lainnya mengalami perubahan karena berbagai faktor dan kondisi fisik lansia.
- 5) Penyakit kronis dan ketidakmampuan. Timbulnya berbagai penyakit kronis yang terjadi karena faktor degeneratif, semakin bertambah parahnya penyakit sampai timbul komplikasi, adanya pola hidup atau gaya hidup sehari-hari yang tidak sehat sebelumnya atau waktu muda dahulu yang dapat memperburuk kondisi kesehatan sehingga lansia tidak mampu melakukan aktifitas sehari-hari.
- 6) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, seperti perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri. Adanya proses degeneratif yang

mempengaruhi kondisi fisik yaitu dimana tulang makin rapuh, terjadi kifosis, tendon mengkerut, mengalami sklerosis disamping itu terjadi atrofi sehingga bergerak menjadi lamban.

### 3. Perkembangan Spritual

Menurut Nugroho (2000) perkembangan spiritual lansia terdiri dari:

- 1) Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya (Maslow,1970).
- 2) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam kehidupan sehari-hari (Murray dan Zentner, 1978).
- 3) Perkembangan spritual pada usia 70 tahun adalah *universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berfikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan keadilan (Flower, 1978).

### 4. Perubahan mental

Perubahan mental yang terjadi pada lansia, yaitu ;

- 1) Gangguan memori atau penurunan daya ingat

Dalam bentuk ketidakmampuan untuk belajar tentang hal-hal baru, atau lupa akan hal-hal yang baru saja dikenal, dikerjakan, atau dipelajari. Sebagian penderita demensia mengalami kedua jenis gangguan memori tersebut diatas. Pada tingkat lanjut, gangguan memori menjadi semakin berat sehingga penderita lupa akan identitasnya sendiri.

- 2) Apraksia adalah ketidakmampuan untuk melakukan gerakan meskipun gerakan motorik, fungsi sensorik, dan pengertian yang diperlukan tetap

baik. Penderita dapat mengalami kesulitan dalam menggunakan benda tertentu atau melakukan gerak yang telah dikenali.

3) Agnosia adalah ketidakmampuan untuk mengenali atau mengidentifikasi benda meskipun fungsi sensoriknya utuh. Demikian pula, meskipun sensasi taktilnya utuh, penderita tidak mampu mengenali benda yang diletakkan di atas tangannya atau yang disentuhnya.

#### 4) Gangguan fungsi eksekutif

Gejala yang sering dijumpai pada demensia. Gangguan ini mempunyai kaitan dengan ganggana di lobus frontalis atau jaras-jaras subkortikal yang berhubungan dengan lobus frontalis. Fungsi eksekutif melibatkan kemampuan berpikir abstrak, merencanakan, mengambil inisiatif, membuat urutan, memantau, dan menghentikan kegiatan yang kompleks

#### 5) Gangguan kognitif

Dalam bentuk kesulitan menyebutkan nama orang atau benda. Penderita afasia berbicara samar-samar atau terkesan hampa, dengan ungkapan kata-kata yang panjang, dan menggunakan istilah-istilah yang tidak menentu. Bahasa lisan dan tulisanpun terganggu pada demensia tahap lanjut, penderita dapat menjadi bisu atau mengalami gangguan pola bicara yang dicirikan oleh *ekolalia* (menirukan apa yang dia dengar).

Menurut Wirakusumah (2000) faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu :

#### 1) Faktor Kepribadian

Seseorang yang ambisius, merasa dikejar-kejar oleh tugas dan selalu berambisi harus lebih maju, umumnya saat memasuki usia lanjut

cenderung gelisah, mudah stress, frustrasi, was-was, dan merasa diremehkan.

## 2) Faktor Sosial

Sikap sosial yang kurang baik seringkali mengakibatkan penyesuaian diri yang negatif pada lansia. Konsep diri yang dikembangkan atau perubahan mental terjadi cenderung psikopat, depresi dan paranoid.

## 3) Faktor Budaya

Budaya buruk dengan sikap mandiri dan individual yang sangat menonjol seringkali memandang lansia sebagai kelompok yang kurang menyenangkan dan menjadi beban, akibatnya perubahan-perubahan mental pada lansia cenderung negati.

### 2.1.5 Tugas Perkembangan Lansia

Tugas perkembangan menurut Havighurst dalam Hurlock (1999) yaitu:

#### 1. Menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan.

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia, seperti perubahan fisiologis, mental, dapat mengakibatkan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan. Lansia yang maladaptif biasanya tidak dapat menyesuaikan diri dengan keadaannya maka diperlukan suatu terapi atau tindakan agar menjadi adaptif.

#### 2. Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya pendapatan keluarga.

Masa pensiun merupakan masa dimana lansia mulai kehilangan finansial atau berkurangnya pendapatan keluarga. Ada lansia yang membuka usaha

baru untuk menambah pendapatan dan ada pula yang hanya mengandalkan hasil pensiunnya.

3. Menyesuaikan diri dengan kematian orang-orang terdekat.

Pada masa ini lansia akan merasakan atau sadar bahwa seseorang itu akan mengalami kematian dan akan kehilangan pasangan, teman, keluarga.

4. Membentuk hubungan dengan orang-orang yang seusia.

Pada masa ini lansia akan membentuk suatu kelompok dengan tujuan tertentu yang terjadi setelah masa pensiun karena kurangnya aktifitas, sehingga untuk mengisi waktu dengan mengadakan suatu acara dengan orang-orang seusianya.

5. Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan.

Beraktifitas atau berolah raga secara rutin seperti mengikuti senam yang dapat meningkatkan kebugaran dan kesehatan seperti senam jantung sehat, senam relaksasi bagi lansia yang dilakukan secara rutin.

6. Menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes.

Sikap sosial yang adaptif dimana lansia dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya sebaliknya jika kurang baik seringkali mengakibatkan penyesuaian diri yang maldaptif pada lansia.

### 2.1.6 Permasalahan Yang Terjadi Pada Lansia

Berbagai permasalahan yang berkaitan dengan pencapaian kesejahteraan lanjut usia, antara lain: (Setiabudhi, T. 1999 : 40-42)

1. Permasalahan umum

- 1) Makin besar jumlah lansia yang berada dibawah garis kemiskinan.

Jumlah lansia yang cenderung meningkat dimana pada masa ini lansia terjadi perubahan dan penurunan fungsi tubuh secara degeneratif, sehingga tidak mampu lagi untuk bekerja secara optimal. Lansia yang tidak mampu bekerja dengan jumlah yang besar mengakibatkan banyaknya jumlah lansia yang berada dibawah garis kemiskinan karena lansia sudah tidak produktif lagi dalam melakukan pekerjaan.

- 2) Makin melemahnya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan , dihargai dan dihormati.

Dalam keluarga yang ada lansia, biasanya lansia tersebut sering diabaikan oleh keluarganya. Hal ini disebabkan karena adanya kesibukkan atau kegiatan di luar rumah yang memerlukan banyak waktu sehingga tidak sempat untuk memberi perhatian pada lansia.

- 3) Lahirnya kelompok masyarakat industri.

Adanya kelompok masyarakat industri mengakibatkan timbul berbagai masalah kesejahteraan lansia.

- 4) Masih rendahnya kuantitas dan kulaitas tenaga profesional pelayanan lanjut usia.

Lansia di masyarakat keberadaannya masih kurang diperhatikan oleh pemerintah, hal ini terlihat dalam memberikan pelayanan pada lansia masih rendah karena kurangnya tenaga profesional. Maka perlu di tambahkan jumlah tenaga profesional agar dapat meningkatkan kualitas hidup lansia.

- 5) Belum membudaya dan melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan lansia.

Untuk menyelesaikan masalah lansia tentang kesejahteraannya masih kurang karena kurangnya informasi mengenai lembaga kesejahteraan lansia.

2. Permasalahan khusus :

1) Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental maupun sosial. Masalah yang timbul pada perubahan fisik misalnya sistem muskuloskeletal terjadi atropi pada otot, elastisitas dan kekuatan menurun, kardiovaskuler terjadi hipertensi. Perubahan mental terjadi masalah pada kognitifnya, depresi. Masalah sosial seperti dikucilkan oleh masyarakat karena sudah tidak produktif lagi.

2) Berkurangnya integrasi sosial lanjut usia.

Masyarakat kurang memperhatikan keberadaan lansia yang mengakibatkan Integrasi sosial pada lansia berkurang.

3) Rendahnya produktifitas kerja lansia.

Rendahnya produktifitas kerja lansia karena adanya proses degeneratif dan terjadi perubahan tubuh pada lansia sehingga produktifitas kerja menjadi rendah.

4) Banyaknya lansia yang miskin, terlantar dan cacat.

Lansia yang tidak memiliki sumber penghasilan tetap, tidak ada keluarga yang mengurusnya dan menanggung biaya hidup maka lansia tersebut akan terlantar sehingga untuk mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari tidak mencukupi karena lansia sudah kurang bahkan tidak produktif lagi dalam bekerja.

- 5) Berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistik.

Lansia cenderung individual karena merasa sudah mampu mandiri dalam mengatur kehidupannya.

- 6) Adanya dampak negatif dari proses pembangunan yang dapat mengganggu kesehatan fisik lansia.

Dibangunnya pembangunan-pembangunan yang semakin bertambah misalnya pembangunan gedung-gedung bertingkat untuk kantor-kantor, tempat perbelanjaan, tempat-tempat hiburan yang tidak memperhatikan kondisi lingkungan sekitarnya dapat berakibat mengganggu kondisi fisik masyarakat terutama pada anak-anak dan lansia.

## **2.2 Konsep Dasar Gangguan Kognitif**

### **2.2.1 Pengertian**

Menurut Luggen (1996) fungsi kognitif adalah suatu kapasitas intelektual untuk memahami dan merespon kejadian-kejadian di dunia. Sedangkan menurut Darmojo (2000) kognitif lebih mempermasalahkan pada informasi dan intelektual.

Kognitif adalah sesuatu yang berhubungan dengan atau melibatkan kegiatan atau proses memperoleh pengetahuan (termasuk kesadaran, perasaan dan lain sebagainya) atau usaha mengenali sesuatu pengalaman sendiri berdasarkan kepada pengetahuan faktual yang empiris (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1990 : 597).



### 2.2.2 Struktur dan fungsi normal *Central Nervous System* (CNS) pada lansia

*Central Nervous System* merupakan sistem kompleks yang bertugas menerima dan memproses informasi yang dikirim dari lingkungan melalui jalur *peripheral* dan *automatic sensory*. Tugas utamanya untuk menginterpretasi informasi secara tepat dan bereaksi secara langsung dalam memberikan respon sesuai kebutuhan (Luggen, 1996). Selain itu *Central Nervous System* membawa pesan dari otak keseluruh area tubuh yang berbeda dimana aksi ini dilakukan secara bersamaan secara efektif. Ketika terjadi perubahan fisiologis jaringan otak berkaitan dengan kerusakan kognitif, otak tidak dapat menerima pesan, meskipun CNS masih utuh. Tetapi otak mempunyai *plasticity*, jadi ketika satu area otak rusak maka area lain dapat mengorganisasi dan mengkompensasi terhadap kerusakan (Stuart and Sundeen, 1998).

Kerusakan kognitif terjadi terutama di area *cerebral cortex* dan sistem *limbik*. *Cerebral cortex* bertugas sebagai pusat informasi dari otak, menerima, menangkap dan memproses informasi yang kemudian menjadi acuan untuk membuat keputusan. Fungsi gerak yang disengaja dibawah perintah *cerebral cortex*. Memori, recall, fungsi visuospasial dan kemampuan untuk mengkalkulasi serta mengkonstruksi data dan kompleks menjadi sebuah pengertian dikoordinasi oleh fungsi *cerebral cortex*. Kerusakan dari *cerebral cortex* menyebabkan kerusakan bahasa. Fungsi *cerebral cortex* yang sangat kompleks di otak mengatur integritas aktifitas mental yang terdiri dari persepsi, berpikir, berbicara, pemahaman dan pendengaran. Unsure-unsur tersebut mempunyai tuga penting dalam komunikasi. Ketika kehilangan kemampuan berkomunikasi kemampuan individu untuk mengerti maksud orang lain akan terhambat. Dari perspektif

tingkah laku fungsi *cerebral cortex* bersama-sama mengkoordinasi sebagai pengorganisasian konseptual dari informasi. *Cerebral cortex* bertugas untuk menggabungkan dan menginterpretasi data tentang dunia, membuat observasi, pemecahan masalah dan membuat kesimpulan yang valid (Stuart and Sundeen, 1998).

*Limbik* sistem meregulasi emosi, memori dan penggerak dasar untuk agresi makan dan sex. Pasien dengan kerusakan sistem *limbik* menunjukkan gangguan personaliti yang signifikan. Mereka mempunyai kontrol yang lemah untuk mengekspresikan emosinya. Beberapa menjadi labil dan sengaja menangis, pendiam dan pemarah. Pasien dengan gangguan sistem *limbik* menunjukkan kontrol yang lemah terhadap sex dan ekspresi marah (Stuart and Sundeen, 1998).

Intelegensi, memori, kemampuan untuk belajar dan personaliti normalnya tidak terjadi perubahan pada lansia. Genetik, kondisi lingkungan, perubahan fisik akibat proses penyakit lebih mungkin sebagai penyebabnya daripada proses ketuaan. Secara umum sel saraf tidak dapat diperbaiki kembali jika ada kerusakan. Kerusakan pada sel otak akan berakibat kerusakan permanen pada beberapa atau semua fungsi mental. Penyebab umum dari kerusakan tersebut pada lansia karena stroke, obat, trauma dan kerusakan degeneratif ini menyebabkan kerusakan permanen organik otak pada semua lansia (Stuart and Sundeen, 1998).

Perubahan normal *Central Nervous System* pada lansia antara lain (Luggen, 1996) :

1. Otak mengalami gangguan *neurochemical*, struktur dan neuropsikologi.
2. Perubahan memori antara lain :
  - 1) Lupa secara spesifik detail dan nama seseorang tetapi akan ingat kemudian.

- 2) Mampu untuk belajar materi baru tetapi punya kesulitan untuk memasukkan informasi.
  - 3) Kerusakan memori tidak mempengaruhi aktifitas sehari-hari.
3. Tidak ada perubahan klinis dalam tingkah laku dan personaliti.

### **2.2.3 Perubahan Komponen Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia**

Fungsi kognitif pada lanjut usia mengalami beberapa perkembangan antara lain (Mardjono, 2002) :

#### **1. Kemampuan Belajar (*Learning*)**

Lanjut usia yang sehat dalam arti tidak mengalami demensia atau gangguan Alzheimer, masih memiliki kemampuan belajar yang baik. Hal ini sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup bahwa manusia itu memiliki kemampuan untuk belajar sejak dilahirkan sampai akhir hayat. Kemampuan belajar individu dipengaruhi oleh motivasi, sikap dan persepsi. Lanjut usia akan belajar dengan baik jika mereka merasa senang dengan apa yang dipelajari.

#### **2. Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*)**

Pada lanjut usia kemampuan pemahaman atau menangkap pengertian dipengaruhi oleh fungsi pendengarannya. Secara umum terdapat penurunan kecepatan dalam mencapai kesimpulan.

#### **3. Kinerja (*Performance*)**

Pada lanjut usia yang sangat tua memang akan terlihat penurunan kinerja baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Penurunan itu bersifat wajar sesuai dengan perubahan organ-organ biologis maupun perubahan yang bersifat patologis.

#### 4. Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)

Pada lanjut usia masalah-masalah yang dihadapi tentu semakin banyak. Banyak hal yang dulunya mudah dapat dipecahkan menjadi terhambat. Hambatan tersebut berasal dari penurunan fungsi indera pada lanjut usia, penurunan daya ingat, penurunan kecepatan pemahaman dan lain-lain, yang berakibat pemecahan masalah menjadi lebih lama. Perbedaan pemecahan masalah antara lanjut usia dengan orang muda antara lain lanjut usia suka memecahkan masalah berdasarkan pengalamannya bukan dengan hipotesa, terjadi penurunan kemampuan megorganisasi, lebih berhati-hati dan tidak mau mengambil resiko serta kurang suka terhadap perubahan strategi.

#### 5. Daya Ingat (*Memory*)

Daya ingat adalah kemampuan psikis untuk menerima, memproses, menyimpan dan menghadirkan kembali rangsangan atau peristiwa yang pernah dialami seseorang. Pada lanjut usia daya ingat merupakan salah satu fungsi kognitif yang seringkali paling awal mengalami penurunan. Lansia yang mengalami gangguan yang terjadi adalah mereka tidak dapat mengingat peristiwa atau kejadian yang baru dialami akan tetapi hal-hal yang telah lama terjadi, masih diingat. Keadaan ini sering menimbulkan salah paham dalam kehidupan sehari-hari. Oleh sebab itu dalam proses pelayanan terhadap lansia perlu dilakukan suatu terapi untuk mengoptimalkan fungsi kognitinya. Salah satu terapi yang digunakan untuk meningkatkan fungsi kognitif yaitu dengan memberikan terapi aktifitas kelompok (TAK) orientasi realitas yang meliputi pengenalan orang, tempat dan waktu. Diharapkan setelah dilakukan terapi ini

dapat diketahui lansia yang tidak mengalami gangguan fungsi kognitif dan yang mengalami gangguan fungsi kognitif sedang dan berat.

#### 6. Motivasi

Motivasi adalah fenomena kejiwaan yang mendorong seseorang untuk bertingkah laku demi mencapai sesuatu yang diinginkan atau yang dituntut oleh lingkungannya. Motivasi dapat bersumber dari fungsi kognitif dan fungsi afektif. Pada lanjut usia motivasi baik kognitif maupun afektif untuk mencapai sesuatu cukup besar, namun motivasi seringkali kurang memperoleh dukungan kekuatan fisik maupun psikologis.

#### 7. Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan pada lanjut usia seringkali lambat atau seolah-olah terjadi penundaan. Pengambilan keputusan termasuk dalam proses pemecahan masalah berdasarkan data yang terkumpul kemudian dianalisa, dipertimbangkan dan dipilih alternatif.

#### 8. Kebijaksanaan

Kebijaksanaan adalah aspek kepribadian yang merupakan kombinasi dari aspek kognitif, afektif dan konatif. Kebijaksanaan menggambarkan sifat dan sikap individu yang mampu mempertimbangkan antara baik dan buruk serta untung ruginya sehingga dapat bertindak secara adil bijaksana. Orang lansia diidentifikasi dengan orang yang bijaksana atau orang yang keras mentalnya (kaku dan berpendirian kuat). Perubahan pada lanjut usia tergantung dari pribadi masing-masing lanjut usia. Apabila kekerasan mental terjadi selama usia madya (45-59 tahun) akan cenderung bertambah pada orang lanjut usia.

## 9. Intelegensi

Pada umumnya tidak ada penurunan karena proses penuaan. Perubahan fungsi mental yang terjadi disebabkan oleh proses penyakit terutama perubahan vaskuler. Kemunduran fungsi kognitif biasanya dilihat dari penampilan, kemampuan menyelesaikan masalah dan kemampuan mengorganisasi (Luggen, 1996).

### 2.2.4 Klasifikasi Gangguan Fungsi Kognitif

Klasifikasi Gangguan Fungsi Kognitif dalam DSM-IV adalah :

#### 1. Delirium

Delirium adalah gangguan akut yang dicirikan dengan kerusakan kognitif, defisit atensi (perhatian), dan berkurangnya tingkat orientasi (misalnya: kemampuan berkaitan dengan waktu, tempat dan orang).

- 1) Delirium akibat kondisi medis umum. Berbagai kondisi medis yang berbeda dapat berkaitan dengan delirium (lihat II.A).
- 2) Delirium akibat zat dibuktikan dengan riwayat penggunaan zat, pemeriksaan fisik atau laboratorium dan hasil pemeriksaan diagnostik.
- 3) Delirium akibat berbagai etiologi (misal; beberapa kondisi medis yang berbeda atau gabungan penggunaan zat dan kondisi medis).
- 4) Delirium nonspesifik bila tidak cukup bukti untuk menentukan etiologi yang definitif.

#### 2. Demensia

Demensia adalah gangguan progresif kronik yang dicirikan dengan kerusakan berat pada proses kognitif dan disfungsi kepribadian serta perilaku.

- 1) Jenis Alzheimer
- 2) Demensia vaskuler (multi-infark) ditandai dengan gejala-gejala demensia pada tahun pertama terjadinya gejala neurologik fokal. Klien diketahui mengalami faktor risiko penyakit vaskuler (misal; hipertensi, fibrilasi atrium, diabetes).
- 3) Jenis demensia yang lain berkaitan dengan kondisi medis umum, seperti penyakit Parkinson, penyakit Pick, korea Huntington dan penyakit Creutzfeldt-Jacob. Demensia yang disebabkan kondisi-kondisi tersebut dicatat sesuai penyakitnya yang spesifik.

### 3. Gangguan Amnestik

- 1) Gangguan amnestik dicirikan dengan kerusakan memori yang parah dan ketidakmampuan untuk mempelajari materi baru, dapat terjadi konfabulasi dan apatisme.
- 2) Gangguan amnestik yang disebabkan oleh kondisi medis umum, dapat dibuktikan dengan riwayat, pemeriksaan fisik, atau hasil pemeriksaan laboratorium yang menyatakan bahwa gangguan memori terjadi akibat konsekuensi fisiologik langsung dari kondisi medis umum tersebut.
- 3) Gangguan amnestik persisten yang disebabkan oleh penggunaan zat, dapat dibuktikan dengan riwayat penggunaan zat, pemeriksaan fisik, atau hasil pemeriksaan laboratorium.
- 4) Gangguan amnestik tidak disebutkan, bila tidak cukup bukti untuk menetapkan etiologi.

### 2.2.5 Perawatan Menjaga Potensi Fungsi Otak Dalam Proses Penuaan

Para lanjut usia dapat aktif dengan seribu satu cara sesuai dengan tingkat pendidikan dan latar belakang sosialnya. Kalau otak jarang dipakai maka semakin lama makin menurun fungsinya. Belajar dan terus-menerus melakukan aktifitas merupakan kunci stimulasi terhadap otak. Menurut Kusumoputra (2005) kalau rangsangan itu diberikan terus-menerus dan terarah, dapat meningkatkan intelegensi manusia sampai usai 80-90 tahun". Bukan berarti lanjut usia mengingkari kodratnya sebagai orang lanjut usia. Kenyataannya, otak yang menjadi tua mengalami berbagai perubahan struktur maupun kimia yang khas. Kita pasti akan mengalami penurunan berbagai fungsi. Menurut Sidiarto (2002) mudah lupa adalah fenomena yang paling menonjol. Belum lagi mudah tersinggung walaupun masih dalam batas normal.

Kegiatan-kegiatan untuk menjaga potensi fungsi otak dalam proses penuaan yang bisa dilakukan oleh lanjut usia menurut Mardjono (2002) antara lain:

1. Latihan fisik yang bersifat menghibur

Latihan fisik bagi lanjut usia yang sekaligus menghibur misalnya menari, berdansa maupun bernyanyi dengan menggerakkan anggota badan. Kegiatan-kegiatan tersebut membantu stimulasi otak bagian kanan dan kiri untuk bekerja secara dinamis. Otak bagian kiri mempunyai fungsi yang berbeda dengan otak bagian kanan. Kalau otak bagian kiri tugasnya lebih pada pusat kemampuan membaca, menghitung, tulis yang logis analitis, sedangkan otak bagian kanan bekerja pada pusat pemantauan dan perlindungan diri terhadap lingkungan, sosialisasi, spiritual, musik, kesenian peribahasa dan



emosi. Jadi, setiap bagian otak mempunyai spesialisasi untuk melaksanakan tugas spesifik. Kedua bagian tersebut saling berkonsultasi dan bekerja sama. Aktifitas kedua bagian otak itu dikoordinasi secara fisiologis melalui "*korpus kolosum*" atau "jembatan emas". Melalui serabut saraf "jembatan emas" ini stimulus dari kedua bagian otak berlalu-lalang sehingga memungkinkan orang menggunakan kedua bagian tersebut secara bergantian dan komplementer menurut situasi dan kondisi tertentu. Mekanisme ini memungkinkan penggunaan otak secara keseluruhan sehingga dapat mencegah kepikunan dengan menjaga keseimbangan kedua bagian otak tersebut.

Dikatakan oleh Sidiarto, penurunan fungsi otak bagian kanan lebih cepat daripada yang bagian kiri. Tidak heran bila pada lanjut usia terjadi penurunan daya ingat visual misalnya mudah lupa wajah orang, sulit berkonsentrasi, cepat beralih perhatian. Juga terjadi keterlambatan pada tugas motorik sederhana seperti mengetuk jari, berlari, kelambanan dalam persepsi sensori serta dalam reaksi tugas kompleks. Tentu sifatnya sangat individual, tidak sama tingkatnya antara satu orang dengan orang lain. Namun kebanyakan proses lanjut usia ini masih dalam batas normal berkat proses plastisitas.

## 2. Olahraga sesuai kemampuan

Salah satu upaya untuk menghambat proses penuaan menurut Munir dengan melakukan gerakan atau latihan fisik secara teratur. Munir memberikan dua macam latihan yang dapat meningkatkan potensi kerja otak yaitu meningkatkan kesegaran jasmani secara umum dan melakukan senam otak. Latihan kebugaran meliputi latihan daya tahan yang bersifat aerobik.

Untuk para lanjut usia yang paling tepat adalah berjalan kaki. Intensitas dan waktu tidak perlu berlebihan. Selain itu kelenturan dan koordinasi harus selalu dilatih, misalnya dengan memainkan musik.

### 3. Permainan yang prosedurnya membutuhkan konsentrasi

Latihan yang bisa dilakukan lanjut usia bisa berbentuk permainan misalnya teka-teki silang, komputer game, puzzle maupun mengikuti kuis. Dikatakan Sidiarto, penurunan fungsi otak bagian kanan lebih cepat daripada bagian kiri. Permainan tersebut menstimulasi otak bagian kanan sehingga jika dilakukan secara terus-menerus dan teratur akan meningkatkan otak bagian kanan.

### 4. Pengenalan serta pemahaman sastra

Kegiatan-kegiatan yang bisa dilakukan misalnya membaca puisi, membaca dan merenungkan firman Tuhan atau kitab suci agama masing-masing. Kegiatan ini bermanfaat menstimulasi otak bagian kanan maupun kiri.

Perawatan dipanti wreda tidak hanya didominasi oleh perawat maupun dokter, tetapi juga pekerja sosial dan psikolog. Tim ini akan selalu saling mengisi satu lanjut usia sama lain untuk memberikan layanan pada lanjut usia dalam rangka meningkatkan kualitas hidup lanjut usia. Peran tim ini berusaha untuk meningkatkan perawatan agar gangguan fungsi kognitif tidak terjadi penurunan secara progresif.

Adapun perawatan secara spesifik pada komponen-komponen fungsi kognitif antara lain (Nasrun, 2002) :

### 1. Kemampuan belajar

Aplikasi praktis dalam pelayanan kesehatan jiwa lanjut usia baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah memberikan kegiatan yang berhubungan dengan proses belajar yang sudah disesuaikan dengan kondisi masing-masing lanjut usia yang dilayani, misalnya: membaca dan merenungkan firman Tuhan atau kitab suci agama masing-masing, mengisi teka-teki silang dan mengikuti kuis.

### 2. Kemampuan Pemahaman

Karena kemampuan pemahaman dipengaruhi oleh fungsi pendengaran maka dalam pelayanan terhadap lanjut usia agar tidak timbul salah faham sebaiknya dilakukan kontak mata, saling memandang. Dengan kontak mata, mereka akan dapat membaca bibir lawan bicaranya, sehingga penurunan pendengarannya dapat diatasi dan dapat lebih mudah memahami maksud orang lain. Sikap yang hangat dalam berkomunikasi akan menimbulkan rasa aman dan diterima. Maka akan lebih tenang, lebih senang, merasa aman, merasa diterima, merasa dihormati.

### 3. Kinerja

Dalam pelayanan kesehatan jiwa, mereka perlu diberikan latihan untuk mempertahankan kinerja, misalnya olah raga, menari, dan dansa.

### 4. Pemecahan masalah

Dalam menyingkapi hal ini maka dalam pendekatan pelayanan kesehatan jiwa lanjut usia perlu diperhatikan rasio petugas kesehatan dan klien lanjut usia, artinya petugas kesehatan membantu lanjut usia meskipun hanya mendengarkan. Ataupun bisa dibentuk perkumpulan lanjut usia sehingga

lanjut usia bisa bersosialisasi dengan orang-orang sebaya dan hampir sama permasalahan yang dihadapi.

#### 5. Daya ingat

Dalam proses pelayanan lanjut usia terhadap lanjut usia dalam rangka membantu meningkatkan daya ingat lanjut usia misalnya membuat tanda-tanda atau rambu-rambu baik berupa tulisan maupun gambar untuk membantu daya ingat mereka misalnya dengan tulisan senin tanggal 14 desember 2009 dan sebagainya, ditempatkan pada tempat yang strategis dan mudah dibaca.

#### 6. Motivasi

Untuk meningkatkan motivasi lanjut usia butuh hubungan baik dari pihak keluarga dan petugas kesehatan. Keluarga misalnya sering mengunjungi lanjut usia untuk menghibur, memberikan kasih sayang sedangkan petugas kesehatan memberi motivasi pada lanjut usia untuk beraktifitas.

#### 7. Pengambilan Keputusan

Keterlambatan dalam mengambil keputusan dapat dipantau dengan petugas lebih sabar dalam membimbing. Dalam pengambilan keputusan kaum tua (lanjut usia) tetap dalam posisi yang dihormati.

#### 8. Kebijakan

Lanjut usia harus memperoleh pelayanan yang penuh bijaksana sehingga kebijakan yang ada pada lanjut usia tetap terpelihara.

### **2.2.6 Pengukuran fungsi kognitif pada lansia**

Mental status examination merupakan dasar untuk mengevaluasi pasien dengan masalah medis, neurologi, atau gangguan psikiatri yang mempengaruhi

emosi dan tingkah laku. *Mental Status Examination* digunakan untuk mendeteksi ketidaknormalan fungsi intelektual seseorang, yang meliputi pengambilan keputusan, mood (suasana hati), dan afek. Selain itu juga bisa menilai adanya kerusakan di otak. Dalam *Mental Status Examination* dinilai hal-hal sebagai berikut (Stuart and Sudden, 1998):

1. Deskripsi umum terdiri dari penampilan, kemampuan berbicara, aktifitas gerak, interaksi selama interview.
2. Status emosi terdiri dari mood dan afek
3. Pengalaman
4. Kemampuan berfikir baik konteks dan proses
5. Sensori dan Kognitif terdiri dari tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan kalkulasi, intelegensi dan informasi, pengambilan keputusan dan pengertian (Stuart and Sudden, 1998).

Pemeriksaan *Mental Status Examination* membutuhkan waktu yang lama karena harus melengkapi seluruh komponen-komponennya. Oleh karena itu kemudian dibuat lebih singkat untuk memudahkan penilaian fungsi kognitif yaitu menggunakan *Mini Mental Status Examination* (MMSE), yang terdiri dari 11 pertanyaan dan hanya membutuhkan waktu 5-10 menit untuk melakukannya. MMSE ini dikatakan mini karena memfokuskan pada *mood* (suasana perasaan), pengalaman abnormal, psikologis, termasuk juga proses untuk berfikir.

MMSE ini menguji aspek kognitif dari fungsi mental antara lain (Kamus besar bahasa indonesia, 2005) :

### 1. Orientasi

Orientasi fungsi kognitif yaitu dengan menanyakan (Tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan), dimanakah klien sekarang berada (negara bagian) (pedesaan) (kota) (rumah sakit). Peninjauan untuk menentukan sikap (arah, tempat, dan sebagainya) yang tepat dan benar (pandangan yang mendasari pikiran, perhatian, atau kecenderungan).

### 2. Registrasi

Registrasi fungsi kognitif dengan pencatatan, pendaftaran yaitu menanyakan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek kemudian tanyakan pada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan) dengan waktu satu detik untuk setiap nama obyek, kemudian minta pasien untuk mengulangi setelah anda menyebutkannya. Beri satu point untuk jawaban yang benar. Ulangi kembali sampai pasien mengerti ketiga objek tersebut. Hitung banyaknya pasien manoba dan masukkan jumlah percobaan tersebut ke dalam rekaman data.

### 3. Perhatian dan kalkulasi

Perhatian dan kalkulasi dengan menanyakan mulai dari angka 100 dan hitung mundur setiap kali 7 angka (hentikan setelah jawaban kelima). Atau sebagai alternatif pengganti, eja "dunia" dari belakang ke depan. Memperhitungkan semua (menjumlah, mengurangi, mengalikan, membagi untuk mengetahui nilai sesuatu).

#### 4. Mengingat kembali

Tanyakanlah ketiga objek yang telah disebutkan tadi di atas yaitu pada no 2 fungsi registrasi. Memperhatikan, memikirkan, minilik (dengan pikiran)

#### 5. Bahasa

Bahasa pada fungsi kognitif dengan Istilah atau kata yang digunakan dalam komunikasi sehari-hari misalnya memperlihatkan sebatang pensil serta sebuah jam tangan, dan minta pasien untuk menamai kedua objek tersebut. Ulangi hal berikut ini: "Tanpa jika, dan, atau tetapi". Suatu perintah bertahap tiga: "ambil secarik kertas dengan tangan kanan anda, lipat menjadi dua, dan letakkan di atas lantai". Baca dan ikuti perintah ini (perlihatkan bahan-bahan tertulis) misalnya "TUTUP MATA ANDA". Tuliskan sebaris kalimat "Lansia harus tetap aktif". Salin suatu desain (poligon kompleks) misalnya (Sumber: Joseph, 1998).

Nilai kemungkinan untuk tidak ada gangguan adalah 24 – 30, untuk gangguan sedang adalah 18 – 23, dan untuk gangguan berat adalah 0 – 17. Pemeriksaan hanya memerlukan waktu beberapa menit untuk melengkapinya dan mudah dinilai, tetapi tidak dapat digunakan sendiri untuk tujuan diagnostik. Karena pada pemeriksaan MMSE ini mengukur beratnya kerusakan kognitif dan demonstrasi perubahan kognitif (Luggen, 1996).

#### 2.2 .6 Tahapan Ingatan

Tiga tahapan ingatan menurut Martyn & Gale (2002) yaitu:

### 1. Menyerap Informasi

Tahap pertama adalah menyerap ingatan atau informasi yang baru diterima dan membuat catatan kemudian mengirimkannya ke bagian di mana ingatan tersebut akan disimpan.

### 2. Menyimpan Informasi

Tahap kedua, otak akan menyimpan informasi baru saat pertama kali bertemu sampai saat bertemu kembali dengan seseorang

### 3. Mengingat Kembali Informasi

Tahap ketiga adalah mengingat kembali informasi dari bagian otak tempat informasi tersebut disimpan dalam ingatan dan diingat kembali ketika diperlukan.

Ketiga tahapan tersebut harus ada supaya ingatan anda dapat bekerja. Jika salah satunya gagal, maka anda tidak dapat mengingat kembali nama seseorang saat bertemu kembali untuk kedua kalinya.

## 2.2.7 Cara Menghadapi Pikiran Yang Lemah

### 1) Menguji Diri Sendiri

Langkah pertama dalam menghadapi ingatan yang melemah adalah dengan mengakui bahwa anda memiliki suatu masalah. Langkah penting kedua adalah memahami apa yang sedang terjadi. Sebagaimana telah kita ketahui bahwa ingatan setiap orang mengalami penurunan ketika beranjak tua, dan anda tidak sendirian mengalami masalah ini. Suatu sikap yang positif untuk menghadapi kesulitan anda, tentu akan memberi manfaat yang jauh lebih baik.



## 2) Bersikap Jujur

Suatu masalah yang timbul seiring dengan menurunnya ingatan adalah perasaan malu atau bahkan perasaan sedih ketika menyadari tidak mampu mengingat nama dan wajah seseorang. Dorongan untuk menyembunyikan kekurangan ingatan dapat membuat hidup lansia menjadi lebih sulit. Sebaiknya para lansia mengungkapkan kepada teman dan keluarga secara terbuka mengenai kesulitan yang dialami karena seringkali dapat menjadi pelepasan beban dan membantu dalam menghadapi masalah lansia. Mereka dapat memberikan dukungan emosional dan membantu mengingatkan para lansia tentang peristiwa dan kejadian-kejadian penting.

## 3) Menemukan Kata-kata Yang Tepat

Terkadang sulit untuk memikirkan kata-kata yang tepat untuk menjelaskan masalah yang dihadapi lansia. Cobalah terlebih dahulu membuat beberapa kalimat dan mengucapkannya seperti "Ingatan saya mulai menurun-tolong ingatkan saya".

## 4) Gunakan Alat Bantu Untuk Mengingat

Jika lansia sering mengalami kesulitan dalam mengingat janji pertemuan atau ada yang harus dikerjakan, akan terbantu jika menggunakan alat-alat bantu berikut ini:

### (1) Catatan

Membuat catatan merupakan cara yang sederhana namun sangat efektif untuk membantu mengingat. Bawalah catatan sepanjang hari sehingga lansia dapat menuliskan semua pekerjaan, khususnya yang tidak dapat dilakukan dengan segera. Yang dicatat itu merupakan hal-hal yang penting

mungkin terlupakan. Cobalah mencatat sesegera mungkin ketika mengetahui sesuatu yang harus dikerjakan. Bacalah catatan secara teratur, mungkin dua atau tiga kali sehari. Cara lain yang dapat membantu adalah dengan menempelkan catatan di suatu tempat yang mudah terlihat dengan menggunakan kertas berwarna.

#### (2) Buku Harian dan Kalender

Buku harian atau kalender juga merupakan alat yang sangat berguna untuk mengingatkan melakukan sesuatu. Biasakanlah untuk menuliskan semua janji pertemuan dan semua hal yang mesti dilakukan pada hari tertentu. Letakkan buku harian atau kalender di suatu tempat di mana dapat melihatnya beberapa kali dalam sehari.

#### (3) Membuat Daftar

Membuat daftar mengenai hal-hal yang akan dilakukan, sebagai contoh anda akan berencana belanja ketika ada banyak barang yang harus di beli, membuat daftar mengenai hal-hal yang mesti dibicarakan sebelum menghubungi seseorang, saat berencana akan liburan buatlah daftar mengenai apa yang mesti dibawa,

#### (4) Pengaturan yang baik

Membuat segalanya teratur dan meletakkan sesuatu di tempat tertentu. Cobalah untuk mengembalikan sesuatu ke tempatnya setelah selesai menggunakannya.

#### (5) Membuat Daftar dan Label

Membuat suatu daftar tempat dimana biasa menyimpan sesuatu. Menempelkan label di lemari yang berisi daftar isi lemari. Label yang

dapat ditempelkan berisi nama, alamat, dan nomor telepon. Tempelkan label tersebut pada benda-benda milik lansia seperti payung, tas, alat makan.

## **2.3 Konsep Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)**

### **2.3.1 Pengertian Kelompok**

Kelompok adalah kumpulan individu yang memiliki hubungan satu dengan yang lain, saling bergantung dan mempunyai norma yang sama (Stuart & Laraia, 2001). Anggota kelompok mungkin datang dari berbagai latar belakang yang harus ditangani sesuai dengan keadaannya, seperti agresif, takut, kebencian, kompetitif, kesamaan, ketidaksamaan, kesukaan, dan menarik (Yalom, 1995 dalam Stuart & Laraia, 2001). Semua kondisi ini akan mempengaruhi dinamika kelompok, ketika anggota kelompok memberi dan menerima umpan balik yang berarti dalam berbagai interaksi yang terjadi dalam kelompok (Keliat, 2004).

### **2.3.2 Pengertian Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)**

Terapi aktivitas kelompok menurut Stuart dan Laraia (2001) adalah suatu upaya untuk memfasilitasi psikoterapi terhadap sejumlah klien pada waktu yang sama, untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota.

Terapi aktivitas kelompok adalah suatu upaya untuk memfasilitasi psikoterapis atau tenaga kesehatan terhadap sejumlah klien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal antara klien atau salah satu bentuk psikoterapi yang mempergunakan kelompok sebagai media terapi untuk memulihkan fungsi mental agar mencapai kembali perilaku normal (Anumbara, 2008). Dengan kata lain TAK merupakan terapi yang bertujuan

mengubah perilaku klien dengan memanfaatkan dinamika kelompok. Cara ini cukup efektif, karena didalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling mempengaruhi, saling tergantung dan terjalin satu persetujuan norma yang diakui bersama, sehingga terbentuk suatu sistem sosial yang khas yang didalamnya terdapat interaksi, interelasi dan interdependensi (Stuart & Laraia, 2001).

### **2.3.3 Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)**

#### **1. Tujuan Kelompok**

Tujuan kelompok adalah membantu anggotanya berhubungan dengan orang lain serta mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptive. Kekuatan kelompok ada pada kontribusi dari setiap anggota dan pemimpin dalam mencapai tujuannya (Keliat, 2004).

#### **2. Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok (Makalah Pelatihan Nasional Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa, 2003):**

##### **1) Tujuan Umum**

- (1) Meningkatkan kemampuan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain
- (2) Melakukan sosialisasi
- (3) Meningkatkan kesadaran terhadap hubungan reaksi emosi dengan tindakan atau perilaku defensif
- (4) Meningkatkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif.

##### **2) Tujuan Khusus**

- (1) Meningkatkan identitas diri
- (2) Menyalurkan emosi secara konstruktif

(3) Meningkatkan ketrampilan hubungan interpersonal atau sosial.

Di samping itu tujuan rehabilitasinya adalah meningkatkan ketrampilan ekspresi diri, social, meningkatkan kepercayaan diri, empati, meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pemecahan masalah (Anumbara, 2008)

**2.3.4 Jenis-jenis Terapi Aktifitas Kelompok (Whitakers & Lieberman dalam Makalah Pelatihan Nasional Terapi Modalitas Kesehatan Jiwa Tahun 2003):**

1. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi

Klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini diharapkan respon klien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktifitas dapat berupa: membaca artikel/ majalah/ buku/ puisi, menonton acara TV (ini merupakan stimulus yang disediakan), pengalaman masa lalu yang mana proses persepsi klien maladaptif atau destruktif misalnya: kemarahan, kebencian, putus hubungan, pandangan negatif pada orang lain (ini stimulus masa lalu).

2. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori

Aktivitas digunakan untuk memberikan stimuli pada sensori klien, kemudian diobservasi reaksi sensori klien berupa ekspresi emosi (perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka, ucapan). Biasanya klien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terangsang sensoris emosi dan persaannya melalui aktivitas tertentu. Aktivitas dapat berupa: musik, seni, menyanyi, menari. Jika diketahui hobi klien sebelumnya, misalnya: nyanyian kesukaan klien, dapat digunakan sebagai stumulus.

### 3. Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

Klien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar klien. Sosialisasikan dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok dan massa. Aktivitas dapat berupa latihan dalam kelompok semua kegiatan sosialisasi (Keliat, 2003).

### 4. Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas

Klien diorientasikan pada kenyataan yang ada disekitar klien yaitu diri sendiri, orang lain yang ada disekeliling klien atau orang yang dekat dengan klien, lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan klien dan waktu saat ini dan yang lalu. Aktivitas dapat berupa: orientasi orang, tempat, benda yang ada disekitar klien.

#### 2.3.5 Prinsip Memilih Peserta Terapi Kelompok

Prinsip memilih pasien untuk terapi aktifitas kelompok adalah homogenitas, yang dijabarkan antara lain (Andrian, 2008) :

##### 1. Gejala sama

Memiliki gejala sama seperti terapi aktifitas kelompok khusus untuk pasien depresi, khusus untuk pasien halusinasi dan lain sebagainya. Setiap terapi aktifitas kelompok memiliki tujuan spesifik bagi anggotanya, bisa untuk sosialisasi, kerjasama ataupun mengungkapkan isi halusinasi. Setiap tujuan spesifik tersebut akan dapat dicapai bila pasien memiliki masalah atau gejala yang sama, sehingga mereka dapat bekerjasama atau berbagi dalam proses terapi.

## 2. Kategori sama

Dalam artian pasien memiliki nilai skor hampir sama dari hasil kategorisasi. Pasien yang dapat diikuti dalam terapi aktifitas kelompok adalah pasien akut sekor rendah sampai pasien tahap promotion. Bila dalam satu terapi pasien memiliki skor yang hampir sama maka tujuan terapi akan lebih mudah tercapai.

## 3. Jenis kelamin sama

Pengalaman terapi aktifitas kelompok yang dilakukan pada pasien dengan gejala sama, biasanya laki-laki akan lebih mendominasi dari pada perempuan. Maka lebih baik dibedakan.

## 4. Kelompok umur hampir sama

Tingkat perkembangan yang sama akan memudahkan interaksi antar pasien.

## 5. Jumlah efektif 7-10 orang per-kelompok terapi

Terlalu banyak peserta maka tujuan terapi akan sulit tercapai karena akan terlalu ramai dan kurang perhatian terapis pada pasien. Bila terlalu sedikitpun, terapi akan terasa sepi interaksi dan tujuannya sulit tercapai.

### 2.4.6 Komponen Kelompok

Kelompok terdiri dari delapan aspek, diantaranya adalah (Keliat, 2004) :

#### 1. Struktur Kelompok

Menjelaskan batasan, komunikasi, proses pengambilan keputusan, dan hubungan otoritas dalam kelompok. Struktur kelompok menjaga stabilitas dan membantu pengaturan pola perilaku dan interaksi. Struktur dalam kelompok diatur dengan adanya pemimpin dan anggota, arah komunikasi dipandu oleh pemimpin sedangkan keputusan diambil secara bersama.

## 2. Besar Kelompok

Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5 sampai 12 orang. Jumlah anggota kelompok kecil menurut Stuart & Laraia (2001) adalah 7 sampai 10 orang, menurut Lancaster (1980) adalah 10 sampai 12 orang, sedangkan menurut Rawlins, Williams, dan Beck (1993) adalah 5 sampai 10 orang. Jika anggota kelompok terlalu besar akibatnya tidak semua anggota mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat, dan pengalamannya. Jika terlalu kecil, tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi.

## 3. Lamanya Sesi

Waktu optimal untuk satu sesi adalah 20-40 menit bagi fungsi kelompok yang rendah dan 60-120 menit bagi fungsi kelompok yang tinggi (Stuart & Laraia, 2001). Biasanya dimulai dengan pemanasan berupa orientasi, kemudian tahap kerja, dan finishing berupa terminasi. Banyaknya sesi bergantung pada tujuan kelompok, dapat satu kali atau dua kali per minggu atau dapat direncanakan sesuai dengan kebutuhan.

## 4. Komunikasi

Salah satu tugas pemimpin kelompok yang terpenting adalah mengobservasi dan menganalisis pola komunikasi dalam kelompok. Pemimpin menggunakan umpan balik untuk memberi kesadaran pada anggota kelompok terhadap dinamika yang terjadi.

## 5. Peran Kelompok

Pemimpin mengobservasi peran yang terjadi dalam kelompok. Ada 3 peran dan fungsi kelompok yang ditampilkan anggota kelompok dalam kerja



kelompok, yaitu (Berne & Sheats, 1948 dalam Stuart & Laraia, 2001) *maintenance roles*, *task roles*, dan *individual role*. *Maintenance roles*, yaitu peran serta aktif dalam proses kelompok dan fungsi kelompok. *Task role*, yaitu focus pada penyelesaian tugas, *individual roles* adalah *self-centered* dan distraksi pada kelompok.

#### 6. Kekuatan Kelompok

Kekuatan (*power*) adalah kemampuan anggota kelompok dalam mempengaruhi berjalannya kegiatan kelompok. Untuk menetapkan kekuatan anggota kelompok yang bervariasi diperlukan kajian siapa yang paling banyak mendengar, dan siapa yang membuat keputusan dalam kelompok.

#### 7. Norma Kelompok

Norma adalah standart perilaku yang ada dalam kelompok. Pengharapan terhadap perilaku kelompok pada masa yang akan datang berdasarkan pengalaman masa lalu dan saat ini. Pemahaman tentang norma kelompok berguna untuk mengetahui pengaruhnya terhadap komunikasi dan interaksi dalam kelompok. Kesesuaian perilaku anggota kelompok dengan norma kelompok, penting dalam menerima anggota kelompok. Anggota kelompok yang tidak mengikuti norma dianggap pemberontakan dan ditolak anggota kelompok lain.

#### 8. Kekohesifan

Kekohesifan adalah kekuatan anggota kelompok bekerja sama dalam mencapai tujuan. Hal ini mempengaruhi anggota kelompok untuk tetap betah dalam kelompok. Apa yang membuat anggota kelompok tertarik dan puas

terhadap kelompok, perlu diidentifikasi agar kehidupan kelompok dapat dipertahankan.

Pemimpin kelompok atau terapis perlu melakukan upaya agar kekohesifan kelompok dapat terwujud, seperti mendorong anggota kelompok bicara satu sama lain, diskusi dengan kata – kata “kita”, menyampaikan kesamaan anggota kelompok, membantu anggota kelompok untuk mendengarkan ketika yang lain bicara. Kekohesifan perlu diukur melalui seberapa sering antar anggota memberi pujian dan mengungkapkan kekaguman satu sama lain.

#### **2.4.7 Model Terapi Aktivitas Kelompok**

##### **1. Model Focal Konflik (Whitakers & Lieberman dalam Makalah Pelatihan Nasional Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa, 2003)**

Dikembangkan berdasarkan konflik yang tidak disadari dan berfokus pada kelompok individu. Pengalaman kelompok secara berkesinambungan muncul, kemudian konfrontir konflik untuk pemecahan masalah, tugas terapis adalah membantu kelompok memahami konflik dan mencapai penyelesaian konflik. Menurut model ini, pimpinan kelompok (*leader*) harus memfasilitasi dan memberikan kesempatan kepada anggota untuk mengekspresikan perasaan dan mendiskusikannya untuk penyelesaian masalah. Misalnya adanya perbedaan pendapat antar anggota, bagaimana masalah (perbedaan) ditanggapi anggota dan *leader* mengarahkan alternatif penyelesaian masalah.

##### **2. Model Komunikasi**

Dikembangkan berdasarkan teori dan prinsip-prinsip komunikasi dan komunikasi terapeutik. Diasumsikan bahwa disfungsi atau tidak efektifnya komunikasi akan membawa kelompok menjadi tidak puas, umpan balik tidak

*adequat* dan *kohesi* atau keterpaduan kelompok menurun. Dengan menggunakan model ini leader berperan memfasilitasi komunikasi efektif, masalah individu atau kelompok dapat diidentifikasi dan diselesaikan. *Leader* mengajarkan kelompok bahwa:

- 1) Perlu adanya komunikasi di dalam kelompok
- 2) Anggota bertanggung jawab terhadap apa yang diucapkan
- 3) Komunikasi berada dalam semua level, misalnya: komunikasi verbal, non verbal, terbuka dan tertutup
- 4) Pesan yang disampaikan harus dipahami orang lain.
- 5) Anggota dapat menggunakan teori komunikasi dalam membantu satu dan yang lain untuk melakukan komunikasi efektif.

Model ini bertujuan membantu meningkatkan keterampilan interpersonal dan sosial anggota kelompok. Selain itu teori komunikasi membantu anggota merealisasikan bagaimana mereka berkomunikasi secara non verbal dan mengajarkan pada mereka bagaimana berkomunikasi lebih efektif. Selanjutnya *leader* juga perlu menjelaskan secara singkat prinsip-prinsip komunikasi dan bagaimana menggunakan di dalam kelompok serta menganalisa proses komunikasi tersebut.

### 3. Model Interpersonal

Tingkah laku (pikiran, perasaan dan tindakan) digambarkan melalui hubungan interpersonal dalam kelompok. Pada model ini juga menggambarkan proses sebab akibat tingkah laku anggota merupakan akibat dari tingkah laku anggota yang lain. Terapis bekerja dengan individu dan kelompok. Anggota

kelompok belajar dari interaksi antar anggota dan terapis. Melalui proses ini kesalahan persepsi dapat dikoreksi dan perilaku social yang efektif dipelajari.

#### 4. Model Psikodrama

Dengan model ini dapat memotivasi anggota kelompok untuk beracting sesuai dengan peristiwa yang baru terjadi atau peristiwa yang lalu, sesuai peran yang diperankannya. Anggota kelompok diharapkan dapat memainkan peran sesuai peristiwa yang pernah dialami (Anumbara, 2008).

#### 2.4.8 Tahap – tahap Dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Menurut Yalom yang dikutip oleh Stuart dan Sundeen (1995), fase – fase dalam terapi aktivitas kelompok adalah sebagai berikut :

##### 1. Fase Pre Kelompok

Dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan siapa yang menjadi *leader*, anggota, tempat dan waktu dimana kegiatan kelompok tersebut dilaksanakan serta membuat proposal lengkap dengan media yang akan digunakan beserta dana yang dibutuhkan.

##### 2. Fase Awal Kelompok

Pada fase ini terdapat 3 tahapan yang terjadi, yaitu:

###### 1) Tahap orientasi

Anggota mulai mengembangkan sistem sosial masing – masing, dan *leader* mulai menunjukkan rencana terapi dan mengambil kontrak dengan anggota.

## 2) Tahap Konflik

Merupakan masa sulit dalam proses kelompok, anggota mulai memikirkan siapa yang berkuasa dalam kelompok, bagaimana peran anggota, tugasnya dan saling ketergantungan yang akan terjadi.

## 3) Tahap Kebersamaan atau *Kohesif*

Anggota mulai bekerja sama untuk mengatasi masalah, anggota mulai menemukan siapa dirinya. Anggota kelompok akan merasakan ikatan yang kuat satu sama lain. Anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih dekat antar anggota lain.

## 3. Fase Kerja

Pada tahap ini kelompok sudah menjadi tim. Perasaan positif dan negatif dikoreksi dengan hubungan saling percaya yang telah dibina, bekerjasama untuk mencapai tujuan yang telah disepakati, kecemasan menurun, kelompok lebih stabil dan realistis, mengeksplorasi lebih jauh sesuai dengan tujuan dan tugas kelompok, dan penyelesaian masalah yang kreatif.

## 4. Fase Terminasi

Ada dua jenis terminasi (akhir dan sementara). Anggota kelompok mungkin mengalami terminasi premature, tidak sukses atau sukses. Terminasi ini dapat menyebabkan kecemasan, regresi dan kecewa. Untuk menghindari ini terapis perlu mengevaluasi kegiatan dan menunjukkan sikap dan memberi umpan balik pada tiap anggota (Anumbara, 2008).

## 2.5 Konsep Dasar Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas

### 2.5.1 Pengertian

Terapi aktifitas kelompok (TAK) orientasi realitas adalah upaya untuk mengorientasikan keadaan nyata kepada klien, yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan atau tempat, dan waktu (Keliat, 2005).

### 2.5.2 Tujuan

Tujuan terapi aktivitas kelompok orientasi realitas

#### 1. Tujuan Terapeutik:

##### 1) Umum

- (1) Meningkatkan kemampuan menguji kenyataan (*reality testing*) dengan berkomunikasi satu sama lain dan mendapatkan umpan balik serta tanggapan dari orang lain.
- (2) Membentuk sosialisasi.
- (3) Meningkatkan kesadaran tentang hubungan antara reaksi emosional diri sendiri dengan perilaku *defensif* (perubahan).
- (4) Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi-fungsi psikologis (kognitif dan afektif).

##### 2) Khusus

- (1) Meningkatkan identitas diri.
- (2) Penyaluran emosi.
- (3) Meningkatkan ketrampilan hubungan sosial untuk diterapkan sehari-hari.

##### 3) Tujuan Bersifat Rehabilitatif

- (1) Meningkatkan kemampuan ekspresi diri

- (2) Ketrampilan sosial
- (3) Kepercayaan diri
- (4) Kemampuan empati
- (5) Meningkatkan pengetahuan tentang problem-problem kehidupan dan pemecahannya.

### 2.5.3 Pembagian dan Langkah-langkah tiap sesi

Terapi ini terdiri dari 3 sesi:

#### 1. Orientasi Orang

Tujuan orientasi orang yaitu klien mampu mengenal nama-nama perawat atau terapis dan nama-nama klien lain dengan setting di ruangan nyaman dan tenang dimana terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran. Alat yang digunakan yaitu papan nama sejumlah klien dan terapis yang ikut TAK, spidol, bola tenis, *tape recorder*, kaset "dangdut". Metode dinamika kelompok, diskusi dan tanya jawab. Langkah-langkah kegiatan antara lain persiapan, orientasi, kerja, terminasi, evaluasi dan dokumentasi

#### 2. Orientasi Tempat

Tujuan orientasi tempat adalah klien mampu mengenal nama panti, nama ruangan yang ditempati, nama nomor kamar, nama nomor tempat tidur, letak ruang perawat, ruang istirahat, kamar mandi dan WC. Setting yang digunakan sama dengan orientasi orang yaitu di ruangan nyaman dan tenang dimana terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran. Alat orientasi tempat antara lain *tape recorder*, kaset lagu "dangdut" atau lagu yang disukai lansia, bola tenis. Metode yang digunakan yaitu diskusi kelompok. Langkah-langkah kegiatan antara lain persiapan kontrak dan alat untuk pertemuan, orientasi

untuk menanyakan perasaan klien saat ini, kerja terapis menanyakan dari awal proses terapi orientasi tempat, terminasi merupakan evaluasi dan tindak lanjut setelah terapi selesai pada sesi 2, langkah yang terakhir adalah evaluasi dan dokumentasi.

### 3. Orientasi Waktu

Tujuan orientasi tempat adalah klien mampu mengenal tanggal dan tempat, hari dengan tepat, mengenal bulan dengan tepat, mengenal waktu dengan tepat. Setting yang digunakan di ruangan yang ada kalender dan jam dinding dimana terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran dengan alat, kalender, jam dinding, *tape recorder*, kaset lagu dangdut, bola tenis. Metodenya dengan cara diskusi dan tanya jawab. Langkah-langkah kegiatan orientasi waktu antara lain persiapan mengingatkan kontrak dan mempersiapkan alat dan tempat pertemuan, orientasi dengan cara salam terapeutik, kerja dimana terapis menjelaskan kegiatan yang akan dikerjakan, terminasi memberikan evaluasi, tindak lanjut dan kontrak yang akan datang, evaluasi dan dokumentasi TAK setelah mengikuti sesi 3.

## 2.6 Konsep Panti Werdha

### 2.6.1 Pengertian Panti Werdha

Menurut Kane kane, (1987), dalam Lueckenotte, (1996) definisi panti werdha adalah Sebagai bagian dari fasilitas perawatan lanjut usia jangka panjang, mengandung banyak pengertian, tempat ini sering didiskripsikan sebagai kumpulan bantuan kesehatan, personal dan sosial untuk periode yang lama pada seseorang yang kehilangan atau tidak mempunyai kapasitas fungsional.



Pada pelaksanaannya, pengelolaan panti werdha yang berfungsi sebagai penampung dengan orientasi nirlaba dengan persyaratan tertentu, ada pula panti werdha yang berorientasi profit pengelola tidak mengisyaratkan kesehatan fisik sebagai persyaratan kesehatan fisik sebagai persyaratan masuk panti akan tetapi pada beberapa panti yang berfungsi sebagai penampung pengelola masyarakat kesehatan fisik sebagai persyaratan masuk kecuali pada lansia pada panti milik pemerintah.

### **2.6.2 Keuntungan Tinggal Di Panti werdha**

Menurut Hurlock (1999) mengenai keuntungan tinggal di panti Werdha:

1. Perawatan dan perbaikan dan perlengkapan dikerjakan oleh lembaga.
2. Semua makanan mudah didapat dengan biaya yang memadai.
3. Perabot dibuat untuk rekreasi dan hiburan.
4. Terdapat kemungkinan untuk berhubungan dengan dengan teman seusia yang mempunyai minat dan kemampuan yang sama.
5. Menghilangkan kesepian karena orang disitu dapat dijadikan teman.
6. Perayaan hari libur bagi mereka yang bagi mereka yang tidak mempunyai keluarga tersedia disini.

### **2.6.3 Kerugian Tinggal Di Panti werdha**

Menurut Hurlock (1999) mengenai kerugian tinggal dipanti werdha, yaitu :

1. Seperti halnya makanan disemua lembaga, biasanya kurang menarik dari pada masakan dirumah sendiri dan kurang menarik dan kurang variasinya
2. Berhubungan dekat dan menetap dengan beberapa orang yang tidak menyenangkan
3. Letaknya umumnya jauh dari pertokoan, hiburan, organisasi masyarakat

4. Tempat tinggal cenderung lebih kecil daripada rumah yang terdahulu

#### 2.6.4 Bimbingan Di Panti Werdha

Menurut Dinas Sosial Pemerintah Jawa Timur (2002) bimbingan lansia selama tinggal di panti werdha meliputi:

1. Bimbingan Mental, meliputi:

- (1) Pemberian bimbingan dan tuntunan keagamaan yang diberikan setiap hari oleh petugas yang telah ditentukan.
- (2) Bimbingan Etika dan estetika
- (3) Penyediaan sarana hiburan di lingkungan panti (televisi)

2. Bimbingan Sosial, meliputi:

- (1) Bimbingan Case Work dan Group Work
- (2) Kerja bakti lingkungan
- (3) Bersosialisasi dengan lingkungan sekitar panti

3. Bimbingan Ketrampilan, meliputi

Bimbingan ketrampilan diberikan kepada mereka yang masih potensial agar dapat menumbuhkan rasa percaya diri, dapat mengisi waktu luang, serta dapat memperoleh penghasilan bagi klien tersebut misalnya, peternakan kambing. Pertanian hortikultura, menjahit dan menyulam serta pembuatan keset dari kain perca.

#### 2.2.6 Jadwal Aktivitas Di Panti Unit Sosial Tresna Werdha Pare Kediri

Tabel 2.2 Jadwal Aktivitas Di Panti Unit Sosial Tresna Werdha Pare Kediri

No	Hari	Jam	Kegiatan
1	Senin	04.00 atau 04.30	Lansia mulai mandi, ada yang melaksanakan Sholat Subuh
		07.00 – 08.00	Senam pagi
		08.00 - 11.00	Makan pagi, duduk-duduk dan mengobrol

		11.30 – 12.30 13.00 15.00 16.00 17.00 – 18.00 19.00 21.00	dengan mendengarkan lagu langgam jawa/ campur sari Membuat kerajinan tangan (bila ada) Makan siang dan ada yang melaksanakan Sholat Dhuhur Lansia istirahat, ada yang hanya duduk-duduk dan mengobrol, nonton TV Mandi sore dan ada yang melaksanakan Sholat Ashar Makan sore dan ada yang duduk-duduk Ada yang melaksanakan shalat isya' dan ada yang mulai masuk ke kamar masing-masing Mulai tidur malam
2	Selasa	04.00 atau 04.30 07.00 – 08.00 08.30 – 11.00 11.30 – 12.30 13.00 15.00 16.00 17.00 – 18.00 19.00 - 21.00	Lansia mulai mandi dan ada yang melaksanakan Shalat Subuh Makan pagi Duduk-duduk dan mengobrol dengan mendengarkan lagu langgam jawa/campur sari Praktek mahasiswa/membuat kerajinan tangan(bila ada) Makan siang dan ada yang Sholat Dhuhur Istirahat, ada yang hanya duduk-duduk dan mengobrol Mandi sore dan ada yang melaksanakan Sholat Ashar Makan sore dan duduk-duduk dan mengobrol Mulai masuk ke kamar masing-masing Mulai tidur malam
3	Rabu	04.00 atau 04.30 07.00 – 08.00 08.00 - 11.00 11.30 – 12.30 13.00 15.00 - 16.00 16.30 17.00 19.00 21.00	Lansia mulai mandi dan ada yang melaksanakan Sholat Subuh Senam pagi Makan pagi dan ada yang duduk-duduk dan mendengarkan lagu langgam jawa/ campur sari Praktek mahasiswa/membuat kerajinan tangan(bila ada) Makan siang dan ada yang melaksanakan Shalat Dhuhur Istirahat, ada yang hanya duduk-duduk dan mengobrol, nonton TV Mandi sore dan ada yang melaksanakan shalat Ashar Makan sore Ada yang Shalat Isya', nonton TV dan ada mulai masuk ke kamar masing-masing Mulai tidur malam

4	Kamis	04.00 atau 04.30 05.30 – 06.30 07.00 – 08.00 08.00 - 11.00 11.30 – 12.30 13.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 21.30	Lansia mulai mandi, ada yang melaksanakan Shalat Subuh Makan pagi (sarapan) Duduk-duduk, mengobrol dengan mendengarkan lagu langgam jawa/ campur sari Praktek mahasiswa/membuat kerajinan tangan(bila ada) Makan siang Istirahat, ada yang hanya duduk-duduk dan mengobrol, nonton TV Mandi sore Sholat Ashar dan Makan sore Duduk-duduk santai dan mengobrol Sholat Magrib Sholat Isya' dan dilanjutkan Pengajian Rutin Mulai tidur malam
5	Jumat	04.00 atau 04.30 07.00 – 08.00 08.00 - 10.00 11.30 – 12.30 13.00 14.30-15.00 16.00 17.00 – 18.00 19.00 21.00	Lansia mulai mandi dan Sholat Subuh Makan pagi Duduk-duduk dengan mendengarkan lagu langgam jawa/ campur sari Praktek mahasiswa/membuat kerajinan tangan (bila ada) Makan siang Lansia istirahat, ada yang hanya duduk-duduk dan mengobrol, nonton TV Mandi sore dan Sholat Ashar Makan sore Sholat Isya', nonton TV dan ada yang mulai masuk ke kamar masing-masing Mulai tidur malam
6	Sabtu	04.00 atau 04.30 07.00 – 08.00 08.30 11.30 – 12.30 13.00 14.00-15.00 16.00 17.00 – 18.00 19.00 21.00	Lansia mulai mandi dan ada yang Sholat Subuh Duduk-duduk dengan mendengarkan lagu langgam jawa/ campur sari Makan pagi Praktek mahasiswa/membuat kerajinan tangan(bila ada) Makan siang Lansia istirahat, ada yang hanya duduk-duduk dan mengobrol, nonton TV Mandi sore Makan sore Ada yang melaksanakan Sholat Isya', nonton TV dan ada yang mulai masuk ke kamar masing-masing Mulai tidur malam

7	Minggu	04.00 atau 04.30	Lansia mulai mandi, ada yang melaksanakan Shalat Subuh
		07.00 – 08.00	Duduk-duduk dengan mendengarkan lagu langgam jawa/ campur sari
		08.00 - 11.00	Makan pagi, duduk-duduk dan mengobrol
		11.30 – 12.30	Makan siang
		13.00	Istirahat, ada yang hanya duduk-duduk dan mengobrol, nonton TV
		15.00-16.00	Mandi sore dan ada yang melaksanakan Sholat Ashar
		17.00 – 18.00	Makan sore
		19.00	Ada yang Sholat Isya', nonton TV, mulai masuk ke kamar masing-masing
		21.00	Mulai tidur malam

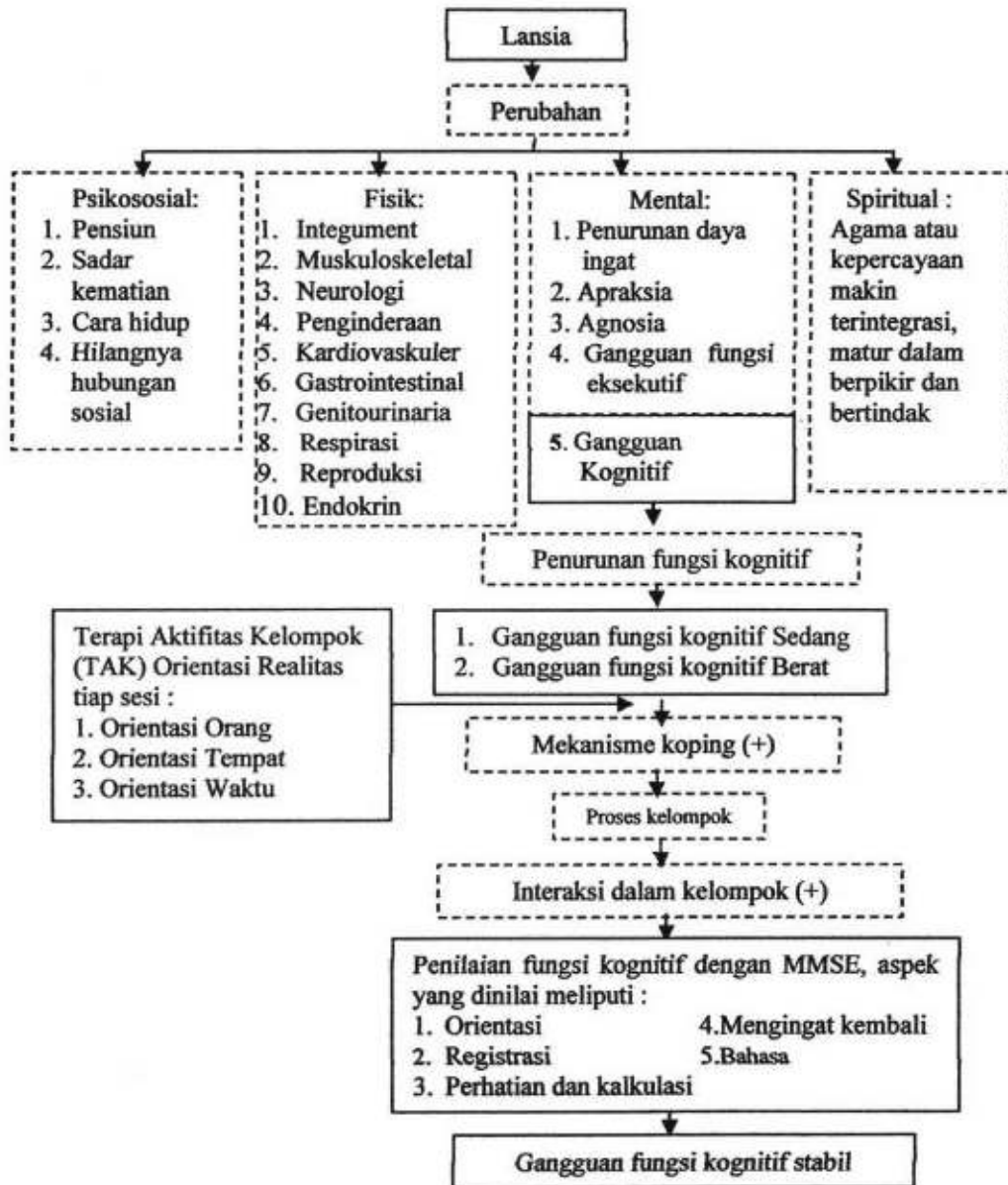
**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL**  
**DAN HIPOTESIS PENELITIAN**



**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual Penelitian**



Keterangan:



= Diukur



= Tidak Diukur

Gambar 3.1 Kerangka konsep Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas terhadap gangguan fungsi kognitif pada lanjut usia di Panti UPSTW Pare Kabupaten Kediri

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa lansia mengalami berbagai perubahan seperti, mental, spiritual, psikososial dan fisik. Perubahan fisik yang terjadi tersebut adalah perubahan integument, muskuloskeletal, neurologi, penginderaan, kardiovaskuler, gastrointestinal, genitourinaria, respirasi, reproduksi, endokrin. Perubahan psikososial yang terjadi adalah pensiun, sadar kematian, cara hidup, hilangnya hubungan sosial. Perubahan spiritual yang terjadi adalah agama atau kepercayaan makin terintegrasi, matur dalam berpikir dan bertindak. Perubahan mental meliputi penurunan memory atau daya ingat, apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan gerakan meskipun gerakan motorik, fungsi sensorik, agnosia merupakan ketidakmampuan untuk mengenali atau mengidentifikasi benda meskipun fungsi sensoriknya utuh, gangguan fungsi eksekutif yang melibatkan kemampuan berpikir abstrak, merencanakan, mengambil inisiatif, membuat urutan, memantau, dan menghentikan kegiatan yang kompleks, gangguan kognitif mengalami kesulitan mengingat dan menyebutkan nama orang atau benda (Mardjono, 2002).

Hampir 90 % lansia mengalami gangguan fungsi kognitif, baik itu sedang maupun berat. Hasil penelitian tentang fungsi kognitif menunjukkan bahwa pada usia 30 tahun akan kehilangan 6-9 % setiap tahun, penurunan akan terjadi perlahan-lahan hingga usia 50 tahun, setelah itu akan lebih cepat sampai usia lanjut (Changjaya, 2001). Cumming dan Benson (1992) memperkirakan 39% orang berusia 50-59 tahun mengalami pikun dan pada usia lebih dari 80 tahun frekuensinya meningkat 85% dibandingkan pada usia 50-59 tahun. Terapi aktifitas kelompok orientasi realitas dimana lansia dilatih untuk mengorientasikan keadaan nyata yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan atau tempat dan waktu yang pernah



dialami. Kemampuan mengorientasi klien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini diharapkan respons lansia terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Agar rentang respon lansia tersebut tidak menuju kearah yang lebih maladaptif maka dapat dilakukan terapi aktivitas kelompok orientasi realitas secara rutin. Terapis dapat mengevaluasi setiap hari setelah dilakukan terapi sehingga terapis dapat mengetahui perubahan keadaptifan yang dialami oleh lansia tersebut. Untuk dapat mengetahui tingkat gangguan fungsi kognitif lansia maka dapat dinilai dengan menggunakan *Mini Mental Status Examination* (MMSE) meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali, bahasa sehingga dapat diketahui tingkat gangguan fungsi kognitifnya.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

H1 : Ada pengaruh terapi aktivitas kelompok orientasi realitas terhadap tingkat fungsi kognitif pada lansia di Panti Unit UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare Kabupaten Kediri.

**BAB 4**  
**METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara sistematis untuk menjawab suatu permasalahan. Pada bab ini akan diuraikan tentang metode yang akan digunakan dalam penelitian yang meliputi: desain penelitian, kerangka kerja (*frame work*), populasi, sampel, sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan pengolahan data, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, analisis data, etika penelitian serta keterbatasan penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan, dipergunakan sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab pertanyaan penelitian (Nursalam, 2003).

Desain yang digunakan adalah desain *Quasy Exsperiment "Pre-Post two group"* dengan melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimental. Pada kedua kelompok eksperimental diawali dengan *pre-test*, setelah itu kelompok perlakuan dilakukan intervensi sesuai dengan metode yang dikehendaki, kelompok kontrol dilakukan seperti biasanya, kemudian diadakan pengukuran kembali (*post- test*).

Subyek	Pra-Test	Perlakuan	Pasca-tes
K-P	O1	I	O2-P
K-K	O1	—	O2-K
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

K-P : Subyek (lansia di Panti Werdha) perlakuan

K-K : Subyek (lansia di Panti Werdha) kontrol

O1 : Observasi fungsi kognitif sebelum TAK

O2 : Observasi fungsi kognitif setelah TAK

— : Tidak diberi TAK Orientasi Realitas

I : Diberi TAK Orientasi Realitas

## 4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008).

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria *sampling* dan menjadi sasaran akhir penelitian (Nursalam, 2008). Populasi target dalam penelitian ini adalah semua lansia di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri sebanyak 90 orang lansia.

Populasi terjangkau adalah (*Accessible Population*) adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2008). Populasi terjangkau dalam penelitian ini berjumlah 69 orang lansia yang mengalami gangguan kognitif berdasarkan pada

kriteria inklusi di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri.

#### **4.2.2 Sampel**

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2003).

Dalam penelitian ini digunakan kriteria sampel yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi:

##### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteri inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003) yaitu ;

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Mampu berkomunikasi dengan baik
- 3) Mengalami penurunan fungsi kognitif
- 4) Tidak mengalami gangguan jiwa
- 5) Lansia berusia 60-90 tahun
- 6) Lansia yang tinggal di Panti lebih dari 1 tahun

##### **2. Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/ mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi (Nursalam, 2003) yaitu ;

- 1) Lansia yang mengalami sakit parah
- 2) Lansia yang tidak tinggal menetap di panti atau lansia yang hanya dititipkan sementara oleh keluarganya untuk beberapa waktu

Besar sampel berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan dalam penelitian ini maka sampel yang digunakan adalah 20 lansia.

#### **4.2.3 Sampling**

Sampling adalah proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008).

Penelitian ini menggunakan pemilihan sampel dengan cara *Non Probability Sampling* jenis *Purposive Sampling* yaitu teknik menetapkan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

### **4.3 Identifikasi Variabel**

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini dibedakan antara variabel independen dan dependen.

#### **4.3.1 Variabel Independen (Variabel Bebas)**

Variabel Independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen pada penelitian ini adalah Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas.

#### **4.3.2 Variabel Dependen (Variabel Terikat)**

Variabel Dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat fungsi kognitif lansia penghuni panti.

#### 4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas terhadap Tingkat Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas	Suatu kegiatan yang dilakukan secara berkelompok dengan jalan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin /diarahkan oleh petugas/ perawat mempunyai tujuan untuk memperbaiki daya ingat mengenai orang, waktu dan lingkungan.	Terdiri dari 3 Sesi: 1. Sesi 1 = Orientasi Orang 2. Sesi 2 = Orientasi Waktu 3. Sesi 3 = Orientasi Lingkungan	Panduan TAK Orientasi Realitas		
Dependen: Tingkat fungsi kognitif	Suatu kemampuan intelektual untuk memahami dan merespon pada suatu peristiwa yang membutuhkan pemikiran	MMSE: 1. Orientasi (no 1-10) 2. Registrasi (no 11-13) 3. Perhatian dan Kalkulasi (no 14-18) 4. Mengingat Kembali (19-21) 5. Bahasa(22-30)	Quisioner MMSE	Ordinal	Bila benar nilai 1 point, Bila salah nilai 0 point yang meliputi : 1. Orientasi = 10 point 2. Registrasi = 3 point 3. Perhatian dan Kalkulasi = 5 point 4. Mengingat Kembali = 3 point 5. Bahasa = 9 point

#### 4.5. Instrumen Penelitian

Instrument adalah alat ukur atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2006). Instrumen penelitian untuk variabel dependen menggunakan kuesioner MMSE (*Mini Mental State Examination*) dikutip oleh Stuart and Sundeen, (1998) dalam bentuk kuisisioner yang telah diuji coba dan digunakan pada lansia. Variabel independen yaitu terapi aktifitas kelompok (TAK) yang menggunakan panduan TAK orientasi realitas menurut Keliat (2003).

#### 4.6 Lokasi

Lokasi penelitian dilaksanakan di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri yang telah dilaksanakan pada bulan Januari 2010.

#### 4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2008). Pertama peneliti menyeleksi responden yang diambil dari populasi terjangkau 69 lansia dengan berpedoman pada kriteria inklusi yang sebelumnya sudah ditentukan melalui wawancara, kemudian diambil 20 sampel sesuai dengan umur, jenis kelamin, lama tinggal. Penelitian kemudian dibagi menjadi dua tahapan yaitu *pre-tes* dan *post-tes*, dengan menggunakan dua kelompok yaitu 10 orang kelompok perlakuan dan 10 orang kelompok kontrol. Pengumpulan data dengan tehnik interview terstruktur atau wawancara terstruktur.

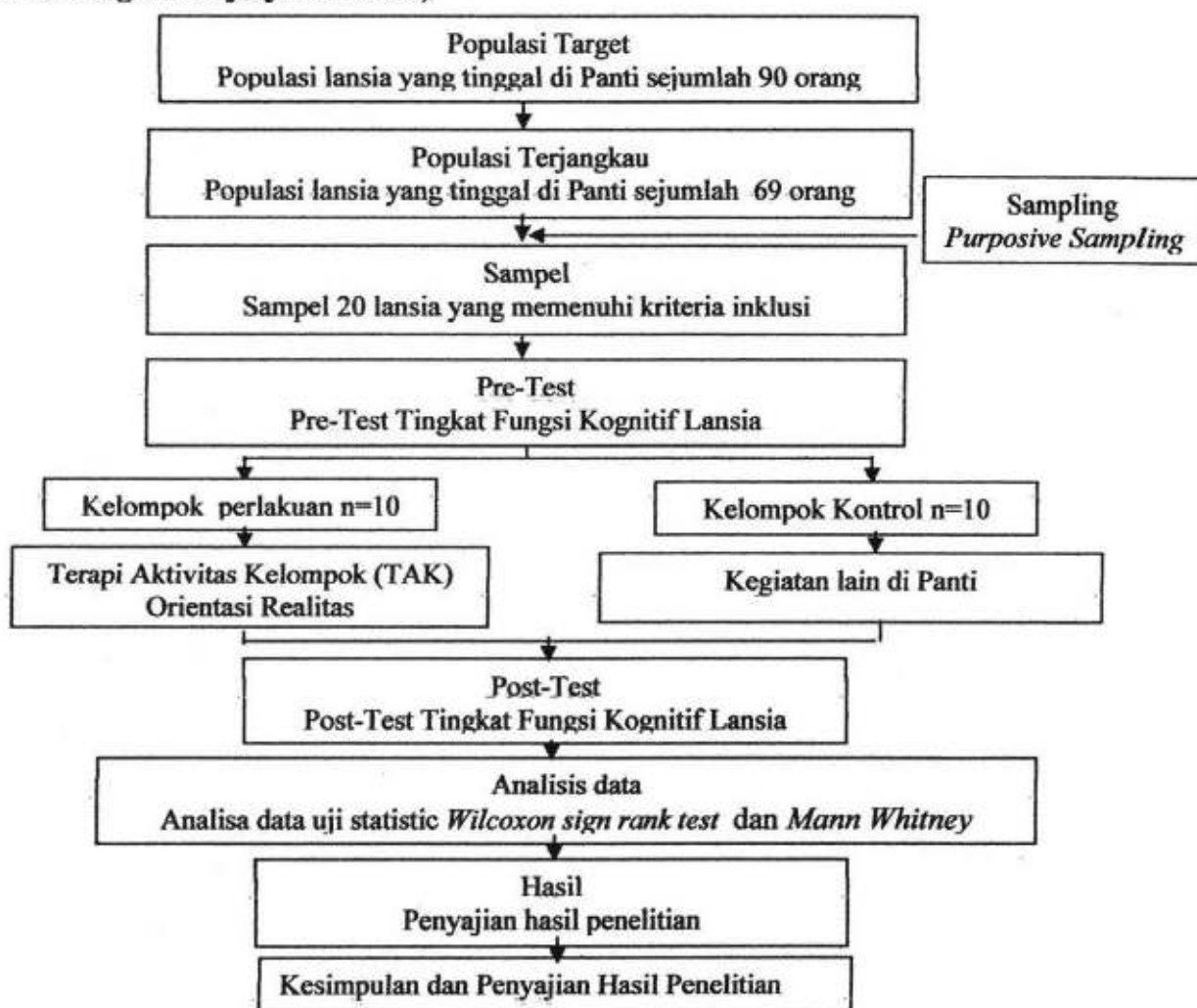


Wawancara dilaksanakan peneliti pagi hari sampai dengan waktu sebelum makan siang yaitu pada saat waktu luang dan tidak sedang ada kegiatan rutin di panti werdha. Wawancara dilaksanakan pada saat lansia sedang santai atau relaks. Wawancara ini dilaksanakan pada pertemuan ke-dua yaitu pada saat telah terbina hubungan saling percaya antara peneliti dan lansia. Sebelum melakukan wawancara peneliti terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian. Proses pengumpulan data dilakukan dengan mengacu pada kriteria inklusi menggunakan metode *purposive sampling* didapatkan jumlah responden 20 orang, yang dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan sebanyak 10 responden dan kelompok kontrol yang melaksanakan TAK sebanyak 10 responden. TAK dilakukan di dalam ruangan dengan 14 kursi yaitu 10 kursi untuk responden dan 4 kursi untuk terapis yang dilengkapi dengan peralatan seperti *Tape Recorder*, kaset langgam jawa atau campur sari dan bola tenis.

Peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yang akan dilakukan dan meminta persetujuan menjadi responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Responden yang setuju menandatangani *informed consent*, baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, pada saat *pre-test* diukur fungsi kognitif lansia dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*) sehingga diperoleh skor awal sebelum dilakukan intervensi. Hasil skor *pre-test* dapat dijadikan data awal. Kemudian kelompok perlakuan diberikan TAK orientasi realitas sebanyak 3 sesi yaitu sesi 1 orientasi orang, sesi 2 orientasi tempat dan sesi ke 3 orientasi waktu di lakukan selama 1 minggu yaitu setiap 1 sesi dilakukan dalam 1 hari dengan selang waktu 2 hari pada tiap sesi sedangkan kelompok

kontrol tetap pada kegiatan seperti yang telah ditentukan atau dijadwalkan di Panti tersebut. Perawat atau petugas panti yang menjadi leader, fasilitator, evaluator dan motivator sudah dilatih 2 hari sebelum dilakukan TAK. Setelah 1 minggu diberikan TAK pada kelompok perlakuan, kemudian setelah 3 hari pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dilakukan *post-tes* dan dievaluasi kembali fungsi kognitif lansia dengan MMSE.

#### 4.8 Kerangka Kerja (*frame work*)



Gambar 4.8 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas Terhadap Tingkat Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri.

#### 4.9 Analisis Data

Data yang telah terkumpul, kemudian dilakukan tahap-tahap analisa data antara lain: *editing* yaitu melihat apakah data yang sudah terisi lengkap atau tidak lengkap, *coding* yaitu mengklarifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban menurut item pada kuesioner. Analisa statistik hasil jawaban atas pertanyaan kuesioner dilakukan skoring dan kemudian dilakukan perbandingan nilai antara *pre* perlakuan dan *post* perlakuan.

Analisis pada tahap pertama dihasilkan tabel-tabel tabulasi dan diagram untuk memberikan gambaran secara umum tentang semua variabel yang diteliti. Analisis tahap kedua dilakukan pada *Pre-Test* dan *Post-Test* untuk mengetahui pengaruh TAK Orientasi Realitas terhadap tingkat fungsi kognitif digunakan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* dan disajikan dalam bentuk tabulasi silang antara variabel independen dan variabel dependen.

Selanjutnya untuk mengetahui pengaruh TAK pada tingkat fungsi kognitif dilakukan uji statistik *Mann Whitney test* kemudian dicari *koefisien asosiasi* dengan *p value*, taraf signifikan ditetapkan  $\alpha = 0,05$  setelah data dimasukkan ke komputer nilai *koefisien asosiasi p value* kemudian dibandingkan dengan nilai 0,05. Derajat kemaknaan ditentukan  $p \leq 0,05$  artinya jika hasil perhitungan  $p \leq 0,05$  berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yaitu ada pengaruh 2 variabel terapi aktifitas kelompok orientasi realitas terhadap tingkat fungsi kognitif.

Selanjutnya dari semua analisis tersebut dilakukan pembahasan secara deskriptif dan analitik sehingga diperoleh suatu gambaran dan pengertian yang lengkap tentang hasil penelitian.

#### **4.10 Etika Penelitian**

Penelitian yang menggunakan manusia sebagai subyek, tidak boleh bertentangan dengan etika. Tujuan penelitian harus etis dalam arti hak pasien harus dilindungi (Nursalam, 2000). Pelaksanaan penelitian harus mendapat rekomendasi dari FKp Unair dan permintaan mengajukan permohonan ijin dari kepala Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri melalui Dinas Sosial Jombang untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapat ijin kemudian peneliti melakukan tindakan dan observasi terhadap subyek (responden) yang akan diteliti dengan menekankan masalah etika penelitian yang meliputi:

##### **4.10.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)**

Lembar persetujuan sebagai peserta diberikan sebelum penelitian dilaksanakan pada saat pengumpulan data. Tujuan adalah agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia menjadi responden penelitian maka responden menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bersedia. Apabila responden tidak bersedia menjadi responden maka peneliti akan tetap menghormati hak-hak responden.

##### **4.10.2 Tanpa nama (*Anonymity*)**

Responden tidak perlu mencatumkan nama pada lembar persetujuan, untuk mengetahui keikutsertaan responden, cukup dengan memberi tanda atau kode pada lembar persetujuan.

#### **4.10.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaanya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah peneliti.

#### **4.11 Keterbatasan**

##### **1. Sampel**

Jumlah sampel yang didapatkan dalam penelitian ini terbatas pada lansia yang berada di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri karena keberadaan lansia yang luas dan peneliti hanya mengambil tempat di panti werdha saja, sehingga kurang representatif dan tidak mewakili para lansia.

##### **2. Instrumen**

Instrumen Tingkat Fungsi Kognitif menggunakan MMSE yang dikutip dari Stuart and Sundeen, (1998) yang telah dilakukan modifikasi oleh peneliti untuk disesuaikan dengan lingkungan panti wredha. Instrumen data tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas namun kuesioner disusun sedemikian rupa sesuai dengan tujuan teori dan kerangka konsep.

##### **3. Waktu Penelitian**

Keterbatasan waktu penelitian untuk melakukan pengamatan pada saat pengambilan data dalam waktu dua minggu sehingga hasil penelitian ini tidak optimal, dikarenakan adanya pertimbangan mengenai keterbatasan dana, keahlian dan pertimbangan etik.

**BAB 5**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**



## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan di bahas hasil penelitian, data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel, grafik, diagram dan narasi. Pada penyajian hasil di bagi dalam dua bagian yaitu: 1. Data Umum terdiri dari: 1) Gambaran umum lokasi penelitian. 2) Karakteristik demografi responden yang menampilkan karakteristik responden yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, lama menghuni panti werdha, penyakit yang pernah diderita, 2. Data Khusus terdiri dari: 1) Tingkat fungsi kognitif sebelum terapi aktivitas kelompok orientasi realitas pada lanjut usia pada kelompok perlakuan dan kontrol, 2) Tingkat fungsi kognitif sesudah terapi aktivitas kelompok orientasi realitas pada kelompok perlakuan dan kontrol, 3) Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas terhadap perubahan tingkat fungsi kognitif.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Data Umum

###### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

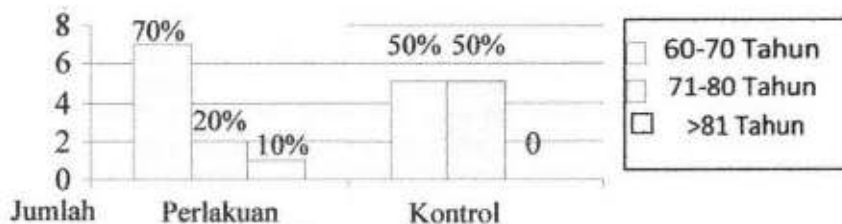
Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri terletak di Jl. Ahmad Yani No.46 Pare Kediri. Panti sosial ini berdiri sejak tahun 1948, berdiri diatas tanah seluas 4, 575 m<sup>2</sup> dan luas bangunan 1.169,71 m<sup>2</sup> serta memiliki kapasitas tampung sebanyak 90 orang. Bangunan panti terdiri atas kantor, 6 bangunan wisma tempat tinggal yang terdiri dari 3 wisma wanita yaitu Ruang Mawar dengan 28 tempat tidur, Ruang AWF (Asrama Wanita Flamboyan)

1 dengan 8 tempat tidur dan AWF 2 dengan 6 tempat tidur, 1 wisma laki-laki yaitu Ruang Anggrek yang terdiri dari 12 tempat tidur, 1 wisma isolasi yaitu Ruang Melati dengan 13 tempat tidur, dan 1 wisma keluarga terdiri dari pasangan suami istri yaitu Ruang Dahlia dengan 12 tempat tidur, aula, tempat ibadah masjid, ruang makan, dapur dan Rumah Dinas. Jumlah tempat tidur 90 buah dengan lansia 90 orang jadi semua tempat tidur terisi penuh. Data pada bulan Januari 2010 menunjukkan bahwa, Panti Werdha ini di huni oleh 90 orang lansia terdiri dari 24 lansia laki-laki dan 66 orang lansia wanita dengan 12 pasangan suami istri. Petugas panti terdiri dari 19 orang pengurus yang terdiri dari: 9 orang pegawai panti, 1 orang perawat, 3 orang juru masak, 2 orang tukang kebun dan 4 orang satpam. Panti UPSTW Pare Kabupaten Kediri yang melaksanakan pelayanan kesejahteraan sosial bagi lansia terlantar.

## 2. Karakteristik Demografi Responden

Data karakteristik demografi responden ini menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi: 1) Umur, 2) Jenis kelamin, 3) Pendidikan. 4) Lama tinggal dipanti, 5) Penyakit yang pernah diderita

### 1). Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

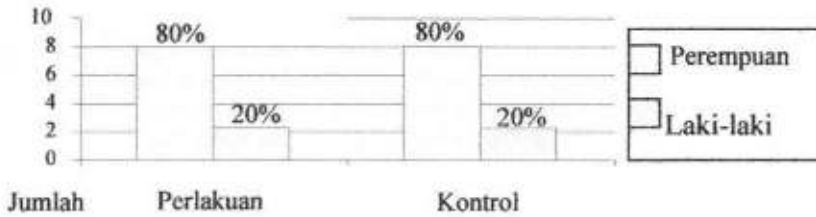


Gambar 5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare 8-22 Januari 2010



Dari gambar 5.1 diagram batang diatas menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan umur untuk kelompok perlakuan, sebagian besar lansia berusia 60-70 tahun yaitu sebanyak 70% (7 orang). Kelompok kontrol memiliki presentase sama yang berusia 60- 70 tahun dan 71- 80 tahun yaitu sebanyak 50% (5 orang).

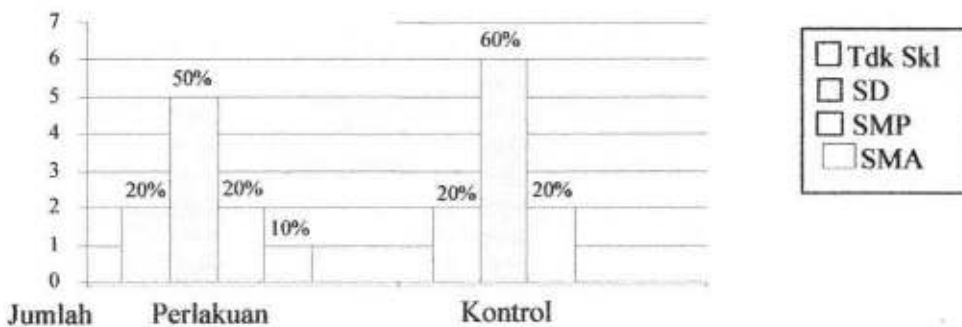
2) Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare 8-22 Januari 2010

Dari gambar 5.2 diagram batang diatas menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dengan mayoritas responden perempuan yaitu 80% (8 orang), dan responden laki-laki 20% (2 orang). Sedangkan kelompok kontrol mayoritas responden perempuan yaitu 80% (8 orang).

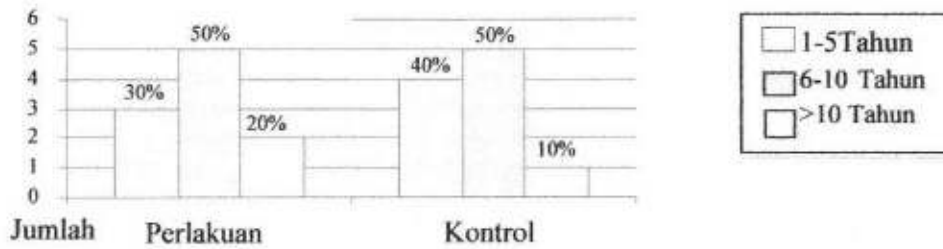
3). Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan



Gambar 5.3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare 8-22 Januari 2010

Dari gambar 5.3 diagram batang di atas dapat dilihat bahwa karakteristik responden berdasarkan pendidikan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebagian besar lansia tingkat pendidikan sama yaitu pendidikan SD pada kelompok perlakuan sebanyak 50% (5 orang) dan pada kelompok kontrol yaitu sebanyak 60% (6 orang).

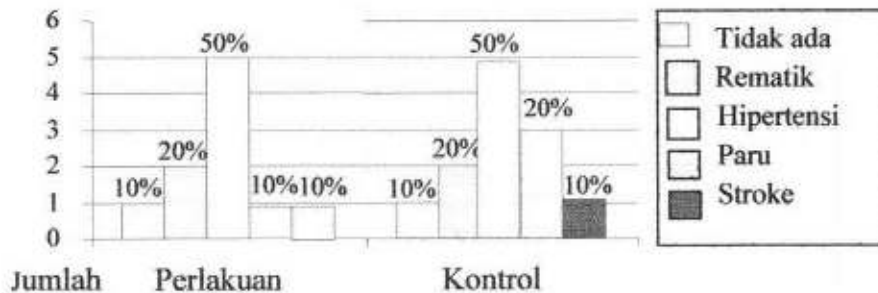
4). Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Tinggal di Panti



Gambar 5.4 Karakteristik responden berdasarkan lama tinggal di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare 8-22 Januari 2010

Dari gambar 5.4 diagram batang diatas menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan lama tinggal pada kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan sebagian besar responden tinggal di Panti 6-10 tahun sebanyak 50% (5 orang).

5). Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit yang pernah diderita



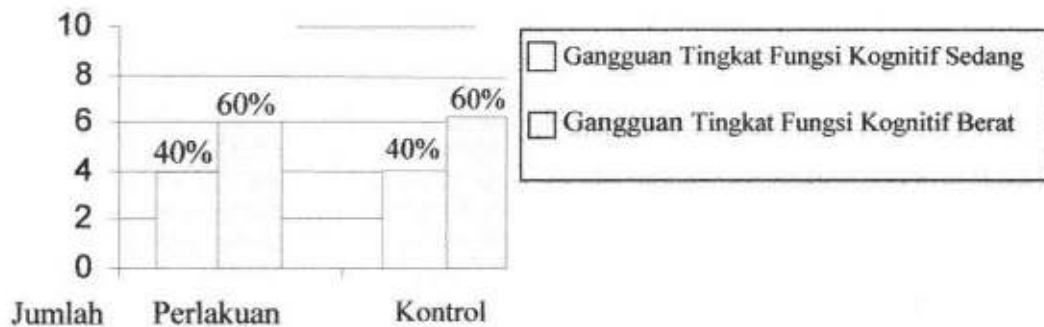
Gambar 5.5 Karakteristik responden berdasarkan Penyakit yang pernah diderita di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare 8-22 Januari 2010

Dari gambar 5.5 diagram batang diatas menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan penyakit yang pernah diderita pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebagian besar sama yaitu Hipertensi sebanyak 50% (5 orang), dan kelompok kontrol sebanyak 50% (5 orang).

### 5.1.2 Data Khusus

#### 1. Tingkat fungsi kognitif sebelum terapi aktivitas kelompok orientasi realitas pada lansia pada kelompok perlakuan dan kontrol

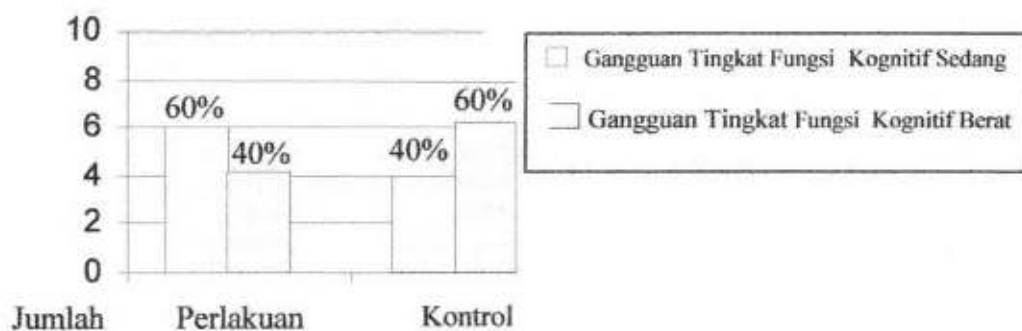
Data-data ini akan diuraikan tentang gangguan fungsi kognitif yang dilakukan pada dua kelompok yaitu kelompok perlakuan 10 orang dan kelompok kontrol 10 orang, melalui pengisian dengan kuesioner dan observasi.



Gambar 5.6 Fungsi Kognitif Kelompok Perlakuan dan Kontrol sebelum TAK Orientasi Realita Di Unit Panti Sosial Tresna Werdha Pare Kediri pada 8-22 Januari 2010

Dari gambar 5.6 diagram batang diatas menunjukkan bahwa gangguan fungsi kognitif pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum TAK Orientasi Realita sebagian besar yaitu gangguan fungsi kognitif berat pada kelompok perlakuan sebanyak 60% (6 orang), pada kelompok kontrol sebanyak 60% (6 orang).

## 2. Tingkat fungsi kognitif sesudah terapi aktivitas kelompok orientasi realitas pada kelompok perlakuan dan kontrol



Gambar 5.7 Fungsi Kognitif Kelompok Perlakuan dan Kontrol sesudah TAK Orientasi Realita Di Unit Sosial Tresna Werdha Pare Kediri Pada 8-22 Januari 2010

Dari gambar 5.7 diagram batang diatas dapat dilihat gangguan fungsi kognitif pada kelompok perlakuan sesudah TAK Orientasi Realita didapatkan perubahan yaitu sebagian besar gangguan fungsi kognitif sedang sebanyak 60% (6 orang) dan pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan yaitu sebagian besar gangguan fungsi kognitif berat sebanyak 60% (6 orang).

## 3. Pengaruh terapi aktivitas kelompok orientasi realitas terhadap tingkat fungsi kognitif pada lansia

Tabel 5.1 Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok Orientasi realita terhadap tingkat fungsi kognitif pada lansia di Panti Unit Sosial Tresna Werdha Pare 8-22 Januari 2010

Kriteria	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Pre	Post	Pre	Post
Gangguan Tingkat Fungsi Kognitif Sedang	4	6	6	4
Gangguan Tingkat Fungsi Kognitif Berat	6	4	6	4
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	X=16,3	X=18,10	X=15,3	X=15,6
	SD=3,400	SD=4,040	SD=2,66	SD= 2,36
	p= 0,007		p= 0,180	
<i>Mann Whitney Test</i>		p=0,003		p=0,003

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan setelah mendapat terapi aktivitas kelompok orientasi realitas di dapatkan pengaruh yang signifikan adanya peningkatan nilai rata-rata dari  $X=18,10$  yang artinya terdapat penurunan gangguan fungsi kognitif pada lansia dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi  $p= 0.007$  yang menunjukkan bahwa sebagian besar pada tingkat kognitif sedang sebanyak 60% (6 orang).

Kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi aktivitas kelompok orientasi realita setelah dilakukan uji statistik *Wilcoxon* menunjukkan nilai signifikansi  $p= 0.180$  artinya tidak ada penurunan gangguan fungsi kognitif pada lansia

Setelah pemberian terapi aktivitas kelompok orientasi realitas dengan menggunakan uji *Statistic Mann Whitney* untuk *post-post* didapatkan signifikansi ( $p$ ) = 0,031. Yang artinya ada pengaruh yang signifikan antara terapi aktivitas kelompok orientasi realitas terhadap fungsi kognitif pada lansia

## 5.2 Pembahasan

Gangguan fungsi kognitif yang dialami lansia pada kelompok perlakuan pada saat *pre-test* sebagian besar yaitu sebanyak 60% responden adalah gangguan tingkat fungsi kognitif berat sebelum pemberian TAK Orientasi Realita dan pada kelompok kontrol yaitu sebagian besar 60% gangguan fungsi kognitif berat. Dari tabel 5.1 setelah dilakukan TAK Orientasi Realita didapatkan perubahan pada kelompok perlakuan yaitu sebagian besar sebanyak 60% gangguan tingkat fungsi kognitif sedang dan pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan. Hasil ini berdasarkan tabulasi penelitian menurut penilaian fungsi kognitif menggunakan

MMSE terutama pada perhatian, kalkulasi dan mengingat (*memory*) menunjukkan bahwa sebagian besar lansia tidak bisa menjawab pertanyaan tersebut.

Hasil tersebut sesuai dengan teori Cumming dan Benson (1992) bahwa orang yang berusia 50-59 tahun, 39% akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan pada usia lebih dari 80 tahun, dan frekuensinya meningkat 85% dibandingkan pada usia 50-59 tahun. Lansia yang mengalami peningkatan fungsi kognitifnya sesuai dengan pendapat Mardjono (2002) yang menyatakan bahwa gangguan fungsi kognitif pada lansia akan mengalami beberapa perkembangan yaitu kemampuan belajar (*Learning*), kemampuan pemahaman (*Comprehension*), kinerja (*Performance*), pemecahan masalah (*Problem Solving*), daya ingat (*memory*), motivasi, pengambilan keputusan, kebijaksanaan, intelegensi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat fungsi kognitif pada lansia yang dikutip dari Wirakusumah (2000) yaitu faktor kepribadian, faktor sosial, faktor budaya. Disamping itu juga dipengaruhi oleh faktor usia akibat proses penuaan yang bervariasi antara satu orang dengan orang yang lain (Patricia, 1996). Dari hasil penelitian mengenai usia bahwa sebagian besar lansia berusia 70- 74 tahun berdasarkan penilaian dengan MMSE terutama pada orientasi dan bahasa menunjukkan bahwa sebagian besar lansia bisa menjawab pertanyaan tersebut. Hasil ini sesuai dengan Mardjono (2002) yang menyatakan bahwa ada seseorang yang berumur 50 tahun dapat mudah lupa tetapi seseorang berumur 80 tahun fungsi kognitifnya masih bagus. Hal ini terjadi karena manusia mempunyai kemampuan kognitif yang berbeda sesuai dengan kondisi mental, fisik, psikologi. Faktor penyakit yang pernah diderita merupakan penyebab umum dari penurunan kognitif tersebut pada lansia terutama perubahan vaskuler, stroke, obat, trauma

dan kerusakan degeneratif. Hal ini sesuai dengan Luggen, (1996) bahwa perubahan fungsi mental yang terjadi disebabkan oleh proses penyakit. Adanya stressor fisik dan emosi menyebabkan lansia mudah terserang penyakit karena penurunan fungsi fisiologis. Lanjut usia yang sehat dalam arti tidak mengalami demensia atau gangguan alzheimer, masih mampu memiliki kemampuan belajar yang baik. (Luggen, 1996).

Banyak faktor yang mempengaruhi daya ingat seseorang seperti dipengaruhi oleh tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan (Nasrun, 2002). Pada lansia daya ingat merupakan salah satu fungsi kognitif yang seringkali paling awal mengalami penurunan. Lansia yang mengalami gangguan maka yang terjadi adalah mudah lupa atau tidak dapat mengingat peristiwa, kejadian yang baru dialami akan tetapi terkadang hal-hal yang telah lama terjadi masih diingat. Keadaan ini sering menimbulkan masalah dan salah paham dalam kehidupan sehari-hari. Dengan pemberian TAK Orientasi realita untuk mengatasi gangguan fungsi kognitif juga dipengaruhi oleh faktor-faktor yang mendukung keberhasilan terapi aktivitas kelompok salah satunya adalah tingkat pengetahuan seseorang (Isaack, 2001: 295). Dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menerima informasi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yaitu sebagian besar tingkat pendidikan lansia yaitu SD dimana para lansia yang sebelumnya pernah menjalani pendidikan maka untuk belajar tentang hal-hal baru yang baru saja dikenal, dikerjakan, atau dipelajari dapat aktif dan mudah menerima hal tersebut. Kalau otak jarang dipakai maka semakin lama makin menurun fungsinya. Hal ini sesuai dengan pendapat Mardjono, (2002) yang menyatakan bahwa prinsip belajar seumur hidup pada manusia memiliki

kemampuan untuk belajar sejak dilahirkan sampai akhir hayat. Dalam TAK dilakukan suatu aktivitas interaksi yang diterima pada setiap sesi aktivitas kelompok yang dilakukan sehingga fungsi kognitif dapat dioptimalkan dengan makin bertambahnya pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya jika pendidikan kurang akan menghambat dalam menerima informasi dalam setiap aktivitas kelompok dan akan mempengaruhi fungsi kognitif seseorang.

Fungsi kognitif dipengaruhi oleh faktor lama tinggal di panti dimana berdasarkan hasil penelitian menyebutkan bahwa sebagian besar responden yang tinggal di panti 6-10 tahun, dalam mengikuti kegiatan TAK yang lama tinggal akan lebih mudah mengenali lingkungan sekitarnya seperti letak kantor, kamar tidur, kamar mandi, dapur, dan tempat-tempat lain yang ada di Panti tersebut. Selain itu dapat bersosialisasi dengan teman sesama penghuni panti, petugas panti sehingga bila ingin menanyakan sesuatu tidak canggung lagi karena sudah mengenali mereka. Hal ini sesuai dengan Jalaludin, (2000) yang menyatakan bahwa, TAK merupakan suatu lingkungan sosial yang kondusif bagi klien untuk bersosialisasi dan berkomunikasi antar anggota. Hambatan yang dialami lansia dalam TAK karena ada lansia yang mempunyai kepribadian tertutup sehingga tidak bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya, maka dapat mempengaruhi konsep diri dan dapat terjadi perubahan mental bahkan menjadi depresi, paranoid dan cenderung psikopat (Wirakusumah, 2000). Untuk mempertahankan hubungan sosialisasi antar individu satu dengan individu, individu dengan kelompok yang lain agar tetap stabil maka dilakukan pendekatan secara terapeutik dan melakukan suatu aktivitas secara berkelompok agar lansia dapat mempengaruhi perilaku yang maladaptif.



Berdasarkan data diatas maka orang yang mengalami gangguan fungsi kognitif harus diberikan kegiatan secara terstruktur, dan dilibatkan secara langsung pada setiap kegiatan yang telah dijadwalkan, lansia dengan gangguan fungsi kognitif sangat baik jika diberikan terapi aktivitas kelompok orientasi realitas. Melihat hal tersebut diatas maka terapi aktivitas kelompok orientasi realita dipengaruhi oleh tingkat pendidikan/ pengetahuan seseorang, sehingga apabila seseorang mempunyai tingkat pengetahuan yang baik maka memudahkan kita/ terapis dalam memberikan terapi aktivitas kelompok orintasi realita dan secara tidak langsung akan terbentuk perilaku baru yang akan dapat mengoptimalkan fungsi kognitif pada lansia.

Berdasarkan hasil uji statistik *Wilcoxon* untuk *pre-* dan *post-test* pada kelompok perlakuan ada penurunan gangguan fungsi kognitif setelah terapi aktivitas kelompok, sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan TAK tidak ada penurunan gangguan fungsi kognitif. Berdasarkan hasil uji statistik *Mann Whitney* untuk *post-* dan *post-test* didapatkan nilai signifikansi artinya ada pengaruh yang signifikan antara pemberian terapi aktivitas kelompok orientasi realitas terhadap tingkat fungsi kognitif pada lansia.

Menurut Kusumoputra (2005) kalau rangsangan belajar terus-menerus dan rutin melakukan aktifitas merupakan kunci stimulasi terhadap otak dapat meningkatkan intelegensi manusia sampai usai 80-90 tahun. Maka sebaliknya jika otak jarang dipakai maka semakin lama makin menurun fungsinya. Menurut Sidiarto (2002) mudah lupa adalah fenomena yang paling menonjol. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya bahwa fungsi kognitif dapat dioptimalkan dengan melakukan berbagai aktifitas bahwa terapi aktivitas dapat

memberikan perubahan bila dilakukan secara regular atau teratur ( Ida A.K, 2006). Berdasarkan teori, TAK merupakan lingkungan sosial yang kondusif bagi klien untuk bersosialisasi dan berkomunikasi antar anggota (Jalaludin, 2000). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yaitu pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, didapatkan perbedaan pengaruh terapi aktivitas kelompok orientasi realitas terhadap tingkat fungsi kognitif pada lansia antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pada kelompok perlakuan sebelum diberikan terapi aktivitas tingkat kognitif berat menjadi sedang sehingga terapi ini mampu mengoptimalkan fungsi kognitif yaitu pengenalan orang, waktu, tempat yang ada di panti tersebut. Dengan adanya kegiatan terapi aktivitas kelompok ini lansia juga dapat terlibat dalam setiap kegiatan aktifitas yang telah dijadwalkan sehingga lansia merasa senang dan menyukai kegiatan yang diberikan.

Dalam penelitian ini, TAK dilakukan dua kali dalam seminggu yang dilakukan setelah selesai beraktivitas atau diwaktu senggang. TAK ini bertujuan untuk mengubah perilaku klien dengan memanfaatkan dinamika kelompok. TAK dilakukan dalam tiga sesi pada tiap sesi dilakukan selama 30 menit dimana lansia diorientasikan pada kenyataan yang ada disekitarnya yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan disekitarnya, waktu saat ini dan yang lalu. Terapi aktivitas kelompok sangat berpengaruh dalam penurunan tingkat fungsi kognitif hal ini karena dipengaruhi oleh adanya kegiatan yang terstruktur dan terjadwal sehingga lansia tidak merasa bosan terhadap kegiatan yang di lakukan. Cara ini cukup efektif, karena didalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling mempengaruhi, saling tergantung dan terjalin satu persetujuan norma yang diakui

bersama, sehingga terbentuk suatu sistem sosial yang khas yang didalamnya terdapat interaksi, interelasi dan interdependensi (Stuart & Laraia, 2001).

Dengan demikian hal utama yang harus dilakukan untuk menjaga agar fungsi kognitif lansia tidak menurun secara progresif sehingga menjadi dimensia dengan cara mengoptimalkan fungsi otak yang masih sehat dengan kegiatan-kegiatan yang merangsang aktifnya bagian otak kanan dan otak kiri secara seimbang, yaitu dengan melakukan terapi aktivitas kelompok secara teratur yang efektif dalam melatih lansia untuk mengorientasikan keadaan nyata yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan atau tempat dan waktu yang pernah dialami. TAK dibagi dalam tiga sesi dimana setiap sesi diberikan waktu 30 menit, sesi pertama tentang orientasi orang, sesi kedua orientasi tempat dan sesi ketiga tentang orientasi lingkungan di sekitarnya. Pada sesi pertama orientasi orang seperti menyebutkan nama perawat / terapis, nama orang disekitarnya. Orientasi tempat yaitu dengan mengetahui dan menyebutkan nama panti, ruangan yang ada di panti seperti kantor, dapur, kamar tidur, kamar mandi. Orientasi lingkungan seperti menyebutkan tanggal, hari, bulan, waktu dengan tepat. Jadi pemberian TAK jika dilakukan secara rutin dan kontinyu dapat menstabilkan masalah gangguan fungsi kognitif pada lansia.

## **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**



## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil pembahasan yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya adalah sebagai berikut :

#### 6.1 Kesimpulan

1. Tingkat fungsi kognitif lansia sebelum mendapatkan terapi aktivitas kelompok orientasi realitas pada kelompok perlakuan, sebagian besar adalah tingkat fungsi kognitif berat dan kelompok kontrol sebagian besar tingkat fungsi kognitif sedang, hal ini disebabkan karena lansia mengalami proses penuaan dan penurunan fungsi tubuh secara degeneratif sehingga mempengaruhi faktor kepribadian, faktor sosial, faktor budaya. Dipengaruhi juga oleh faktor usia, tingkat pendidikan dan faktor penyakit yang pernah diderita.
2. Tingkat fungsi kognitif lansia mengalami peningkatan sesudah terapi aktivitas kelompok orientasi realitas pada kelompok perlakuan sedangkan pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan. Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan terapi aktivitas kelompok adalah tingkat pendidikan, faktor lama tinggal di Panti.
3. Terapi aktivitas kelompok orientasi realitas berpengaruh pada tingkat fungsi kognitif pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi aktivitas kelompok orientasi realitas pada fungsi kognitif tidak mengalami perubahan. Hal ini disebabkan karena didalam terapi aktivitas kelompok dilakukan suatu kegiatan yang dapat mengoptimalkan fungsi kognitif dan dipengaruhi oleh faktor daya ingat seseorang, tingkat

perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan. Disamping itu juga dipengaruhi oleh faktor penyakit yang pernah diderita yang mempengaruhi fungsi kognitif.

## 6.2 Saran

1. Bagi lansia diharapkan tetap aktif dalam mempertahankan fungsi kognitif dengan mengikuti kegiatan dan memanfaatkan waktu senggang untuk beraktifitas sesuai dengan kemampuan.
2. Bagi Panti Werdha diharapkan dalam mempertahankan fungsi kognitif yaitu dengan memberikan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas kepada lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif secara rutin dan kontinuitas.
3. Bagi perawat (terapis) diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan tentang terapi aktivitas kelompok sehingga dapat meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan Gerontik.
4. Bagi peneliti selanjutnya perlu melakukan penelitian lebih lanjut dalam penggunaan terapi kognitif untuk meningkatkan atau menstabilkan fungsi kognitif pada lansia agar alternatif pilihan lebih bervariasi.

# DAFTAR PUSTAKA



## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, s, (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT. Rhineka Cipta.
- Anumbara, (2006). *Lansia Aktif Berfikir*. [www//http:google.com.search?q=lansia+aktif+berfikir&btnG=Search&hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=lansia+aktif+berfikir&btnG=Search&hl=en&sa=2). Tanggal 14 Oktober 2009. Jam 18.00 WIB.
- Changjaya, (2007). *Daya Ingat Lemah, Sering Lupa, Bagaimana?. Intisari*. [www//http:google.com/search?ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=navclient&gfns=1&q=dayaingat+lemah%2C+sering+lupa%2C+Bagaimana%3F](http://www.google.com/search?ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=navclient&gfns=1&q=dayaingat+lemah%2C+sering+lupa%2C+Bagaimana%3F). Tanggal 28 September 2009. Jam 18.00 WIB.
- Czeresna.H.S, dkk, (2000). *Pedoman Pengelolaan Kesehatan Pasien Geriatri untuk Dokter dan Perawat*. Jakarta: FKUI.
- Darmojo dan Martono, (2000). *Buku Ajar Geriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Departemen Kesehatan, (2002). *Panti Sosial Tresna Werdha*. Surabaya; Dinas Sosial Pemerintah Daerah Jawa Timur.
- Fadilla Haris, (2006). *Gangguan Mental Pada Lanjut Usia*. [www//http:google.com/search?q=gangguan+mental+pada+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=gangguan+mental+pada+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2). Tanggal 14 Oktober 2009. Jam 18.00 WIB.
- Hurlock, (1999). *Psikologi Perkembangan* . Jakarta : Erlangga.
- Isaacs. Ann, (2005). *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Ismayanti, (2008). *Memilih Terapi Alternatif Pada Lansia*. [www//http:google.com/search?q=epsikologi=memilih+terapi+alternatif+pada+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=epsikologi=memilih+terapi+alternatif+pada+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2). Tanggal 21 Oktober 2009. Jam 20.00 WIB.
- Joseph Gallo dkk, (1998). *Buku Saku Gerontologi*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia, (1990). Jakarta; Balai Pustaka.
- Keliat, (2004). *Terapi Aktifitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Kuntjoro Z.S, (2002). *Memahami Mitos & Realita Lansia*. [www//http:google.com/search?q=psikologi+memahami+mitos+dan+realitas+tentang+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=psikologi+memahami+mitos+dan+realitas+tentang+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2). .Tanggal 11 Oktober 2009. Jam 18.00 WIB.



- Lumbantobing SM, (1997). *Kecerdasan pada Usia Lanjut dan Demensia*. Jakarta: FKUI.
- Luggen, S, (1996). *National Gerontological Nursing Association Core Curriculum for Gerontological Nursing*. Missouri USA: Moosby-Year Book.
- Makalah Pelatihan Nasional Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa, (2003).
- Maramis, W.F. (2004). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press.
- Mardjono, M, (2002). *Jangan Biarkan Orangtua Cepat Pikun. Info Kesehatan*.  
[www//http:  
 google.com/search?q=jangan+biarkan+lansia+cepat+pikun&btnG=Search  
 &hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=jangan+biarkan+lansia+cepat+pikun&btnG=Search&hl=en&sa=2). Tanggal 28 September 2009. Jam 18.00 WIB.
- Martyn & Gale, (2002). *Seri Kesehatan Bimbingan Dokter pada Pikun & Pelupa*. Jakarta: PT. Dian Rakyat.
- Nasrun, M, (2006). *Seminar Asosiasi Psikogeriatri Indonesia: Masalah Lupa, Dimensia dan Alzheimer, Info Kesehatan*. [www//http:  
 google.com/search?q=seminar+asosiasi+psikogeriatri+indonesia%3A+Ma  
 salah+lupa%2C+dimensia%2C+alzaimer&btnG=Search&hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=seminar+asosiasi+psikogeriatri+indonesia%3A+Masalah+lupa%2C+dimensia%2C+alzaimer&btnG=Search&hl=en&sa=2).  
 Tanggal 28 September 2009. Jam 18.00 WIB.
- Notoatmojo S, (1997). *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo S, (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, (2000). *Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nursalam & siti pariani, (2001). *Pendekatan Praktis metodologi Riset Keperawatan*. : Sagug Seto. Jakarta.
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Partini Siti, (2004). *DIY: Propinsi Lansia*. Yogya: Pusat Studi Sumber Daya Lansia [www//http:  
 google.com/search?q=propinsi+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=propinsi+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2).  
 Tanggal 28 September 2009. Jam 20.00 WIB.
- Pelenkahu & Suling, (1996). *Pedoman Praktis bagi Manusia Usia Lanjut*. Jakarta: BPK Gunung Mulia.

- Raharjo, (1996). *Penyakit Lanjut Usia, Berbagai poal Pelayanan Kesehatan Serta Penelitian yang masih Diperlukan*. Jurnal Jaringan Epidemiologi Nasional. Edisi 2. Jakarta.
- Reyndra, (2009). *Statistik Jumlah Penduduk*. [www//http: google.com/search?q=statistik+jumlah+penduduk&btnG=Search&hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=statistik+jumlah+penduduk&btnG=Search&hl=en&sa=2). Tanggal 28 September 2009. Jam 18.00 WIB.
- Setiabudhi & Hardywinoto, (1999). *Panduan Gerontologi: Tinjauan dari Berbagai Aspek*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Soejono, dkk (2000). *Panduan Praktis Perawatan Kesehatan Untuk Pengasuh Orang Usia Lanjut*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- S.K. Zainuddin, (2002). *Memahami Kepribadian Lansia*, [www//http: google.com/search?q=memahami+kepribadian+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2](http://www.google.com/search?q=memahami+kepribadian+lansia&btnG=Search&hl=en&sa=2). Tanggal 9 Oktober 2009. Jam 18.00 WIB.
- Stuart, G.W. & Sundeen,S.J, (1998). *Principples and Practice of Psychiatric Nursing*. Missouri USA: Mosb-Year Book.
- Tomb. David, (2004). *Buku Saku Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Watson Roger, (2003). *Perawatan pada Lansia*. Jakarta: EGC.
- \_\_\_\_\_ (2004). *Buku Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Team PSIK FKp Universitas Airlangga. Surabaya: UNAIR

# LAMPIRAN





IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

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

Surabaya, 29 Desember 2009

Nomor : 3492/H3.1.12/PPd/2009  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan  
Data Penelitian Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Sosial Surabaya  
di –  
Tempat


Dengan hormat,

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

Nama : Sri Lestari  
NIM : 010830357B  
Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas Terhadap Tingkat Fungsi Kognitif pada Lanjut Usia di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha di Pare Kediri  
Tempat : Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha di Pare Kediri

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

  
Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP : 140238226

Tembusan :

1. Kepala Dinas Sosial Jombang
2. Kepala Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha di Pare Kediri

**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
DINAS SOSIAL**

Jl. Gayung Kebonsari No. 56 B Telp./Fax. (031) 8290794/8296515

Website : <http://www.dinsosjatim.go.id>SURABAYA 60235

Surabaya, 15 Januari 2010

Nomor : 070/ 70 /102.008/2010  
Sifat : Segera  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Pengumpulan Data

Kepada  
**Yth.Sdr. Dekan Fakultas  
Keperawatan  
Universitas Airlangga  
di -**

SURABAYA

Memperhatikan surat Saudara nomor : 3492/H3.1.12/PPd/2009 tanggal, 29 Desember 2009 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian Mahasiswa PSIK – FKp Unair maka dengan ini kami mengijinkan kepada mahasiswa .

N a m a : SRI LESTARI  
N I M : 010830357 B

untuk melaksanakan kegiatan pengumpulan data " Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas Terhadap Tingkat Fungsi Kognitif pada Lanjut Usia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jombang " dalam rangka penyusunan skripsi.

Setelah selesai pelaksanaannya kepada mahasiswa tersebut agar melaporkan hasil kegiatannya kepada Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

**Tembusan :**

1. Bapak Gubernur Jawa Timur  
( sebagai laporan ).
2. Sdr. Kepala UPT Pelayanan Sosial  
Lanjut Usia Jombang.

## Lampiran 2

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Assalamualaikum wr. wb.

Para lansia di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kediri yang terhormat  
Nama saya Sri Lestari, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul :

**“Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok Orientasi Realitas terhadap tingkat fungsi kognitif pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri”**

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan mutu pelayanan asuhan keperawatan khususnya pada lansia di Panti Werdha. Untuk keperluan diatas saya mohon kesediaan Ibu untuk menjawab pertanyaan kuesioner atau daftar pertanyaan yang akan kami sampaikan dengan sejujurnya atau apa adanya. Saya menjamin kerahasiaan identitas Ibu. Informasi yang Ibu / Bapak berikan dipergunakan sebagai wahana untuk mengembangkan mutu pelayanan, tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Ibu untuk menandatangani persetujuan yang telah saya siapkan. Partisipasi Ibu sangat saya hargai dan saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 8 Januari 2010

Hormat saya

Sri Lestari  
NIM. 010830357 B

## Lampiran 3

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Oleh :

**SRI LESTARI**  
**NIM : 010830357 B****MAHASISWA PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya 2010.

Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi aktifitas kelompok orientasi realitas terhadap fungsi kognitif, partisipasi Ibu/ Bapak dalam penelitian ini bersifat bebas dan rahasia. Untuk ikut ataupun tidak tanpa adanya sanksi apapun.

Jika Ibu bersedia menjadi peserta, silahkan menandatangani format dibawah ini:

Tanda Tangan :

Tanggal :

No. Responden :

## Lampiran 4

## LEMBAR KUISIONER

## Petunjuk:

Berilah tanda check (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban saudara.

No. Responden :.....

Tanggal Pengisian :.....

## A. DATA DEMOGRAFI

Kode:

## 1. Umur

- 1) 60 – 70 tahun  
 2) 75 – 90 tahun  
 3)  $\geq 90$  tahun

## 2. Jenis Kelamin

- 1) Perempuan  
 2) Laki-laki

## 3. Pendidikan

- 1) Tidak sekolah  
 2) SD  
 3) SMP  
 4) SMA  
 5) Pendidikan Tinggi



## 4. Lama menghuni panti werdha

- 1) 1 – 5 tahun
- 2) 6 – 10 tahun
- 3) Lebih dari 10 tahun

## 5. Penyakit yang pernah diderita

- 1) Tidak ada
- 2) Rematik
- 3) Hipertensi
- 4) Paru
- 5) Stroke

**B. LEMBAR WAWANCARA FUNGSI KOGNITIF**

Nama (Inisial) Responden :

Tingkat Pendidikan :


Hobi :

Umur :

Tanggal Pengisian :

No	ASPEK KOGNITIF	KRITERIA	NILAI MAKSIMAL	NILAI KLIEN
1	Orientasi	Menyebutkan dengan benar : 1. <input type="checkbox"/> Tahun 2. <input type="checkbox"/> Musim 3. <input type="checkbox"/> Tanggal 4. <input type="checkbox"/> Hari 5. <input type="checkbox"/> Bulan  Dimana klien sekarang berada : 6. <input type="checkbox"/> Negara Indonesia 7. <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Timur 8. <input type="checkbox"/> Kabupaten Kediri 9. <input type="checkbox"/> Kecamatan Pare 10. <input type="checkbox"/> Panti werdha	Bila benar nilai 1 point Bila salah nilai 0 point  10	

2	Registrasi	<p>Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa ) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek kemudian tanyakan pada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan)</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Kursi 12. <input type="checkbox"/> Meja 13. <input type="checkbox"/> Pensil</p>	3	
3	Perhatian dan kalkulasi	<p>Minta klien untuk membaca kata "DUNIA" kemudian mengeja satu persatu huruf dari belakang ke depan</p> <p>14. <input type="checkbox"/> A 15. <input type="checkbox"/> I 16. <input type="checkbox"/> N 17. <input type="checkbox"/> U 18. <input type="checkbox"/> D</p>	5	
4	Mengingat	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada no 2 (Registrasi) bila benar, 1 point untuk masing-masing obyek :</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Kursi 20. <input type="checkbox"/> Meja 21. <input type="checkbox"/> Pensil</p>	3	
5	Bahasa	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien :</p> <p>22. <input type="checkbox"/> Misal : jam tangan 23. <input type="checkbox"/> Misal : pensil</p> <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut "tak ada jika, dan, atau, tetapi"</p> <p>Bila benar nilai satu 1 point</p> <p>24. <input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah : tak ada, tetapi</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : "ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh dilantai"</p> <p>25. <input type="checkbox"/> Ambil kertas ditangan anda 26. <input type="checkbox"/> Lipat dua 27. <input type="checkbox"/> Taruh dilantai</p>	9	

		<p>Perintahkan klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu point)</p> <p>28. <input type="checkbox"/> "Tutup mata anda"</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar</p> <p>29. <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat "Lansia harus tetap aktif"</p> <p>30. <input type="checkbox"/> Menyalin gambar</p> 		
		Jumlah Total	30 point	

Sumber dari Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR: *Mini-mental state practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician*, J Psychiatr Res 12 : 189-98, 1975. Dikutip oleh Stuart and Sundeen: *Principle and Praticce of Psychiatric Nursing*, sixth edition, 1998.

## Lampiran 5

**PANDUAN KEGIATAN TAK**

Topik	: Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas
Sasaran	: Lansia di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kediri
Tempat	: Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kediri
Pelaksanaan	: Januari 2010
Waktu	: 1 X 30 menit tiap sesi

---

**I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Setelah diberikan terapi aktivitas kelompok orientasi realitas, diharapkan fungsi kognitif pada lansia dapat dioptimalkan.

**II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS**

Setelah diberikan terapi aktifitas kelompok, lansia mampu :

1. Sesi 1 : TAK Orientasi Orang
  - 1) Klien mampu mengenal nama-nama perawat/ terapis.
  - 2) Klien mampu mengenal nama-nama klien lain.
2. Sesi 2 : TAK Orientasi Tempat
  - 1) Klien mampu mengenal nama panti.
  - 2) Klien mampu mengenal nama ruangan yang ditempati.
  - 3) Klien mampu mengenal nama nomor kamar.
  - 4) Klien mampu mengenal nama nomor tempat tidur.
  - 5) Klien mengenal letak ruang perawat, ruang istirahat, kamar mandi dan WC.
3. Sesi 3 : TAK Orientasi Lingkungan
  - 1) Klien mampu mengenal tanggal dan tempat.
  - 2) Klien mampu mengenal hari dengan tepat.
  - 3) Klien mampu mengenal bulan dengan tepat.
  - 4) Klien mampu mengenal waktu dengan tepat.

### III. PELAKSANAAN TAK

#### 1. KEANGGOTAAN

##### 1) Kriteria klien yang dapat mengikuti TAK

- (1) Bersedia menjadi responden dengan menandatangani surat persetujuan
- (2) Mampu berkomunikasi dengan baik
- (3) Mengalami penurunan fungsi kognitif
- (4) Tidak mengalami gangguan jiwa
- (5) Lansia berusia 60-90 tahun
- (6) Lansia yang tinggal di Panti lebih dari 1 tahun

##### 2) Sifat Keanggotaan

Sifat keanggotaan TAK ini bersifat tertutup artinya tidak diperkenankan adanya penambahan anggota kelompok selain dari anggota yang sudah ditetapkan sebelum tujuan TAK tercapai.

#### 2. PROSES SCREENING ANGGOTA KELOMPOK

- 1) Proses screening dilakukan dengan cara observasi dan wawancara terhadap semua klien atau lansia di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kediri berjumlah 10 orang dan mengacu pada kriteria inklusi yang ditetapkan.
- 2) Proses pemilihan anggota kelompok mempertimbangkan area masalah: umur, jenis kelamin, budaya, tingkat pendidikan.
- 3) Hasil dicatat dalam screening

#### 3. PENETAPAN ANGGOTA KELOMPOK

Menetapkan sampel 10 orang anggota kelompok yang akan mengikuti TAK kemudian dicatat dalam lembar responden

#### 4. MODEL TAK

Model TAK yang dipakai adalah model interdependen

#### 5. METODE KELOMPOK

Metode TAK yang dipakai adalah dinamika kelompok, diskusi dan tanya jawab

#### 6. MENENTUKAN LEADER, CO LEADER, FASILITATOR, OBSERVER

- 1) Leader : Sri Lestari

2) Co Leader : Mahasiswa PSIK FKp UNAIR

3) Observer : Petugas Pantu

4) Fasilitator : Petugas Pantu

## 7. URAIAN TUGAS

### 1) Sebagai Leader

- (1) Memimpin jalannya terapi aktifitas kelompok
- (2) Menjelaskan tujuan dan aturan main terapi aktifitas kelompok
- (3) Menentukan topik yang akan dibahas
- (4) Menyimpulkan hasil terapi aktifitas kelompok

### 2) Sebagai Co Leader

- (1) Menganalisa dan mengobservasi pola-pola komunikasi dalam kelompok
- (2) Kelompok menetapkan tujuan dan membuat peraturan
- (3) Membantu anggota kelompok untuk menyadari dinamisnya kelompok
- (4) Menjadi motivator
- (5) Membantu mengarahkan dan memimpin jalannya terapi aktifitas kelompok bersama leader

### 3) Sebagai Observer

- (1) Mencatat serta mengamati respon klien
- (2) Mengamati jalannya terapi aktifitas kelompok
- (3) Mencegah peserta yang *drop out*

### 4) Sebagai Fasilitator

Sebagai fasilitator perawat ikut serta dalam kegiatan kelompok sebagai anggota dengan tujuan memberi stimulus pada anggota kelompok lain agar dapat mengikuti jalannya kegiatan.

## 8. PERSIAPAN PELAKSANAAN

### 1) Waktu

TAK dilaksanakan pada bulan Januari 2010

### 2) Tempat Kegiatan

Ruang di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kediri

- 3) Lamanya kegiatan  
Untuk setiap sesi lamanya 30 menit
- 4) Besar kelompok  
Jumlah kelompok yang dilakukan TAK sebanyak satu kelompok kecil.  
Masing- masing kelompok terdiri dari 10 orang
- 5) Frekuensi TAK  
TAK Orientasi Realitas dilakukan 3 sesi
- 6) Kondisi Ruangan
  - (1) Ruang harus cukup tenang dan terang
  - (2) Kursi dibentuk melingkar
  - (3) Posisi Leader, co leader, fasilitator berada ditengah klien
  - (4) Posisi observer di luar lingkaran
- 7) Alat Bantu yang digunakan
  - (1) Ruang yang cukup luas untuk menampung 14 orang dan kursi sebanyak 14 orang
  - (2) Nama tag sejumlah klien dan perawat atau terapis yang ikut TA
  - (3) Spidol "70"
  - (4) Bola tennis
  - (5) Tepe Recorder dan kaset (Langgam Jawa/ Campur sari)
  - (6) Alat tulis dan buku catatan

#### IV. KEGIATAN TAK

##### 1. Sesi 1 : Orientasi Orang

###### 1) Persiapan

- (1) Memilih klien sesuai dengan indikasi
- (2) Membuat kontrak dengan klien
- (3) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

###### 2) Orientasi

- (1) Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien
- (2) Evaluasi/ validasi : menanyakan perasaan klien saat ini
- (3) Kontrak : Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yaitu mengenal orang, Terapis menjelaskan aturan main berikut; jika ada klien yang ingin

meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis, lama kegiatan 30 menit, setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai .

### 3) Kerja

- (1) Terapis membagikan papan nama untuk masing-masing klien
- (2) Terapis meminta masing-masing klien menyebutkan nama lengkap nama panggilan dan asal
- (3) Terapis meminta masing-masing klien menuliskan nama panggilan di papan nama yang dibagikan
- (4) Terapis meminta masing-masing klien memperkenalkan diri secara berurutan, searah jarum jam dimulai dari terapis, meliputi menyebutkan nama lengkap , nama panggilan, asal, dan hobi
- (5) Terapis menjelaskan langkah-langkah berikutnya: *tape recorder* akan dinyalakan, saat musik terdengar bola tenis dipindahkan dari satu klien ke klien lain. Saat musik dihentikan, klien yang sedang memegang bola tenis menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal , dan hobi dari klien yang lain (minimal nama panggilan)
- (6) Terapis memutar *tape recorder* dan menghentikan. Saat musik berhenti klien yang sedang memegang bola tenis menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal dan hobi klien yang lain.
- (7) Ulangi langkah f sampai semua klien mendapatkan giliran.
- (8) Terapis memberikan pujian untuk setiap keberhasilan klien dengan mengajak klien lain bertepuk tangan.

### 4) Terminasi

- (1) Evaluasi : terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK, terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok
- (2) Tindak lanjut : terapis menganjurkan klien menyapa orang lain sesuai dengan nama panggilan
- (3) Kontrak yang akan datang : terapis membuat kontrak untuk TAK yang akan datang yaitu "Mengenal Tempat", menyepakati waktu dan tempat



## 5) Evaluasi

## Kemampuan mengenal orang

No.	Aspek yang dinilai	Nama klien				
1	Menyebutkan nama klien lain					
2	Menyebutkan nama panggilan klien lain					
3	Menyebutkan asal klien lain					
4	Menyebutkan hobi klien lain					

Petunjuk :

- (1) Tulis inisial nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama klien
- (2) Beri nilai 1 jika klien dapat menjawab dan nilai 0 jika tidak dapat menjawab

## 2. Sesi 2 : Orientasi Tempat

## 1) Persiapan

- (1) Mengingatkan kontrak pada klien peserta Sesi 1 TAK orientasi realitas
- (2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

## 2) Orientasi

- (1) Salam terapeutik : Terapis mengucapkan salam kepada peserta
- (2) Evaluasi atau validasi :
  - a) Terapis menanyakan perasaan klien saat ini
  - b) Menanyakan apakah klien masih mengingat nama-nama klien yang lain

## (3) Kontrak

- a) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu mengenal tempat yang biasa dilihat
- b) Terapis menjelaskan aturan main yaitu lama kegiatan 45 menit, jika ada peserta yang akan meninggalkan kelompok harus meminta ijin kepada terapis

## 3) Kerja

- (1) Terapis menanyakan kepada klien nama panti werdha, nama ruangan, klien diberi kesempatan menjawab. Beri pujian pada klien yang mampu menjawab dengan tepat.

- (2) Terapis menjelaskan dengan menyalakan *tape recorder* lagu dangdut, sedangkan bola tenis diedarkan dari satu peserta ke peserta yang lain searah jarum jam. Pada saat lagu berhenti, klien yang memegang bola tenis akan diminta menyebutkan nama panti werdha dan nama ruangan.
  - (3) Terapis memutar *tape recorder* dan menghentikan. Saat musik berhenti klien yang sedang memegang bola tenis menyebutkan nama panti werdha, nama ruangan. Kegiatan ini diulangi sampai semua klien mendapatkan giliran.
  - (4) Terapis memberikan pujian untuk setiap keberhasilan klien
  - (5) Terapis mengajak klien berkeliling serta menjelaskan nama dan fungsi ruangan serta menjelaskan nama dan fungsi yang ada. Kantor, kamar mandi WC, ruang istirahat, dan ruang lainnya.
- 4) Terminasi
- (1) Evaluasi : terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK, terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok
  - (2) Tindak lanjut : terapis menganjurkan klien untuk menghafal nama-nama tempat.
  - (3) Kontrak yang akan datang : terapis membuat kontrak untuk TAK yang akan datang yaitu "Mengenal Waktu", menyepakati waktu dan tempat

5) Evaluasi

Kemampuan mengenal tempat dipanti werdha

No	Aspek yang dinilai	Nama klien				
1	Menyebutkan nama panti					
2	Menyebutkan nama ruangan					
3	Menyebutkan letak kantor pegawai					
4	Menyebutkan letak kamar mandi dan WC					
5	Menyebutkan letak kamar tidur					

3. Sesi 3 :Orientasi Waktu

1) Persiapan

- (1) Mengingatkan kontrak pada klien peserta Sesi 1 TAK orientasi realitas
- (2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

## 2) Orientasi

- (1) Salam terapeutik : Terapis mengucapkan salam kepada peserta
- (2) Evaluasi atau validasi :
  - a) Terapis menanyakan perasaan klien saat ini
  - b) Menanyakan apakah klien masih mengingat nama-nama klien yang lain
- (3) Kontrak
  - a) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu mengenal tempat yang biasa dilihat
  - b) Terapis menjelaskan aturan main yaitu lama kegiatan 45 menit, jika ada peserta yang akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis

## 3) Kerja

- (1) Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dikerjakan
- (2) Terapis menanyakan hari, tanggal, bulan, tahun, dan waktu sekarang
- (3) Terapis menjelaskan akan menghidupkan tape recorder, sedangkan bola tenis diedarkan dari satu klien ke klien yang lain. Pada saat musik berhenti, klien yang memegang bola menjawab pertanyaan dari terapis.
- (4) Terapis menghidupkan musik, dan mematikan musik. Klien mengedarkan bola tenis secara bergantian searah jarum jam. Saat musik berhenti, klien yang memegang bola siap menjawab pertanyaan terapis tentang tanggal, bulan, tahun, hari dan jam saat itu. Kegiatan ini diulang sampai semua klien mendapat giliran.
- (5) Terapis memberi pujian kepada klien setelah memberikan jawaban dengan tepat.

## 4) Terminasi

- (1) Evaluasi: terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK, terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok
- (2) Tindak lanjut: terapis meminta klien memberi tanda/ mengganti kalender setiap hari
- (3) Kontrak yang akan datang: terapis menyepakati TAK yang akan datang sesuai dengan indikasi klien, menyepakati waktu dan tempat

## 5) Evaluasi

Kemampuan mengenal tempat dipanti werdha

No	Aspek yang dinilai	Nama klien				
1	Menyebutkan nama panti					
2	Menyebutkan nama ruangan					
3	Menyebutkan letak kantor pegawai					
4	Menyebutkan letak kamar mandi dan WC					
5	Menyebutkan letak kamar tidur					

Petunjuk :

- (1) Tulis inisial nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama klien.
- (2) Beri nilai 1 bila klien dapat menjawab dengan benar dan nilai 0 bila tidak dapat menjawab.

Lampiran 6

Lembar Observasi Hasil Skor *Pre-Test* Kelompok Perlakuan Tingkat Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri Bulan Januari 2010

No Respon den	Fungsi Kognitif																												Total Point	Keterangan		
	Orientasi										Registrasi			Perhatian & Kalkulasi						Mengingat			Bahasa									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			29	30
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	20	Fungsi Kognitif Sedang
2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	16	Fungsi Kognitif Berat
3	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	17	Fungsi Kognitif Berat
4	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	12	Fungsi Kognitif Berat
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	21	Fungsi Kognitif Sedang
6	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	Fungsi Kognitif Berat
7	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	20	Fungsi Kognitif Sedang
8	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	13	Fungsi Kognitif Berat
9	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	Fungsi Kognitif Berat
10	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	18	Fungsi Kognitif Sedang
	Jumlah																												166			

Keterangan:

Kognitif Normal = 24 -30

Kognitif Sedang =18- 23

Kognitif Berat = 0-17

4 orang lansia

6 orang lansia

Lampiran 7

Lembar Observasi Hasil Skor *Post-Test* Kelompok Perlakuan Tingkat Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri Bulan Januari 2010

No Respon den	Fungsi Kognitif																											Total Point	Keterangan				
	Orientasi										Registrasi			Perhatian & Kalkulasi					Mengingat			Bahasa											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27			28	29	30	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	23	Fungsi Kognitif Sedang	
2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	19	Fungsi Kognitif Sedang
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	18	Fungsi Kognitif Sedang
4	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	12	Fungsi Kognitif Berat
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	23	Fungsi Kognitif Sedang
6	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	15	Fungsi Kognitif Berat
7	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	23	Fungsi Kognitif Sedang
8	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	14	Fungsi Kognitif Berat
9	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	15	Fungsi Kognitif Berat
10	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	19	Fungsi Kognitif Sedang
Jumlah																											180						

Keterangan

Kognitif Normal = 24 - 30

Kognitif Sedang = 18 - 23

Kognitif Berat = 0 - 17

6 orang lansia

4 orang lansia

Lampiran 8

Lembar Observasi Hasil Skor *Pre-Test* Kelompok Kontrol Tingkat Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri Bulan Januari 2010

No Responden	Fungsi Kognitif																													Total Point	Keterangan		
	Orientasi										Registrasi			Perhatian & Kalkulasi						Mengingat			Bahasa										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			30	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	18	Fungsi Kognitif Sedang
2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	14	Fungsi Kognitif Berat	
3	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	16	Fungsi Kognitif Sedang	
4	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	14	Fungsi Kognitif Berat	
5	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	19	Fungsi Kognitif Sedang	
6	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	Fungsi Kognitif Berat	
7	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	17	Fungsi Kognitif Sedang	
8	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	16	Fungsi Kognitif Sedang	
9	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	11	Fungsi Kognitif Berat	
10	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	17	Fungsi Kognitif Sedang	
Jumlah																													156				

Keterangan

Kognitif Normal = 24 - 30

Kognitif Sedang = 18 - 23

Kognitif Berat = 0 - 17

6 orang lansia

4 orang lansia

## Lampiran 9

Lembar Observasi Hasil Skor *Post-Test* Kelompok Kontrol Tingkat Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri Bulan Januari 2010

No Responden	Fungsi Kognitif																											Total Point	Keterangan				
	Orientasi										Registrasi			Perhatian & Kalkulasi						Mengingat			Bahasa										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27			28	29	30	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	18	FungsikognitifSedang	
2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	14	Fungsi Kognitif Berat	
3	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	16	FungsikognitifSedang	
4	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	12	Fungsi kognitif Berat	
5	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	19	FungsikognitifSedang
6	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	Fungsi kognitif Berat
7	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	17	FungsikognitifSedang
8	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	16	FungsikognitifSedang
9	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	11	Fungsi kognitif Berat
10	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	17	FungsikognitifSedang	
	Jumlah																											156					

## Keterangan

Kognitif Normal = 24 - 30

Kognitif Sedang=18- 23

Kognitif Berat= 0-17

6 orang lansia

4 orang lansia



## Lampiran 10

## Tabulasi Data Demografi Di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Pare Kabupaten Kediri Bulan Januari 2010

## Tabulasi Data Umum

NO	Umur		Jenis Kelamin		Pendidikan		Lama Tinggal		Penyakit yang pernah di derita	
	Perlakuan	Kontrol	Perlakuan	Kontrol	Perlakuan	Kontrol	Perlakuan	Kontrol	Perlakuan	Kontrol
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
4	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3
5	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3
6	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3
7	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3
8	2	2	1	1	3	2	3	2	3	4
9	3	3	2	2	3	3	3	3	4	4
10	3	3	2	2	4	3	4	3	5	5

## Keterangan :

## Umur :

1= 65-69 Tahun

2= 70-74 Tahun

3= &gt;/ 75 Tahun

## Jenis Kelamin

1=Perempuan

2=Llaki-laki

## Pendidikan:

1= Tidak sekolah

2= SD

3= SMP

4= SMU

5= Perguruan Tinggi

## Lama Tinggal:

1= 1-5 Tahun

2= 6-10 Tahun

3= &gt; 10 Tahun

## Penyakit Yang Pernah Diderita:

1= Tidak Ada

2= Rematik

3= Hipertensi

4= Paru

5= Stroke

## Lampiran 11

**Frequency Table**

## Umur Kelompok Perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60,00	3	30,0	30,0	30,0
	65,00	1	10,0	10,0	40,0
	68,00	1	10,0	10,0	50,0
	70,00	2	20,0	20,0	70,0
	72,00	1	10,0	10,0	80,0
	74,00	1	10,0	10,0	90,0
	88,00	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

## Umur Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	64,00	1	10,0	10,0	10,0
	67,00	1	10,0	10,0	20,0
	68,00	1	10,0	10,0	30,0
	69,00	1	10,0	10,0	40,0
	70,00	1	10,0	10,0	50,0
	72,00	1	10,0	10,0	60,0
	74,00	2	20,0	20,0	80,0
	75,00	1	10,0	10,0	90,0
	77,00	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

## Pendidikan Kelompok Perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	5	50,0	50,0	50,0
	SMA	1	10,0	10,0	60,0
	SMP	2	20,0	20,0	80,0
	TS	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

## Pendidikan Kelompok Kontral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	6	60,0	60,0	60,0
	SMP	2	20,0	20,0	80,0
	TS	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

## Lama tinggal di Panti Kelompok Perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	1	10,0	10,0	10,0
	2,00	1	10,0	10,0	20,0
	4,00	1	10,0	10,0	30,0
	6,00	2	20,0	20,0	50,0
	7,00	1	10,0	10,0	60,0
	8,00	1	10,0	10,0	70,0
	9,00	1	10,0	10,0	80,0
	11,00	1	10,0	10,0	90,0
	15,00	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

## Lama tinggal di Panti Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	1	10,0	10,0	10,0
	2,00	1	10,0	10,0	20,0
	3,00	2	20,0	20,0	40,0
	6,00	1	10,0	10,0	50,0
	7,00	1	10,0	10,0	60,0
	8,00	1	10,0	10,0	70,0
	10,00	2	20,0	20,0	90,0
	12,00	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

## Penyakit yang pernah diderita Kelompok Perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	1	10,0	10,0	10,0
	Rematik	2	20,0	20,0	20,0
	Hipertensi	5	50,0	50,0	30,0
	Stroke	1	10,0	10,0	50,0
	Paru	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

## Penyakit yang pernah diderita Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	2	20,0	20,0	20,0
	Rematik	2	20,0	20,0	40,0
	Hipertensi	2	20,0	20,0	60,0
	Paru	4	40,0	40,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

## Lampiran

**NPar Tests**

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre Perlakuan	10	16,3000	3,40098	12,00	21,00
Post Perlakuan	10	18,1000	4,04008	12,00	23,00

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

## Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Perlakuan - Pre Perlakuan	Negative Ranks	0	,00	,00
	Positive Ranks	9	5,00	45,00
	Ties	1		
	Total	10		

- a Post Perlakuan < Pre Perlakuan  
 b Post Perlakuan > Pre Perlakuan  
 c Pre Perlakuan = Post Perlakuan

## Test Statistics

	Post Perlakuan - Pre Perlakuan
Z	-2,694
Asymp. Sig. (2-tailed)	,007

- a Based on negative ranks.  
 b Wilcoxon Signed Ranks Test

## Lampiran

**NPar Tests**

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre Kontrol	10	15,3000	2,66875	11,00	19,00
Post Kontrol	10	15,6000	2,36643	11,00	19,00

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

## Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Kontrol - Pre Kontrol	Negative Ranks	0	,00	,00
	Positive Ranks	2	1,50	3,00
	Ties	8		
	Total	10		

- a Post Kontrol < Pre Kontrol  
 b Post Kontrol > Pre Kontrol  
 c Pre Kontrol = Post Kontrol

## Test Statistics

	Post Kontrol - Pre Kontrol
Z	-1,342
Asymp. Sig. (2-tailed)	,180

- a Based on negative ranks.  
 b Wilcoxon Signed Ranks Test

## Lampiran

**NPar Tests**

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Skore	20	17,3000	3,79889	12,00	23,00
Variabel	19	1,53	,513	1	2

**Mann-Whitney Test**

## Ranks

	Variabel	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skore	Perlakuan	9	8,61	77,50
	Kontrol	10	11,25	112,50
	Total	19		

## Test Statistics

	Skore
Mann-Whitney U	32,500
Wilcoxon W	77,500
Z	-1,026
Asymp. Sig. (2-tailed)	,305
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,315

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Variabel