

SKRIPSI

**PENGARUH TERAPI KENANGAN (*Reminiscence Therapy*) DENGAN
METODE TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK TERHADAP FUNGSI
KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI WERDHA HARGO DEDALI
SURABAYA**

PENELITIAN PRA - EKSPERIMEN



Oleh:
GRISPENJAS SUMARTONO MAHIRA P.R.A
NIM. 131011132

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014

SKRIPSI

**PENGARUH TERAPI KENANGAN (*Reminiscence Therapy*) DENGAN
METODE TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK TERHADAP FUNGSI
KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI WERDHA HARGO DEDALI
SURABAYA**

PENELITIAN PRA - EKSPERIMEN

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi S1 Pendidikan Ners
Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh:
GRISPENJAS SUMARTONO MAHIRA P.R.A
NIM. 131011132

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

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, 18 Juli 2014

Yang menyatakan,

Grispenjas Sumartono M.P.R.A
NIM.131011132

LEMBAR PERSETUJUAN

**PENGARUH TERAPI KENANGAN (*reminiscence therapy*) DENGAN
METODE TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK TERHADAP FUNGSI
KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI WERDHA HARGO DEDALI
SURABAYA**

Oleh :
Grispenjas Sumartono Mahira P.R.A
131011099

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 15 JULI 2014

Oleh

Pembimbing Ketua

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

Pembimbing II

Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep.Ns.,M.Kep
198509112012122001

Mengetahui,
a.n Dekan
Wakil Dekan I

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

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

**PENGARUH TERAPI KENANGAN (*reminiscence therapy*) DENGAN
METODE TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK TERHADAP FUNGSI
KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI WERDHA HARGO DEDALI
SURABAYA**

Oleh :
Gripenjas Sumartono Mahira P.R.A
131011132

Telah diuji

Pada tanggal Juli 2014

PANITIA PENGUJI

- Ketua : Harmayetty, S.Kp., M.Kes ()
NIP. 197004102000122001
- Anggota : 1. Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep ()
NIP. 197803162008122002
2. Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep,Ns.,M.Kep ()
NIP. 198509112012122001

Mengetahui,
a.n Dekan
Wakil Dekan I

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

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Terapi Kenangan (*reminiscence therapy*) Dengan Metode Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Keperawatan (S.Kep) pada program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

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

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Pejabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan fasilitas, sarana prasarana, dan perijinan demi kelancaran skripsi saya.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku pejabat Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan fasilitas, sarana prasarana, dan perijinan demi kelancaran skripsi saya.
3. Ibu Retno Indarwati, S.Kep, Ns., M.Kep selaku pembimbing pertama, bu Eka Mishbahatul M.Has, S.kep, Ns., M.Kep selaku pembimbing kedua dan ibu Harmayetty S.Kp., M.Kes selaku penguji. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi saya.
4. Ibu Wiwik, ibu Yani pengurus panti, mbak-mbak perawat Panti Hargo Dedali yang turut berperan demi terselesaikannya skripsi ini. Terima kasih atas

bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi saya.

5. Eyang-eyang di panti terima kasih atas kerelaannya menjadi responden, mengikuti kegiatan dan berbagi cerita bersama peneliti.
6. Orangtuaku di Nganjuk, Ma, Pa terima kasih banyak atas doa, motivasi, dan segalanya dalam mendukung putramu, semoga bisa membahagiakan Mama dan Papa, dan bisa memanfaatkan ilmu yang diperoleh.
7. Saudaraku yang sama berjuang menuntut ilmu Mbak Iman, mbak Dinda dan adek Akbar terima kasih banyak atas doa, motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini. Semoga kita sukses semua.
8. Terima kasih kepada mbak Rizta Fauziningtyas, mbak Cindy Maria, sahabatku yang baik hatinya Aziz, Arif Z, Martha, Dian Laili, Putu Indra, Ema Kharisma, Ika risqi, Habib, Nurul Wachyu, Gading yang telah membantu saya dalam penyelesaian penelitian skripsi ini..
9. Teman-teman angkatan 2010 program studi pendidikan Ners, terima kasih atas bantuan dan dukungan demi terselesaikannya skripsi ini.
10. Keluarga aktivis seperjuangan SKINers FKp, BEM FKp Unair, MPM Unair dan UKM Tenis Meja Unair, dan kontrakan Garuda terima kasih atas motivasi dan dukungannya dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Seluruh civitas akademika FKp UNAIR. Terima kasih atas bantuan yang diberikan dari awal pembuatan proposal hingga skripsi ini selesai.
12. Semua pihak yang tentunya tidak bisa saya sebutkan satu-persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi dan memudahkan setiap langkah kita menuju kebaikan serta selalu menganugrahkan kasih sayangNya kepada kita. Amin

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan segala saran dan kritik demi perbaikan dan penyempurnaan skripsi ini. semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 15 Juli 2014

Penulis,

GRISPENJAS SUMARTONO

MOTTO

**“ Sesungguhnya Allah tidak akan merubah nasibmu,
kecuali kamu bertekad ingin merubahnya. Semangat
Optimis-me ”**

ABSTRACT

The Effect of Reminiscence Therapy with Therapeutic Methods Group Activity To Against the Cognitive Function On Elderly

Pre-Experimental Study in Nursing Home Hargo Dedali Surabaya
By : Grispenjas Sumartono M.P.R.A

The prevalence of cognitive impairment is increasing by year to year, it needs more attention to cope the problem which are influence in daily life. The treatment which are using are the pharmacology of drug and exercise. This treatment can cause side effects for the elderly with impaired cognitive function. One of the treatment that is safe with no side effects is the reminiscence therapy. The purpose of this study is to explain the effect of reminiscence therapy on cognitive function memory in the elderly.

The design of this study was pre-experimental design. The population was elderly in nursing homes Hargo Dedali Surabaya. The total sample were 14 respondents whom were inclusion criteria. The sampling technique is purposive sampling method. The independent variable was a reminiscence therapy, the dependent variable was the cognitive function. Data were collected using questionnaires and analyzed using Paired t-test with a significance level of 0.05. The results was indicate a therapeutic effect of the reminiscence therapy of the increase in the elderly with cognitive function ($p = 0.000$)

The conclusions of this study reminiscence therapy may improve cognitive function in the elderly. Institution can apply the reminiscence therapy to help the elderly memories in impaired cognitive function. The future studies could add to the respondents and determine the factors according to the characteristic of respondent.

Keywords: reminiscence therapy, cognitive impairment, dementia, elderly

ABSTRAK**Pengaruh Terapi Kenangan (*reminiscence Therapy*) Dengan Metode Terapi
Aktivitas Kelompok Terhadap Fungsi Kognitif Lansia**

Penelitian Pre-Experimental di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya
Oleh : Grispenjas Sumartono M.P.R.A

Prevalensi penurunan fungsi kognitif dari tahun ke tahun semakin meningkat, sehingga perlu perhatian lebih dalam mengatasi masalah penurunan fungsi kognitif yang dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari. Pengobatan yang dilakukan selama ini adalah dengan obat-obatan farmakologi dan olahraga senam. Pengobatan ini bisa menyebabkan efek samping kurang baik bagi lansia yang mengalami gangguan fungsi kognitif. Salah satu pengobatan yang aman tanpa efek samping adalah dengan terapi kenangan. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh terapi kenangan terhadap fungsi kognitif pada lansia.

Desain penelitian yang digunakan adalah pra-eksperimen. Populasi adalah lansia Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya. Total sampel adalah 14 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik purposive sampling. Variable independen adalah terapi kenangan, variable dependen adalah fungsi kognitif. Data dikumpulkan menggunakan kuisioner. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji Paired T-Test dengan taraf kemaknaan 0,05. Hasil menunjukkan adanya pengaruh *terapi kenangan* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia dengan ($p = 0,000$).

Kesimpulan yang didapatkan adalah terapi kenangan dapat meningkatkan fungsi kognitif pada lansia. Panti bisa melaksanakan *terapi kenangan* untuk membantu lansia dalam penurunan fungsi kognitif. Penelitian selanjutnya bisa menambah responden dan mengetahui faktor-faktor sesuai karakteristik responden.

Kata kunci : terapi kenangan, penurunan fungsi kognitif, dimensia, lansia

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terimakasih.....	v
Motto.....	viii
Abstract.....	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan umum	5
1.4.2 Tujuan khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1 Manfaat Teorits	6
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Proses Menua	7
2.1.1 Pengertian lansia	7
2.1.2 Batasan umur lansia	7
2.1.3 Teori penuaan.....	8
2.1.4 Perubahan yang terjadi pada lansia	11
2.2 Konsep Berfikir (Kognitif).....	13
2.2.1 Definisi	13
2.2.2 Aspek-aspek fungsi kognitif	14
2.2.3 Perubahan kognitif pada lansia	14
2.2.4 Status kognitif pada lansia	27
2.2.5 Tahap penurunan fungsi kognitif	17
2.3 Terapi Kenangan (<i>Reminiscence Therapy</i>)	18
2.3.1 Definisi terapi kenangan..	18
2.3.2 Tujuan terapi kenangan	18
2.3.3 Manfaat terapi kenangan	19
2.3.4 Proses terapi kenangan	19
2.3.6 Mekanisme kerja terapi kenangan.....	21
2.4 Terapi Aktivitas Kelompok.....	24
2.4.1 Definisi kelompok.....	24
2.4.2 Tujuan terapi kelompok	24
2.4.3 Komponen terapi kelompok.....	25
2.5 Keaslian Penulisan	27

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	29
3.1 Kerangka Konseptual	29
3.2 Hipotesis	31
BAB 4 METODE PENELITIAN	32
4.1 Desain Penelitian	32
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling	32
4.2.1 Populasi	32
4.2.2 Sampel	33
4.2.3 Teknik <i>sampling</i>	34
4.3 Identifikasi Variabel	34
4.3.1 Klasifikasi variabel	34
4.3.2 Definisi Operasional	35
4.4 Alat Penelitian	36
4.5 Instrumen Penelitian	36
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	37
4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	37
4.8 Analisis Data	39
4.9 Kerangka Operasional	40
4.10 Etik Penelitian	41
4.11 Keterbatasan	41
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	43
5.1 Hasil Penelitian	43
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	43
5.1.2 Karakteristik responden	43
5.1.3 Data khusus	45
5.2 Pembahasan	46
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	52
6.1 Simpulan	52
6.2 Saran	52
Daftar Pustaka	54

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Keaslian penelitian.....	27
Tabel 4.1 Desain penelitian.....	32
Tabel 4.2 Definisi operasional	35
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan data demografi	44
Tabel 5.2 Hasil penilaian pretest dan posttest pada kelompok intervensi.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat ijin permohonan bantuan fasilitas data awal	56
Lampiran 2 Permohonan menjadi responden.....	57
Lampiran 3 Lembar persetujuan menjadi responden	58
Lampiran 4 Kuisisioner	59
Lampiran 5 Satuan Acara Kegiatan SAK	61
Lampiran 6 Hasil uji statistik	69

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses penuaan (*aging process*) merupakan suatu proses yang alami ditandai dengan adanya penurunan atau perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial dalam berinteraksi dengan orang lain. Proses menua dapat menurunkan kemampuan kognitif dan kepikunan. Masalah kesehatan kronis dan penurunan kognitif serta memori (Handayani, dkk, 2013). Gejala penurunan kognitif ringan berupa melambatnya proses pikir, kurang menggunakan strategi memori yang tepat, kesulitan memusatkan perhatian, mudah beralih pada hal yang kurang perlu, memerlukan waktu yang lebih lama untuk belajar sesuatu yang baru. Gejala tersebut biasa dan wajar dialami oleh lansia padahal gejala tersebut dapat mengakibatkan demensia dan kepikunan yang dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari. Prevalensi gangguan kognitif termasuk demensia meningkat sejalan bertambahnya usia, kurang dari 3 % terjadi pada kelompok usia 65-75 dan lebih dari 25 % terjadi pada kelompok usia 85 tahun ke atas (WHO, 1998). Hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 1998 menyatakan bahwa kira-kira 5% usia lanjut 65-70 tahun akan menderita demensia dan meningkat dua kali lipat setiap 5 tahun mencapai lebih 45 % pada usia diatas 85 tahun. (Harianti, 2008; Wibowo, 2007).

Hasil Sensus Penduduk 2010 menunjukkan bahwa jumlah penduduk lansia di Indonesia berjumlah 17,303 juta jiwa, meningkat sekitar 7,4% dari tahun 2000 yang sebanyak 15,882 juta jiwa dan diperkirakan jumlah penduduk lansia di

Indonesia akan terus bertambah sekitar 450.000 jiwa per tahun (Badan Pusat Statistik, 2010). Jika dilihat sebaran penduduk lansia menurut provinsi, persentase penduduk Lansia di atas 10% sekaligus paling tinggi ada di Provinsi DI Yogyakarta (13,04%), Jawa Timur (10,40%) dan Jawa Tengah (10,34%) (Depkes, 2013; Gitahafas, 2011; Gustia, 2010). Data World Health Organization (WHO) tahun 2010 menunjukkan, di tahun 2010 jumlah penduduk dunia yang terkena demensia sebanyak 36 juta orang dengan usia diatas 65 tahun. Jumlah penyandang demensia di Indonesia hampir satu juta orang pada tahun 2011 dengan angka kejadian pada usia diatas 60 tahun.

Pemerintah dalam menangani gangguan fungsi kognitif terutama dalam panti werdha yaitu melakukan secara rutin aktivitas senam lansia dan memberikan asupan gizi secara yang baik kepada lansia. Panti Werdha Hargo Dedali merupakan salah satu panti yang terdapat di Kota Surabaya. Data awal yang diketahui peneliti dari wawancara dengan pengurus panti werdha pada bulan Maret 2014 didapat bahwa terdapat 14 lansia yang mengalami gangguan fungsi kognitif ringan dan sedang dengan indek interpretasi antara skor 11 - 24. Upaya pemerintah dalam menangani penurunan fungsi kognitif lansia terutama di Panti Werdha Hargo Dedali belum menunjukkan perubahan yang signifikan terhadap lansia. Peneliti pada waktu pengambilan data awal di panti menemukan beberapa keluhan yang dialami lansia dengan gangguan penurunan fungsi kognitif seperti, lupa apakah sudah makan dan minum obat, lupa menarik barang pribadi, kesulitan menyusun kalimat untuk bicara, sulit untuk berkonsentrasi. Di Panti Werdha Hargo Dedali belum pernah dilakukan terapi kenangan dengan metode

terapi aktifitas kelompok sehingga pengaruh terapi kenangan terhadap perubahan fungsi kognitif pada lansia belum dapat dibuktikan.

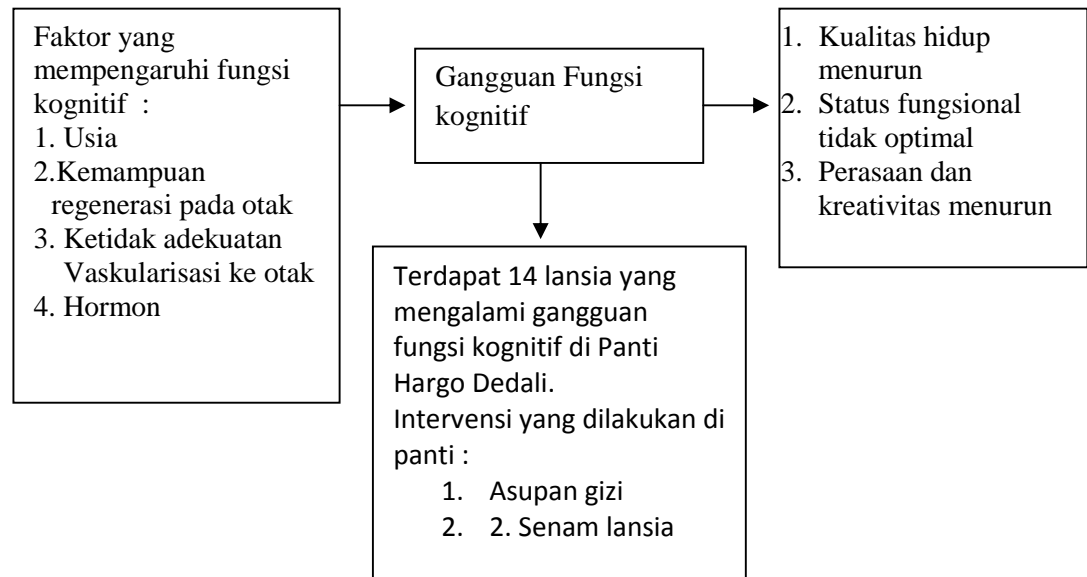
Ada beberapa faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif lansia yaitu usia, kemampuan regenerasi pada otak, ketidak adekuatan vaskularisasi ke otak dan hormone sehingga dapat menyebabkan kualitas hidup menurun, status fungsional yang tidak optimal dan berpengaruh pada perasaan bahagia serta kreativitas (Santoso & Rohmah, 2011). *Life review therapy* merupakan salah satu metode metode pengekspresian perasaan akan memicu munculnya rasa percaya diri dan perasaan dihargai pada lansia yang berdampak munculnya coping positif yang mempengaruhi persepsi dan emosi lansia dalam memandang suatu masalah. Proses kenangan memberikan kesempatan kepada individu untuk membicarakan masa lalu dan konflik yang dihadapi. Proses ini memberikan individu perasaan aman untuk menyatukan kembali ingatan masa lalu, dan menumbuhkan penerimaan diri yang akan berguna untuk tujuan terapeutik.

Dalam mengatasi masalah penurunan fungsi kognitif yang berdampak buruk pada lansia, perawat sebagai tenaga kesehatan dapat menggunakan metode terapi dalam mengurangi gangguan fungsi kognitif pada lansia. Salah satu metode terapi yaitu dengan terapi kenangan (*reminiscence therapy*). *Reminiscence* adalah teknik yang digunakan untuk mengingat dan membicarakan tentang kehidupan seseorang. (Stinson,2006) Terapi ini digunakan untuk lansia yang mengalami gangguan kognitif, kesepian dan pemulihan psikologis (Ebersole et.al,2001). Kennard (2006) dan Ebersole (2010) mengatakan bahwa terapi *reminiscence* dapat diberikan pada lansia secara individu, keluarga maupun kelompok. Pelaksanaan kegiatan terapi secara kelompok memberi kesempatan kepada lansia

untuk membagi pengalamannya pada anggota kelompok, meningkatkan kemampuan komunikasi, dan sosialisasi dalam kelompok serta efisiensi biaya maupun efektifitas waktu. Oleh karena itu peneliti tertarik menerapkan metode ini dengan judul Pengaruh Terapi Kenangan (*Reminiscence Therapy*) Dengan Metode Terapi Aktifitas Kelompok Terhadap Fungsi Kognitif pada Lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.

1.2 Identifikasi Masalah

Bagian identifikasi masalah menjelaskan hal-hal yang mempengaruhi penurunan fungsi kognitif pada lansia. Faktor –faktor tersebut menyebabkan terjadinya kualitas hidup lansia menurun, status fungsional tidak optimal dan menurunnya prasaan dalam diri lansia dan tidak mampu berkreatif.



Gambar 1.1 Identifikasi masalah penelitian

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh terapi kenangan (*reminiscence therapy*) dengan terapi aktifitas kelompok terhadap peningkatan fungsi kognitif pada Lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan Pengaruh terapi kenangan (*reminiscence therapy*) dengan terapi aktifitas kelompok terhadap fungsi kognitif pada lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya

1.4.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengetahui tingkat kognitif pada lansia sebelum diberi terapi kenangan (*reminiscence therapy*)
2. Mengetahui tingkat kognitif pada lansia sesudah diberi terapi kenangan (*reminiscence therapy*)
3. Menganalisis pengaruh terapi kenangan (*reminiscence therapy*) dengan terapi aktifitas kelompok terhadap fungsi kognitif pada lansia.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengaruh terapi aktifitas kelompok dengan terapi kenangan (*reminiscence therapy*) terhadap fungsi kognitif pada lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya sehingga diharapkan dapat bermanfaat untuk mengembangkan Ilmu Keperawatan Gerontik dan praktik keperawatan.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Perawat : dapat digunakan sebagai alternatif terapi yang efektif biaya, tidak memiliki efek samping, dan mudah dilaksanakan dalam peningkatan fungsi kognitif pada lansia.
2. Panti : dapat diberikan dalam pemberian terapi yang efektif dalam upaya meningkatkan fungsi kognitif pada lansia yang tinggal dipanti
3. Lansia : dapat meningkatkan aktifitas yang dapat menjaga fungsi kognitif tetap optimal.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Proses Menua

2.1.1 Pengertian Lansia

Menurut Undang-Undang No. 13 tahun 1998 pada BAB 1 pasal 1 ayat 2 tentang kesejahteraan lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas dan menua bukanlah suatu penyakit melainkan suatu proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif.

Lansia adalah sesuatu yang harus diterima sebagai suatu kenyataan dan fenomena biologis. Kehidupan itu akan berakhir dengan proses penuaan yang berakhir dengan kematian (Hutapea 2005).

2.1.2 Batasan Umur Lansia

1. Batasan-batasan lansia menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yaitu
 - 1) Usia pertengahan (*middle age*) : kelompok usia 45 sampai 59 tahun
 - 2) Lanjut usia (*elderly*) : antara 60 – 70 tahun
 - 3) Lanjut Usia Tua (*old*) : antara 70 -90 tahun
 - 4) Usia sangat tua (*very old*) : di atas 90 tahun
2. Batasan umur menurut Koesoemato Setyonegoro dalam buku Efendi & Makhfudli 2009 terbagi atas 3 yaitu
 - 1) Masa dewasa muda (*ederly adulthood*) : 18 atau 20-25 tahun.
 - 2) Masa dewasa penuh atau maturasi (*middle years*) : 25-60 atau 65 tahun
 - 3) Masa lanjut usia (*geriatric age*) : >65 atau 70 tahun

3. Batasan umur menurut Jos Masdani kedewasaan dalam buku Efendi & Makhfudli 2009 dibagi atas 4 bagian yaitu

- 1) Pertama (*fase iuventus*) : 25-40 tahun
- 2) Kedua (*fase virilitas*) : 40-55 tahun
- 3) Ketiga (*fase presenium*) : 55-65 tahun
- 4) Keempat (*fase senium*) : 65 hingga tutup usia

2.1.3 Teori Penuaan

Proses penuaan melibatkan berbagai sistem di dalam tubuh yang akan mengakibatkan berkurangnya fungsi sistem-sistem tersebut. Teori penuaan menurut Stanley & Beare (2007) antara lain.

1. Teori Biologi

Teori ini menjelaskan proses fisik penuaan, termasuk perubahan fungsi dan struktur, pengembangan, panjang usia dan kematian. Teori ini menjelaskan juga perubahan-perubahan dalam tubuh termasuk perubahan molekular dan seluler dalam sistem organ utama dan kemampuan tubuh untuk berfungsi secara adekuat dan melawan penyakit.

2. Teori Lingkungan

Faktor-faktor di dalam lingkungan yang mendasari teori ini (karsinogen, cahaya matahari, trauma dan infeksi) dapat membawa perubahan dalam proses menua, walaupun faktor ini diketahui dapat mempercepat penuaan, dampak dari lingkungan lebih merupakan dampak sekunder dan bukan merupakan faktor utama dalam penuaan. Lingkungan juga merupakan hubungan antara kompetensi individu dengan lingkungannya. Kompetensi di sini berupa segenap proses yang

merupakan ciri fungsional individu, antara lain kekuatan ego, keterampilan motorik, kesehatan biologis, kapasitas kognitif, dan fungsi sensorik.

3. Teori Immunologi

Proses penuaan disebabkan kerusakan secara perlahan pada proses imunologis. Hal ini dibuktikan dengan menurunnya sintesis antibodi dalam tubuh dan pembentukan antibodi.

4. Teori Molekul Radikal bebas/*wear and tear*

Adanya fragmen molekul yang disebut radikal bebas yang bereaksi dengan asam lemak tidak jenuh pada membran sel untuk membentuk produk peroksidasi. Keadaan tersebut akan menghalangi keluar masuknya zat makanan melalui membran sel sehingga mempercepat kematian sel.

5. Teori Genetika

Kegagalan regulasi genetik menyebabkan menurunnya fungsi genetika pada usia lanjut. Hal tersebut sebagai akibat dari tidak cukupnya perbaikan DNA yang rusak secara spontan, mutasi dalam sel somatik dan besarnya kesalahan dari DNA sendiri.

6. Teori Neuroendokrin

Menua terjadi karena adanya sesuatu perlambatan dalam sekresi hormone tertentu yang mempunyai suatu dampak pada reaksi yang diatur dalam kelenjar hipofisis, tiroid, adrenal dan reproduksi.

7. Teori Psikososilogi

Teori ini memusatkan perhatian pada perubahan sikap dan perilaku yang menyertai peningkatan usia, sebagai lawan dari implikasi biologi pada kerusakan

anatomis. Untuk membahas teori ini, perubahan sosiologis atau nonfisik dikombinasikan dengan perubahan psikologis.

8. Teori Aktifitas

Merupakan kebalikan dari teori pembebasan. Pentingnya lansia untuk tetap aktif secara sosial sebagai alat untuk penyesuaian diri yang sehat untuk lansia. Hilangnya fungsi peran pada lansia secara negatif mempengaruhi kepuasan hidup, selain itu pentingnya aktifitas mental dan fisik yang berkesinambungan untuk mencegah kehilangan dan pemeliharaan kesehatan sepanjang masa kehidupan manusia. Kerja yang menyibukkan tidaklah meningkatkan *self esteem* seseorang, tetapi interaksi yang bermakna dengan orang lainlah yang lebih meningkatkan *self esteem*.

9. Teori Pembebasan (*Disengagement theory*)

Teori ini merupakan proses penarikan diri oleh lansia dari peran bermasyarakat dan tanggung jawabnya. Lansia dikatakan akan bahagia apabila kontak sosial telah berkurang dari tanggung jawab telah diambil oleh generasi yang lebih muda. Manfaat pengurangan kontak sosial bagi lansia adalah agar dia dapat menyediakan waktu untuk merefleksikan pencapaian hidupnya dan untuk menghadapi harapan yang tidak terpenuhi.

10. Teori Kelanjutan (*Continue*)

Teori ini merupakan kelanjutan dari teori pembebasan dan teori aktifitas dan mencoba untuk menjelaskan dampak kepribadian pada kebutuhan untuk tetap aktif atau memisahkan diri agar mencapai kebahagiaan dan terpenuhinya kebutuhan di usia tua. Teori ini menekankan pada kemampuan coping individu sebelumnya dan kepribadian sebagai dasar untuk memprediksi bagaimana

seseorang akan dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan selama hidupnya.

11. Teori Kepribadian

Teori kepribadian menyebutkan aspek-aspek pertumbuhan psikologis tanpa menggambarkan harapan atau tugas spesifik lansia. Mengembangkan suatu teori pengembangan kepribadian orang dewasa yang memandang kepribadian sebagai ekstrovert dan introvert. Teori tersebut menjelaskan bahwa keseimbangan antara dua hal tersebut adalah penting bagi kesehatan. Dengan menurunnya tanggung jawab dan tuntutan dari keluarga dan ikatan sosial, yang sering terjadi di kalangan lansia.

12. Teori Tugas Perkembangan

Merupakan aktifitas dan tantangan yang harus dipenuhi oleh seseorang pada tahap spesifik dalam hidupnya untuk mencapai penuaan yang sukses. Tugas utama lansia adalah mampu melihat kehidupan seseorang sebagai kehidupan yang dijalani dengan integritas.

2.1.4 Perubahan yang terjadi pada Lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia menurut Maryam (2008) yaitu perubahan fisik dan psikososial:

1. Perubahan fisik

1) Sel

Jumlah sel akan berkurang, ukuran akan semakin membesar, cairan tubuh akan menurun, dan cairan intraseluler menurun.

2) Kardiovaskular

Katup jantung menebal dan kaku, akan terjadi penurunan dalam memompa darah, elastisitas pembuluh darah akan menurun serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

3) Repirasi

Otot-otot pernafasan kekuatannya akan menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, menarik nafas lebih berat karena kapasitas residu meningkat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, terjadi penyempitan pada bronkus, kemampuan batuk menurun.

4) Persarafan

Fungsi saraf menurun dan mengecil sehingga lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress. Berkurangnya lapisan mielin akson menyebabkan berkurangnya respon motorik dan refleksi.

5) Muskuloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis, bungkuk (kifosis), persendian membesar dan menjadi kaku (atrofi otot), kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami sklerosis.

2. Perubahan psikososial

Lansia akan mengalami perubahan psikologis dan sosial yaitu :

1. Keluarga

Keadaan fisik lansia yang lemah dan tak berdaya akan membutuhkan bantuan orang lain dalam kegiatannya. Rangkaian kehilangan keluarga akan terjadi juga dan lansia akan mengalami rasa kesepian.

2. Teman

Lansia akan mengalami sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*) saat teman lansia lainnya meninggal.

3. Rekreasi

Ketenangan batin dan mengembangkan pikiran lansia. Interaksi yang sering dilakukan oleh lansia akan mengurangi terjadinya perubahan kognitif.

4. Ekonomi

Pemberhentian dari jabatan dapat menyulitkan lansia dalam mencari nafkah jika anak dan cucu tidak memberi uang dan tidak ada pensiun. Status ekonomi yang terancam, lansia akan merubah pola hidupnya.

2.2 Proses Berpikir (Kognitif)

2.2.1 Definisi

Kognitif adalah kemampuan memproses informasi, menerapkan ilmu, dan mengubah kecenderungan. Kognitif juga berarti kepercayaan seseorang tentang sesuatu yang didapatkan dari proses berfikir. Proses yang dilakukan adalah memperoleh pengetahuan dan memanipulasi pengetahuan melalui aktivitas mengingat, menganalisa, memahami, menilai, membayangkan dan berbahasa. Kapasitas atau kemampuan kognisi biasa diartikan sebagai kecerdasan atau intelegensi (Nehlig, 2010; Ramdhani, 2008). Kognitif merupakan suatu proses pekerjaan pikiran yang dengannya kita menjadi waspada akan objek pikiran atau persepsi, mencakup semua aspek pengamatan, pemikiran, dan ingatan (Dorland, 2002).

2.2.2 Aspek-aspek Fungsi Kognitif

1. Atensi

Atensi dan konsentrasi sangat penting dalam mempertahankan fungsi kognitif, terutama dalam proses belajar. Gangguan atensi dan konsentrasi akan mempengaruhi fungsi kognitif lain seperti memori, bahasa dan fungsi eksekutif. Gangguan atensi dapat berupa dua kondisi klinik berbeda. Pertama ketidakmampuan mempertahankan atensi maupun atensi yang terpecah atau tidak atensi sama sekali, dan kedua inatensi spesifik unilateral terhadap stimulus pada sisi tubuh kontralateral lesi otak (Rizzo dkk, 2004)

2. Bahasa

Bahasa merupakan perangkat dasar komunikasi dan modalitas dasar yang membangun kemampuan fungsi kognitif. Jika terdapat gangguan bahasa, pemeriksaan kognitif seperti memori verbal, fungsi eksekutif akan mengalami kesulitan atau tidak mungkin dilakukan. Gangguan bahasa (afasia) sering terlihat pada lesi otak fokal maupun difus, sehingga merupakan gejala patognomonik disfungsi otak. Penting bagi klinikus untuk mengenal gangguan bahasa karena hubungan yang spesifik antara sindroma afasia dengan lesi neuroanatomi (Rizzo dkk, 2004).

3. Memori

Memori adalah proses bertingkat dimana informasi pertama kali harus dicatat dalam area korteks sensorik kemudian diproses melalui sistem limbik untuk terjadinya pembelajaran baru. Secara klinik memori dibagi menjadi tiga tipe

dasar : *immediate*, *recent*, dan *remote memory* berdasarkan rentang waktu antara stimulus dan *recall* (Rizzo dkk, 2004).

Immediate memory merupakan kemampuan untuk merecall stimulus dalam interval waktu beberapa detik. *Recent memory* merupakan kemampuan untuk mengingat kejadian sehari-hari (misalnya tanggal, nama dokter, apa yang dimakan saat sarapan, atau kejadian-kejadian baru) dan mempelajari materi baru serta mencari materi tersebut dalam rentang waktu menit, jam, hari, bulan, tahun. *Remote memory* merupakan rekoleksi kejadian yang terjadi bertahun-tahun yang lalu (misalnya tanggal lahir, sejarah, nama teman) (Rizzo dkk, 2004).

Gangguan memori merupakan gejala yang paling sering dikeluhkan pasien. Hampir semua pasien demensia menunjukkan masalah memori pada awal perjalanan penyakitnya. Tidak semua gangguan memori merupakan gangguan organik. Pasien depresi dan ansietas sering mengalami kesulitan memori. *Amnesia psikogenik* jika *amnesia* hanya pada satu periode tertentu, dan pada pemeriksaan tidak dijumpai defek pada *recent memory* (Rizzo dkk, 2004).

4. *Visuospasial*

Kemampuan *visuospasial* dapat dievaluasi melalui kemampuan konstruksional seperti menggambar atau meniru berbagai macam gambar (misal : lingkaran, kubus) dan menyusun balok-balok. Semua lobus berperan dalam kemampuan konstruksi ini tetapi *lobus parietal* terutama hemisfer kanan mempunyai peran yang paling dominan. Menggambar jam sering digunakan untuk *skrining* kemampuan *visuospasial* dan fungsi eksekutif dimana berkaitan dengan gangguan di *lobus frontal* dan *parietal* (Rizzo dkk, 2004)

5. Fungsi Eksekutif

Fungsi eksekutif adalah kemampuan kognitif tinggi seperti cara berpikir dan kemampuan pemecahan masalah. Kemampuan eksekusi diperankan oleh *lobus frontal*, tetapi pengalaman klinis menunjukkan bahwa semua sirkuit yang terkait dengan *lobus frontal* juga menyebabkan sindroma *lobus frontal*. Diperlukan atensi, bahasa, memori dan *visuospasial* sebagai dasar untuk menyusun kemampuan kognitif. (Crook, 2006)

2.2.3 Perubahan kognitif pada lansia

Otak pada lansia mengalami perubahan yaitu otak menjadi atrofi dan berat dan volumenya akan berkurang 5-10% selama umur 20-90 tahun. Ukuran otak pada lansia mengecil terutama di bagian parasagital, frontal dan parietal. Jumlah neuron pada otak berkurang dan tak dapat di ganti baru, serta terjadi penipisan *korteks serebri*, terjadi pengurangan dan gangguan *neurotransmitter*, terbentuknya struktur abnormal di otak dan terakumulasi pikmen organik-mineral seperti *lipofuscin*, *amyloid*, plak dan *neurofibrillary tangle* hingga terjadi *fragmentasi* dan kematian sel (Nugroho 2008).

2.2.4 Status Kognitif pada Lansia

Secara fisiologis, apabila manusia sudah memasuki masa lanjut usia maka akan mengalami proses *aging process* atau proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan seperti normal. Penurunan kemampuan ini mengakibatkan ketidakmampuan tubuh dalam melawan infeksi serta perbaikan kerusakan yang telah dialami (Martono & Pranarka, 2010). Sama seperti organ tubuh yang lain, pada lansia kemampuan regenerasi pada otak juga akan menurun. Ketidak

adekuatan vaskularisasi ke otak, kadar lipoprotein, endothelium nitric oxide akan menambah penurunan perfusi jaringan otak, sehingga berpengaruh pada struktur saraf, sinapsis dan kapiler akan menurun.

2.2.5 Tahapan Penurunan Fungsi Kognitif

Terdapat tiga tahapan penurunan fungsi kognitif pada usia lanjut dan digolongkan mulai hal yang normal hingga berat. Menurut Suryadi (2004) mengklasifikasikan sebagai berikut:

1. Mudah lupa (*Forgetfulness*)

Fenomena ini merupakan hal yang normal pada manusia usia lanjut. Kejadian ini semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Ciri-cirinya adalah melambatnya proses pikir, kurang menggunakan strategi memori yang tepat, kesulitan memusatkan perhatian, mudah beralih pada hal yang kurang perlu, memerlukan waktu yang lebih lama untuk belajar sesuatu yang baru. Kriteria yang lain adalah mudah lupa nama benda dan orang, terganggunya memanggil & mengingat kembali memori, dan dapat ingat setelah diberikan petunjuk, serta lebih sering menjabarkan fungsi atau bentuk daripada menyebutkan namanya.

2. *Mild Cognitive Impairment*

Strata ini merupakan gejala antara gangguan kognitif terkait usia dan demensia. Keluhan umumnya frustrasi, lambat dalam menemukan benda atau mengingat nama orang, atau ketidakmampuan melaksanakan aktivitas harian yang kompleks, kelemahan ini menyebabkan kualitas hidup lansia terganggu.

3. Demensia

Demensia yakni sindrom penurunan kemampuan intelektual yang besar sehingga mengakibatkan penurunan kognitif dan fungsional. Dampak dari

kejadian demensia adalah gangguan fungsi sosial, pekerjaan dan aktivitas sehari-hari. Demensia adalah keadaan seseorang yang mengalami penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir, serta penurunan kemampuan tersebut menimbulkan gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari.

Penurunan kemampuan tersebut ditandai dengan hilangnya kemampuan dalam memahami pembicaraan yang cepat, percakapan yang kompleks atau abstrak maupun sindiran. Jika terlibat dalam pembicaraan, penderita seringkali kehilangan ide yang akan diutarakan serta kehilangan kemampuan penamaan yang cepat. Dampak dalam bagian emosi, penderita demensia akan sering mengalami ketidakmampuan berbicara sesuai topik, mudah tersinggung, marah dan tidak sopan.

2.3 Terapi Kenangan (*Reminiscence Therapy*)

2.3.1 Definisi Terapi Kenangan

Menurut NIC (*Nursing Intervention Classification*) sistem, terapi kenangan adalah intervensi yang menggunakan ingatan terhadap kejadian masa lalu, perasaan dan pikiran, untuk memfasilitasi kesenangan, kualitas hidup, atau penyesuaian diri terhadap masa kini. *Reminiscence* adalah teknik yang digunakan untuk mengingat dan membicarakan tentang kehidupan seseorang (Stinson, 2006). *Reminiscence* pertama kali digunakan tidak hanya pada lansia tetapi dapat terjadi pada seseorang dengan penyakit terminal, atau pada terpidana mati (Butler, 1963).

2.3.2 Tujuan Terapi Kenangan

Tujuan utama dari terapi kenangan atau *reminiscence therapy* adalah memfasilitasi untuk mengingat kembali pengalaman masa lalu sehingga dapat

meningkatkan fungsi intrapersonal dan interpersonal dan dengan cara demikian dapat meningkatkan kesejahteraan mental. Fungsi *reminiscence* secara intrapersonal adalah meningkatkan pemahaman terhadap diri sendiri dan keberadaan individu, membantu mencapai perasaan berarti dalam hidup dan memudahkan para lansia dalam menghadapi tugas perkembangan terakhir yaitu integritas ego versus putus asa. *Reminiscence* juga berfungsi secara interpersonal yaitu meninggalkan pengalaman yang berharga kepada anak keturunannya (Molinari & Reichlin, 1984-1985, Romaniuk & Romaniuk).

2.3.3 Manfaat Terapi Kenangan

Terapi kenangan (*reminiscence therapy*) merupakan intervensi yang sangat membantu dan tidak merugikan seseorang. Terapi kenangan juga memberikan kesempatan kepada anggota kelompok untuk membangun hubungan yang baru didalam kelompok, yang sering berdampak positif dan berlangsung dalam suasana santai. (Marceau, 2004). Para peneliti telah menyelidiki pengaruh terapi kenangan terhadap berbagai aspek; kognitif; psikologis; social behavior dan terhadap tingkat kesehatan lansia. (Hsieh&Wang, 2003)

Secara klinis, penggunaan terapi kenangan (*reminiscence therapy*) dapat membantu menciptakan hubungan yang baik dengan seseorang. Sesi pertemuan yang fokus dapat membantu mengingatkan seseorang dalam hal positif yang mungkin sudah mereka lupakan. Sehingga ini dapat menjadi sarana yang baik dalam meningkatkan harga diri. Melibatkan diri dalam diskusi tentang saat-saat menyenangkan dimasa lalu dapat menjadi cara efektif untuk mengatasi perasaan tertekan yang seringkali dialami oleh lansia. (Marceau, 2004)

2.3.4 Proses Terapi Kenangan

Ada Sembilan keberhasilan proses kegiatan terapi kenangan menurut Ebersole dan Hess (2011) yaitu :

1. Menyediakan tempat yang tetap nyaman, hangat, cukup penerangan dan tidak bising.
2. Anggota kelompok yang ideal terdiri dari 5-7 orang.
3. Tanyakan pertanyaan yang relevan pada poin-poin penting dalam ceritanya.
4. Proses kegiatan tidak boleh terganggu, istirahat hanya ada waktu jeda.
5. Sediakan cukup waktu agar setiap anggota dapat mengekspresikan dirinya sesuai keinginan.
6. Berikan pertanyaan secara hati-hati agar tidak membuat malu ketika anggota tidak dapat menjawab pertanyaan tersebut.
7. Menghargai sensitifitas pribadi dan tidak memaksakan bila anggota tidak dapat menjawab pertanyaan tersebut.
8. Meminta peserta untuk membawa barang-barang pribadi yang dapat digunakan dalam proses terapi untuk menstimulasi kenangan yang berkaitan dengan benda tersebut.
9. Membantu anggota yang kebingungan untuk dapat focus pada pikiran-pikirannya untuk mengelaborasi sesuatu memori tertentu.

Beberapa topik dalam pelaksanaan terapi kenangan yang telah dikembangkan oleh Haight (1989, dalam Collins, 2006) yaitu antara lain :

1. Kenangan pada masa anak-anak

Kenangan ini meliputi kenangan paling berkesan, kenangan bersama orangtua dan saudara sekandung, kenangan ketika ditinggal oleh orang yang disayangi atau kehilangan benda yang disenangi, dan kegiatan spiritual yang dikembangkan di lingkungan keluarga.

2. Kenangan pada masa remaja

Kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, orang terpenting dalam kehidupan saat itu, pengalaman sulit dan solusi yang didapatkan, kebahagiaan yang diperoleh, dan mendapatkan penghargaan dari orang lain.

3. Kenangan pada masa dewasa

kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, keberhasilan yang diperoleh di sekolah maupun pekerjaan, peristiwa pacaran, menikah, dan pertama kali memiliki anak, kebahagiaan dan ketidak kebahagiaan yang dirasakan serta penderitaan yang dialami.

4. Kenangan bersama keluarga dirumah

kenangan ini meliputi kenangan yang paling berkesan, suasana keluarga dirumah, dan kenangan bersama dalam membina sebuah rumah tangga.

2.3.6 Mekanisme kerja terapi kenangan

Terapi kenangan memberikan impuls pada memori. Memori adalah proses penyimpanan impuls sensorik penting untuk dipakai pada masa yang akan datang sebagai pengatur aktivitas motorik dan pengolahan berpikir. Sebagian besar penyimpanan ini terjadi dalam korteks serebri. Korteks yang mempunyai sel otak lebih dari 10 milyar sel berhubungan dengan sel-sel lain didaerah otak. Tiap sel otak mempunyai hubungan dengan 4000-10.000 sel otak lainnya dan berhubungan

melalui impuls listrik dan zat kimia yang disebut zat penghantar rangsang atau *neurotransmitter*. (Latif, 2000)

Proses penyimpanan informasi juga merupakan fungsi dari sinaps. Oleh karena itu, pada setiap macam sinyal sensorik tertentu yang melewati serentetan sinaps dimasa datang akan lebih mampu menjalankan sinyal yang sama, proses menyampaikan sinyal ini disebut fasilitasi. Bila sinaps itu sudah seringkali dilewati oleh sinyal sensorik maka sinyal itu akan begitu terfasilitasi sehingga sinyal yang timbul dari otak sendiri saja sudah dapat menjalankan impuls melalui serentetan sinaps yang sama walaupun belum timbul masukan sensoris. Proses pemikiran bawah sadar (*sub conscious mind*) bermula dari kegiatan fasilitasi sinaps ini. Hal ini akan menimbulkan suatu persepsi dari pengalaman sensasi yang sebenarnya dan dapat respon tubuh walaupun pengaruh/akibat yang timbul hanyalah suatu memori dari suatu sensasi, sekali memori itu disimpan di system saraf, maka memori itu akan menjadi bagian dari mekanisme pengolahannya. Proses masuknya informasi ke sistem ingatan manusia

Informasi dari luar pertama kali masuk ke ingatan sensori melalui saraf pendengaran dan penglihatan. Ingatan sensori ini sangat mudah hilang karena kapasitasnya yang sedikit. Indera-indra yang bekerja untuk menangkap informasi yang banyak akan mengakibatkan terjadinya kelupaan. Informasi yang dianggap relevan dan penting bagi individu akan diteruskan dan masuk ke ingatan jangka pendek. Ingatan jangka pendek juga memiliki kapasitasnya sendiri, yaitu sekitar 30 detik dan apabila informasi yang dianggap relevan dan penting bagi individu ini tidak diulang maka informasi tersebut dapat hilang, atau informasi tersebut dilupakan. *Hippocampus* merupakan bagian otak yang menyimpan memori. Peran

hippocampus adalah membantu pemindahan informasi dari ingatan jangka pendek menjadi ingatan jangka panjang. Informasi yang berhasil masuk ke ingatan jangka pendek akan diteruskan ke ingatan jangka panjang, ingatan jangka panjang merupakan tempat penyimpanan informasi yang relatif permanen (Lahey, 2007; Santrock, 2005).

Klasifikasi intervensi keperawatan yang biasa digunakan di pusat perawatan jangka panjang (Daly, J., McCloskey, J & Bulechek. 1994) :

1. Pilih tempat yang nyaman
2. Atur kegiatan pada waktu yang tepat
3. Dorong ekspresi verbal baik positif maupun negatif dari kejadian masa lalu
4. Berikan pertanyaan terbuka tentang masa lalu
5. Rekam kegiatan di tiap sesi dan putar kembali untuk diperdengarkan jika memungkinkan
6. Minta keluarga untuk membawa album foto atau buku kenangan
7. Bantu seseorang untuk membuat silsilah keluarga
8. Dorong seseorang untuk menulis surat kepada teman lama
9. Gunakan teknik komunikasi seperti *focusing*, *reflecting* dan pernyataan ulang untuk membangun hubungan
10. Beri komentar pada kualitas efektif yang ditunjukkan dengan penuh empati
11. Gunakan pertanyaan langsung untuk memfokuskan kembali kejadian masa lalu, jika seseorang menyimpang atau melantur

12. Informasikan kepada anggota keluarga tentang manfaat dari *reminiscence therapy*
13. Hitung lamanya sesi dari rentang perhatian yang ditunjukkan oleh seseorang
14. Hindari terapi dengan seseorang yang menghindar dari kenyataan
15. Hargai ketrampilan seseorang untuk mengemukakan pendapat
16. Monitor resistensi seseorang terhadap masa lalu
17. Ulangi sesi secara mingguan atau lebih sering jika *feedback* positif

2.4 Terapi Aktivitas Kelompok

2.4.1 Definisi Kelompok

Kelompok merupakan kumpulan individu yang mempunyai hubungan satu sama lain, saling ketergantungan, dan mempunyai tujuan serta norma. Kelompok juga merupakan media bagi individu untuk dapat bersosialisasi dan saling berinteraksi. Jika dalam kelompok terjadi diskusi maka anggota kelompok akan mendapat informasi, meningkatnya harapan positif, berbagi pengalaman, meningkatnya kemampuan berhubungan atau berkomunikasi, mengekspresikan perasaan dan memberikan perasaan empati yang dapat berpengaruh pada peningkatan harga diri (Stuart & Sundeen 1995).

2.4.2 Tujuan Terapi Kelompok

Tujuan terapeutik dari pelaksanaan terapi kelompok antara lain : meningkatkan kemampuan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan orang lain, meningkatkan ketrampilan sosial (sosialisasi) dan interpersonal (identitas diri, kepercayaan diri, dan ekspansi diri), meningkatkan

kesadaran terhadap hubungan reaksi emosi dengan tindakan atau perilaku defensif, membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif (rasa empati), menyalurkan emosi dan pemecahan masalah secara konstruktif.

2.4.3 Komponen Terapi Kelompok

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan menurut Kellie (2002) agar aktivitas dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan yaitu :

1. Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan merupakan suatu ragam parameter dalam terapi kelompok. Ada gaya kepemimpinan berpusat pada pemimpin yaitu pemimpin sangat aktif terlibat dalam interaksi kelompok dan gaya kepemimpinan berpusat pada kelompok yaitu sebagian interaksi dan inisiatif berasal dari anggota kelompok sedangkan pemimpin berperan sebagai konsultan.

2. Struktur Kelompok

Struktur kelompok menjelaskan batasan, komunikasi, proses pengambilan keputusan dan hubungan otoritas dalam kelompok. Struktur kelompok menjaga stabilitas dan membantu mengatur pola perilaku dan interaksi. Misalnya : ada pimpinan dan anggota kelompok, arah komunikasi dipandu oleh pemimpin, keputusan diambil secara bersama.

3. Besar kelompok

Besar kelompok adalah besar/jumlah/banyaknya anggota yang berinteraksi dalam satu kelompok. Jumlah anggota yang nyaman pada kelompok kecil adalah 7-10 orang. Jika jumlah anggota kelompok terlalu besar maka tidak semua anggota mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat

dan pengalamannya. Jika terlalu kecil maka tidak cukup variasi dan interaksi yang terjadi.

4. Waktu pelaksanaan

Pada terapi kenangan, lama terapi yang dibutuhkan untuk dapat menilai keefektifan adalah sebanyak topik dalam pertemuan. Jumlah/ banyaknya pertemuan kelompok disesuaikan dengan kontrak waktu yang telah disepakati oleh kelompok, tergantung pada tujuan kelompok yaitu dapat satu kali, dua kali per minggu atau dapat direncanakan sesuai dengan kebutuhan .

5. Lamanya kegiatan

Sesi pertemuan dilaksanakan tidak lebih dari 40-60 menit. Dimulai dengan pemanasan berupa orientasi, kemudian tahap kerja dan terminasi pada tahap terakhir

6. Komunikasi

Perlu adanya *feedback* untuk menciptakan suasana dinamis dalam kelompok

7. Peran

Ditetapkan secara tegas peran anggota dan leader dalam aktivitas kelompok. Pemimpin perlu mengobservasi peran yang terjadi dalam kelompok

8. Norma/aturan

Norma adalah standar perilaku. ditetapkan standar tingkah laku anggota, jenis komunikasi atau permainan yang telah disepakati bersama kelompok

9. Pola interaksi

Bagaimana kemampuan anggota untuk bekerja sama dan berkomunikasi antar anggota dan fasilitator

2.5 Keaslian Penelitian

Penelitian tentang terapi kenangan (*reminiscence therapy*) dan fungsi kognitif telah beberapa kali dilakukan seperti yang tercantum dalam tabel berikut :

No.	Judul Penelitian	Metode	Hasil
1.	Pengaruh Terapi Reminiscence dan Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kondisi Depresi dan Kualitas Hidup Lansia di Katulampa Bogor Tahun 2011 (Banon, 2011)	<i>D : Quasy Eksperiment Pre Test-Post Tes Control Group</i> <i>S : 72 Orang (Intervensi 36 Orang dan Kontrol 36 Orang)</i> <i>V : Independen : Terapi Kelompok Reminiscene; Dependen Kondisi Depresi, Ketidak berdayaan, Keputusan, isolasi social, harga diri, dan kualitas hidup</i> <i>I : Kuesioner</i> <i>A : T-Tes</i>	Ada penurunan yang bermakna pada kondisi depresi, ketidak berdayaan, keputusan, dan isolasi social (<i>P value < 0,05</i>) dan kenaikan yang bermakna pada harga diri dan kualitas hidup (<i>P value < 0,05</i>)
2	Pengaruh Pelaksanaan Terapi Kenangan (<i>Reminiscence Group Therapy</i>) Terhadap Penurunan Tingkat Depresi Pada Lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya (Hikmah,2006)	<i>D : Pra Eksperimental</i> <i>S : 20 Orang</i> <i>V : Independent : Terapi Kenangan (Reminiscence Group Therapy), Dependent : Penurunan tingkat depresi</i> <i>I : Kuisoner</i> <i>A: T-Test</i>	Terdapat penurunan tingkat depresi yang signifikan pada lansia yang dilakukan terapi kenangan. Tingkat aktifitas lansia meningkat setelah dilakukan terapi kenangan. Perasaan depresi lansia menurun setelah dilakukan terapi kenangan.
3.	Pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak terhadap Tingkat Depresi dengan Harga Diri	<i>D : Quasy Experiment</i> <i>V : Terapi kognitif Senam otak Tingkat depresi lansia</i>	Tingkat depresi menurun lebih bermakna setelah mendapatkan terapi

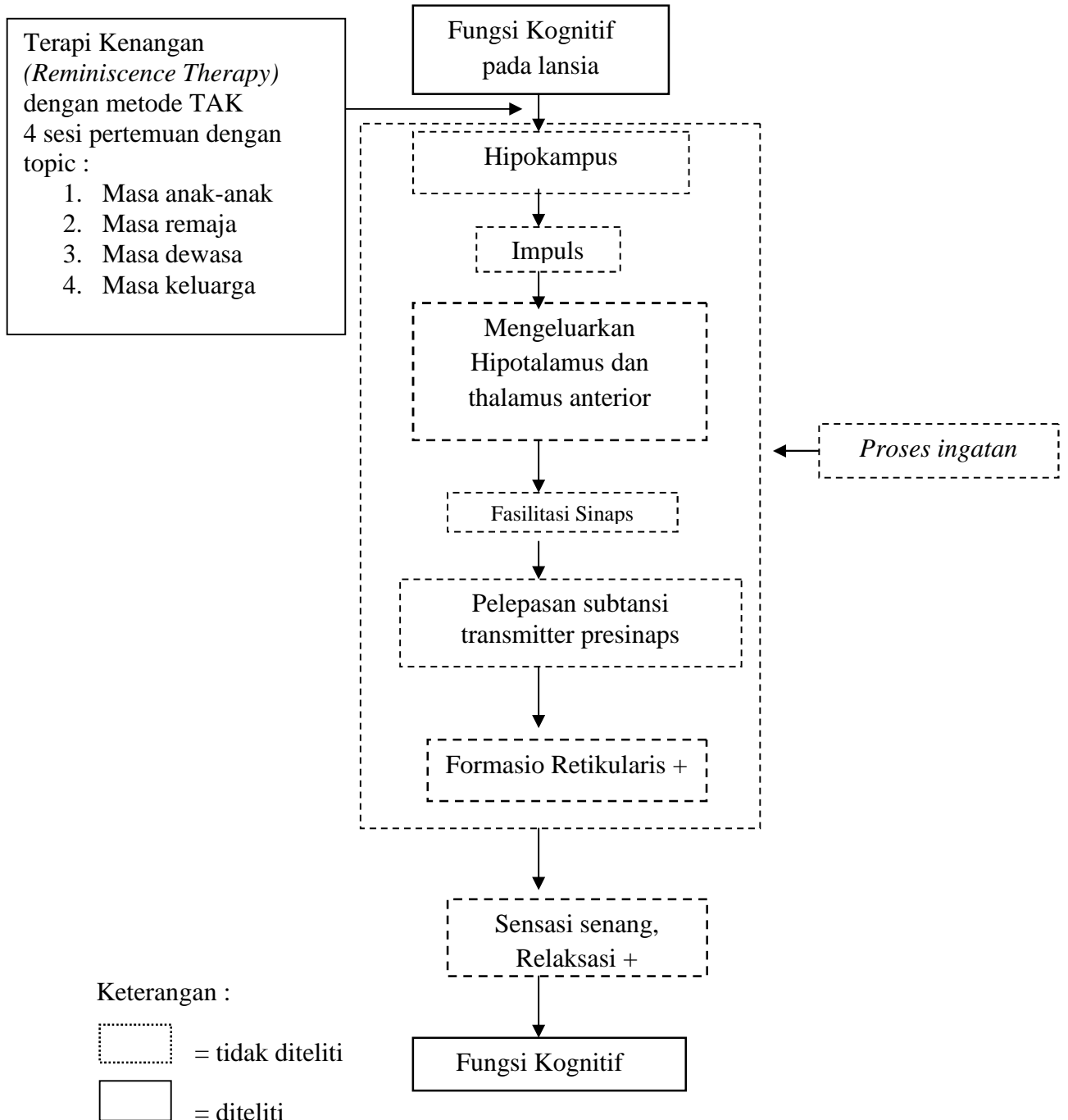
	Rendah pada Klien Lansia di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung (Prasetya, 2010)	I : Kuisioner	kognitif+senam latih otak daripada hanya mendapatkan terapi kognitif saja.
4.	Penelitian oleh Safitri (2011) dengan judul hubungan antara kesepian dengan kualitas hidup dan fungsi kognitif pada lanjut usia di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakartaunit Abiyoso. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kesepian dengan kualitas hidup dan fungsi kognitif pada lanjut usia di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Abiyoso	D : cross sectional S : 42 responden lansia V : Kesepian; Kualitas hidup; fungsi kognitif I : kuisioner	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kesepian dengan kualitas hidup lansia dan tidak terdapat hubungan antara kesepian dengan fungsi kognitif pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Abiyoso. Penelitian yang akan dilakukan peneliti memiliki perbedaan pada variable terikatnya yaitu mengenai insomnia pada lansia.
5.	Perbedaan Efek Brain Gym dan Senam Lansia terhadap Peningkatan Kognitif Lansia	D : <i>Quasy Experiment</i> Brain Gym V : Senam Lansia, Fungsi kognitif lansia I : Kuisioner A : Test	Tidak ada perbedaan efek brain gym dengan senam lansia dalam mempengaruhi fungsi kognitif lansia

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual

Penurunan kognitif pada lansia seringkali ditandai dengan penurunan tujuh aspek kognitif yakni orientasi, bahasa, atensi, memori, konstruksi, kalkulasi dan penalaran. Secara biologis, penurunan kognitif ini diakibatkan oleh proses degenerasi sel-sel otak yang diperparah oleh ketidakadekuatan vaskularisasi ke otak, kadar lipoprotein, endothelium nitric oxide sehingga menurunkan perfusi jaringan otak. Selain dari proses regenerasi yang melambat, penurunan fungsi kognitif juga dikarenakan fungsi transfer informasi dari memori jangka pendek menuju memori jangka panjang mengalami kemunduran.

Faktor predisposisi terjadinya penurunan kognitif pada lansia yakni, atrofi serebrum, kematian dendrit, penurunan sirkulasi darah otak, berkurangnya serabut saraf motorik, penurunan neurotransmitter, dan penurunan kecepatan konduksi saraf. Faktor-faktor tersebut mengakibatkan kemunduran aspek kognitif seperti daya ingat terutama memori kerja. Pada kemunduran fungsi otak kanan yang menjadi pusat intelegensia dasar lebih besar daripada otak kiri (pusat intelegensia kristal) yang memantau pengetahuan. Dampak dari kemunduran otak sisi kanan yakni dapat menyebabkan penurunan fungsi kewaspadaan dan perhatian (Katzman, 1992). Penurunan memori, pemahaman, kemampuan bicara dan bahasa serta komunikasi sosial membuat pasien terancam dan dituntut memiliki coping yang kuat untuk menghadapinya.

Terapi kenangan memberikan impuls pada memori para lansia yang mengalami penurunan kognitif. Impuls berupa sesi pertemuan yang dirancang dengan topik - topik tertentu yang menyenangkan. Memori adalah proses penyimpanan impuls sensorik yang penting untuk dipakai pada masa yang akan datang sebagai pengatur aktivitas motorik dan pengolahan berpikir. Sebagian besar

penyimpanan ini terjadi dalam korteks serebri. Proses penyimpanan informasi juga merupakan fungsi dari sinaps. Oleh karena itu, pada setiap sinyal sensorik tertentu yang melewati serentetan sinaps dimasa datang akan lebih mampu menyalurkan sinyal yang sama, proses penyampaian sinyal ini disebut fasilitasi. Bila sinaps itu sudah seringkali dilewati oleh sinyal sensorik maka sinyal itu akan begitu terfasilitasi sehingga sinyal yang timbul dari otak sendiri saja sudah dapat menyalurkan impuls melalui serentetan sinaps yang sama walaupun belum timbul masukan sensoris. Impuls yang diberikan adalah impuls positif yaitu muncul sensasi senang dan relaksasi pada tubuh sehingga dapat meningkatkan fungsi kognitif pada lansia.

3.2 Hipotesa Penelitian

Ada pengaruh pemberian terapi kenangan (*reminiscence therapy*) dengan metode terapi aktifitas kelompok terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia.

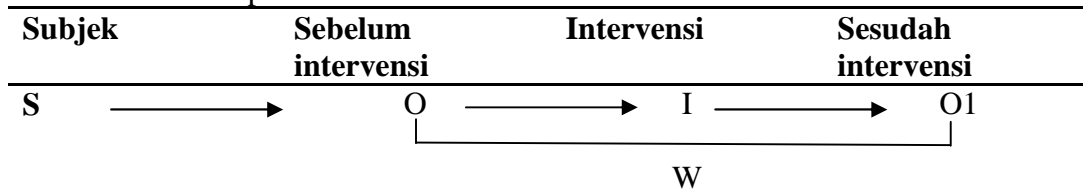
BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah *Pra-Eksperimental* dengan rancangan *the One- group pre-post test design*. Penelitian ini menggunakan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek. Kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi.

Tabel 4.1 Desain penelitian



Keterangan :

S : Subjek (perkembangan kognitif) perlakuan

O : Nilai kognitif terapi kenangan

I : Intervensi (terapi kenangan)

O1 : Nilai kognitif sesudah terapi kenangan berdasarkan MMSE

W : Lama intervensi (2 Minggu)

4.2 Populasi, , Besar Sampel, dan Teknik *Sampling*

4.2.1 Populasi

Populasi dibagi menjadi populasi target dan populasi terjangkau.

1. Populasi target

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi target bersifat umum dan biasanya pada penelitian klinis dibatasi oleh karakteristik demografi. Pada penelitian ini populasi target adalah lansia di Panti Hargo Dedali dengan jumlah 42 lansia pada Bulan Mei - Juni 2014.

2. Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau oleh peneliti dan kelompoknya. Dalam penelitian ini, populasi terjangkau harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, yaitu:

Dalam penelitian ini, populasi yang dipakai peneliti adalah populasi terjangkau dengan jumlah 14 sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi.

Target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria inklusi penelitian ini adalah:

1. Lansia dengan interpretasi *mini mental status examination* (MMSE) gangguan kognitif ringan dengan interpretasi skor 18-24 dan sedang dengan interpretasi skor 11 - 17 .
2. Lansia pernah menikah
3. Lansia bersikap kooperatif.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah:

1. Lansia dengan imobilisasi
2. Lansia dengan tuna rungu dan tuna aksara

4.2.2 Teknik *sampling*

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu dengan memilih sampel yang dikehendaki peneliti sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Lansia bersedia mengikuti terapi kenangan sesuai yang telah ditentukan, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dibahas sebelumnya.

4.3 Identifikasi Variabel

Dalam penelitian ini dibedakan antara variabel independen dan variabel dependen.

4.3.1 Klasifikasi variabel

a. Variabel Independen (Variabel bebas)

Variabel independen (bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel yang lainnya. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pemberian perlakuan berupa terapi kenangan (*reminiscence therapy*) dengan metode terapi aktivitas kelompok

b. Variabel Dependen (Variabel Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lainnya (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah fungsi kognitif

4.3.2 Definisi operasional penelitian

Tabel 4.2 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen: Terapi Kenangan (<i>remembrance therapy</i>)	Proses terstruktur yang bertujuan menstimulasi kognitif dan membangkitkan kenangan masa lalu.	1. Kegiatan berupa bercerita kisah yang berkesan dan membangkitkan antusiasme, memberikan kesempatan untuk berdiskusi. 4 sesi pertemuan dengan topik yang berbeda di tiap sesi, antara lain : 1. Masa anak-anak 2. Masa remaja 3. Masa dewasa 4. Masa berkeluarga Setiap satu sesi pertemuan lamanya 60 menit, dilaksanakan 2 kali dalam seminggu. Berlangsung selama 2 Minggu. Jarak lamanya setiap sesi dalam seminggu yaitu sehari.	SAK		
Dependen: fungsi kognitif	Kognitif merupakan suatu proses analisa mengenai pikiran atau persepsi yang mencakup semua aspek pengamatan, pemikiran dan ingatan.	1. Orientasi personal, tempat dan waktu 2. Bahasa: kelancaran, pemahaman, pengulangan, penamaan 3. Atensi 4. Memori 5. Konstruksi 6. Kalkulasi 7. Penalaran	Mini menta 1 status examination (MMSE)	Interval	Nilai skor MMSE

4.4 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel independen yaitu lembar kuesioner gejala *mini mental status examination* (MMSE) sebagai *pre test* dan *post test*. *Mini mental status examination* (MMSE) terdapat berbagai pertanyaan yang digunakan untuk mengukur fungsi kognitif pada lansia. Dalam berjalannya sesuai satuan acara kegiatan diiringi lagu keroncong. Tiap pertanyaan di dalam kuesioner mempunyai jawaban kuantitatif berupa skor yaitu jika jawaban benar maka akan diberi nilai 1. Skor yang didapat akan dijumlahkan, kemudian jumlah skor tersebut diklasifikasikan menjadi 3 bagian, yaitu terdiri dari skor =24-30 tidak mengalami gangguan fungsi kognitif atau normal, skor 17-23 mengalami *probable* gangguan kognitif, skor 0-16 mengalami *definite* gangguan kognitif. *Mini mental status examination* (MMSE) dibagikan oleh peneliti, lalu responden mengisi sendiri kuesioner yang telah dibagikan oleh peneliti dan diberi penjelasan setiap pertanyaan.

4.6 Lokasi dan Waktu pengambilan data

Lokasi pengambilan data, peneliti mengambil di Panti Werdha Hargo Dedali. Penelitian dilakukan pada tanggal 14 – 27 Juni 2014.

4.7 Prosedur Pengumpulan dan pengambilan data

Prosedur pengumpulan dan pengambilan data pada 14 responden peneliti menggunakan instrument kuesioner *Mini Mental Status Examination* (MMSE) dan dengan metode aktivitas kelompok. Peneliti mengumpulkan 14 responden di aula pertemuan Panti Werdha Hargo Dedali. pengumpulan data ini dibantu oleh tenaga

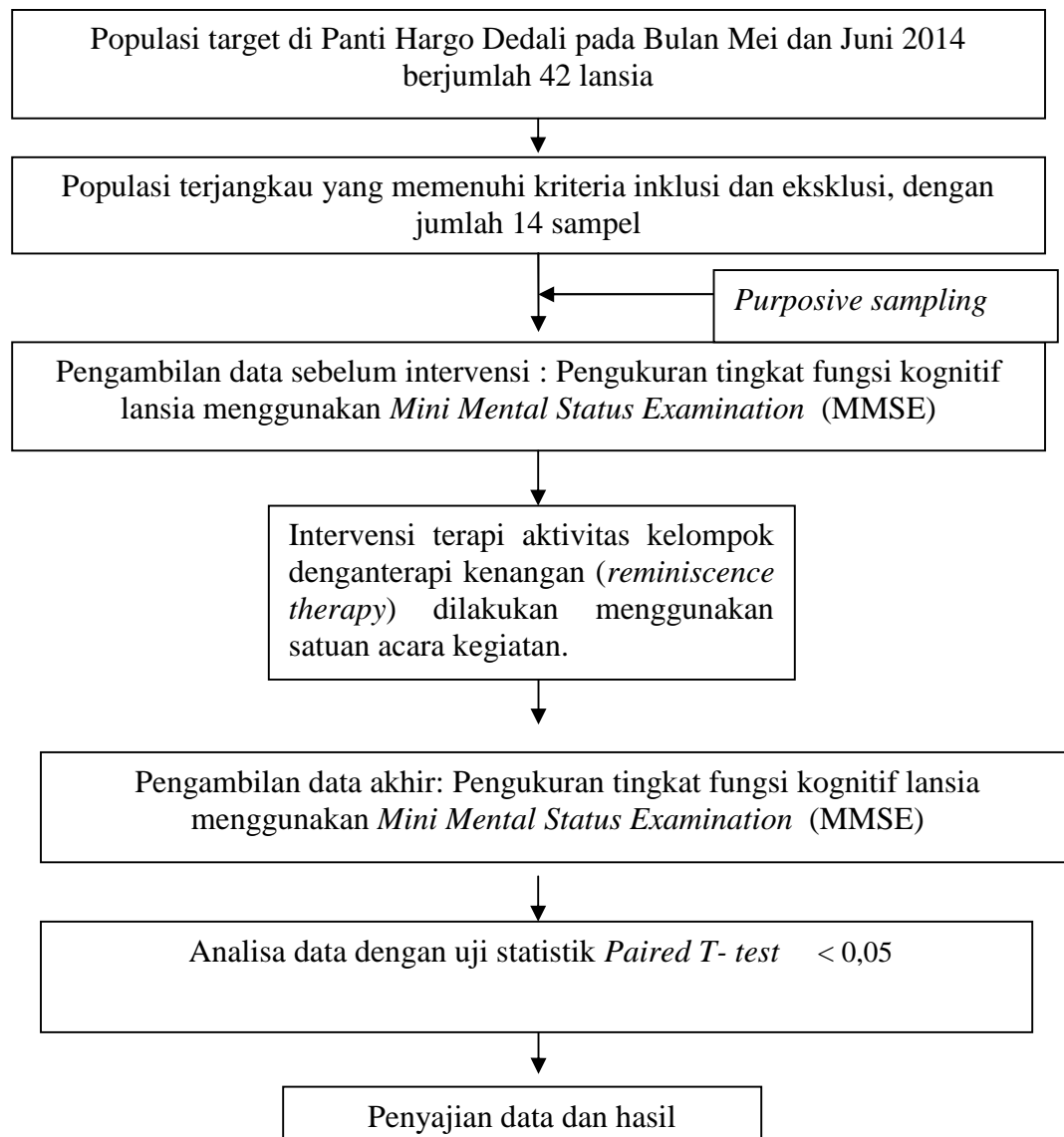
perawat di Panti Hargo Dedali berjumlah 2 orang yang telah dilatih oleh peneliti. Sebelumnya dimulai pertemuan sesi pertama, dua jam sebelumnya yaitu pukul 07.00 WIB hari selasa seluruh responden dibagikan kuesioner dan diminta untuk mengerjakan *pre-test* yaitu lembar kuesioner *mini mental status examination* (MMSE).

Waktu yang diberikan dalam mengerjakan kuesioner yaitu 10 menit masing-masing responden dengan didampingi fasilitator. Fasilitator adalah peneliti, dan dibantu relawan berjumlah 2 orang dan tenaga perawat panti berjumlah 2 orang. Setelah selesai mengisi kuesioner lalu tugas fasilitator yaitu merekap hasilnya tersebut dan dibentuk dua kelompok dari jumlah 14 responden yang ada. Seluruh anggota kelompok eksperimental diberi perlakuan berupa terapi kenangan (*reminiscence therapy*) dengan metode terapi aktivitas kelompok durasi 60 menit setiap pagi pada hari selasa, dan kamis, mulai jam 09.00 sampai 10.00 WIB pada tanggal 14-27 Juni 2014. Setiap sesi pertemuan fasilitator membuat rekap yang telah disampaikan oleh semua anggota kelompok dalam mengetahui kenangan dan yang berhubungan dengan fungsi kognitif. Setelah selesai melaksanakan terapi kenangan dengan 4 kali pertemuan berdasarkan topik materi, seluruh responden dari kedua kelompok diberikan *post test* berupa lembar kuesioner *mini mental status examination* (MMSE) pada hari berikutnya yaitu hari Jumat. Setelah mendapatkan hasil dari pengambilan data awal sebelum intervensi dan pengambilan data setelah intervensi fasilitator merekap dan mengolah data tersebut menggunakan *software* pengolahan data.

4.8 Analisis Data

Data yang sudah dikumpulkan oleh peneliti, peneliti melakukan uji analisis untuk mengukur antara variabel independen dan dependen menggunakan uji statistik, uji statistik yang digunakan yaitu memakai *software*. Uji statistik yang digunakan yaitu menggunakan uji statistik *Paired T-Test* dengan tingkat signifikan 0,05.

4.9 Kerangka Penelitian



4.10 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti tetap berpegang teguh pada etika penelitian, yang ditempuh melalui prosedur yang legalitas penelitian. Persetujuan dan kerahasiaan responden merupakan hal utama yang perlu diperhatikan. Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu mengajukan *ethical clearance* kepada pihak yang terlibat maupun tidak terlibat, agar tidak melanggar hak-hak azasi dan otonomi manusia sebagai subyek penelitian. Penelitian ini dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian, meliputi:

4.10.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti, tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti, responden akan menandatangani persetujuan dan jika responden menolak diteliti maka peneliti tidak akan memaksa serta akan tetap menghormati hak-haknya.

4.10.2 Anonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data(kuesioner) yang diisi oleh responden. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu.

4.10.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya.

4.11 Keterbatasan

Pada penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah sebagai berikut:

1. Jumlah sampel dalam penelitian sebanyak 14 responden bisa mewakili untuk menghitung kuisioner MMSE pada lansia dengan gangguan kognitif
2. Peneliti hanya menggunakan kuisioner *Mini Mental State Examination* (MMSE) dalam mengukur fungsi kognitif sehingga hasilnya terlalu general. Lebih baik menggunakan EEG untuk mengetahui lebih detail fungsi kognitif lansia.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh terapi kenangan (*reminiscence therapy*) terhadap fungsi kognitif lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya yang dilakukan mulai tanggal 14 - 27 Juni 2014. Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan tentang gambaran lokasi penelitian, data umum karakteristik responden, dan data khusus.

5.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Panti Werdha Hargo Dedali yang terletak di jalan Manyar Kartika IX/22-24 Surabaya. Panti Werdha Hargo Dedali didirikan pada tanggal 30 September 1987. Berdiri di atas lahan seluas 2000 m², terdiri dari 3 wisma dan 1 ruang pertemuan. Panti ini merupakan milik Yayasan Hargo Dedali, yang pada mulanya bertujuan untuk menampung para ibu-ibu mantan pejuang dan janda veteran. Sumber dana bagi pengelola panti ini bersumber dari donator tetap, Yayasan Dharmais, Kesra Kota Surabaya dan donator insidentil. Jumlah lansia pada Bulan Juni 2014 sebanyak 42 orang. Panti Werdha Hargo Dedali memiliki 3 perawat yang tinggal di panti. Kegiatan rutin yang ada dalam panti pada lansia yaitu dengan pemberian asupan makanan yang bergizi, olahraga senam lansia setiap pagi dan pengajian. Panti Werdha Hargo Dedali dalam sebulan sekali dikunjungi oleh puskesmas daerah setempat untuk mengetahui kondisi kesehatan lansia yang berada dalam panti tersebut.

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian dapat peneliti sampaikan sebagai berikut

5.2.1 Karakteristik Responden

Penjelasan karakteristik responden dalam penelitian di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya meliputi usia dengan membagi kelompok berdasarkan WHO.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan data demografi

Data Demografi	f(x)	Presentase (%)
1. Usia		
a. 65-70 tahun	3	21
b. 71-75 tahun	4	29
c. >75 tahun	7	50
Total	14	100
2. Lama Tinggal		
a. 1-5 tahun	12	86
b. 6-10 tahun	2	14
Total	14	100
3. Tingkat Pendidikan		
a. SD	5	36
b. SMP	4	28
c. SMA	4	28
d. Sarjana	1	7
Total	14	100
4. Pekerjaan sebelum masuk panti		
a. Tidak bekerja	6	44
b. Swasta	4	28
c. Pensiunan	4	28
Total	14	100

Berdasarkan tabel 5.1 dari 14 responden didapatkan sebagian besar karakteristik responden berdasarkan umur di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya bulan Juni 2014 yaitu diatas usia 75 tahun, sebanyak 7 orang (50%). Sebagian besar karakteristik responden berdasarkan lama tinggal di panti yaitu 1-5 tahun sebanyak 12 orang (86%) .Sebagian besar karakteristik responden berdasarkan pekerjaan sebelum

masuk panti adalah tidak bekerja 6 orang (44%). Berdasarkan pendidikan di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya bulan Juni 2014 sebagian besar karakteristik responden yaitu SD sebanyak 5 orang (36%).

5.1.2 Hasil Penilaian tingkat kognitif sebelum dan sesudah intervensi

Tabel 5.2 Hasil penilaian pretest dan post test pada kelompok intervensi

No. Responden	Pre Intervensi	Post Intervensi	
1	19	25	+6
2	20	25	+5
3	15	22	+7
4	18	25	+7
5	18	26	+8
6	11	18	+7
7	16	23	+7
8	16	21	+5
9	12	18	+6
10	21	25	+4
11	22	27	+5
12	18	22	+4
13	14	20	+6
14	15	19	+4
<i>Mean</i>	16,79	22,57	+5
<i>SD</i>	3.239	3.031	
<i>Paired T-Test</i>	p = 0.000		

Berdasarkan tabel 5.2 dari 14 responden didapatkan nilai kognitif lansia yang terendah sebelum intervensi yaitu 11 dan nilai kognitif lansia tertinggi yaitu 22, dengan rerata adalah 16,79 dan standar deviasi sebesar 3,239. Setelah dilakukan intervensi terapi kenangan dengan metode aktivitas kelompok didapatkan nilai kognitif lansia terendah 18 dan nilai tertinggi 27, dengan rerata skor fungsi kognitif responden adalah 22,57 dan standar deviasi sebesar 3.031. Kenaikan skor rata-rata responden sebesar 5. Analisis dengan menggunakan uji statistik *Paired T-Test* didapatkan $p = 0,000$. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh

signifikan antara terapi kenangan (*reminiscence therapy*) terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia.

5.2 Pembahasan

Pada 14 responden terjadi kenaikan nilai fungsi kognitif setelah diberikan terapi kenangan antara 4-8. Hasil sebelum intervensi sebanyak 14 responden didapatkan 7 lansia mengalami penurunan kognitif ringan dengan interpretasi nilai fungsi kognitif 18-24 dan 7 lansia mengalami penurunan kognitif sedang dengan interpretasi nilai fungsi kognitif 11-17. Rerata hasil pengambilan data awal sebesar 16,79 dan standard deviasi sebesar 3,239. Terdapat 4 responden yang hanya mengalami kenaikan nilai 4. Berdasarkan hasil penelitian terdapat 7 lansia dengan nilai fungsi kognitif yang sedang dengan usia diatas 75 tahun dan lama tinggal dipanti selama 1-5 tahun. Masalah penurunan fungsi kognitif yang terjadi pada responden merupakan proses degeneratif karena usia yang menua yang dialami pada usia diatas 60 tahun.

Proses menua dapat menurunkan kemampuan kognitif dan kepikunan. Masalah kesehatan kronis dan penurunan kognitif serta memori (Handayani, dkk, 2013). Gejala penurunan kognitif ringan berupa melambatnya proses pikir, kurang menggunakan strategi memori yang tepat, kesulitan memusatkan perhatian, mudah beralih pada hal yang kurang perlu, memerlukan waktu yang lebih lama untuk belajar sesuatu yang baru. Gejala tersebut biasa dan wajar dialami oleh lansia padahal gejala tersebut dapat mengakibatkan demensia dan kepikunan yang dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari.

Penelitian Lumbantobing (2006) yang menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada otak akibat bertambahnya usia antara lain fungsi penyimpanan informasi (*storage*) hanya mengalami sedikit perubahan (Wade & Travis, 2007; Lumbantobing 2006).

Menurut Suprenant *et al*, seseorang yang lebih tua cenderung memiliki kemampuan mengingat yang kurang dibandingkan orang yang lebih muda. Semakin bertambahnya usia maka sel-sel otak akan semakin kelelahan dalam menjalankan fungsinya yang menyebabkan tidak bisa bekerja secara optimal seperti saat masih muda. Perubahan fungsi otak yang terjadi meliputi kecepatan belajar, kecepatan memproses informasi baru dan kecepatan beraksi terhadap rangsangan sederhana atau kompleks. Penurunan ini berbeda-beda antar individu (Lumbantobing, 2006; Suprenant *et al*, 2006). Perempuan diduga lebih banyak dan cenderung untuk menjadi pelupa. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormonal, stres yang menyebabkan ingatan berkurang, akhirnya mudah lupa. Reseptor estrogen pada perempuan yang ditemukan dalam area otak yang berperan dalam fungsi belajar dan memori, seperti hipokampus. Rendahnya level estradiol dalam tubuh telah dikaitkan dengan penurunan fungsi kognitif umum dan memori verbal. (Susanto dkk, 2009; Myers, 2008; Yaffe dkk, 2007).

Kerja otak apabila kurang aktif, maka sel-sel yang jarang dirangsang tersebut akan mengalami kemunduran dan menyebabkan mudah lupa. (Rossman, 2010; Susanto dkk, 2009; Wade & Travis, 2007)

Berdasarkan tabel 5.2 hasil fungsi kognitif pada 14 responden setelah dilakukan terapi kenangan metode kelompok selama 2 minggu 4 kali pertemuan

semua mengalami peningkatan skor. Setelah pemberian intervensi lalu diberikan post test dengan menggunakan kuisioner *Mini Mental State Examination* (MMSE) Sebanyak 6 responden menjadi normal dan 8 responden mengalami gangguan fungsi kognitif sedang. Rerata sebesar 22,57 dan standar deviasi 3.031. Sebanyak 14 responden mengalami peningkatan nilai fungsi kognitif karena efek dari terapi kenangan. Rerata peningkatan nilai fungsi kognitif setelah perlakuan sebesar 5. Kenaikan nilai fungsi kognitif lansia yang signifikan karena ditunjang dengan usia yang belum mencapai diatas 75 tahun dan dulunya memiliki riwayat pendidikan lulusan baik SMA maupun sarjana.

Terapi kenangan (*reminiscence*) adalah teknik yang digunakan untuk mengingat dan membicarakan tentang kehidupan seseorang. (Stinson,2006) Terapi ini digunakan untuk lansia yang mengalami gangguan kognitif, kesepian dan pemulihan psikologis (Ebersole *et.al*,2001). Kennard (2006) dan Ebersole (2010) mengatakan bahwa terapi kenangan dapat diberikan pada lansia secara individu, keluarga maupun kelompok. Pelaksanaan kegiatan terapi secara kelompok memberi kesempatan kepada lansia untuk membagi pengalamannya pada anggota kelompok, meningkatkan kemampuan komunikasi, dan sosialisasi dalam kelompok sehingga dapat tercipta suasana yang harmonis dan memberi efek relaksasi.

Terapi kenangan dalam mempengaruhi fungsi kognitif yaitu terapi kenangan memberikan impuls pada memori. Memori adalah proses penyimpanan impuls sensorik penting untuk dipakai pada masa yang akan datang sebagai pengatur aktivitas motorik dan pengolahan berpikir. Sebagian besar penyimpanan ini terjadi dalam korteks serebri. Korteks yang mempunyai sel otak lebih dari 10 milyar sel berhubungan dengan sel-sel lain didaerah otak. Tiap sel otak mempunyai hubungan

dengan 4000-10.000 sel otak lainnya dan berhubungan melalui impuls listrik dan zat kimia yang disebut zat penghantar rangsang atau *neurotransmitter*.

proses penyimpanan informasi juga merupakan fungsi dari sinaps. Oleh karena itu, pada setiap macam sinyal sensorik tertentu yang melewati serentetan sinaps dimasa datang akan lebih mampu menjalankan sinyal yang sama, proses menyampaikan sinyal ini disebut fasilitasi. Bila sinaps itu sudah seringkali dilewati oleh sinyal sensorik maka sinyal itu akan begitu terfasilitasi sehingga sinyal yang timbul dari otak sendiri saja sudah dapat menjalankan impuls melalui serentetan sinaps yang sama walaupun belum timbul masukan sensoris. Proses pemikiran bawah sadar (sub conscious mind) bermula dari kegiatan fasilitasi sinaps ini. Hal ini akan menimbulkan suatu persepsi dari pengalaman sensasi yang sebenarnya dan dapat respon tubuh walaupun pengaruh atau akibat yang timbul hanyalah suatu memori dari suatu sensasi, sekali memori itu disimpan di system saraf, maka memori itu akan menjadi bagian dari mekanisme pengolahannya. Proses masuknya informasi ke sistem ingatan manusia

Informasi dari luar pertama kali masuk ke ingatan sensori melalui saraf pendengaran dan penglihatan. Ingatan sensori ini sangat mudah hilang karena kapasitasnya yang sedikit. Indera-indera yang bekerja untuk menangkap informasi yang banyak akan mengakibatkan terjadinya kelupaan. Informasi yang dianggap relevan dan penting bagi individu akan diteruskan dan masuk ke ingatan jangka pendek. Ingatan jangka pendek juga memiliki kapasitasnya sendiri, yaitu sekitar 30 detik dan apabila informasi yang dianggap relevan dan penting bagi individu ini tidak diulang maka informasi tersebut dapat hilang, atau informasi tersebut dilupakan. *Hippocampus* merupakan bagian otak yang menyimpan memori. Peran *hippocampus*

adalah membantu pemindahan informasi dari ingatan jangka pendek menjadi ingatan jangka panjang. Informasi yang berhasil masuk ke ingatan jangka pendek akan diteruskan ke ingatan jangka panjang, ingatan jangka panjang merupakan tempat penyimpanan informasi yang relatif permanen (Lahey, 2007; Santrock, 2005).

Terapi kenangan memberikan kesempatan kepada anggota kelompok untuk membuat hubungan baru dalam kelompok yang berdampak positif dan berlangsung dalam suasana yang santai. Melibatkan diri dalam diskusi tentang saat-saat menyenangkan di masa lalu sehingga dapat memberikan efek relaksasi pada anggota kelompok dan hubungan harmonis. Banyak penelitian yang membuktikan bahwa terapi kenangan ini juga dapat digunakan sebagai alternatif terapi bagi lansia yang mengalami depresi.

Berdasarkan hasil penilaian fungsi kognitif antara sebelum dan sesudah perlakuan, hasil uji statistik dengan *Paired T- test* menunjukkan signifikansi $p= 0,000$ artinya terdapat pengaruh terapi kenangan (*reminiscence therapy*) terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menyajikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil penelitian pengaruh terapi kenangan terhadap fungsi kognitif lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat peningkatan fungsi kognitif pada lansia setelah pemberian intervensi terapi kenangan dengan metode terapi aktivitas kelompok.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka dapat diberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Panti Werdha

Kegiatan terapi kenangan dapat dimasukkan ke dalam program rutin di Panti Werdha.

2. Bagi profesi keperawatan

Sebagai seorang perawat, diharapkan dapat mengembangkan ilmu keperawatan Gerontik khususnya pada peningkatan fungsi kognitif.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Sebaiknya memperbanyak jumlah sampel dan menambahkan karakteristik khusus sehingga dapat diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif lansia dan dapat mengembangkan terapi non farmakologis.

Daftar Pustaka

- Azizah, LM 2011, *Keperawatan Lanjut Usia*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Banon, Endang 2011, "pengaruh terapi reminiscence dan psikoedukasi keluarga terhadap kondisi depresi dan kualitas hidup lansia", Thesis, Universitas Indonesia, Depok
- BPKPRepublikIndonesia 1998, *Undang-undang Ri no. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*.
- BPS 2010, *Laporan Bulanan Data Sosial Ekonomi*, Badan Pusat Statistik, Jakarta.
- Burnside 1994, 'Reminiscence and Life Review: Therapeutic Interventions for Older People', *Nurse Practitioner*, vol 19, no. 4, pp. 55-61.
- Brady, E 1999, 'Stories of the Hour of our Death', *Home health Care Nurse*.
- Darmojo 1999, *Buku Ajar Geriatri*, Percetakan Yudistira, Jakarta.
- Deborah 1995, *Psychiatric Nursing Biological&Behaviour Concept*, Sanders Company, Philadelphia.
- Ebersole, KT, Sosnoff, JJ & Voudrie, SJ 2010, 'The Effect of Knee Joint angle on torque control', *Journal of Motor Behaviour*, vol 42, pp. 5-10.
- Ebersole & Hess 2001, *Geriatric Nursing and Healthy Aging*, Mosby Year Book, ST Louis.
- Efendi, F & Makhfudli 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Friedman, M, Bowden, V & Jones, E 2010, *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*, 5th edn, EGC, Jakarta.
- Handayani 2013, 'Pesantren Lansia sebagai Upaya Meminimalkan Risiko Penurunan Fungsi /Kognitif pada Lansia di Balai Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia Unit II Pucang Gading Semarang', *Jurnal Keperawatan Komunitas*, vol 1, no. 1.
- Hsieh & Wang 2002, 'Effect of Reminiscence Therapy on Depression in Older Adult', *International journal of nursing Studies*.
- Hurlock, EB 2004, *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*, 5th edn, Erlangga, Jakarta.
- Keliat, AB 1999, *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*, EGC, Jakarta.

- Keliat, AB 2002, *Terapi Modalitas Keperawatan: Terapi Aktivitas Kelompok*, Tidak Dipublikasikan.
- KemenkesRI 2013, *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*, Kemenkes RI, Jakarta.
- Kennard, C 2006, *Reminiscance therapy and activities for People with Dementia*, www.alzheimer.about.com/cs/treatmentoptions/a/remembrance.html, diakses 30 Maret 2014
- Latif, V 2000, *cara memori Bekerja*, www.google.co.id/seachr?hl=1d&q=fisiologi+memori&meta=. diakses 3 April 2014
- Oswari 1997, *Menyongsong Usia INjut dengan Bugar dan Bahagia*, Pusaka Sinar harapan, Jakarta.
- Prodia 2007, Homosistein sebagai Faktor Risiko Kepikunan, www.prodia.co.id diakses tanggal 30 Maret 2014
- Rahmawati, Hikmah 2006, "pengaruh pelaksanaan terapi kenangan (*reminiscence group therapy*) terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia di panti werdha Hargo Dedali, Universitas Airlangga, Surabaya
- Santosa, BT & Rohmah, AS 2011, 'Gangguan Gerak dan Fungsi Kognitif pada Wanita Lanjut usia', *Jurnal Kesehatan* , vol 4, no. 1, pp. 41-57.
- Santrock, JW 2006, *Perkembangan Masa Hidup* , Erlangga, Jakarta.
- Soltys, F & Coast, L 1995, 'The Solcos Model : Facilitating Reminiscence Therapy', *Journal Psychosocial Nursing*, vol 11.
- Triantari, R 2011, *Hubungan Asupan Vitamin B6, Vitamin B12, Asam Folat, Aktifitas Fisik dan Kadar Homosistein dengan Status Konitif Lansia*, Skripsi Undip Tidak Dipublikasikan, Semarang.
- Videbeck, SL 2008, *Psychiatrick Mental Health Nursing*, 3rd edn, Lippincott Williams&Wilkins, Philadhelpia.
- WHO 2010, *Proposed Working Defininition of an Older Person in Africa for the MDS Project*, www.who.int.html.

Lampiran 2 Permohonan menjadi responden**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan tugas penelitian di Program Studi Pendidikan Ners Universitas Airlangga Surabaya, maka saya:

Nama : Grispenjas Sumartono Mahira Putra R.A

NIM : 131011132

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Suraaya akan melakukan penelitian dengan judul: **"Pengaruh Terapi Kenangan (*Reminiscence Therapy*) Dengan Metode TAK Terhadap Fungsi Kognitif Lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya"**. Dengan ini saya memohon dengan hormat kepada bapak/ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian terapi kenangan terhadap peningkatan kognitif lansia.

1. Kesiediaan bapak/ibu untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
2. Kerahasiaan bapak/ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti.
3. Kerahasiaan informasi yang diberikan bapak/ibu dijamin oleh peneliti karena hanya sekelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Partisipasi anda dalam mengisi formulir sangat saya apresiasi, atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Juni 2014

Hormat Saya

(Grispenjas Sumartono)

Lampiran 3 Lembar persetujuan menjadi responden**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN****(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan (*bersedia / tidak bersedia) menjadi responden atas penelitian yang dilakukan oleh Grispenjas Sumartono M.P.R.A, mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

” Pengaruh Terapi Kenangan (*Reminiscence Therapy*) Dengan Metode TAK Terhadap Fungsi Kognitif Lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya”.

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Lama tinggal :

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ket : * Coret yang tidak diperlukan

Surabaya, Juni 2014

Yang membuat pernyataan

(.....)

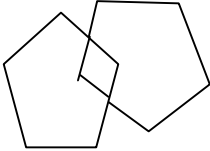
Lampiran 4 Kuisisioner

Kuisisioner **NO:**

Mini Mental State Examination (MMSE)

(Folstein MF 1975)

NO.	Pertanyaan	Skor	Skor Respondent
1.	Hari apa? Tanggal berapa? Bulan apa? Tahun berapa? Musim apa ?	5	
2.	Sedang ada dimana kita sekarang: Kota ? Provinsi ? Negara ? Jalan ? Balai RW berapa?	5	
3.	Responden menyebutkan 3 benda dan diulangi sampai benar.	3	
4.	Mengeja nama yaitu "DUNIA" dari belakang menjadi "A-I-N-U-D"	5	
5.	Sebutkan tiga buah benda yang disebutkan pada soal nomer 3	3	
6.	Menunjuk 2 buah benda ke responden dan responden menyebut nama benda tersebut misal pensil dan penghapus	2	
7.	Coba ulangi frase ini " tidak, jika, dan, akan tetapi"	1	
8.	Responden melakukan panduan yang dikatakan oleh peneliti "Silakan ambil kertas di depan anda dengan tangan kanan dan lipat menjadi 2"	3	

9.	Responden membaca sebuah kalimat dan melakukannya “ Angkat tangan kanan anda”	1	
10.	Responden menulis kalimat yang masuk akal dan mengandung subyek dan kata kerja.	1	
11.	Peneliti memberikan gambar dan responden menggambar sesuai dengan gambar yang tersedia. 	1	
	Total	30	

Intepretasi hasil dari MMSE (Mini Mental State Examination) :

25-30 = Normal

18-24 = Ringan

11-17 = Sedang

0-10 = Berat

Lampiran 5 Satuan Acara Kegiatan TAK

SATUAN ACARA KEGIATAN TAK

PENGARUH TERAPI KENANGAN (*REMINISCENCE THERAPY*) SESI 1

TOPIK : MASA ANAK-ANAK

Pokok Bahasan : Terapi Kenangan (*REMINISCENCE THERAPY*)

Sub Pokok Bahasan : Masa Anak-anak

Sasaran : Lansia yang tinggal di Panti Hargo Dedali Surabaya

Waktu : 09.00-10.00 WIB Mei 2014

- I. Analisis Situasi
 - A. Peserta

Peserta terapi adalah lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, yang bersedia menjadi responden dan telah masuk dalam kriteria inklusi
 - B. Ruangan
 1. Ruang pertemuan
 2. Terdapat sarana KEGIATAN : Kursi dan Meja
 - C. Fasilitator

Peneliti dibantu oleh tenaga perawat panti
- II. Tujuan Instruksional Umum

Telah berpartisipasi dalam kelompok *reminiscence*, peserta diharapkan dapat mengalami peningkatan fungsi kognitif
- III. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah proses diharapkan :

 1. Peserta dapat bercerita tentang bersama orangtua dan saudara sekandung.
 2. Peserta dapat bercerita tentang kenangan ketika ditinggal oleh orang yang disayangi atau kehilangan benda yang disenangi
 3. Peserta dapat bercerita tentang kegiatan spiritual yang dikembangkan di lingkungan keluarga.
- IV. Materi

Peserta diberikan pertanyaan-pertanyaan antara lain :

 1. Ceritakan tentang orang tua dan saudara sekandung ?
 2. Ceritakan ketika ditinggal orang yang disayangi atau kehilangan benda yang disenangi

3. Kegiatan spiritual apa yang dilakukan dikeluarga anda ?

V. Kegiatan

Tahap / Waktu	Kegiatan KEGIATAN	Kegiatan peserta
Persiapan (10 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam pembuka dan perkenalan 2. Menyiapkan pemandu 3. Menyiapkan peserta 4. Menyiapkan tempat 	Menjawab
Pelaksanaan (40 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pemandu menjelaskan tentang tujuan kegiatan 6. Pemandu mengajukan pertanyaan-pertanyaan sesuai dengan topic yang telah disepakati 	Berdiskusi dengan panduan fasilitator
Penutupan (10 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> 7. Menanyakan keadaan peserta 8. Salam penutup 	Menjawab

VI. Media/Alat

1. Alat perekam suara
2. Album foto keluarga sebagai stimulus
3. Buku tulis, bolpoin
4. Lembar dokumentasi

VII. Kriteria Evaluasi

- a. Kriteria struktur
 1. Lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi
 2. Pelaksanaan dilaksanakan dengan struktur terapi kenangan (*REMINISCENCE THERAPY*)
- b. Kriteria proses
 1. Seluruh partisipan mengikuti proses hingga selesai
- c. Kriteria hasil
 1. Seluruh lansia dalam kelompok diskusi mampu bercerita tentang pengalamannya yang berkesan sesuai dengan materi.
 2. Lansia antusias dan aktif dalam kelompok diskusi

SATUAN ACARA KEGIATAN TAK
PENGARUH TERAPI KENANGAN (*REMINISCENCE THERAPY*) SESI 2

TOPIK : MASA REMAJA

Pokok Bahasan : Terapi Kenangan (*REMINISCENCE THERAPY*)
Sub Pokok Bahasan : Masa Remaja
Sasaran : Lansia yang tinggal di Panti Hargo Dedali Surabaya
Waktu : 09.00-10.00 WIB Mei 2014

- I. Analisis Situasi
 - a. Peserta
Peserta terapi adalah lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, yang bersedia menjadi responden dan telah masuk dalam kriteria inklusi
 - b. Ruangan
 1. Ruang pertemuan
 2. Terdapat sarana KEGIATAN : Kursi dan Meja
 3. FasilitatorPeneliti dibantu oleh tenaga perawat panti
- II. Tujuan Instruksional Umum
Telah berpartisipasi dalam kelompok *reminiscence*, peserta diharapkan dapat mengalami peningkatan fungsi kognitif
- III. Tujuan Instruksional Khusus
Setelah proses diharapkan :
 1. Peserta dapat bercerita tentang orang terpenting dalam kehidupanmu saat itu.
 2. Peserta dapat bercerita pengalaman sulit dan solusi yang didapatkan, kebahagiaan yang diperoleh, dan mendapatkan penghargaan dari orang lain.
- IV. Materi
Peserta diberikan pertanyaan-pertanyaan antara lain :
 1. Ceritakan tentang orang terpenting dalam kehidupanmu saat itu.

2. Ceritakan tentang pengalaman sulit dan solusi yang didapatkan, kebahagiaan yang diperoleh, dan mendapatkan penghargaan dari orang lain

V. Kegiatan

Tahap / Waktu	Kegiatan KEGIATAN	Kegiatan peserta
Persiapan (10 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam pembuka dan perkenalan 2. Menyiapkan pemandu 3. Menyiapkan peserta 4. Menyiapkan tempat 	Menjawab
Pelaksanaan (40 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pemandu menjelaskan tentang tujuan kegiatan 6. Pemandu mengajukan pertanyaan-pertanyaan sesuai dengan topic yang telah disepakati 	Berdiskusi dengan panduan fasilitator
Penutupan (10 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> 7. Menanyakan keadaan peserta 8. Salam penutup 	Menjawab

VI. Media/Alat

1. Alat perekam suara
2. Album foto keluarga sebagai stimulus
3. Buku tulis, bolpoin
4. Lembar dokumentasi

VII. Kriteria Evaluasi

- a. Kriteria struktur
 1. Lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi
 2. Pelaksanaan dilaksanakan dengan struktur terapi kenangan
- b. Kriteria proses
 1. Seluruh partisipan mengikuti proses hingga selesai
- c. Kriteria hasil
 1. Seluruh lansia dalam kelompok diskusi mampu bercerita tentang pengalamannya yang berkesan sesuai dengan materi.
 2. Lansia antusias dan aktif dalam kelompok diskusi.

SATUAN ACARA KEGIATAN TAK
PENGARUH TERAPI KENANGAN (*REMINISCENCE THERAPY*) SESI 3

TOPIK : MASA DEWASA

Pokok Bahasan : Terapi Kenangan (*REMINISCENCE THERAPY*)
 Sub Pokok Bahasan : Masa Dewasa
 Sasaran : Lansia yang tinggal di Panti Hargo Dedali Surabaya
 Waktu : 09.00-10.00 WIB Mei 2014

- I. Analisis Situasi
 - a. Peserta
Peserta terapi adalah lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, yang bersedia menjadi responden dan telah masuk dalam kriteria inklusi
 - b. Ruangan
 1. Ruang pertemuan
 2. Terdapat sarana KEGIATAN : Kursi dan Meja
 3. Fasilitator
Peneliti dibantu oleh tenaga perawat panti
- II. Tujuan Instruksional Umum
Telah berpartisipasi dalam kelompok *reminiscence*, peserta diharapkan dapat mengalami peningkatan fungsi kognitif
- III. Tujuan Instruksional Khusus
Setelah proses diharapkan :
 1. Peserta dapat bercerita tentang keberhasilan yang diperoleh di sekolah maupun pekerjaan.
 2. Peserta bercerita tentang peristiwa pacaran, menikah, dan pertama kali memiliki anak.
 3. Peserta bercerita tentang kebahagiaan dan ketidak kebahagiaan yang dirasakan serta penderitaan yang dialami.
- IV. Materi
Peserta diberikan pertanyaan-pertanyaan antara lain :

1. Ceritakan tentang keberhasilan yang diperoleh di sekolah maupun pekerjaan.
2. Ceritakan tentang peristiwa pacaran, menikah, dan pertama kali memiliki anak.
3. Ceritakan tentang kebahagiaan dan ketidak kebahagiaan yang dirasakan serta penderitaan yang dialami

V. Kegiatan

Tahap / Waktu	Kegiatan KEGIATAN	Kegiatan peserta
Persiapan (10 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam pembuka dan perkenalan 2. Menyiapkan pemandu 3. Menyiapkan peserta 4. Menyiapkan tempat 	Menjawab
Pelaksanaan (40 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pemandu menjelaskan tentang tujuan kegiatan 6. Pemandu mengajukan pertanyaan-pertanyaan sesuai dengan topic yang telah disepakati 	Berdiskusi dengan panduan fasilitator
Penutupan (10 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> 7. Menanyakan keadaan peserta 8. Salam penutup 	Menjawab

VI. Media/Alat

1. Alat perekam suara
2. Album foto keluarga sebagai stimulus
3. Buku tulis, bolpoin
4. Lembar dokumentasi

VII. Kriteria Evaluasi

- a. Kriteria struktur
 1. Lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi
 2. Pelaksanaan dilaksanakan dengan struktur terapi kenangan (*reminiscence therapy*)

- b. Kriteria proses
 - 1. Seluruh partisipan mengikuti proses hingga selesai
- c. Kriteria hasil
 - 1. Seluruh lansia dalam kelompok diskusi mampu bercerita tentang pengalamannya yang berkesan sesuai dengan materi.
 - 2. Lansia antusias dan aktif dalam kelompok diskusi.

SATUAN ACARA KEGIATAN TAK
PENGARUH TERAPI KENANGAN (*REMINISCENCE THERAPY*) SESI 4

TOPIK : MASA BERKELUARGA

Pokok Bahasan : Terapi Kenangan (*REMINISCENCE THERAPY*)
Sub Pokok Bahasan : Masa Berkeluarga
Sasaran : Lansia yang tinggal di Panti Hargo Dedali Surabaya
Waktu : 09.00-10.00 WIB Mei 2014

I. Analisis Situasi

a. Peserta

Peserta terapi adalah lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, yang bersedia menjadi responden dan telah masuk dalam kriteria inklusi

b. Ruangan

1. Ruang pertemuan
2. Terdapat sarana KEGIATAN : Kursi dan Meja
3. Fasilitator

Peneliti dibantu oleh tenaga perawat panti

II. Tujuan Instruksional Umum

Telah berpartisipasi dalam kelompok *reminiscence*, peserta diharapkan dapat mengalami peningkatan fungsi kognitif

III. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah proses diharapkan :

1. Peserta dapat bercerita tentang suasana keluarga dirumah, dan kenangan bersama dalam membina sebuah rumah tangga.

IV. Materi

Peserta diberikan pertanyaan-pertanyaan antara lain :

1. Ceritakan tentang suasana keluarga dirumah, dan kenangan bersama dalam membina sebuah rumah tangga

V. Kegiatan

Tahap / Waktu	Kegiatan KEGIATAN	Kegiatan peserta
Persiapan (10 Menit)	9. Salam pembuka dan perkenalan 10. Menyiapkan pemandu 11. Menyiapkan peserta 12. Menyiapkan tempat	Menjawab
Pelaksanaan (40 menit)	13. Pemandu menjelaskan tentang tujuan kegiatan 14. Pemandu mengajukan pertanyaan-pertanyaan sesuai dengan topic yang telah disepakati	Berdiskusi dengan panduan fasilitator
Penutupan (10 Menit)	15. Menanyakan keadaan peserta 16. Salam penutup	Menjawab

VI. Media/Alat

1. Alat perekam suara
2. Album foto keluarga sebagai stimulus
3. Buku tulis, bolpoin
4. Lembar dokumentasi

VII. Kriteria Evaluasi

- a. Kriteria struktur
 1. Lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi
 2. Pelaksanaan dilaksanakan dengan struktur terapi kenangan (*reminiscence therapy*)
- b. Kriteria proses
 1. Seluruh partisipan mengikuti proses hingga selesai
- c. Kriteria hasil
 1. Seluruh lansia dalam kelompok diskusi mampu bercerita tentang pengalamannya yang berkesan sesuai dengan materi.
 2. Lansia antusias dan aktif dalam kelompok diskusi.

Lampiran 6 Hasil uji statistik

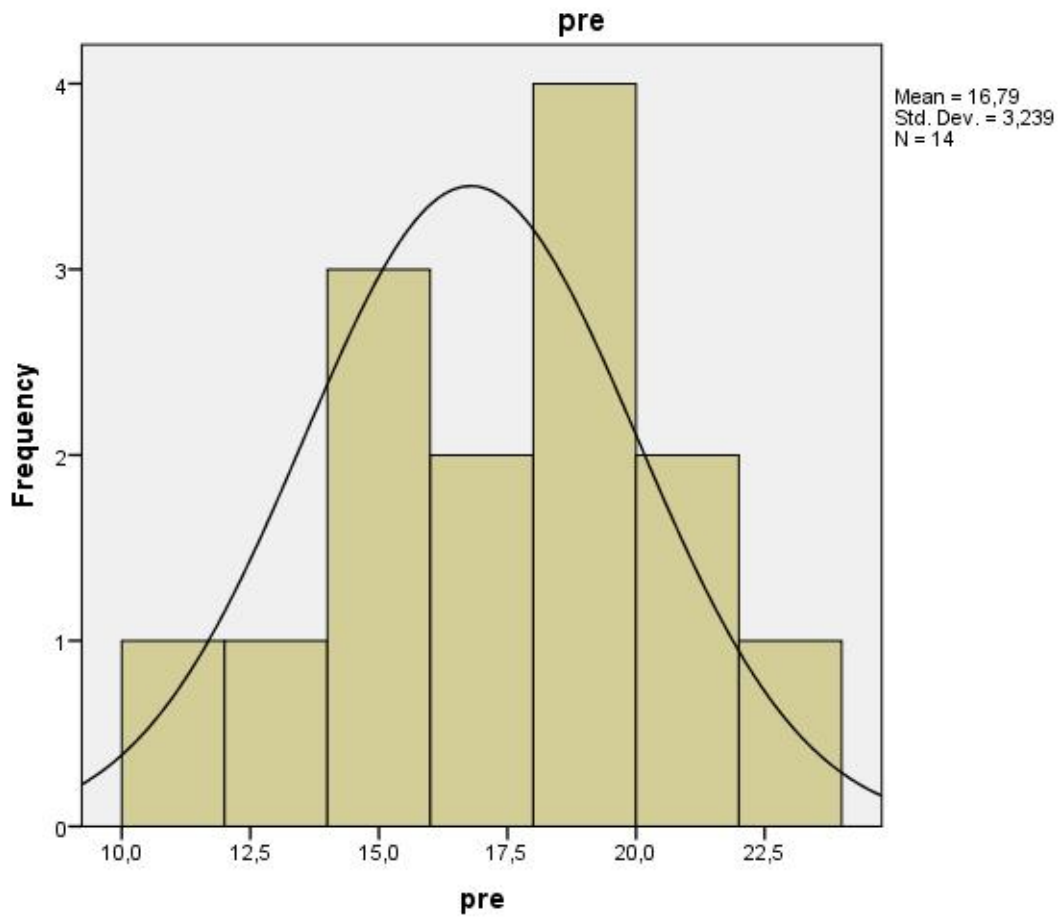
Tests of Normality

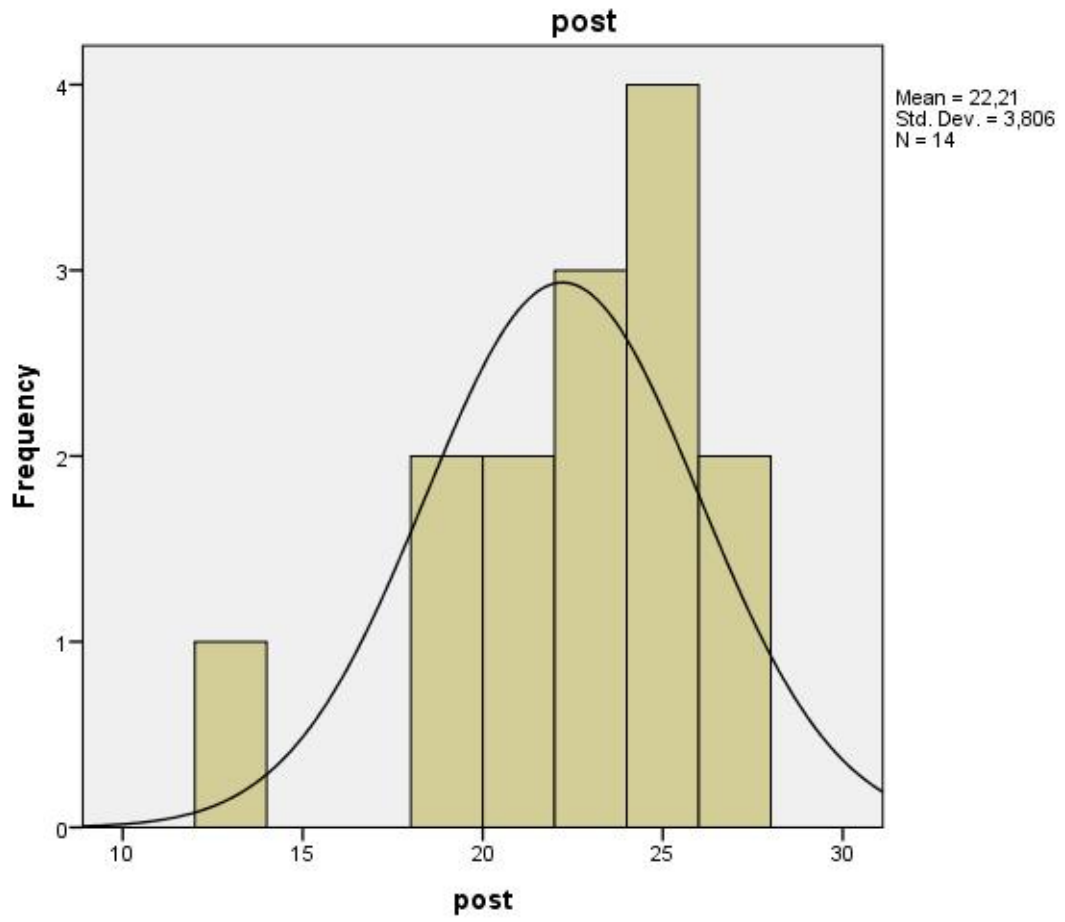
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre_Test	.146	14	.200*	.974	14	.925
Post_Test	.217	14	.073	.922	14	.238

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Histogram





T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 pretes	16.79	14	3.239	.866
posttes	22.57	14	3.031	.810

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 pretes & posttes	14	.915	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 pretes – posttes	-5.786	1.311	.350	-6.543	-5.029	16.508	13	.000