

SKRIPSI

**PENGARUH PERMAINAN TRADISIONAL DAM-DAMAN
TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEMENSIA
PADA LANSIA DI KABUPATEN KEDIRI**

Penelitian Quasy Experiment

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Pendidikan Ners
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:
Wimar Anugrah Romadhon
NIM. 131211132051

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2016

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, Agustus 2016

Yang menyatakan,



Wimar Anugrah Romadhon
NIM.131011132051

HALAMAN PERNYATAAN

PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya bertanda tangan di bawah:

Nama : Wimar Anugrah Romadhon

NIM : 131211132051

Program Studi : Pendidikan Ners

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

PENGARUH PERMAINAN TRADISIONAL DAM-DAMAN TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEMENSIA PADA LANSIA DI KABUPATEN KEDIRI Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya,



menyatakan

Wimar Anugrah Romadhon)

NIM.131211132051

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

PENGARUH PERMAINAN TRADISIONAL DAM-DAMAN
TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEMENSIA
PADA LANSIA DI KABUPATEN KEDIRI

Oleh:

Wimar Anugrah Romadhon

NIM. 131211132051

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL AGUSTUS 2016

Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si

NIK: 196306081991031002

Pembimbing II



Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc.

NIP: 19770812014092002

Mengetahui,

a.n Dekan

Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes

NIP: 196808191989031002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

PENGARUH PERMAINAN TRADISIONAL DAM-DAMAN
TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEMENSIA
PADA LANSIA DI KABUPATEN KEDIRI

Oleh:

Wimar Anugrah Romadhon

NIM. 131211132051

Telah diuji

Pada tanggal Agustus 2016

PANITIA PENGUJI

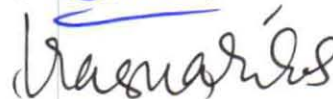
Ketua : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196701012000031002

Anggota : 1. Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si
NIP. 196306081991031002

2. Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc.
NIP: 19770812014092002

()


()



Mengetahui,

a.n Dekan

Wakil Dekan I


Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP: 196808291989031002

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Proposal ini. Dalam proses penyusunan Proposal ini tentunya tak luput dari bantuan semua pihak yang bersedia membimbing dan membantu dengan tulus ikhlas.

Proposal ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri, dimana sebagian besar lansia mengalami demensia. Hal ini dikarenakan oleh beberapa faktor. Untuk itu peneliti ingin memberikan solusi bagi lansia yang mengalami demensia tersebut yaitu dengan intervensi bermain permainan tradisional dam-daman. Sehingga pada kesempatan ini akan dipaparkan tentang penelitian yang berjudul **“Pengaruh Permainan Tradisional Dam-daman terhadap Penurunan Tingkat Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri”**.

Penulis menyadari bahwa Proposal ini belum sempurna, maka penulis mengharapkan saran dari kritik untuk membangun dari semua pihak demi perbaikan Skripsi.

Demikian sebuah pengantar sederhana dari penulis semoga Proposal ini bermanfaat bagi pembaca serta menambah pengetahuan pada seluruh lapisan masyarakat khususnya di bidang kesehatan.

Surabaya, Agustus 2016

Penulis

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Permainan Tradisional Dam-daman terhadap Penurunan Tingkat Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri”**. 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. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons). selaku Pejabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan fasilitas, sarana prasarana, dan perijinan demi kelancaran skripsi saya.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. selaku pejabat Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan fasilitas, sarana prasarana, dan perijinan demi kelancaran skripsi saya.
3. Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si selaku pembimbing pertama, ibu Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc. selaku pembimbing kedua, ibu Khoridatul Bahiyah, S.Kep., Ns., M.Kep. Sp.Kep.J selaku penguji pertama, dan ibu Sylvia Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns.,M.Kep. selaku penguji kedua Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi saya.
4. Para dosen dan seluruh staf pengajar di Fakultas Keperawatan Unair yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan nasehat selama menempuh pendidikan.
5. Almarhum Ayah saya Hadi Iswahyudi yang selama ini telah menjadi suri tauladan dan telah menjadi pemimpin keluarga dengan baik, membimbing dan membiayai pendidikan saya sampai saya tumbuh besar dan menyelesaikan tugas akhir kuliah. Saya tidak dapat membalas semua yang telah diberikannya kepada saya sampai nafas ini masih berhembus hanyalah doa dan rasa syukur saya panjatkan untuk almarhum ayah, semoga ilmu yang saya pelajari dapat

- bermanfaat dan bisa menjadi amalan jariyah untukmu di akherat. Semoga selalu bahagia disana. amiin
6. Ibu saya Dian Lestari, yang selalu memberikan motivasi, doa, dan segalanya dalam mendukung putramu, semoga anakmu ini bisa membahagiakan kelak dan bisa memanfaatkan ilmu dengan sebaik-baiknya. Apapun akan saya lakukan buatmu.
 7. Adikku Widya Irene Mayang Sari, Masku Septian Galuh Winata dan Mbakku Umi Sa'adah yang selalu memberikanku doa dan semangat serta bimbingan dalam segala urusan saya.
 8. Ibu Sulistin dan keluarga Pak Joni. Terimakasih telah memfasilitasi saya penginapan dan lain-lainnya. Semoga kebaikannya dibalas oleh Allah SWT.
 9. Aprhodita dan keluarganya. Terimakasih atas bantuannya selama saya di Kediri mencarikan responden lansia.
 10. Ibu Sutjiati, Pak Sungi, Pak Mardiken dan yang lainnya. Terimakasih telah membantu saya mengumpulkan responden dan membantu jalannya penelitian saya selama di Kediri.
 11. Mitha, Nova, Fitria, Wildan, Rizki, Rifky, dan Riko. Terimakasih atas perjuangan menyelesaikan skripsi dengan tema yang sama selama ini. Semoga kelak bisa menjadi spesialis Gerontik kedepannya.
 12. Na'im, Rio, Toni, Fadili, Indah, Chikal, Ona, Zeze, Lintang, Ria, Nafi, Dimas, Rifqi, mbak Ruri, dan Hera. Terimakasih atas motivasi, doa dan bantuannya untuk kemajuan skripsi saya.
 13. Teman-teman angkatan 2012 program studi pendidikan Ners, terima kasih atas bantuan dan dukungan demi terselesaikannya skripsi ini.
 14. Keluarga aktivis seperjuangan SKINers FKp, BEM FKp Unair, MPM Unair dan IMM Unair. Terima kasih atas motivasi dan dukungannya dalam penyelesaian skripsi ini.
 15. Seluruh responden yang telah bersedia terlibat dalam penelitian saya.
 16. 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, Agustus 2016

Penulis

MOTTO

"Bermanfaat untuk orang lain"

ABSTRACT

The Effect of Traditional Game of “Dam-daman” To Decrease Rate of Dementia on Elderly

Quasy Experimental Study in Communities, Purwokerto, Kediri

By : Wimar Anugrah Romadhon

Elderly at risk of dementia caused by decrease in cognitive function, 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 dementia related to impaired cognitive function. One of the treatment that is safe with no side effects is the reminiscence therapy with tradisional game of “*dam-daman*” to increase kognitif function. The purpose of this study is to explain the effect of tradisional game of “*dam-daman*” on dementia in the elderly.

The design of this study was Quasy Experimental design. The population was elderly in Kediri. The total sample were 20 respondents whom were inclusion criteria. The sampling technique is multistage random sampling method. The independent variable was a traditional game of “*dam-daman*”, the dependent variable was the rates of dementia.

Data were collected using MMSE (Mini Mental State Examination) questionnaires and analyzed using Paired t-test with a significance level of $\alpha \leq 0.05$. The results was indicate a therapeutic effect of tradisional game of “*dam-daman*” to decrease rate of dementia on elderly ($p = 0.000$). The second data analyzed using Independent T-test with a significance level of $\alpha \leq 0.05$. The results was indicate any significant difference between the control group dan the treatment group after intervention.

The conclusions of this study tradisional game of “*dam-daman*” may improve cognitive function with dementia in the elderly. Elderly can apply the tradisional game of “*dam-daman*” to help them memories. The future studies could add to the respondents and determine the factors according to the characteristic of respondent.

Keywords : *dam-daman*, cognitive impairment, dementia, elderly

ABSTRAK**Pengaruh Permainan Tradisional Dam-daman terhadap
Penurunan Tingkat Demensia pada Lansia**Penelitian *Quasy Experimental* di Kabupaten KediriOleh : **Wimar Anugrah Romadhon**

Lansia beresiko mengalami demensia yang disebabkan oleh penurunan fungsi kognitif, sehingga perlu perhatian lebih dalam mengatasi masalah demensia berhubungan dengan 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 bermain permainan tradisional dam-daman untuk melatih fungsi kognitif dan daya ingat lansia. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap pencegahan peningkatan demensia pada lansia.

Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy Eksperimental*. Populasi adalah lansia di Desa Purwokerto Kecamatan Ngadiluwih Kabupaten Kediri. Total sampel adalah 20 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *multistage random sampling*. Variabel independen adalah permainan tradisional dam-daman, variabel dependen adalah tingkat demensia. Data dikumpulkan menggunakan kuisioner MMSE (*Mini Mental State Examination*). Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji Paired T-Test dengan taraf kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Hasil menunjukkan adanya pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia dengan ($p=0,000$). Analisa data yang kedua menggunakan uji Independent T-test dengan taraf kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Hasil menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi.

Kesimpulan yang didapatkan adalah permainan tradisional dam-daman dapat menurunkan tingkat demensia pada lansia. Lansia bisa melaksanakan intervensi permainan tradisional dam-daman untuk membantu dirinya dalam menurunkan tingkat demensia pada lansia. Penelitian selanjutnya bisa menambah responden dan mengetahui faktor-faktor sesuai karakteristik responden.

Kata kunci : dam-daman, penurunan fungsi kognitif, demensia, lansia

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Pernyataan Publikasi.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	v
Kata Pengantar	vi
Ucapan Terimakasih.....	vii
<i>Motto</i>	x
<i>Abstract</i>	xi
Daftar isi.....	xiii
Daftar Tabel.....	xvi
Daftar Gambar.....	xvii
Daftar Lampiran	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
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 teoritis	6
1.5.2 Manfaat praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Lanjut Usia.....	7
2.1.1 Definisi lanjut usia	7
2.1.2 Batasan lansia.....	8
2.1.3 Proses menua.....	9
2.1.4 Perubahan pada lansia	13
2.1.5 Masalah fisik pada lansia	14
2.2 Konsep Demensia.....	17
2.2.1 Definisi demensia.....	17
2.2.2 Klasifikasi demensia	18
2.2.3 Etiologi demensia.....	19
2.2.4 Stadium demensia	20
2.2.5 Pemeriksaan umum demensia	21
2.3 Proses Berpikir (Kognitif).....	23
2.3.1 Definisi kognitif	23
2.3.2 Aspek-aspek fungsi kognitif.....	24
2.3.3 Struktur dan fungsi otak	26
2.3.4 Sistem limbik.....	29
2.4 Permainan Tradisional Dam-daman.....	30
2.4.1 Pengertian permainan tradisional	30

2.4.2 Contoh permainan tradisional	31
2.4.3 Definisi permainan dam-daman	32
2.4.4 Tujuan permainan dam-daman	33
2.4.5 Tata cara bermain	34
2.5 Model Keperawatan Adaptasi Roy	37
2.5.1 Pengertian	37
2.5.2 Asumsi dasar	38
2.5.3 Komponen sistem	38
2.6 Keahlian Penulisan	41
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN .	45
3.1 Kerangka Konseptual	45
3.2 Hipotesis Penelitian	49
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	50
4.1 Desain Penelitian	50
4.2 Kerangka Operasional	51
4.3 Populasi, Sampling, dan Sampel	52
4.3.1 Populasi	52
4.3.2 Sampling	52
4.3.3 Sampel	53
4.4 Identifikasi Variabel	55
4.4.1 Klasifikasi variabel	55
4.4.2 Definisi operasional penelitian	56
4.5 Instrumen Penelitian	56
4.6 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data	57
4.7 Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data	58
4.8 Analisa Data	60
4.9 Uji Statistik	61
4.10 Etika Penelitian	62
4.10.1 Lembar persetujuan	62
4.10.2 Anonimity	62
4.10.3 Confidentiality	62
4.10.4 Justice	63
4.11 Keterbatasan	63
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	64
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	64
5.2 Hasil Penelitian	65
5.2.1 Karakteristik responden	65
5.2.2 Hasil pre dan post test tingkat demensia	67
5.3 Pembahasan	68
5.3.1 Karakteristik responden	68
5.3.2 Analisis pengaruh permainan dam-daman terhadap tingkat demensia	70

BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	76
6.1 Simpulan.....	76
6.2 Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	77

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kata Kunci untuk Keaslian Penelitian	41
Tabel 2.2 Keaslian Penulisan	43
Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	56
Tabel 5.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia	65
Tabel 5.2 Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan	65
Tabel 5.3 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis kelamin.....	66
Tabel 5.4 Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan	66
Tabel 5.5 Hasil Pre dan Post Penilaian Tingkat Demensia Lansia	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Penelitian	5
Gambar 2.1 Belahan Otak	28
Gambar 2.2 Sistem Limbik	29
Gambar 2.3 Dam Inggris/Amerika.....	35
Gambar 2.4 Dam Malaysia	36
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	45
Gambar 4.1 Desain Penelitian	50
Gambar 4.2 Kerangka Operasional	51
Gambar 4.3 Strategi Sampling dan Besar Sampling.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Pengumpulan Data Awal	82
Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden	84
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	85
Lampiran 4 Kuisisioner <i>Clock Drawing Test</i> (CDT).....	86
Lampiran 5 <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE).....	88
Lampiran 6 Satuan Acara Kegiatan Permainan Dam-daman.....	90
Lampiran 7 <i>Log Book</i> Permainan Dam-daman.....	92
Lampiran 8 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik.....	95
Lampiran 9 Surat Pengambilan Data Awal.....	96
Lampiran 10 Surat Pengambilan Data Penelitian.....	97
Lampiran 11 Surat Perijinan Bakesbangpol Provinsi	98
Lampiran 12 Surat Perijinan Bakesbangpol Kediri.....	99

BAB 1 PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menua adalah suatu proses menurunnya kemampuan jaringan secara perlahan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri, mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita terjadi pada usia 30-70 tahun (Fatmah, 2010; Martono & Pranarka, 2009). Proses menua akan dialami oleh semua manusia dan kebanyakan diantaranya mengalami demensia atau pikun pada usia lanjut. Kondisi ini merupakan suatu tantangan untuk mempertahankan kesehatan dan kemandirian para lanjut usia agar tidak menjadi beban bagi dirinya, keluarga maupun masyarakat (Hartati, 2010). Perawatan khusus demensia masih belum ada, namun perawatan untuk menangani gejala dapat dilakukan. Salah satunya dengan mengenalkan permainan tradisional dam-daman. Dam-daman merupakan salah satu permainan tradisional yang dapat melatih fungsi kognitif dari otak lansia, namun intervensi permainan tradisional dam-daman terhadap pencegahan peningkatan demensia masih perlu diteliti.

WHO (*World Health Organization*) memperkirakan tahun 2010 jumlah lansia di seluruh dunia sekitar 680 juta jiwa dan di tahun 2015 jumlah lansia di seluruh dunia mencapai sekitar 840 juta jiwa dan akan terus bertambah di tahun 2025 mencapai 1,2 miliar. Sementara itu Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2015 menunjukkan lansia di Indonesia sebesar 18,1 juta jiwa atau sekitar 7.6% dari total penduduk Indonesia sebanyak 254,9 juta jiwa. Jawa

timur menjadi provinsi dengan banyak populasi lansia, yaitu mencapai 4.23 juta orang atau sekitar 10,96 persen dari penduduk Jawa Timur sebanyak 38,6 juta jiwa (BPS Jawa timur, 2014).

Data dari Alzheimer's Disease International memperkirakan di tahun 2010 penderita demensia di dunia sebanyak 37 juta jiwa sedangkan di tahun 2015 menunjukkan penderita demensia mencapai lebih dari 46 juta jiwa dan akan bertambah di tahun 2025 sebanyak 65 juta jiwa dari total penduduk dunia sebanyak 7,3 miliar jiwa. Diperkirakan jumlahnya akan terus bertambah sekitar 131,5 juta jiwa pada tahun 2050 dan proporsi pada negara miskin dan berkembang mencapai 58%. Indonesia termasuk dari sepuluh Negara di dunia yang memiliki penderita demensia terbanyak pada tahun 2015 yaitu sebanyak 2,7 juta jiwa atau sekitar 15% dari total jumlah lansia di Indonesia (Hartati, 2010). Di Jawa timur menurut BPS (2014) jumlah penderita demensia mencapai sekitar 634.500 jiwa. Kabupaten Kediri termasuk dalam 5 besar kabupaten di Jawa timur yang memiliki jumlah lansia terbesar tahun 2014 sebanyak 165.061 jiwa dan sekitar 24.759 menderita demensia (BPS, 2014). Angka penderita demensia akan terus bertambah apabila tidak segera diatasi atau ditangani lebih lanjut.

Studi pendahuluan 5 dari 287 lansia dilakukan di desa Purwokerto yang jumlah penduduknya merupakan peringkat 3 dari 16 desa besar di kecamatan Ngadiluwih pada tanggal 14 Mei 2016 dengan kuisisioner MMSE, menghasilkan data bahwa 3 dari 5 mengalami gangguan pada orientasi temporal; 3 dari 5 mengalami gangguan orientasi spasial; 3 dari 5 orang mengalami gangguan atensi/kalkulasi; 4 dari 5 orang tidak dapat mengingat dengan baik; 4 dari 5 orang mengalami gangguan pada perintah verbal; dan 4 dari 5 orang mengalami

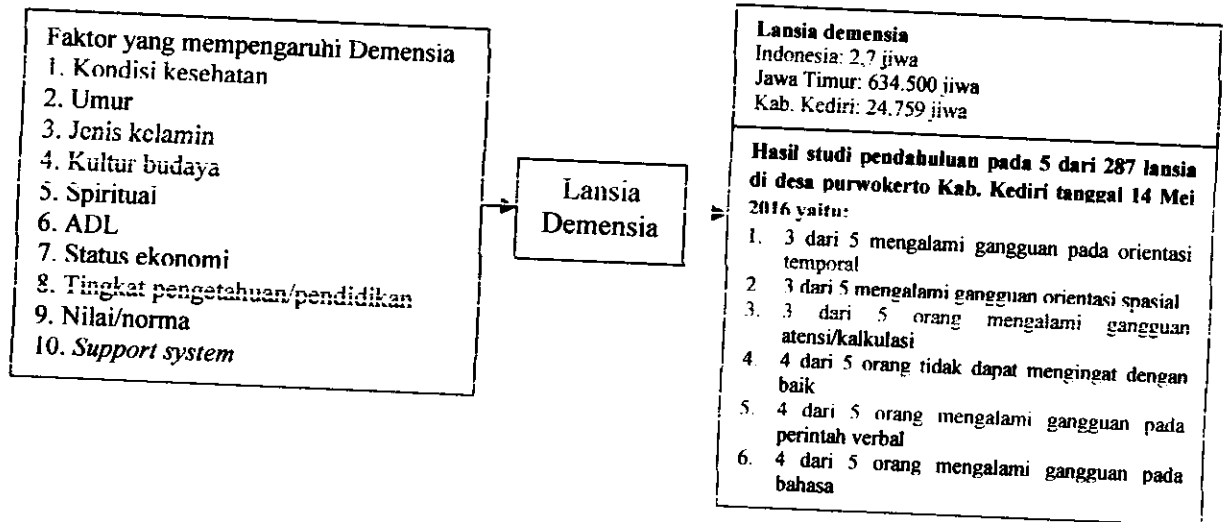
gangguan pada bahasa. Pada studi pendahuluan tersebut dapat disimpulkan bahwa 4 dari 5 orang lansia mengalami demensia.

Demensia merupakan suatu sindrom klinis ditandai dengan hilangnya fungsi intelektual dan memori, mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir lain yang secara nyata mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari (Nugroho, 2008). Demensia menyerang usia manusia sekitar umur 65 tahun, bertambahnya usia maka makin besar peluang menderita penyakit demensia, yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik. Perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu (Corwin, 2009; Stanley, 2007). Perjalanan penyakit demensia biasanya dimulai secara perlahan dan makin lama makin parah, sehingga keadaan ini pada mulanya tidak disadari. Penderita demensia juga kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, mengontrol emosi, dan bahkan bisa mengalami perubahan kepribadian dan masalah tingkah laku seperti mudah marah yang akan berdampak pada terjadinya resiko elder abuse (Turana, 2006). Lansia dengan demensia yang fungsi kognitifnya sudah menurun dan jika tidak segera ditangani juga akan mengakibatkan sakit atau kerugian pada diri lansia itu sendiri contohnya seperti gangguan tidur, berat badan menurun karena lupa makan, mudah jatuh dan kelelahan serta mudah marah karena psikologis yang terganggu akibat demensia (Nugroho, 2008; Sofia, 2014).

Hal yang dapat menurunkan faktor resiko terjadinya demensia yaitu dengan cara banyak melakukan aktivitas belajar yang fungsinya untuk menjaga ketajaman daya ingat dan selalu melatih fungsi otak (Nugroho, 2006). Dalam mengatasi masalah penurunan fungsi kognitif yang berdampak buruk pada lansia,

perawat sebagai tenaga kesehatan dapat menggunakan metode dalam mengurangi gangguan fungsi kognitif pada lansia. Salah satunya dengan metode yang digunakan untuk mengingat dan membicarakan hal-hal di masa lalu (Stinson, 2009). Metode ini digunakan untuk lansia yang mengalami gangguan kognitif, kesepian dan pemulihan psikologis (Ebersole et al., 2001). Kennard (2006) dan Ebersole (2010) mengatakan bahwa terapi untuk mengingat masa lalu atau bermain permainan di masa lalu dapat diberikan pada lansia secara individu, keluarga maupun kelompok. Permainan Dam-daman adalah jenis permainan tradisional Jawa yang telah dimainkan di zaman dahulu ketika lansia masih muda. Permainan tradisional Dam-daman akan melatih otak untuk berpikir dan melatih lansia untuk menemukan strategi yang dilakukan di zaman dahulu ketika mereka bermain, dengan begitu lansia akan mengingat memori yang sudah mereka lakukan di zaman dahulu. Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri untuk mengetahui seberapa jauh pengaruh permainan tradisional dam-daman dalam memperbaiki kemunduran fungsi kognitif untuk menurunkan tingkat demensia pada lansia.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Penelitian

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi karakteristik lansia dengan demensia di Kabupaten Kediri
- 2) Menganalisis pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian dapat menjelaskan pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri.

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Perawat : dapat digunakan sebagai intervensi yang efektif biaya, tidak memiliki efek samping, dan mudah dilaksanakan dalam menurunkan tingkat demensia pada lansia.
- 2) Tokoh masyarakat lansia : dapat menjadi inovasi pendekatan yang efektif dalam menurunkan tingkat demensia pada lansia.
- 3) Lansia : dapat meningkatkan aktifitas yang dapat mencegah peningkatan demensia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Definisi lanjut usia

Menurut undang – undang no.4 tahun 1965 pasal 1, seseorang dinyatakan sebagai lanjut usia setelah mencapai umur 55 tahun, tidak dapat mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. Menua (proses menjadi tua) juga dapat diartikan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Keadaan itu cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan umum dan kesehatan jiwa pada lansia (Mubarak, 2006; Nugroho, 2000; Arya 2008).

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang karena usianya mengalami perubahan biologis, fisis, kejiwaan dan sosial (UU No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan). Pengertian dan karakteristik lansia menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang lansia sebagai berikut:

1. Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas.
2. Lansia usia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
3. Lansia tak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya tergantung pada bantuan orang lain.

2.1.2 Batasan lansia

Menurut dokumen kelembagaan lansia dalam kehidupan bangsa yang diterbitkan oleh Departemen Sosial dalam rangka perencanaan hari lansia nasional tanggal 29 Mei oleh Presiden RI, batas umur lansia adalah sama dengan atau lebih dari 60 (Setiabudhi, 1999). Menurut Pedoman Pembinaan Kesehatan Lansia bagi petugas kesehatan yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 1999, umur lansia dibagi menjadi 3 tahapan yaitu:

1. Usia pra senilis atau virilitas adalah seseorang yang berusia 45- 49 tahun.
2. Usia lanjut adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Usia lanjut resiko tinggi adalah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau dengan masalah kesehatan.

Menurut *World Health Organization* (WHO) penggolongan lansia sebagai berikut:

1. Usia pertengahan (*middle age*) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
2. Lanjut usia (*elderly*) antara 60 – 75 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) antara 76 – 90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun

Menurut Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua.

Menurut Wahyudi (2009) membagi periodisasi biologis perkembangan manusia sebagai berikut: 0 - 1 tahun adalah masa bayi, 1 - 6 tahun adalah masa prasekolah, 6 - 10 tahun adalah masa sekolah, 10 – 20 tahun adalah masa

pubertas, 40 - 65 tahun adalah masa setengah umur (prasenium), 65 tahun keatas adalah masa lanjut usia (senium).

2.1.3 Proses menua

Teori proses menua secara umum menurut Ma'rifatul (2011) dan Stanley (2007) dapat dibedakan menjadi dua yaitu teori biologi dan teori penuaan psikososial, sebagai berikut:

1. Teori biologi

1) Teori seluler

Penuaan adalah suatu proses yang secara tidak sadar diwariskan berjalan dari waktu ke waktu sehingga mengubah sel atau struktur jaringan. Teori ini menjelaskan tentang kemampuan pembelahan sel dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh "diprogram" untuk membelah 50 kali. Jika sel pada lansia dari tubuh dan dibiakkan di laboratorium, lalu diobservasi, jumlah sel-sel yang akan membelah akan terlihat sedikit. Pada beberapa sistem, seperti sistem saraf, sistem muskuloskeletal dan jantung, sel pada jaringan dan organ dalam sistem itu tidak dapat diganti jika sel tersebut dibuang karena rusak atau mati. Kemampuan dari sistem tersebut beresiko akan mengalami proses penuaan sedikit atau tidak sama sekali untuk tumbuh dan memperbaiki diri (Azizah, 2011; Stanley 2007).

2) Sintesis protein (kolagen dan elastis)

Pada lansia beberapa protein (*kolagen dan kartilago, dan elastin pada kulit*) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda dan lambat laun akan mengalami proses

kehilangan elastisitas. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tertentu. Contohnya banyak kolagen pada kartilago dan elastin pada kulit yang kehilangan fleksibilitasnya serta menjadi lebih tebal, seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini dapat lebih mudah dihubungkan dengan perubahan permukaan kulit yang kehilangan elastisitasnya dan cenderung berkerut, juga terjadinya penurunan mobilitas dan kecepatan pada system muskuloskeletal (Tortora 1990; Anagnostakos 1990; Azizah, 2011).

3) Keracunan oksigen

Teori yang menjelaskan tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel di dalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi sehingga menjadi toksik yang dapat mengakibatkan kesalahan genetik terjadi karena ketidakmampuan mempertahankan diri dari toksik tersebut membuat struktur membran sel mengalami perubahan dari rigid. Membran sel tersebut merupakan alat untuk memfasilitas sel dalam berkomunikasi dengan lingkungannya yang juga mengontrol proses pengambilan nutrisi dengan proses ekskresi zat toksik di dalam tubuh. Fungsi komponen protein pada membran sel yang sangat penting bagi proses di atas, dipengaruhi oleh rigiditas membran tersebut. Konsekuensi dari kesalahan genetik adalah adanya penurunan reproduksi sel oleh mitosis yang mengakibatkan jumlah sel seseorang di semua jaringan dan organ berkurang. Hal ini akan menyebabkan peningkatan kerusakan sistem tubuh (Tortora 1990; Anagnostakos, 1990; Azizah, 2011)

4) Sistem imun

Teori imunitas yang menggambarkan suatu kemunduran dalam sistem imun berhubungan dengan penuaan. Kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari sistem limfatik dan khususnya sel darah putih, juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan. Mutasi yang berujung atau perubahan protein pasca translasi, dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri. Jika mutasi isomatik menyebabkan terjadinya kelainan pada antigen permukaan sel, sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan tersebut sebagai sel asing dan menghancurkannya. Disisi lain sistem imun tubuh sendiri daya pertahanannya mengalami penurunan pada proses menua, daya serangnya terhadap sel kanker menjadi menurun, sehingga sel kanker leluasa membelah-belah. Pertahanan terhadap organisme asing mengalami penurunan, sehingga lebih rentan terkena penyakit infeksi (Azizah, 2011; Stanley 2007).

5) Teori menua akibat metabolisme

Menurut MC Kay *et al.*, (1935) yang dikutip Darmojo dan Martono (2004), pengurangan "intake" kalori pada rodentia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur. Perpanjangan umur karena jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme. Terjadi penurunan pengeluaran hormon yang merangsang proliferasi sel misalnya insulin dan hormon pertumbuhan.

2. Teori psikologis

1) Aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)

Teori yang menyatakan bahwa pentingnya tetap aktif secara sosial sebagai alat untuk menyesuaikan diri yang pada lanjut usia yang sukses. Kesempatan untuk berperan dengan seseorang yang penting bagi dirinya yang penuh arti bagi kehidupan adalah suatu komponen kesejahteraan yang penting bagi lansia. Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara setelah menua. *Sense of integrity* yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua (Azizah, 2011; Stanley 2007).

2) Kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia terdiri dari kepribadian introvert dan ekstrovert. Dasar kepribadian tersebut harus bisa seimbangan untuk menunjang kesehatan bagi lansia. Identitas atau karakter pada lansia yang sudah ada dalam diri memudahkan dalam memelihara hubungan dengan masyarakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, keluarga dan hubungan interpersonal (Azizah, 2011; Stanley 2007).

3) Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori yang menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara perlahan mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau lebih nyaman ketika menyendiri. Proses penarikan diri ini dapat diprediksi, sistematis, tidak dapat dihindari, dan penting untuk fungsi yang tepat dari masyarakat yang sedang tumbuh. Lansia dikatakan bahagia

ketika kontak sosial telah berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi yang lebih muda. (Azizah, 2011; Stanley 2007).

2.1.4 Perubahan yang terjadi pada lansia

1. Perubahan fisiologis

Perubahan fisik yang terjadi pada lansia meliputi perubahan dari tingkat sei sampai ke semua sistem organ tubuh, diantaranya terjadinya penurunan fungsi sistem pernapasan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskuler, sistem pengaturan suhu tubuh, muskuloskeletal, gastro intestinal, genitourinaria, endokrin dan integumen. Perubahan yang terjadi pada sei tubuh seorang lansia yaitu adanya perubahan genetika yang mengakibatkan terganggunya metabolisme protein, gangguan metabolisme DNA, terjadi ikatan DNA dengan protein stabil yang mengakibatkan gangguan genetika, gangguan kegiatan enzim dan system pembuatan enzim, menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal darah dan hati, terjadinya pengurangan parenchym serta adanya penambahan lipofuscin (Nugroho, 2008; Pudjiastuti 2003; Setiabudi, 1999).

2. Perubahan psikologi

Perubahan psikologi yang di alami oleh lansia meliputi *short term memory*, frustasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, perubahan dalam pola hidup, merasakan sadar akan kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan (Maryam, 2008; Priyantini 2012).

3. Perubahan psikososial

Perubahan psikis pada lansia adalah besarnya individual *differences* pada lansia. Lansia memiliki kepribadian yang berbeda dengan sebelumnya. Penyesuaian diri lansia juga sulit karena terjadi perubahan dalam cara hidup

ketidakinginan lansia untuk berinteraksi dengan lingkungan ataupun pemberian batasan untuk dapat berinteraksi. Orang lanjut usia yang memutuskan hubungan dengan dunia sosialnya akan mengalami kepuasan. Pernyataan tadi merupakan *disaggrement theory*. Aktivitas sosial yang banyak pada lansia juga mempengaruhi baik buruknya kondisi fisik dan sosial lansia (Hurlock, 2000; Priyantini 2012).

4. Perubahan ekonomi

Perubahan ekonomi pada lansia diawali ketika masa pensiun. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*) meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, mengakibatkan bertambahnya biaya pengobatan. Masa pensiun bertujuan agar para lansia dapat menikmati hari tua atau jaminan hari tua, namun dalam kenyataannya sering diartikan sebaliknya, karena pensiun sering diartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan, jabatan, peran, kegiatan, status dan harga diri. Reaksi setelah orang memasuki masa pensiun lebih tergantung dari model kepribadiannya. Perubahan-perubahan yang terjadi pada usia lanjut pada umumnya mengarah pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang akhirnya akan berpengaruh juga pada aktivitas ekonomi, sosial dan aktivitas kehidupan sehari-hari mereka (Kuntjoro 2002; Priyantini 2012).

2.1.5 Masalah fisik pada lansia

Menurut Nugroho (2008) dan Sofia (2014) sejalan dengan proses menua, setiap sistem tubuh mengalami proses perubahan. Walaupun perubahan itu tidak menimbulkan penyakit, namun menimbulkan berbagai masalah kesehatan. Masalah fisik yang sering dialami oleh lansia sebagai berikut:

1. Mudah jatuh

Lansia sering mengalami kejadian jatuh dan penyebabnya bisa multifaktor. Banyak faktor yang berperan di dalamnya, faktor intrinsik (dari dalam lanjut usia), misalnya gangguan gaya berjalan, kelemahan otot ekstremitas bawah, dan kekakuan sendi. Faktor lainnya yaitu faktor ekstrinsik, misalnya lantai yang licin dan tidak rata, tersandung oleh benda - benda, penglihatan kurang karena cahaya yang kurang terang dan sebagainya.

2. Mudah lelah

Faktor psikologis (perasaan bosan atau perasaan depresi) merupakan penyebab dari lansia mengalami kelelahan. Faktor lain gangguan organis, misalnya kekurangan vitamin, anemia, perubahan pada tulang (osteomalasia), gangguan pencernaan, kelainan metabolisme, gangguan ginjal, dan gangguan peredaran darah. Pengaruh obat- obatan juga merupakan faktor terjadinya lansia mengalami kelelahan, seperti obat penenang, obat jantung dan obat yang melelahkan daya kerja otot.

3. Kekacauan mental akut

Biasanya disebabkan oleh keracunan, penyakit infeksi dengan demam tinggi, alkohol, penyakit metabolisme, dehidrasi, gangguan fungsi otak, gangguan fungsi hati, dan radang selaput otak (meningitis).

4. Nyeri dada

Biasanya disebabkan oleh penyakit jantung koroner yang dapat menyebabkan iskemia jantung (berkurangnya aliran darah ke jantung), radang selaput jantung, dan gangguan pada sistem alat pernafasan dan gangguan alat pencernaan bagian atas.

5. Sesak nafas

Lansia biasanya mengalami sesak nafas karena aktivitas kerja yang berlebih atau tidak lagi bertahan dengan pola hidupnya yang dahulu. Perubahan yang terjadi pada lansia yaitu biasanya disebabkan oleh kelemahan jantung, gangguan sistem saluran nafas, berat badan berlebihan, dan anemia.

6. Berdebar-debar (palpitasi)

Perubahan yang terjadi pada lansia yaitu biasanya disebabkan oleh gangguan irama jantung, keadaan umum badan yang lemah karena penyakit kronis, dan faktor- faktor psikologis.

7. Berat badan menurun

Nafsu makan yang menurun akibat kurang adanya gairah hidup atau kelesuan, adanya penyakit kronis, gangguan pada saluran pencernaan sehingga penyerapan makanan terganggu, dan adanya faktor- faktor sosioekonomi (pensiun).

8. Susah menahan buang air kecil

Lansia sering tidak dapat menahan buang air kecil bisa disebabkan oleh obat-obat yang mengakibatkan sering berkemih, radang kandung kemih, radang saluran kemih, kelainan kontrol pada kandung kemih, kelainan persarafan pada kandung kemih, dan faktor psikologis.

9. Susah menahan buang air besar

Biasanya disebabkan oleh obat pencahar perut, keadaan diare, kelainan pada usus besar, dan kelainan pada ujung saluran pencernaan (pada rektum usus).

10. Gangguan tidur

Gangguan tidur disebabkan oleh faktor ekstrinsik yaitu lingkungan yang kurang tenang, dan faktor intrinsik yang bisa bersifat organik misalnya nyeri, gatal-gatal, dan penyakit tertentu yang membuat gelisah, dan yang bersifat psikologis misalnya depresi kecemasan dan iritabilitas.

2.2 Konsep Demensia

2.2.1 Definisi

Demensia merupakan suatu sindroma klinik yang meliputi hilangnya ingatan/memori dan fungsi intelektual sedemikian berat sehingga menyebabkan seseorang disfungsi hidup setiap harinya (Blockiehurst and Alien, 1987). Demensia diartikan sebagai gangguan kognitif dan memori yang dapat mempengaruhi aktifitas sehari-hari. Penderita demensia seringkali menunjukkan beberapa gangguan dan perubahan pada tingkah laku setiap harinya (*behavioral symptom*) yang mengganggu (*disruptive*) ataupun tidak mengganggu (*non-disruptive*) (Volicer, L., Hurley, A.C., Mahoney, E. 1998).

Menurut Grayson (2004) dan Turana (2004) ketika lansia mengalami demensia, mereka kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, mengontrol emosi, dan bahkan bisa mengalami perubahan kepribadian dan masalah tingkah laku seperti mudah marah dan berhaiusinasi dan itu merupakan faktor resiko terjadinya *elder abuse*. Demensia juga bukanlah sekedar penyakit biasa, melainkan kumpulan gejala yang disebabkan beberapa penyakit atau kondisi tertentu.

2.2.2 Klasifikasi

Menurut *International Classification of Diseases 10* (ICD 10) dalam Furnakarya 2009 klasifikasi demensia dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

1. Demensia Alzheimer

Demensia Alzheimer atau demensia Degenaratif Primer yaitu suatu keadaan yang meliputi perubahan dari jumlah, struktur dan fungsi neuron di daerah tertentu dari korteks otak. Terjadi suatu pengerutan terhadap neuro fibriler dan plak-plak neurit dan perubahan aktifitas kolinergik di daerah-daerah tertentu pada otak. Penyebabnya belum diketahui pasti, tetapi beberapa teori menerangkan kemungkinan adanya faktor genetik, radikal bebas, toksin, pengaruh logam aluminium, infeksi virus dan pengaruh lingkungan lainnya (Stanley, 2002)

Menurut Depkes (2002) mendefinisikan Demensia Alzheimer merupakan sindrom demensia akibat gangguan neuro-degeneratif (penuaan saraf) yang berlangsung progresif lambat. Terjadi kematian sel – sel otak yang massif dan menimbulkan gejala klinis dalam kurun waktu 30 tahun.

2. Demensia vaskular

Menurut WHO demensia vaskular yaitu demensia yang diakibatkan oleh infark otak karena penyakit vaskular, termasuk penyakit serebrovaskular hipertensif. Demensia dapat terjadi setelah riwayat serangan iskemik sementara (TIA), atau setelah mengalami gangguan serebrovaskular (*cerebrovascular accident*) akut yang berturut-turut, atau yang lebih jarang terjadi, yaitu setelah stroke tunggal yang berat. Infark biasanya kecil, namun efeknya kumulatif. Awitan biasanya muncul pada usia lebih lanjut. Istilah ini termasuk demensia multi-infark (*multi-infarct dementia*) (Furnakarya, 2009)

3. Demensia yang disebabkan penyakit lainnya, seperti penyakit Pick, Creutzfeld-Jakob, Huntington dan Parkinson. (Purnakarya, 2009)

Seseorang dapat dikatakan mengalami gangguan demensia harus memenuhi 2 kriteria yaitu :

1. Penyebab penurunan kognitif memenuhi sekurang kurangnya fungsi kognitif dari 4 fungsi kognitif yang ada yaitu daya ingat, kemampuan berkomunikasi memahami pembicaraan atau menulis, kapasitas untuk merencanakan sesuatu, membuat keputusan, melakukan latihan kompleks, dan kemampuan untuk melaksanakan dan berperan dalam informasi visual.
2. Penurunan fungsi kognitif yang mengganggu kehidupan dari hari ke hari (Purnakarya, 2009).

2.2.3 Etiologi

Menurut Dewanto (2009) penyebab demensia yang paling sering pada lansia berumur 65 tahun keatas adalah (1) penyakit Alzheimer, (2) demensia vaskuler, dan (3) campuran antara keduanya. Penyebab lain yang mencapai kira-kira 10 persen diantaranya adalah demensia *Lewy body*, penyakit Pick, demensia frontotemporal, hidrosefalus tekanan normal, demensia alkoholik, demensia infeksiosa (misalnya *human immunodeficiency virus* (HIV) atau sifilis) dan penyakit Parkinson. Banyak jenis demensia yang melalui evaluasi dan penatalaksanaan klinis berhubungan dengan penyebab yang reversibel seperti kelainan metabolik (misalnya hipotiroidisme), defisiensi nutrisi (misalnya defisiensi vitamin B12 atau defisiensi asam folat), atau sindrom demensia akibat depresi.

Menurut Stanley (2002) penyebab demensia pada usia lanjut sebagai

berikut:

1. Keadaan yang bisa dihentikan atau secara potensial reversible, yaitu:
 - 1) Intoksikasi (obat, alkohol, dll)
 - 2) Infeksi susunan saraf pusat
 - 3) Gangguan nutrisi
 - 4) Gangguan metabolik
 - 5) Gangguan vaskuler
 - 6) Hidrosefalus
 - 7) Depresi
2. Penyakit degeneratif progresif, yaitu:
 - 1) Tanpa gejala neurologik, seperti: penyakit Alzheimer dan penyakit Pick
 - 2) Disertai gangguan neurologik lain yang dominan, seperti: penyakit Parkinson, penyakit huntington, kelumpuhan supranuklear progresif, penyakit degeneratif lain yang jarang didapat.

Sebagian besar peneliti dalam risetnya sekitar 50-60% sepakat bahwa penyebab utama dari gejala demensia adalah penyakit Alzheimer. Alzheimer adalah kondisi dimana sel syaraf pada otak mati sehingga membuat signal dari otak tidak dapat di transmisikan sebagaimana mestinya. Penderita Alzheimer mengalami gangguan memori, kemampuan membuat keputusan dan juga penurunan proses berpikir (Grayson, C. 2004).

2.2.4 Stadium

Menurut *International Classification of Diseases 10* (ICD 10). Penurunan memori atau fungsi kognitif yang paling jelas terjadi pada saat belajar informasi baru. Pada kasus yang lebih parah memori tentang informasi yang pernah

dipelajari juga mengalami penurunan. Penurunan terjadi pada materi verbal dan non verbal. Tingkat keparahan demensia menurut (Nugroho 2008; Watson 2003) penurunan dinilai sebagai berikut:

1. *Mild*. gejala awal sering diabaikan dan disalah artikan tingkat sebageian lanjut usia atau sebagai bagian normal dari proses otak menua, sebagai berikut yaitu kehilangan memori (sulit mendapatkan informasi) meskipun tidak begitu parah, mengalami penurunan kemampuan berbahasa dan komunikasi, terdapat kesulitan dalam hal angka (membayar tagihan, mengatur uang) serta mengalami penurunan daya ingat, disorientasi waktu dan tempat.

2. *Moderat*. proses penyakit berlanjut dan masalah semakin nyata. Individu tidak dapat mengingat informasi dasar tentang di mana dia tinggal, sangat mudah lupa, apa telah dilakukan belakangan ini, atau nama-nama orang yang akrab. serta sulit untuk menghafal nama orang. Lansia menjadi sangat bergantung kepada orang lain dalam melakukan sesuatu, tidak bisa memasak, membersihkan rumah, ataupun belanja.

3. *Severe*. derajat kehilangan memori ditandai oleh ketidakmampuan lengkap untuk menyimpan informasi baru. Hanya beberapa informasi yang dipelajari sebelumnya yang menetap. Lansia gagal untuk mengenali bahkan kerabat dekatnya, sering lupa makan, ketidakmampuan untuk berkomunikasi, inkontinensia urine dan fekal, penurunan nafsu makan, gangguan mobilitas dengan hilangnya kemampuan untuk berjalan, kaku otot.

2.2.5 Pemeriksaan umum pada demensia

Menurut Asosiasi Alzheimer Indonesia (2003) Diagnosis klinis tetap merupakan pendekatan yang paling baik karena sampai saat ini belum ada

pemeriksaan elektrofisiologis, neuro imaging dan pemeriksaan lain untuk menegakkan demensia secara pasti. Beberapa langkah praktis yang dapat dilakukan antara lain:

1. Riwayat medik umum

Anamnesa gangguan medik yang dapat menyebabkan demensia seperti hipotiroidism, neoplasma, infeksi kronik. Penyakit jantung koroner, gangguan katup jantung, hipertensi, hiperlipidemia, diabetes dan arteriosklerosis perifer mengarah ke demensia vaskular. Pada saat wawancara biasanya pada penderita demensia sering menoleh yang disebut *head turning sign*.

2. Riwayat neurologi umum

Anamnesa riwayat neurologi bertujuan untuk mengetahui kondisi-kondisi khusus penyebab demensia seperti riwayat stroke, TIA, trauma kapitis, infeksi susunan saraf pusat, riwayat epilepsi dan operasi otak karena tumor atau hidrosefalus. Gejala penyerta demensia seperti gangguan motorik, sensorik, gangguan berjalan, nyeri kepala saat awitan demensia lebih mengindikasikan kelainan struktural dari pada sebab degenerative.

3. Riwayat neurobehavioral

Anamnesa kelainan neurobehavioral penting untuk diagnosis demensia atau tidaknya seseorang. Ini meliputi komponen memori. (memori jangka pendek dan memori jangka panjang) orientasi ruang dan waktu, kesulitan bahasa, fungsi eksekutif, kemampuan mengenali wajah orang, bepergian, mengurus uang dan membuat keputusan.

4. Riwayat psikiatrik

Anamnesa riwayat psikiatrik berguna untuk menentukan apakah penyandang pernah mengalami gangguan psikiatrik sebelumnya. Perlu ditekankan ada tidaknya riwayat depresi, psikosis, perubahan kepribadian, tingkah laku agresif, delusi, halusinasi, dan pikiran paranoid. Gangguan depresi juga dapat menurunkan fungsi kognitif, hal ini disebut pseudodemensia.

5. Riwayat keracunan, nutrisi dan obat-obatan

Intoksikasi aluminium telah lama dikaitkan dengan ensefalopati toksik dan gangguan kognitif walaupun laporan yang ada masih inkonsisten. Defisiensi nutrisi, alkoholism kronik perlu menjadi pertimbangan walau tidak spesifik untuk demensia Alzheimer. Perlu diketahui bahwa anti depresan golongan trisiklik dan anti kolinergik dapat menurunkan fungsi kognitif.

6. Riwayat keluarga

Pemeriksaan harus menggali kemungkinan insiden demensia di keluarga, terutama hubungan keluarga langsung, atau penyakit neurologik, psikiatrik.

7. Pemeriksaan objektif

Pemeriksaan untuk deteksi demensia harus meliputi pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan neurologis, pemeriksaan neuropsikologis, pemeriksaan status fungsional dan pemeriksaan psikiatrik.

2.3 Proses Berpikir (Kognitif)

2.3.1 Definisi

Kognitif adalah kemampuan memproses informasi, menerapkan ilmu, dan mengubah kecenderungan 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).

2.3.2 Aspek-aspek fungsi kognitif

Kognitif adalah suatu konsep yang kompleks yang melibatkan sekurang-kurangnya aspek atensi/perhatian, bahasa, memori, visuospasial, dan fungsi eksekutif. Aspek – aspek tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti suasana hati, tingkat kewaspadaan tenaga, kesejahteraan fisik dan juga motivasi (Nehlig, 2010).

1) Atensi/perhatian

Atensi atau disebut dengan perhatian sangat penting dalam mempertahankan fungsi kognitif, terutama dalam proses belajar. Gangguan atensi/perhatian 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 dan Sofia, 2014)

2) Bahasa

Perangkat dasar komunikasi dan modalitas dasar yang membangun kemampuan fungsi kognitif adalah bahasa. 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 dan Sofia, 2014).

3) Memori

Memori adalah proses yang rumit karena menghubungkan masa lalu dengan masa sekarang 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*.

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). 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, Lumbantobing, 2006 dan Sofia, 2014).

4) *Visuospasial*

Kemampuan *visuospasial* adalah 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 yang membutuhkan konsentrasi 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 frontai* juga menyebabkan sindroma *lobus frontal*. Diperlukan atensi, bahasa, memori dan *visuospasial* sebagai dasar untuk menyusun kemampuan kognitif. (Crook, 2006)

2.3.3 Struktur dan fungsi otak

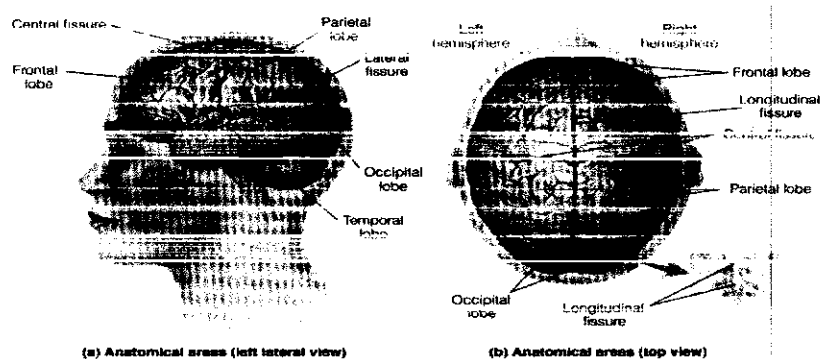
Perkembangan otak pada lanjut usia terbukti dapat berlanjut terus sampai usia berapapun kalau saja otak memperoleh stimulasi yang terus menerus, baik secara fisik dan mental. Di dalam otak manusia, diperkirakan terdapat 1 triliun sel otak (*neuron*) yang memiliki cabang-cabang yang disebut dendrit. 1/10 atau sebanyak 100 miliar sel otak tersebut adalah sel otak aktif sementara sisanya adalah sel pendukung. Setiap cabang besar dan panjang yang dinamakan akson

yang berfungsi sebagai jalan keluar utama dalam menyebarkan informasi yang diterima oleh neuron. Kecerdasan seseorang ditentukan oleh jumlah sel otak dan juga ditentukan oleh banyaknya koneksi yang terjadi di dalam sel otak (neuron). Koneksi yang terjadi antara setiap sel otak mulai dari 1 hingga 20.000 koneksi. Cara untuk menambah jumlah koneksi antar sel otak dengan menggunakan dan melatih otak sesering mungkin. Semakin sering otak digunakan dan dilatih, semakin banyak koneksi yang terjadi. Seiring dengan penambahan usia, manusia akan mengalami kemunduran intelektual secara fisiologis, kemunduran dapat berupa mudah lupa sampai pada kemunduran berupa kepikunan (demensia). Kenyataan menunjukkan bahwa otak manusia mengalami kemunduran dalam kemampuan daya ingat dan kemunduran dalam fungsi belahan otak kanan yang terutama memantau kewaspadaan, konsentrasi dan perhatian.

Beberapa fungsi otak manusia antara lain otak besar (*serebrum*) dengan dua belahan (hemisfer) otak kanan dan kiri yang masing-masing mempunyai fungsi yang berbeda bahkan bertentangan satu dengan yang lain, batang otak (*brain stem*) dan otak kecil (*serebelum*). Otak besar memiliki permukaan yang dinamakan kulit otak (*kortek serebri*) yang dikenal sebagai "thinking cup" atau "kopian pintar" karena memang di tempat itulah tersimpan kemampuan intelektual manusia.

Bagian-bagian dari otak yang disebut lobus dan mempunyai fungsi-fungsi tertentu. Fungsi panca indra seperti pusat penglihatan terletak di lobus *okspitalis* (belakang otak), pusat pendengaran di lobus *temporalis* (pelipis otak), pusat perabaan di lobus *postsentral* (atas otak), pusat penghidu di bagian lobus *temporalis*, pusat pergerakan berada di lobus *presentral* (atas otak). Pusat panca

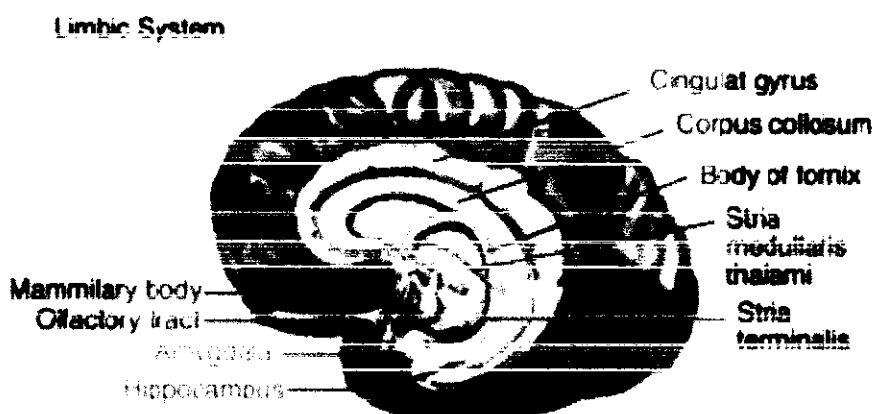
indra tersebut dinamakan pusat sensoris dan masing-masing pusat sensoris mempunyai area asosiasi untuk memahami rangsangan sensoris yang masuk. Sumber daya otak akan meningkat atau dengan kata lain kemampuan kognitif akan bertambah secara optimal apabila bagian-bagian sensoris dan area asosiasi tersebut bekerja secara integratif. Sebuah aksi (praksis) yang menggunakan intergrasi antara *sensori auditoris* (pendengaran), visual (penglihatan), perabaan, keseimbangan dan gerak akan menghasilkan peningkatan fungsi kognitif seperti konsentrasi, percaya diri, kontrol diri, kemampuan organisasi, kemampuan belajar akademis, kemampuan berpikir secara abstrak dan memberi alasan serta penghayatan tentang kedua sisi otak dan tubuh. Kognitif yang seimbang akan mempengaruhi kemampuan berpikir dan memberikan rasional termasuk proses mengingat, menilai, orientasi, persepsi dan mempertahankannya. Salah satu unsur inti dari perkembangan sebab segala bentuk proses belajar dari otak manusia melibatkan memori. Memori memungkinkan individu untuk menyimpan informasi sepanjang waktu. Tanpa memori individu mustahil dapat merefleksikan dirinya sendiri karena pemahaman diri sangat tergantung pada suatu kesadaran yang berkesinambungan yang hanya dapat terlaksana dengan adanya memori. (Ayres, 2000; Stuard dan Sundeen, 1987; Kusumoputro, 2003)



Gambar 2.1 Belahan otak (Sternberg, 2009)

2.3.4 Sistem limbik

Sistem limbik terletak di bagian tengah otak, membungkus batang otak. Bagian otak ini dimiliki juga oleh hewan mamalia sehingga sering disebut dengan otak mamalia. Komponen limbik antara lain hipotalamus, thalamus, amigdala, hipocampus dan korteks limbik. Sistem limbik sekelompok struktur kortikal dan subkortikal di otak yang berfungsi untuk menghubungkan emosi dengan fungsi kognisi dan perilaku. Sistem limbik juga berperan dalam proses penyimpanan dan pengolahan memori. Bagian dari sistem limbik yang berperan dalam proses pengoiahan memori yaitu hippocampus dan amygdala. (Catani et al, 2013; Roliis, 2013)



Gambar 2.2 Sistem Limbik (Sobotta, 1989)

1. Hippocampus

Berbentuk padat, memanjang, dan mempunyai bentuk yang membengkok seperti bentuk hewan kuda laut. Hippocampus berperan besar dalam pengolahan memori, dimana hippocampus membantu otak mengenali dan menjadi lebih familiar terhadap memori dan kenangan yang telah dilakukan di masa lalu. Jika hippocampus mengatakan bahwa sinyal neuronai tertentu bersifat penting, maka

sepertinya disimpan menjadi ingatan. Hippocampus juga diduga menyebabkan timbulnya dorongan untuk mengubah ingatan jangka pendek menjadi jangka panjang, karena hippocampus berperan dalam konsolidasi ingatan jangka panjang. (Philippe, 2007; Battaglia et al, 2011)

2. Amygdala

Bagian dari sistem limbik yang terletak jauh di lobus temporalis anterior otak. Amigdala mempunyai banyak peran di otak, termasuk mendeteksi dan menafsirkan makna emosional dan sosial di lingkungan, membangun kenangan, kecemasan dan regulasi respon otonom dan hormonal.

Amygdala juga berperan pada modulasi penyimpanan memori di otak. Amigdala bukan tempat penyimpanan memori itu sendiri, tetapi memiliki pengaruh pada akuisisi dan konsolidasi kenangan dalam proses belajar, karena emosi bertindak sebagai peningkat untuk proses memori, dan dapat memperkuat memori. Amigdala menerima sinyal neuronal dari semua bagian korteks limbik seperti juga neokorteks lobus temporalis, parietal, dan oksipital, terutama dari area asosiasi auditorik dan area asosiasi visual. (McGaugh, 2004; Holland and Gallagher, 2004; Markram, 2006).

2.4 Permainan Tradisional Dam-daman

2.4.1 Pengertian permainan tradisional

Permainan merupakan suatu sarana hiburan yang diminati dan dimainkan oleh banyak orang baik dari semua kalangan. Permainan terdiri dari permainan tradisional dan permainan modern. Permainan berasal dari kata “main” yang artinya melakukan sesuatu kegiatan untuk menyenangkan hati, baik menggunakan

alat, maupun tidak. Kegiatan ini dapat dilakukan secara perorangan maupun berkelompok.

Permainan tradisional adalah permainan yang mempunyai prinsip berpegang teguh pada norma dan adat kebiasaan yang ada secara turun-temurun dari orang terdahulu dan dapat memberikan rasa puas atau senang bagi pelaku. Permainan tradisional adalah suatu jenis permainan yang ada pada satu daerah tertentu yang berdasarkan kepada budaya daerah tersebut. Permainan tradisional biasanya dimainkan oleh orang-orang pada daerahnya tertentu dengan aturan dan konsep yang tradisional pada jaman dulu. Permainan tradisional kurang begitu dikenal oleh seseorang-seseorang pada jaman sekarang kebanyakan orang tua jaman dulu yang masih sangat tahu bagaimana memainkan permainan ini khususnya mengenang masa kecil mereka bermain permainan tradisional. Permainan tradisional juga dikenal sebagai permainan rakyat merupakan sebuah kegiatan rekreatif yang tidak hanya bertujuan untuk menghibur diri, tetapi juga sebagai alat untuk memelihara hubungan dan kenyamanan sosial.

Bermain adalah suatu kebutuhan yang mempunyai nilai dan ciri yang penting dalam kemajuan perkembangan kehidupan sehari-hari termasuk dalam permainan tradisional (Semiawan, 2008;22).

2.4.2 Contoh permainan tradisional

Menurut Prasetyo (2015) ada beberapa permainan lama yang dapat melatih perkembangan fungsi kognitif yang membuat individu berpikir untuk merancang strategi dalam meraih kemenangan suatu permainan.

1. Permainan tiga jadi
2. Permainan catur

3. Permainan engkle/dampu gunung
4. Permainan SOS
5. Permainan damdas/dam-daman/bas-basan
6. Permainan halma
7. Permainan congklak/dakon

2.4.3 Definisi permainan tradisional dam-daman

Permainan dam-daman merupakan salah satu permainan tradisional, permainan ini berasal dari Indonesia. Dam-daman dapat memberikan manfaat berupa melatih kecepatan berpikir dan ketelitian serta kecermatan dalam melakukan sesuatu atau memutuskan sesuatu. Dua hal utama yang harus dipahami dalam permainan dam-daman adalah bidak dan papan main. Bidak biasa dibuat dari batu maupun kertas. Alur permainan menghabiskan batu atau bidak dari lawan atau sampai lawan menyerah. Permainan ini juga bertujuan untuk melatih daya ingat dan kepekaan indera serta melatih ketelitian dan kecermatan dalam menentukan keputusan, karena dalam permainan membutuhkan strategi untuk menjadi pemenang. Jadi permainan dam-daman ini sangat menarik untuk dimainkan. Permainan dam-daman adalah permainan adu antara dua lawan saja yang menggunakan pion atau batu kerikil, pecahan genteng, atau batu putih, yang beda hanya kubu satu dengan yang lain, misalnya satu kubu menggunakan pecahan genteng, maka yang lainnya menggunakan batu, atau batu putih. Permainan ini mirip dengan permainan catur, hanya pada permainan ini tidak ada raja, patih, menteri, benteng, kuda, prajurit, semuanya sama. Tidak ada keistimewaan dalam cara melangkahnya, bisa ke kanan, kiri, diagonal (miring), maju atau mundur, semua sama..

Jumlah biji yang dibutuhkan oleh setiap pemain adalah 18 biji. Alat yang digunakan untuk bermain tidak harus papan khusus dari kayu atau marmer atau karton yang telah disediakan. Syarat lokasi untuk bermain bersih, bisa menggunakan tempat berlantai tanah, tegel, keramik, atau lainnya, asalkan rata dan nyaman kemudian digambar dengan menggunakan pecahan batu bata, genteng, atau kapur tulis.

Makna yang terkandung dalam permainan ini adalah bahwa semua manusia hakikatnya sama. Tidak ada pangkat atau kedudukan, semua sama di mata Tuhan Yang Maha Esa. Sehingga, manusia juga memiliki kebebasan dalam melangkah. Ia bebas mau ke kanan, kiri, samping, maju ataupun mundur, itu adalah pilihan dan tentunya setiap langkah akan ada dampak yang ditimbulkan, baik itu positif, ataupun negatif. Selanjutnya, sebagai manusia juga harus berani menghadapi cobaan yang diberikan oleh Tuhan dalam setiap langkah yang diambil agar seseorang dapat selangkah lebih maju. Selain itu, dalam mewujudkan hidup yang ideal (menurut pandangan kita), mustahil tidak membutuhkan bantuan orang lain, komunikasi adalah hal yang paling penting. (Coester dkk, 2013; Prasetyono, 2015; Fleisher, 2013)

2.4.4 Tujuan permainan tradisional dam-daman

Permainan dam-daman adalah salah satu permainan tradisional tahun 80an yang sering dimainkan oleh lansia pada masa mudanya. Teknik yang digunakan untuk mengingat aktivitas di masa lalu. Terapi ini digunakan untuk lansia yang mengalami gangguan kognitif, kesepian dan pemulihan psikologis (Ebersole et.al,2001; Stinson,2006). Tujuan utama dari permainan dam-daman ini adalah memfasilitasi untuk mengingat kembali memori masa lalu sehingga dapat

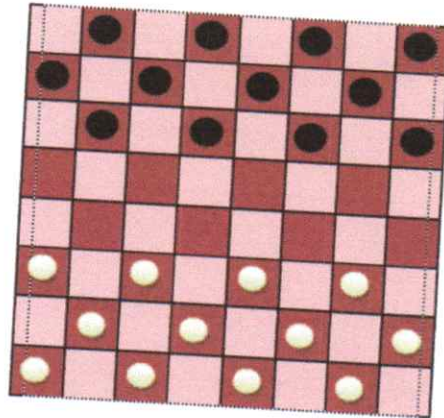
meningkatkan fungsi intrapersonal dan interpersonal. Fungsi secara intrapersonal adalah meningkatkan pemahaman terhadap diri sendiri dan keberadaan individu, membantu mencapai perasaan berarti dalam hidup dan memudahkan para lansia dalam menghadapi tugas perkembangan terakhir yaitu integritas ego versus putus asa. Fungsi interpersonal yaitu meninggalkan pengalaman yang berharga kepada anak keturunannya (Molinari & Reichlin, 1984-1985; Coestera dkk, 2013). Menurut penelitian Wang (2007) terapi bermain untuk mengingat kejadian atau strategi di masa lalu bagi lansia agar melatih fungsi kognitifnya supaya meningkat dilakukan selama 2 minggu dengan 8 kali sesi pertemuan selama 60 menit.

2.4.5 Tata cara bermain dam-daman

Menurut Prasetyono (2015) dan Flesisher (2013), permainan dam-daman sering disebut dam Inggris atau dam Amerika adalah jenis permainan papan berukuran 8x8 kotak dengan 12 buah di masing-masing pihak yang hanya digerakkan melangkah dan menangkap sambil maju. Seperti halnya dalam semua jenis permainan dam, dam Inggris dimainkan oleh dua orang yang berhadapan/berlawanan dengan sebuah papan permainan, untuk melangkah bergantian. Satu pemain menggunakan buah berwarna hitam, sementara yang lainnya berwarna putih. Biasanya papan permainan dibagi-bagi dalam kotak-kotak yang berwarna hitam dan merah. Buah-buah permainan melangkah diagonal dan buah-buah lawan ditangkap dengan melangkahinya. Berikut ini aturan permainannya:

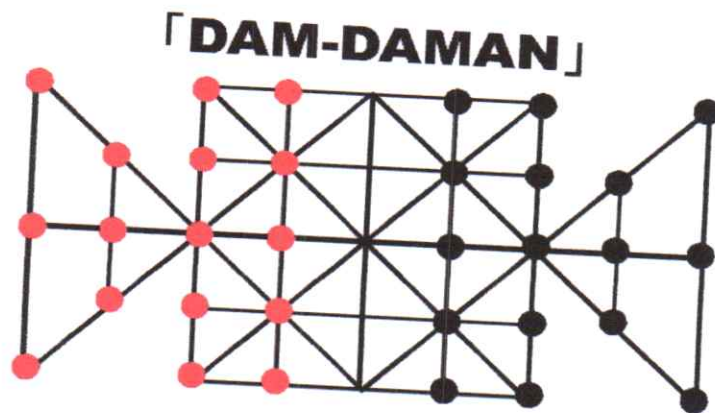
1. Papan permainan dibagi menjadi 8x8 kotak, dengan warna-warna hitam dan merah berganti-ganti. Permukaan yang dapat dimainkan terdiri atas 32

- kotak hitam saja. Akibatnya, dari perspektif masing-masing pemain, sudut-sudut kiri dan kanan menuntut strategi yang berbeda.
2. Buah permainan biasanya berupa 2 buah yang terbuat dari kayu, berbentuk bulat dan pipih. Pembagian warna terdiri atas gelap dan terang, yakni merah dan putih. Ada dua jenis permainan: “orang” dan “raja”. “Raja” dibedakan dari “orang” dengan cara menumpuk dua buah permainan yang berwarna sama.
 3. Pada posisi awal, masing-masing pemain memulai dengan 12 buah permainan yang ditempatkan dalam tiga barisan yang terdekat dengan mereka. Baris itu disebut “kepala mahkota” atau “barisan baju”. Buah hitam (atau yang berwarna lebih gelap) membuka permainan.



Gambar 2.3 Dam Inggris/Amerika (Prasetyono, 2015)

Selain itu, beberapa versi permainan dam, yang berasal dari Malaysia, seperti dalam gambar berikut:



Gambar 2.4 Dam Malaysia (Prasetyono, 2015)

Permainan dam-daman ini mirip dengan catur, setiap pemain harus bergantian menjalankan pionnya. Namun, tidak ada istilah “sekakmat” peraturan main adalah memakan atau dimakan. Biasanya anak-anak dalam permainan ini cukup dengan menggunakan kapur kemudian digambarkan di lantai. Kemudian pemain pertama menggunakan batu dan pemain kedua menggunakan pecahan genting untuk membedakan. Semua pion dapat bergerak sama, yaitu maju mundur menyilang (diagonal) dan ke samping. Untuk dapat memakan lawan yang banyak, maka harus mengumpangkan salah satu pion. Saat diberi umpan, lawan harus memakan dengan cara melompati musuhnya. Permainan ini yang kalah adalah yang pionnya habis.

Aturan mainnya adalah sebagai berikut:

1. Setiap buah dam hanya satu kali langkah ke depan, samping, atau diagonal, mengikuti garis dan tidak boleh mundur.
2. Untuk memakan buah dam lawan, yaitu dengan cara melompatnya (melompat satu buah dam lawan), boleh beruntun dan boleh mundur (hanya untuk memakan).

3. Apabila lawan tidak mau atau lupa memakan buah dam anda (padahal ada kesempatan), maka lawan kena penalti atau istilahnya "DAM". Apabila terjadi seperti itu anda berhak mengambil 3 buah dam lawan secara gratis dan bebas. Saat mengambil penalti, sebaiknya dipilih dengan benar agar dapat memakan buah dam lawan secara beruntun.
4. Setelah mengambil buah dam lawan, anda boleh melanjutkan langkah.
5. Bila salah satu pihak menyangkan buah damnya mengelilingi daerah ekor (segitiga) lawan, maka buah dam menjadi sakti yang bebas bergerak kemanapun sesuai garis.
6. Apabila buah dam tinggal 3, maka itu sudah menjadi dam sakti yang bebas bergerak kemanapun sesuai garis.
7. Pemain dinyatakan menang bila berhasil menghabiskan buah dam lawan.
8. Dinyatakan seri atau draw bila masing-masing buah dam tersisa satu.

Hasil survey di Desa Purwokerto Kecamatan Ngadiluwih Kabupaten Kediri didapatkan bahwa 4 dari 5 orang lansia pernah bermain dam-daman Malaysia.

2.5 Model Keperawatan Adaptasi Roy

2.5.1 Pengertian model keperawatan adaptasi Roy

Model keperawatan adaptasi Roy (1991) adalah model keperawatan yang bertujuan membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat sakit (Marriner-Tomery, 1994). Teori adaptasi Callista Roy memandang klien sebagai suatu system adaptasi. Model adaptasi Roy menguraikan bahwa bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara

mempertahankan perilaku secara adaptif karena menurut Roy, manusia adalah makhluk holistic yang memiliki sistem adaptif.

2.5.2 Asumsi dasar model adaptasi Roy

1. Manusia adalah keseluruhan dari biopsikologi dan sosial yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan.
2. Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan-perubahan biopsikososial.
3. Setiap orang memahami bagaimana individu mempunyai batas kemampuan untuk beradaptasi. Pada dasarnya manusia memberikan respon terhadap semua rangsangan baik positif maupun negatif.
4. Kemampuan adaptasi manusia berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya, jika seseorang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan maka ia mempunyai kemampuan untuk menghadapi rangsangan baik positif maupun negatif.
5. Sehat dan sakit merupakan adalah suatu hal yang tidak dapat dihindari dari kehidupan manusia.

2.5.3 Komponen sistem dalam model adaptasi Roy

Sistem adalah suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem dalam model adaptasi Roy sebagai berikut (Roy, 1991):

i. Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat

menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

- 1) Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya masalah keperawatan yang terjadi pada individu.
- 2) Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti isolasi sosial.
- 3) Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak.

2. Kontrol

Proses kontrol individu menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

1) Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen: input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord

yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

2) Subsistem kognator.

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, reinforcement (penguatan) dan insight (pengertian yang mendasar). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

3. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat di amati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon mai-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup.

perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini.

2.6 Keaslian Penelitian

Penulis menggunakan *search engine* pada *google scholar* dengan batasan tahun 2013-2016 menggunakan bahasa Indonesia, dengan menggunakan kata kunci:

Tabel 2.1 Kata Kunci untuk Keaslian Penelitian

Dam-daman	Demensia	Fungsi kognitif
Permainan	Lansia	Memori
Aktifitas	Pikun	Proses berpikir

Penulis menggunakan *keyword* diatas ditemukan 5 penelitian yang sesuai. Berikut penelitian yang telah ditemukan:

1. Implementasi algoritma *backtracking* pada aplikasi permainan tradisional dam-daman berbasis java desktop oleh Coestera, tahun 2013. Penelitian ini bertujuan untuk membangun suatu aplikasi permainan tradisional dam-daman dengan mengimplementasikan algoritma *backtracking* berbasis *java desktop*. Perbedaan terdapat pada variabel dan jenis penelitian.
2. Pengaruh Terapi Brain Gym Terhadap Peningkatan Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia Di Posyandu Lanjut Usia Desa Pucangan Kartasura oleh Abdullah Hanafi, 2014. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh terapi

Brain Gym terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lanjut usia. Perbedaan terdapat pada variabel yang digunakan.

3. Pelaksanaan Terapi Permainan Traditional Jawa Congklak Dakon dalam Memperbaiki Kemunduran Fungsi Kognitif pada Ny "S" di Panti Lansia UPID Griya Werda Surabaya oleh Umi Sa'adah, 2013. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh terapi permainan traditional congklak dalam memperbaiki fungsi kognitif lansia. Perbedaan terdapat pada metode penelitian yang digunakan.

4. Pengaruh Senam Otak Terhadap Penurunan Tingkat Demensia Pada Lansia, oleh Aminuddin, tahun 2015. Penelitian tersebut bertujuan menganalisa pengaruh pemberian senam otak terhadap tingkatan lansia. Perbedaan terdapat pada variabel independen dan metode penelitian yang digunakan.

5. Hubungan antara Aktivitas Fisik dan Kejadian Demensia pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember, oleh Effendi, tahun 2014. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan aktivitas fisik terhadap kejadian demensia. Perbedaan terdapat pada variabel independen dan metode penelitian.

Tabel 2.2 Keaslian Penelitian

Judul	Variabel	Jenis	Hasil
Implementasi algoritma backtracking pada aplikasi permainan tradisional dam-daman berbasis java desktop (Coestera dkk, 2013)	-Algoritma <i>Backtracking</i> -Permainan tradisional dam-daman	<i>Library Research</i>	Terciptanya sebuah aplikasi permainan tradisional dam-daman yang mendukung <i>single player</i> dan <i>multiplayer</i>
Pengaruh Terapi Brain Gym Terhadap Peningkatan Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia Di Posyandu Lanjut Usia Desa Pucangan Kartasura (Hanafi, 2014)	- terapi Brain Gym -fungsi kognitif	<i>Quasy Experimental</i>	Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terapi Brain Gym terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lanjut usia
Pelaksanaan Terapi Permainan Tradisional Jawa Congklak Dakon dalam Memperbaiki Kemunduran Fungsi Kognitif pada Ny "S" di Panti Lansia UPTD Griya Werda Surabaya (Umi Sa'adah, 2013)	-Permainan Tradisional jawa congklak -fungsi kognitif	<i>Pra Experimental</i>	Hasil penelitian menunjukkan dari lansia yang mengalami gangguan fungsi kognitif sedang setelah mendapatkan Terapi Permainan Tradisional Jawa Congklak/Dakon, tingkat fungsi kognitif lansia menjadi tidak ada gangguan kognitif.
Pengaruh Senam Otak Terhadap Penurunan Tingkat Demensia Pada Lansia (Aminuddin, 2015)	-Latihan senam otak -Tingkat demensia	<i>Pra Experimental</i>	Terdapat pengaruh pemberian senam otak berintensitas rendah sebanyak 20 pertemuan dengan waktu latihan 10-15 menit terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia

			di panti Wredha Rindang Asih 1 Ungaran
Hubungan antara Aktivitas Fisik dan Kejadian Demensia pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember (Effendi, 2014)	-Aktivitas fisik -Demensia	<i>Cross Sectional</i>	Terdapat hubungan bermakna antara aktivitas kognitif dengan demensia

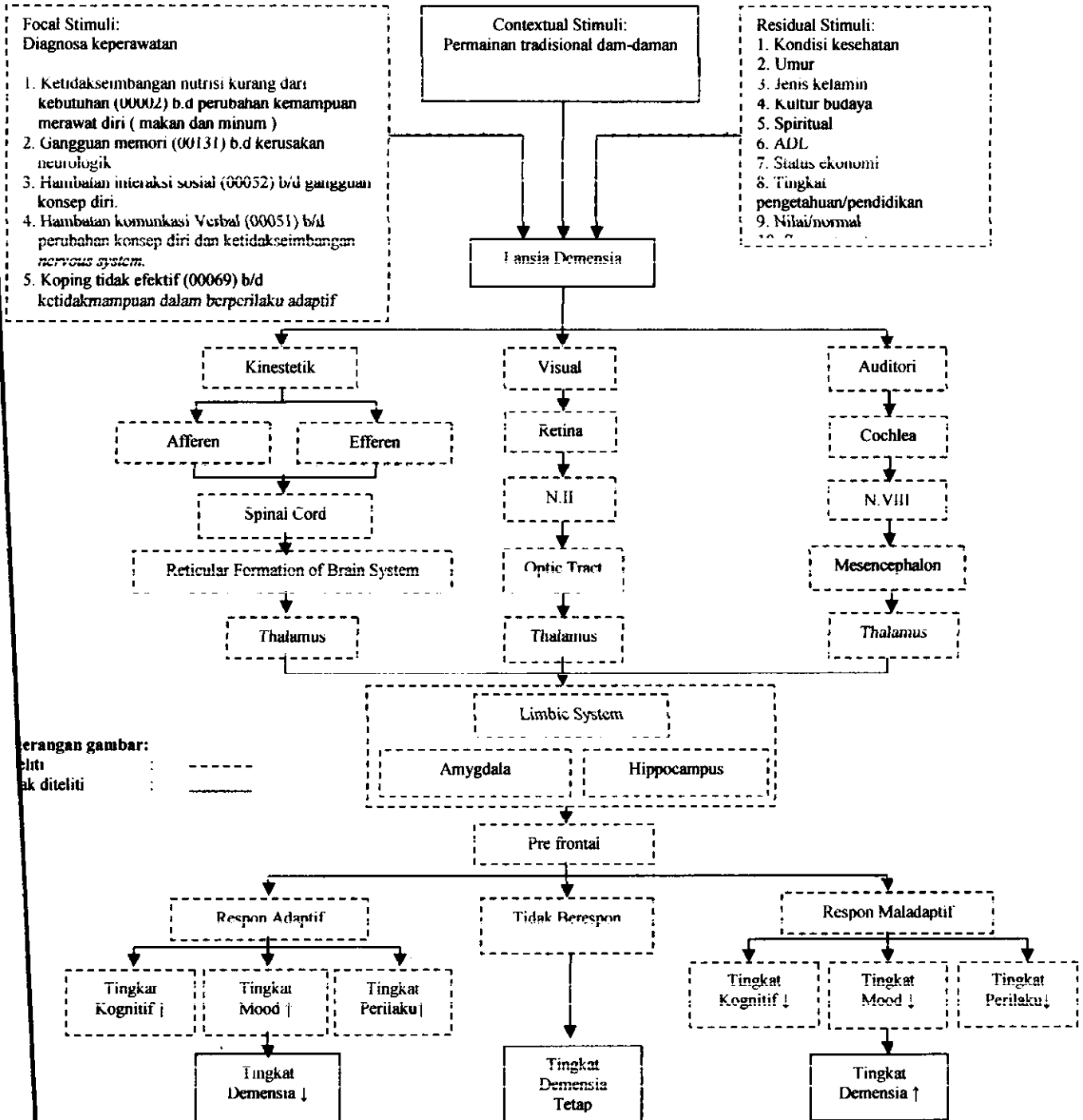
Kekurangan dalam pencarian keaslian penelitian dikarenakan hanya menggunakan *Google Scholar*.

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

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Legenda gambar:
 - - - - - : Variabel yang diteliti
 - - - - - : Variabel yang tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual
 Pengaruh Permainan Tradisional Dam-daman terhadap Penurunan Tingkat Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri

Keterangan:

Proses menua tidak dengan sendirinya menyebabkan terjadinya demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan saraf pusat yaitu berat otak akan menurun sebanyak sekitar 10 % pada penuaan antara umur 30 sampai 70 tahun. Berbagai faktor dapat menunjang kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi sel-sel neuron korteks serebri. Perubahan degeneratif pada otak, gangguan vaskular dan penyakit lainnya, serta gangguan nutrisi, metabolik dan toksisitas secara langsung maupun tak langsung dapat menyebabkan sel neuron mengalami kerusakan melalui mekanisme iskemia, infark, inflamasi, deposisi protein abnormal sehingga jumlah neuron menurun dan mengganggu fungsi dari area kortikal ataupun subkortikal. Di samping itu, kadar neurotransmitter di otak yang diperlukan untuk proses konduksi saraf juga akan berkurang. Hal ini akan menimbulkan gangguan fungsi kognitif (daya ingat, daya pikir dan belajar), gangguan sensorium (perhatian, kesadaran), persepsi, isi pikir, emosi dan mood yang disebut dengan demensia.

Setiap lansia akan mengalami proses degeneratif yang mengakibatkan banyak perubahan. Perubahan tersebut berhubungan dengan beberapa stimulus menurut teori Adaptasi Roy yaitu stimulus kontekstual, stimulus residual, dan stimulus fokal. Stimulus residual dapat mempengaruhi situasi atau dapat menimbulkan pengaruh respon negatif terhadap stimulus fokal, dalam hal ini perubahan kognitif pada lansia dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yang terdiri dari kondisi kesehatan, umur, jenis kelamin, kultur budaya, spiritual, *Activity Daily Life* (ADL), status ekonomi, tingkat pengetahuan/pendidikan, nilai/norma, *support system*. Masalah demensia sering terjadi pada lansia disebut juga stimulus

fokal yaitu lansia sering mengalami masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, gangguan memori, hambatan interaksi sosial, hambatan komunikasi verbal, koping tidak efektif. Kedua stimulus tersebut dapat dirangsang dengan adanya stimulus konstektual yang merupakan alternatif terapi permainan tradisional yaitu dam-daman untuk merangsang kembali fungsi kognitif agar mengurangi resiko masalah kejadian yang berhubungan dengan stimulus fokal pada lansia dengan demensia.

Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Bagian-bagian dari otak yang disebut lobus dan mempunyai fungsi-fungsi tertentu. Fungsi panca indra seperti pusat penglihatan terletak dilobus *oksipitalis* (belakang otak), pusat pendengaran di lobus *temporalis* (pelipis otak), pusat perabaan di lobus *postsentral* (atas otak), pusat penghidu di bagian lobus *temporalis*, pusat pergerakan berada di lobus *presentral* (atas otak). Hubungan antar lobus tersebut membentuk tiga subsistem yaitu area kinestetik, visual dan auditori. Pusat panca indra tersebut dinamakan pusat sensoris dan masing-masing pusat sensoris mempunyai area asosiasi untuk memahami rangsangan sensoris yang masuk. Pada subsistem kinestetik, sensoris yang masuk ditangkap oleh aferen dan informasi diterima oleh eferen yang akan dilanjutkan ke spinal cord lalu diteruskan ke *Reticular Formation of Brain System*. Subsistem visual gambaran informasi diterima oleh mata melalui retina dirangsang oleh saraf kranial kedua yaitu optikus dan diteruskan melalui optic tract untuk menyalurkan gambaran informasi ke talamus. Subsistem auditori rangsangan suara diterima oleh koklea dan diterima oleh saraf kranial ke delapan yaitu vestibulokoklearis dan dilanjutkan ke mesencephalon sebagai stasiun relai

untuk informasi pendengaran. Proses berpikir dalam otak tersebut berhubungan langsung dan menuju titik fokus yaitu thalamus. Dapat disimpulkan fungsi thalamus adalah untuk mengatur kontrol tubuh motorik secara sadar, kesadaran dan siklus tidur / bangun-nya. Thalamus juga mengatur indera penglihatan, suara, rasa, sentuhan dan rasa dimana tubuh seseorang berada dalam ruangan. Thalamus juga yang memutuskan sinyal dari telinga, mata, mulut dan kulit untuk menyampaikan ke daerah pada korteks serebral.

Sumber daya otak akan meningkat atau dengan kata lain kemampuan kognitif akan bertambah secara optimal apabila bagian-bagian sensoris dan area asosiasi tersebut bekerja secara integratif. Sebuah aksi (praksis) yang menggunakan intergrasi antara *sensori auditoris* (pendengaran), visual (penglihatan), perabaan, keseimbangan dan gerak akan menghasilkan peningkatan fungsi kognitif seperti konsentrasi, percaya diri, kontrol diri, kemampuan organisasi, kemampuan belajar akademis, kemampuan berpikir secara abstrak dan memberi alasan serta penghayatan tentang kedua sisi otak dan tubuh. Kognitif yang seimbang akan mempengaruhi kemampuan berpikir dan memberikan rasional termasuk proses mengingat, menilai, orientasi, persepsi dan mempertahankannya. Salah satu unsur inti dari perkembangan sebab segala bentuk proses belajar dari otak manusia melibatkan memori.

Bagian-bagian otak tersebut berhubungan dengan struktur yang berada di dalam otak yang disebut sistem limbik dan berpengaruh terhadap kemampuan emosional yang didalamnya terdapat Amigdala yang merupakan bagian dari telencephalon, yang terletak di lobus temporal, yang terlibat dalam memori, emosi, dan ketakutan. Terdapat juga hippocampus yang merupakan bagian dari

otak hemisphers di bagian sebelah medial basal dari lobus temporal. Ini bagian dari otak yang penting untuk belajar dan memori, untuk mengubah memori jangka pendek ke memori yang lebih permanen, dan untuk mengingat hubungan spasial.

Sistem regulator dari proses ini yaitu terjadinya respon neural dan *brain system* yang diteruskan sebagai perilaku output. Proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem yaitu peningkatan fungsi kognitif, peningkatan *mood* dan peningkatan perilaku pada lansia yang akan merespon adaptif atau maladaptif pada lansia dengan demensia yang telah dilakukan intervensi. Respon adaptif jika terjadi peningkatan fungsi kognitif, *mood*, perilaku pada lansia demensia, dan sebaliknya dikatakan maladaptif jika terjadi penurunan fungsi kognitif, *mood*, perilaku pada lansia demensia atau bisa tidak merespon sama sekali ketika diberi intervensi.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1 : Ada pengaruh permainan tradisional dan daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri.

BAB 4 METODE PENELITIAN

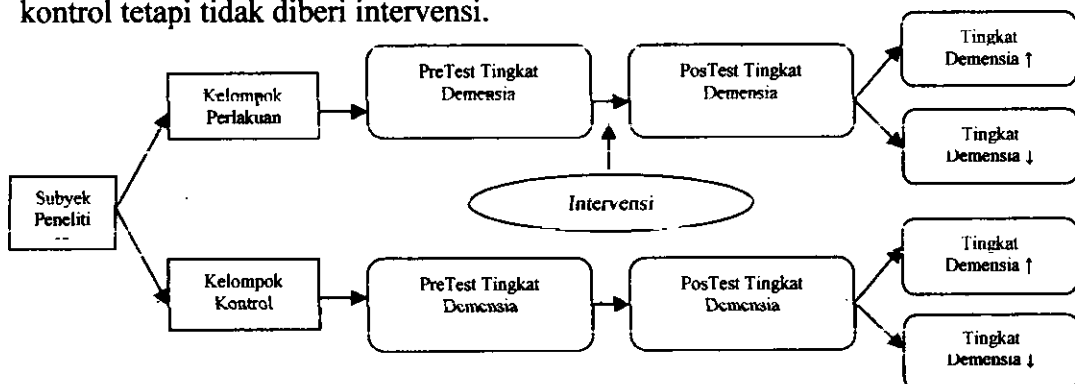
BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Metodologi penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini akan disajikan desain penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel, besar sampel, teknik pengambilan sampel, variable dan definisi operasional, instrument penelitian, tempat dan waktu penelitian, prosedur pengambilan data serta analisisnya.

4.1 Desain Penelitian

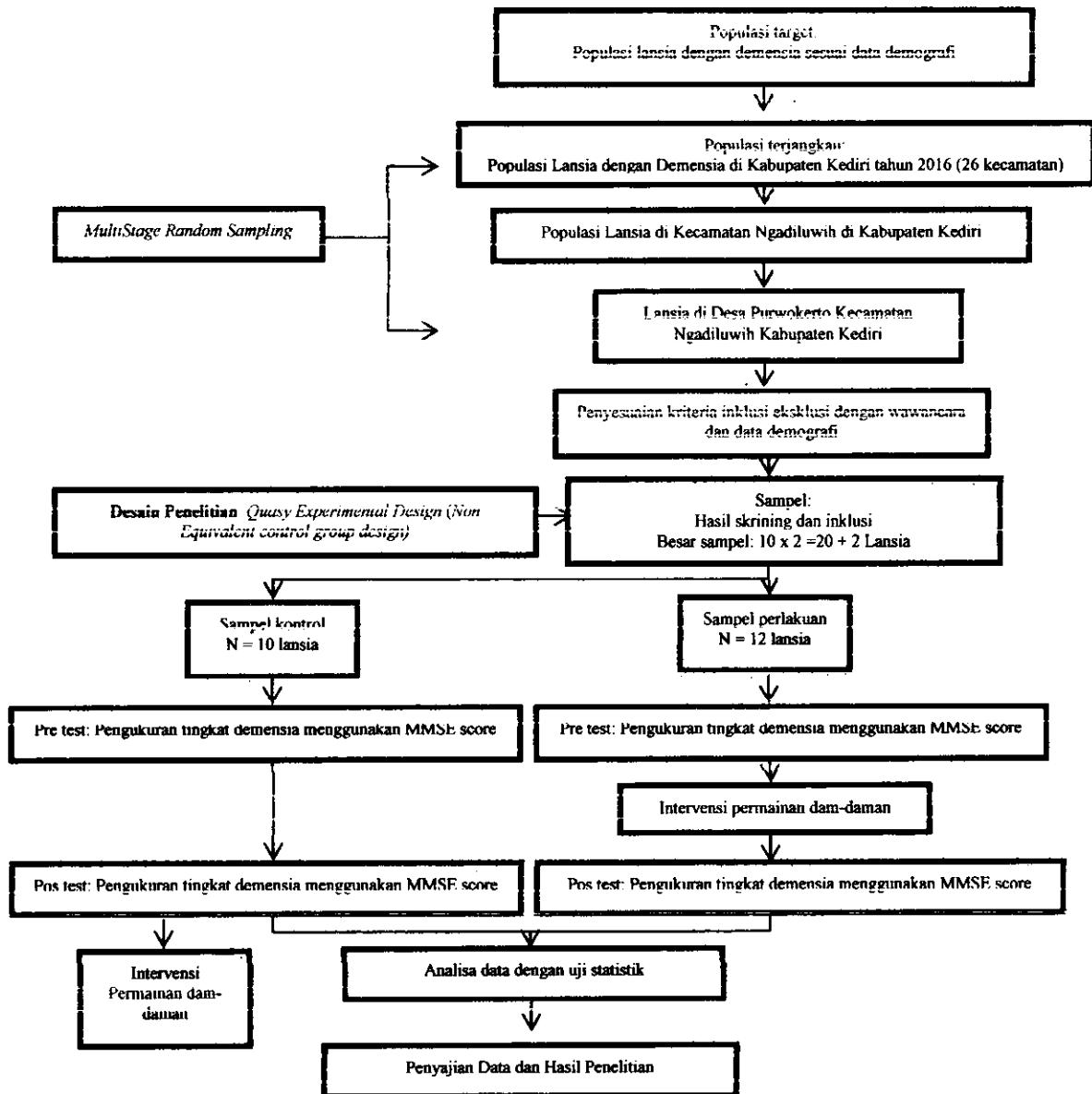
Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang mempengaruhi akurasi suatu hasil (Aziz, 2010). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *Quasy Experimental Design* dengan jenis *Non Equivalent control group design*. Dalam rancangan ini berusaha mencari pengaruh dari permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri. Pada penelitian ini peneliti melakukan wawancara sebelum dan sesudah melakukan intervensi pada kelompok perlakuan sama halnya dengan kelompok kontrol tetapi tidak diberi intervensi.



Gambar 4.1 Desain Penelitian

Keterangan : Tingkat demensia pada saat pre dan pos test diukur berdasarkan MMSE score selama 2 minggu sebanyak 8 kali sesi pertemuan selama 60 menit.

4.2 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian

4.3 Populasi, Sampling, dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dibagi menjadi populasi target dan populasi terjangkau.

1. Populasi target

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini populasi target adalah lansia dengan demensia menurut kriteria yang ditetapkan peneliti yaitu sesuai data demografi.

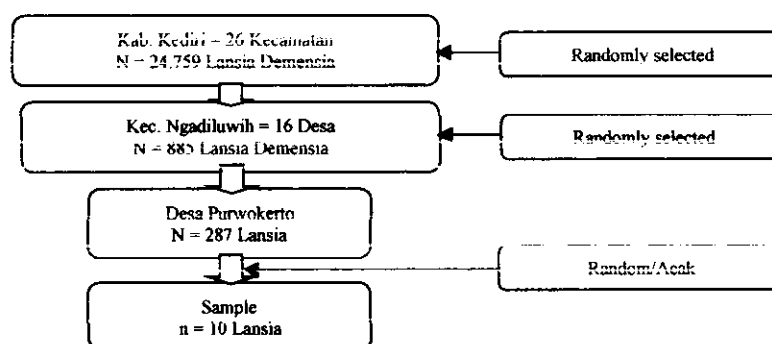
2. Populasi terjangkau

Populasi terjangkau (*accessible population*) adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2013). Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah lansia dengan demensia di Kabupaten Kediri (26 Kecamatan) sebanyak 15% dari 165.061 jumlah lansia di Kabupaten Kediri yaitu 24.759 jiwa.

4.3.2 Sampling

Penelitian ini menggunakan *probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan maksud memberikan peluang yang sama dalam pengambilan sampel, yang bertujuan untuk generalisasi (Aziz, 2010). Metode yang digunakan untuk menentukan tempat penelitian adalah *multistage sampling* dengan jenis *randomly selected*, yaitu memilih salah satu kecamatan di Kabupaten Kediri dari 26 kecamatan. Dilanjutkan memilih salah satu desa/keurahan dari 16

desa/kelurahan secara random untuk representatif dapat digunakan sebagai sampel dalam penelitian. Strategi sampling dan besar sampel diperlihatkan dalam gambar berikut.



Gambar 4.3 Strategi sampling dan besar sampel

Kabupaten Kediri mempunyai jumlah Lansia yang mengalami demensia, sebanyak 24.759 jiwa, sedangkan desa yang terpilih adalah desa Purwokerto dan sampel yang diambil sebanyak 10 lansia.

4.3.3 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2016).

Dalam pemilihan sampel, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2016). Pada penelitian ini adalah :
 - 1) Lansia dengan usia 60-75 tahun.
 - 2) Lansia yang bisa membaca, menulis dan berkomunikasi dengan baik.
 - 3) Lansia yang masa mudanya pernah bermain permainan dam-daman.
 - 4) Lansia dengan interpretasi nilai *Clock Drawing Test* (CDT) ≥ 3

- 5) Bersedia menjadi responden
2. Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam,2016). Kriteria Eksklusi dari sampel penelitian ini adalah :
- 1) Lansia dengan tuna rungu dan tuna aksara.
 - 2) Lansia mengalami gangguan kejiwaan.
 - 3) Lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

Subyek penelitian atau jumlah sampel penelitian ini yang mewakili populasi, diambil secara acak proporsional dan dapat mewakili secara representatif dari populasi. Menurut Notoatmojo (2005), jumlah sampel dinyatakan sebagai bagian dari populasi, maka dapat menggunakan rumus perhitungan sampel Vincent Gaspersz berikut ini yaitu (Murti, 2003; Kuntoro, 2004).

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z \cdot p \cdot qn}$$

Keterangan rumus :

n = Perkiraan jumlah sampel

N = Perkiraan besar populasi

z = nilai standart normal untuk $\alpha = 0.05$ (1.96)

p = Perkiraan proporsi (15%) (Hartati, 2010)

q = 1 - p (100% - p)

d = Tingkat kesalahan yang dipilih (0,05)

Sehingga dapat ditentukan besar sampel

Maka hasil dari penghitung

$$n = \frac{24.759 \cdot 1,96^2 \cdot 15\% \cdot (100\% - 15\%)}{0,05 (24.759 - 1) + 1,96 \cdot 15\% \cdot (100\% - 15\%)}$$

$$n = \frac{24.759 \cdot 3,8416 \cdot 15\% \cdot 85\%}{0,05 (24.758) + 1,96 \cdot 15\% \cdot 85\%}$$

$$n = \frac{12127}{1238,15} - 9,79 = 10 \text{ orang}$$

= 1 kelompok perlakuan (10 orang) + 1 kelompok kontrol (10 lansia) = 20 lansia

Kriteria drop out pada kelompok perlakuan $20 \times 20\% = 2$ lansia

Besar sampel sebanyak $20 + 2$ lansia kriteria drop out yaitu 12 lansia di kelompok perlakuan dan 10 lansia di kelompok kontrol, dari populasi lansia yang mengalami demensia di Kabupaten Kediri.

4.4 Identifikasi Variabel

Dalam penelitian ini dibedakan antara variabel independen dan variabel dependen.

4.4.1 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, 2016).

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pemberian perlakuan berupa dengan permainan tradisional dam-daman.

b. Variabel dependen (variabel terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lainnya (Nursalam, 2016). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat demensia pada lansia.

4.4.2 Definisi operasional penelitian

Tabel 4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen: Permainan tradisional dam-daman	Permainan yang bertujuan menstimulasi kognitif dan membangkitkan memori yg ada di masa lalu agar kembali membaik. Permainan ini menggunakan 16 biji dimana tata cara bermainnya dengan cara saling memakan dan yang paling banyak memakan yang menang.	1. Kegiatan berupa permainan dam-daman dengan pemain terdiri dari para lansia. 8 sesi pertemuan, Setiap satu sesi dilakukan selama 60 menit bermain. Dilaksanakan sesuai keinginan responden. Berlangsung selama 2 Minggu.	SAK (Satuan Acara Kegiatan)		
Dependen: Tingkat Demensia pada lansia	Demensia merupakan suatu proses penurunan kognitif, mood dan perilaku yang progresif mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, dan aktivitas harian seseorang.	Demensia mengakibatkan terjadinya penurunan perubahan yaitu 1. Fungsi kognitif 2. Mood 3. Perilaku	Mini mental status examination (MMS E)	Interval	Nilai skor MMSE – 0 – 30

4.5 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan untuk screening demensia pada lansia yaitu *Clock Drawing Test (CDT)*. Deteksi dini pada lansia menderita demensia. Inti dari tugas tes tersebut adalah aktivitas menggambar permukaan jam kemudian menggambar jarum jam yang menunjuk pada arah tertentu sebagai

simbol dari waktu. Sejumlah variasi sudah berkembang, demikian juga variasi dari sistem penilaiannya, akan tetapi yang disering digunakan adalah yang dikembangkan oleh Manos dan Shulman jika skor nilai ≥ 3 indikasi adanya demensia pada lansia. CDT menunjukkan korelasi yang baik dengan tes fungsi kognitif yang lain yaitu MMSE.

Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel independen yaitu lembar kuesioner gejala *mini mental status examination* (MMSE) sebagai *pre test* dan *post test*. MMSE memiliki beberapa pertanyaan yang digunakan untuk mengukur fungsi kognitif pada lansia. Ada 11 pertanyaan yang harus di jawab dengan jumlah skor keseluruhan 30 skor. Tiap pertanyaan di dalam kuesioner mempunyai jawaban kuantitatif berupa skor yaitu jika jawaban benar maka akan diberi nilai 1. Skor yang didapat akan dijumlahkan. *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 desa Purwokerto, Kabupaten Kediri. Teknik sampling yang dilakukan adalah *randomly selected* untuk memilih sample terbanyak di desa Purwokerto. Penelitian dilakukan pada tanggal 14 Mei - 25 Juni 2016.

4.7 Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1) Tahap persiapan

Pengambilan data awal dilakukan setelah peneliti mendapatkan surat permohonan pengambilan data awal (ijin *survey*) dari pihak akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, kemudian peneliti melakukan pengambilan data awal ke Desa Purwokerto Kabupaten Kediri. Setelah mendapatkan data awal, dilanjutkan dengan penyusunan jadwal penelitian, penyusunan proposal, rancangan pelaksanaan, menyiapkan instrument penelitian yang berisi penjelasan penelitian, *inform consent*, *Mini Mental State Examination*, SOP (Standar Operasional Prosedur) permainan dam-daman, kuesioner pengumpulan data. Kemudian proposal penelitian yang disusun akan diujikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, dan akan dilaksanakan uji etik. Setelah syarat administrasi penelitian didapatkan dari Bakesbangpoi Kabupaten Kediri, peneliti menemui Ketua RT, Ketua RW, dan Kepala Desa untuk ijin menemui warga Lansia di bawah tanggungjawabnya. Kemudian menemui responden Lansia untuk dijelaskan proses penelitian, kegunaan penelitian, manfaat dan tujuan penelitian, juga efek samping penelitian. Untuk pemilihan klien yang akan menjadi responden, dilakukan *screening*. Responden yang mau mengikuti penelitian ini hingga selesai diminta untuk menandatangani surat persetujuan mengikuti penelitian tanpa ada unsur paksaan. Penandatanganan diketahui oleh keluarga atau saksi yang bersedia. Kemudian peneliti menyiapkan tim yang membantu pelaksanaan penelitian yang terdiri dari peneliti, teman, dan tokoh masyarakat

lansia. Tim yang terbentuk akan diajarkan terkait prosedur intervensi (permainan dam-daman).

Tabel 4.3 Jadwal Pelaksanaan

Tanggal	Aktivitas	Kelompok		Pelaksana	Keterangan
		Perlakuan	Kontrol		
H-7	Pemilihan responden berdasar sampel	✓	✓	Peneliti	
H-6	Persiapan alat penelitian			Peneliti	
H-5	Briefing tim untuk membantu penelitian			Tim	
H-4	Kontrak waktu dan tempat dengan responden	✓	✓	Peneliti	
H-3	Perkenalan dengan responden	✓	✓	Peneliti	
H-2	Perkenalan dengan responden	✓	✓	Peneliti	
H-1	Perkenalan dengan responden	✓	✓	Peneliti	
H	Pre test pada masing-masing kelompok, dilanjutkan dengan intervensi pertemuan pertama	✓	✓	Tim	
H+3	intervensi pertemuan kedua	✓		Tim	
H+5	intervensi pertemuan ketiga	✓		Tim	
H+7	intervensi pertemuan keempat	✓		Tim	
H+8	intervensi pertemuan kelima	✓		Tim	
H+10	intervensi pertemuan keenam	✓		Tim	
H+12	intervensi pertemuan ketujuh	✓		Tim	
H+14	intervensi pertemuan kedelapan, dilanjutkan dengan post test pada masing-masing kelompok		✓		
H+15	intervensi pertemuan pertama		✓	Keluarga /	
H+17	intervensi pertemuan kedua		✓	tokoh	
H+19	intervensi pertemuan ketiga		✓	masarakat	
H+21	intervensi pertemuan keempat		✓	yang	
H+23	intervensi pertemuan kelima		✓	bertanggung	
H+25	intervensi pertemuan keenam		✓	jawab	
H+27	intervensi pertemuan ketujuh		✓		
H+29	intervensi pertemuan kedelapan		✓		

2) Tahap pelaksanaan

Peneliti menjelaskan proses yang dilakukan selama penelitian mulai dari *pre test*, pelaksanaan intervensi permainan dam-daman, dan *post test* dengan menemui lansia secara langsung di masing-masing rumahnya dengan lawan main yang dekat dengan rumahnya atau atas pilihannya sendiri.

a. Tahap *pre test*

Pre test dilakukan pada setiap klien yang menjadi responden. pada masing-masing kelompok perlakuan dan kontrol. Adapun hal yang dinilai tingkat perkembangan demensia pada lansia dengan menggunakan intrsumen *Mini Mental State Examination (MMSE)*.

b. Tahap intervensi

Pelaksanaan intervensi permainan dam-daman dilakukan setelah *pre test* pada kelompok perlakuan sesuai dengan SAK (Standar Acara Kegiatan) permainan dam-daman.

c. Tahap *post test*

Setelah dilakukan intervensi permainan dam-daman, maka tahap selanjutnya dilanjutkan dengan *post test* untuk mengetahui kondisi akhir tingkat demensia pada lansia, baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok perlakuan.

4.8 Analisis Data

Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan analisis terhadap jawaban yang diberikan oleh seluruh responden tersebut melalui kuesioner *Mini mental status examination* (MMSE) tersebut, maka akan diketahui seberapa besar pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia pada lansia.

Menurut Hidayat (2007) langkah-langkah yang harus ditempuh pada analisa data adalah sebagai berikut:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan, meliputi:

- a. Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan atau kekurangan data.
- b. Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrument.

2. Coding

Coding adalah kegiatan pemberian kode numeric (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Untuk penilaian tingkat demensia pada lansia, di analisis dari kuesioner *Mini mental status examination* (MMSE).

3. Entri data

Entri Data adalah kegiatan memasukan data yang telah dikumpulkan ke dalam master table atau data base computer. kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bias dengan membuat table kontingensi. Pada penelitian ini setelah dilakukan pengodean jawaban, kemudian dilakukan tabulasi dalam bentuk tabel sesuai dengan variable yang diukur.

4.9 Uji Statistik

Data yang telah dikumpulkan oleh peneliti dianalisis untuk mengukur pengaruh antara variabel independen dan dependen dengan menggunakan uji statistik *Paired t-test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) tingkat signifikan $\alpha \leq 0,05$. Tes ini digunakan untuk mengetahui perubahan tingkat demensia sebelum dan sesudah dilakukan intervensi permainan dam-daman pada kelompok perlakuan.

Analisis data juga menggunakan *Independent t-test* (uji komparasi 2 sampel bebas /independen) dengan tingkat signifikan $\alpha \leq 0,05$. Tes ini digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat demensia pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Apabila hasil penelitian menunjukkan $\alpha \leq 0,05$ maka H_1 diterima karena ada perbedaan antara tingkat demensia pada kelompok yang mendapatkan intervensi dan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi.

Pengolahan data menggunakan *Software Product & Service Solution* (SPSS) dan dilakukan pembahasan secara deskriptif dan analitik sehingga didapatkan gambaran hasil penelitian.

4.10 Etika Penelitian

Peneliti harus mengajukan surat permohonan ijin untuk mengambil data awal, setelah mendapat ijin peneliti melakukan wawancara dan observasi kepada subjek peneliti dengan menekankan masalah etika sebagai berikut:

4.10.1 Lembar persetujuan

Lembar persetujuan (*informed consent*) tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampaknya, jika responden bersedia menjadi responden maka mereka diharuskan menandatangani lembar persetujuan dan jika subyek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak calon responden.

4.10.2 Anonimity (tanpa nama)

Merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

4.10.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4.10.4 Justice (keadilan)

Merupakan masalah etika dengan menjamin keadilan di masing kelompok periakuan dan kontrol. Subyek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi. Prinsip keadilan dalam penelitian ini adalah setelah akhir penelitian kelompok kontrol yang tidak dilakukan intervensi akan dilakukan intervensi dan dipantau oleh keluarga lansia atau tokoh masyarakat yang bertanggung jawab.

4.11 Keterbatasan

Keterbatasan pada penelitian ini adalah

1. Waktu yang sulit menyesuaikan dengan jadwal peneliti dan jarak tempuh yang cukup jauh dijangkau peneliti sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk penelitian dalam sehari namun peneliti berusaha untuk mencari jam kosong dari responden dibantu dengan meminjam bantuan alat transportasi.
2. Ada beberapa responden yang hanya bisa menggunakan bahasa jawa halus yang memungkinkan peneliti sulit untuk berkomunikasi sehingga peneliti berusaha untuk meminta bantuan keluarga untuk berkomunikasi dengan responden.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap pencegahan peningkatan demensia pada lansia di Kabupaten Kediri yang dilaksanakan mulai tanggal 11 Juni – 25 Juni 2016. Pada hasil penelitian akan diuraikan tentang gambaran lokasi penelitian, data umum karakteristik responden dan data khusus penelitian serta akan dilakukan pembahasan mengenai hasil yang telah didapat sesuai dengan teori yang telah dikemukakan sebelumnya.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Kediri termasuk dalam 5 besar kabupaten atau kota di Jawa Timur yang memiliki jumlah lansia yang mengalami demensia terbanyak yaitu sejumlah 24.759 lansia. Kabupaten Kediri terbagi menjadi 26 kecamatan dan 343 Kelurahan/Desa. Penelitian ini dilakukan di Desa Purwokerto dikarenakan Desa Purwokerto yang jumlah penduduknya merupakan peringkat 3 dari 16 desa besar di kecamatan Ngadiluwih dimana peneliti melakukan penelitian intervensi permainan tradisional dam-daman dengan cara *door to door* ke responden untuk kelompok kontrol dan untuk kelompok perlakuan dengan cara mengumpulkan lansia melalui tokoh masyarakat lansia di Desa Purwokerto.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Karakteristik demografi

Karakteristik demografi responden pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol yang menjadi subyek penelitian ini hampir mirip dan dapat dilihat pada uraian berikut ini:

1. Distribusi responden berdasarkan usia

Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia

Usia	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	f(x)	(%)	f(x)	(%)
60-75 tahun	10	100	10	100
76-90 tahun	0	0	0	0
>90 tahun	0	0	0	0
Total	10	100	10	100

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa pada kelompok perlakuan dan kontrol seluruh responden berusia antara 60-75 tahun.

2. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	f(x)	(%)	f(x)	(%)
Tidak Sekolah	0	0	0	0
SD	3	30	5	40
SMP	1	10	2	20
SMA	3	30	2	20
Sarjana	3	30	1	20
Total	10	100	10	100
<i>Independent t-test</i>	$p=0,226$			

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa kelompok perlakuan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama dan Sarjana yaitu 30% dan pada kelompok kontrol memiliki tingkat

pendidikan Sekolah Dasar yaitu 40%. Hasil *Independent t-test* $p=0.226$, berarti $p>0,05$ artinya tidak ada perbedaan karakteristik tingkat pendidikan antara kelompok perlakuan dan kontrol.

3. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.3 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	f(x)	(%)	f(x)	(%)
Laki laki	4	40	4	40
Perempuan	6	60	6	60
Total	10	100	10	100
<i>Independent t-test</i>		$p=0,673$		

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa jenis kelamin responden pada kelompok perlakuan dan kelompok intervensi seluruhnya adalah berbanding sama. Hasil *Independent t-test* $p=0.6$, berarti $p>0,05$ artinya tidak ada perbedaan karakteristik jenis kelamin antara kelompok perlakuan dan kontrol.

4. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	f(x)	(%)	f(x)	(%)
Bekerja	2	20	3	30
Tidak Bekerja	8	80	7	70
Total	10	100	10	100
<i>Independent t-test</i>		$p=0,628$		

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat bahwa seluruh responden pada kelompok perlakuan ada 2 lansia bekerja dan 8 lansia tidak bekerja dan kelompok kontrol ada 3 lansia bekerja dan 7 lansia tidak bekerja. Hasil *Independent t-test* $p=0,628$, berarti $p>0,05$ artinya tidak ada perbedaan karakteristik pekerjaan antara kelompok perlakuan dan kontrol.

5.2.2 Hasil *pre* dan *post test* penilaian tingkat demensia pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Tabel 5.5 Hasil penilaian tingkat demensia lansia sebelum dan setelah dilakukan permainan tradisional dam-daman di Kabupaten Kediri

No. Responden	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Pre	Post	Δ	Pre	Post	Δ
1	23	27	+4	23	22	-1
2	20	27	+7	25	24	-1
3	22	29	+7	18	18	0
4	26	30	+4	17	18	+1
5	23	30	+7	18	17	-1
6	21	28	+7	18	17	-1
7	21	29	+8	24	21	-3
8	19	26	+7	17	17	0
9	20	28	+8	18	18	0
10	21	28	+7	16	16	0
<i>Mean</i>	21,6000	28,2000	+6,6	19,4000	18,7000	-0,6
<i>SD</i>	2,01108	1,31656		3,27278	2,66875	
<i>Paired t-test</i>		p=0,000			p=0,066	
<i>Independent t-test pretest</i>			p = 0,870			
<i>Independent t-test posttest</i>			p=0,000			

Berdasarkan tabel 5.5 dari 10 responden didapat nilai demensia lansia pada kelompok perlakuan saat *pre test* yang terendah yaitu 19 dan nilai demensia yang tertinggi yaitu 26 dengan rerata 21,6 dan standar deviasi sebesar 2,01, sedangkan saat *post test* nilai demensia yang terendah 26 dan nilai demensia tertinggi 30 dengan rerata 28,20 dengan standar deviasi sebesar 1,31. Pada kelompok kontrol *pre test* nilai demensia terendah 16 dan nilai demensia tertinggi 25 dengan rerata 19,40 dan standar deviasi sebesar 3,27, sedangkan saat *post test* nilai demensia terendah 16 dan nilai demensia tertinggi 24 dengan rerata 18,70 dan standar deviasi sebesar 2,66.

Hasil analisis menggunakan uji statistik *Paired t-test* pada kelompok perlakuan diperoleh nilai $p=0,000$ sehingga $p<0,05$ yang artinya terdapat perbedaan nilai demensia yang signifikan saat *pre test* dan *post test*. Sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh $p=0,066$ sehingga $p>0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan nilai demensia yang signifikan saat *pre test* dan *post test*.

Hasil analisis menggunakan uji statistik *Independent t-test* saat *pre test* diperoleh $p=0,870$ sehingga $p>0,05$ artinya tidak ada perbedaan nilai tingkat demensia yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dilakukan perlakuan permainan tradisional dam-daman. Hasil analisis menggunakan uji statistik *Independent t-test* saat *post test* diperoleh nilai $p=0,000$ sehingga $p<0,05$ yang artinya ada perbedaan nilai tingkat demensia yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kontrol setelah pemberian perlakuan permainan tradisional dam-daman.

5.3 Pembahasan

5.3.1 Karakteristik responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden dari kelompok kontrol dan perlakuan semua berusia rata rata antara 60-75 tahun. Data menunjukkan bahwa responden masuk golongan usia lansia. Masalah demensia yang terjadi pada responden merupakan proses degeneratif atau *aging process* yaitu menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi normalnya disebabkan karena menuanya usia yang dialami oleh manusia pada usia diatas 60 tahun. Resiko demensia meningkat setiap 5 tahun sejak usia 65 tahun, dikarenakan semakin banyaknya neuron di otak

yang menjadi kusut (*Neurofibrillar Tangles*) dan muncul berbagai plak (Chen, 2012).

Perbandingan responden pada penelitian laki-laki dan perempuan yang terkena demensia yaitu 2:3. Dari penelitian tersebut kebanyakan perempuan yang menjadi responden. Demensia kebanyakan menyerang perempuan karena hormon wanita lebih cepat masuk masa menopause daripada pria dengan masa andropause nya dan yang kedua karena angka harapan hidup perempuan lebih besar daripada pria. Secara ilmiah, fenomena ini dapat dilihat dari teori kromosom. Kromosom yang dimiliki laki-laki terdiri atas *telomere* X dan Y sedangkan kromosom yang dimiliki perempuan terdiri atas telomer X dan X. Telomer X lebih panjang dari pada *telomere* Y. Perempuan memiliki dua *telomere* yang panjang, sedangkan laki-laki hanya memiliki satu *telomere* X, maka dari itu usia laki-laki lebih singkat (Lerner, 1999 dan Wibowo, 2007).

Data mengenai tingkat pendidikan menunjukkan bahwa responden terbanyak pada kelompok perlakuan dan kontrol berpendidikan tingkat Sekolah Dasar yaitu sebanyak 30% dan 40%. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi angka kejadian demensia. *The Canadian Study of Health and Aging* tahun 1994 menjelaskan bahwa lansia yang memiliki pendidikan rendah beresiko empat kali lipat mengalami demensia dibanding dengan lansia yang berpendidikan tinggi. (Otenbacheer et al, 2010).

Data penelitian mengenai pekerjaan menunjukkan bahwa 70-80% lansia sudah tidak bekerja pada kelompok perlakuan maupun kontrol. Menurut Sidiarto (2003), seorang yang pekerja keras/over working seperti petani dan buruh dapat mempercepat proses penuaan dan mempengaruhi fungsi kognitif, namun jika

pekerjaan tersebut dilakukan secara terus menerus dapat melatih otak dan dapat memperlambat penurunan fungsi kognitif.

5.3.2 Analisis pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia.

Berdasarkan hasil penelitian skor rata-rata tingkat demensia pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi permainan dam-daman yaitu 21,6 dan setelah dilakukan intervensi menjadi 28,2, dengan jumlah kenaikan rata-rata sebesar 6,2. Hasil uji statistik *Paired t-test* sebagai perbandingan tingkat demensia antara sebelum dan setelah dilakukan intervensi permainan dam-daman pada kelompok perlakuan menghasilkan nilai $p=0,000$, sedangkan pada kelompok kontrol menghasilkan nilai $p=0,066$. Hal ini bermakna bahwa ada perubahan nilai tingkat demensia pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah dilakukan intervensi permainan dam-daman, sedangkan pada kelompok kontrol tidak ditemukan perubahan nilai tingkat demensia secara signifikan.

Hasil uji statistik *Independent t-test* sebagai perbandingan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa pada saat pre-test menghasilkan nilai $p=0,870$, dan pada saat post test setelah dilakukan intervensi permainan dam-daman menghasilkan nilai $p=0,000$. Hal ini menjelaskan bahwa ada pengaruh pemberian intervensi permainan tradisional dam-daman terhadap tingkat demensia pada lansia.

Seluruh responden dalam penelitian ini diketahui mengalami penurunan tingkat kognitif yang merupakan salah satu gejala demensia. Napitupulu (2013) menyebutkan bahwa adanya gangguan fungsi kognitif dapat menjadi salah satu

indikator utama demensia. Intervensi permainan tradisional dam-daman yang diberikan 8 kali selama 2 minggu terbukti dapat meningkatkan nilai kognitif lansia yang ditandai dengan adanya peningkatan skor pada kuisioner MMSE (*Mini Mental State Examination*). Penjelasan ilmiah atas temuan tersebut dikuatkan oleh Wreksoatmodjo (2015) dan Baillon (2004) yang menyatakan bahwa aktifitas kognitif (permainan tradisional dam-daman) dapat mempengaruhi fungsi kognitif lanjut usia yang dapat menunjang resiko terjadinya demensia pada lansia dapat dikurangi.

Pada Kuisioner MMSE (*Mini Mental State Examination*) kelompok perlakuan di domain orientasi temporal bernilai 5 poin didapatkan hasil yaitu 9 dari 10 lansia mendapatkan skor yaitu ≥ 3 , sedangkan hanya satu lansia yang mendapatkan skor < 3 . Di domain orientasi spasial bernilai 5 poin didapatkan hasil yang sama dengan domain orientasi temporal 9 dari 10 lansia mendapatkan skor yaitu ≥ 3 , sedangkan hanya satu lansia yang mendapatkan skor < 3 . Di domain registrasi bernilai 3 poin didapatkan hasil yaitu 7 dari 10 lansia mendapatkan skor yaitu ≥ 3 , sedangkan 3 lansia lain mendapatkan skor < 3 . Di domain memori jangka pendek bernilai 3 poin didapatkan hasil 6 dari 10 lansia tidak dapat menjawab pertanyaan sama sekali dengan skor yaitu 0, sedangkan 4 lansia lain hanya mendapatkan skor yaitu 2. Di domain bahasa bernilai 3 poin didapatkan hasil yaitu 9 dari 10 lansia mendapatkan skor yaitu ≥ 2 , sedangkan hanya satu lansia yang mendapatkan skor yaitu 1. Di domain verbal bernilai 6 poin didapatkan hasil yaitu 7 dari 10 lansia mendapatkan skor yaitu ≥ 4 , sedangkan 3 lansia lain mendapatkan skor ≤ 3 .

Dari data penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa rata-rata lansia dengan demensia mengalami gangguan pada domain memori jangka pendek pada kuisisioner MMSE. Setelah dilakukan perlakuan permainan tradisional dam-daman ada peningkatan skor di setiap domain terutama pada domain memori jangka pendek. Dari data *post test* pada kelompok perlakuan didapatkan hasil 6 dari 10 lansia dapat menjawab pertanyaan domain memori jangka pendek dengan sempurna dan mendapatkan skor yaitu 3, dan 4 lansia lain mendapatkan skor yaitu 2 itu artinya ada peningkatan yang signifikan sebelum dan setelah dilakukan perlakuan. Sama halnya dengan kelompok kontrol, hasil pada saat *pre test* menggambarkan lansia dengan demensia mengalami gangguan pada domain memori jangka pendek namun setelah *post test* didapatkan hasil yang berbeda dengan dengan kelompok perlakuan yaitu tidak ada peningkatan skor dalam MMSE di domain mana pun bahkan ada yang mengalami penurunan di masing-masing domain.

Berdasarkan tabel 5.5 halaman 68, nilai tingkat demensia pada kelompok perlakuan mengalami penurunan setelah dilakukan intervensi permainan tradisional dam-daman dan mengaktifkan kembali fungsi kognitif pada lansia. Permainan dam-daman merupakan salah satu permainan yang cukup populer di kalangan responden pada masa lalu mereka yang dapat mencegah kepikunan dan meningkatkan fungsi kognitif pada lansia yang merangsang fungsi kinestetik dan visual pada lansia dengan mengingat strategi permainan yang dilakukan dizamannya dahulu.

Menurut Depkes RI tahun 1999 kriteria kemunduran kognitif diantaranya adalah peiupa atau ingatan tidak berfungsi dengan baik dikarenakan lansia jarang

melakukan kegiatan yang berhubungan dengan fungsi kognitif atau memori yang dapat merangsang fungsi kinestetik dan visual (Ahmed *et al.*, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Wang (2007) membuktikan bahwa dengan mengingat kejadian/sesuatu hal di masa lalu dengan cara bermain dapat meningkatkan kognitif pada lansia dengan demensia pada usia 65 tahun keatas. Menurut Ebersole *et.al* (2001) dan Latif (2000), menjelaskan bahwa mengingat kejadian di masa lalu dengan terapi bermain salah satu pendekatan yang efektif untuk menurunkan tingkat demensia. Terapi ini digunakan untuk lansia yang mengalami gangguan fungsi kognitif dengan merangsang fungsi kinestetik dan visual pada lansia yang memberikan impuls pada memori.

Permainan tradisional dam-daman salah satu cara untuk lansia dapat bermain untuk memikirkan strategi permainan di masa lalu sehingga dapat menstimulasi otak untuk meningkatkan atau mempertahankan kognitif yang dapat merangsang fungsi visual dan kinestetik. Permainan tradisional dam-daman merupakan sebuah permainan yang dilakukan diatas sebuah papan atau karton dengan strategi untuk memakan buah/pion lawan dan mempertahankan buah/pionnya sendiri supaya tidak termakan oleh lawan. Permainan ini merangsang fungsi kinestetik pada lansia. Hubungan antara fungsi kinestetik dengan fungsi kognitif akan terjadi di otak melalui sistem limbik yaitu amygdala dan hippocampus. Otak akan mendapatkan rangsangan untuk mengingat strategi/kejadian masa lalu yang akan ditangkap oleh serabut saraf eferen dan di lanjutkan oleh serabut saraf aferen menuju sistem saraf pusat. Proses tersebut akan diintegrasikan pada reticular formation yang berfungsi untuk memfokuskan perhatian sehingga terjadi pergerakan melalui kontraksi otot *muscle spindle* sehingga fungsi kinestetik bekerja.

Permainan tradisional dam-daman juga merangsang fungsi visual lansia. Fungsi visual berawal dari retina merangsang saraf optikus dengan memperhatikan pergerakan pion. Lobus prefrontal menerima rangsangan dari saraf optikus untuk bekerja dan berpikir dengan merencanakan strategi yang akan digunakan dalam bermain yang pernah dilakukan di masa lalu. Adanya aktifitas berfikir mengenang masa lalu merangsang fungsi kognitif untuk aktif kembali yang dapat memperlambat penurunan fungsi kognitif dan mencegah peningkatan demensia pada lansia.

Proses fungsi kinestetik dan visual termasuk dalam subsistem kognator dan regulator dalam teori adaptasi Roy. Teori adaptasi Roy menjelaskan bahwa hubungan antara input, proses subsistem kognator dan regulator serta output harus seimbang yang akan menghasilkan respon adaptif pada individu.

Demensia merupakan gejala yang dialami oleh lansia sehingga lansia tidak dapat berespon secara adaptif yang dapat mempengaruhi setiap aspek kehidupan lansia, baik masalah fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Teori Adaptasi Calista Roy menjelaskan pentingnya berespon secara adaptif untuk memelihara integritas diri dari keadaan rentang sehat sakit fisik maupun mental dari keadaan lingkungan sekitarnya. Respon adaptif dapat berjalan dengan baik apabila komponen regulator dan kognator yang termasuk subsistem dari model adaptasi Roy berproses dengan baik melalui input yang sesuai. Input yang sesuai dalam penelitian ini yaitu dengan dengan intervensi permainan tradisional dam-daman untuk meningkatkan fungsi kognitif, *mood*, dan perilaku pada lansia demensia sehingga lansia dapat berespon secara adaptif.

Berdasarkan tabel 5.5 halaman 68, didapatkan hasil H1 diterima yaitu ada pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia. Terdapat perbedaan tingkat demensia kelompok perlakuan pada *pretest* dan *posttest* melalui uji statistik *Paired t-test* dan uji statistik *Independent t-test* menunjukkan bahwa intervensi permainan tradisional dam-daman yang diberikan peneliti efektif terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia.

Dari pembahasan tersebut peran perawat dalam penelitian mengenai demensia pada lansia ini yaitu perawat mampu melakukan proses keperawatan dari mulai proses pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, sampai evaluasi. Proses pengkajian terjadi pada saat perawat dalam hal ini peneliti melakukan pengkajian mengenai data awal pada lansia yaitu menanyakan tentang karakteristik dan gaya hidup lansia. Proses pengkajian selesai kemudian didapatkan hasil bahwa lansia mengalami demensia kemudian muncul diagnosa keperawatan yang terjadi yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, gangguan memori, hambatan interaksi sosial, hambatan komunikasi verbal, koping tidak efektif menurut NANDA 2015. Tindakan selanjutnya yang dilakukan oleh peneliti yaitu menjalankan proses perencanaan dan pelaksanaan. Merencanakan dan melaksanakan tindakan yang tepat untuk mengurangi tingkat demensia agar diagnosa keperawatan yang muncul bisa diatasi. Kemudian melakukan evaluasi hasil mulai dari pengkajian sampai dengan pelaksanaan.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menyajikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil penelitian pengaruh permainan tradisional dam-daman terhadap penurunan tingkat demensia pada lansia di Kabupaten Kediri.

6.1 Kesimpulan

1. Demensia dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, jenis pekerjaan terdahulu, dan tingkat pendidikan. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam penyelesaian mengenai faktor resiko terjadinya demensia dengan cara melakukan pengkajian mengenai karakteristik responden kemudian muncu diagnosa keperawatan sehingga perawat dapat menjalankan intervensi yang dapat dilakukan sesuai dengan diagnosa yang didapatkan.
2. Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya tingkat demensia pada lansia sebelum diberikan intervensi permainan tradisional dam-daman masih belum menunjukkan perbedaan dan sebaliknya setelah dilakukan intervensi terjadi perbedaan yaitu meningkatnya fungsi kognitif pada lansia dengan demensia maka dapat ditarik kesimpulan bahwa intervensi permainan tradisional dam-daman dapat mencegah peningkatan demensia. Hasil yang didapat dihubungkan dengan peran perawat komunitas saat ini yaitu perawat komunitas harus memiliki inovasi-inovasi terbaru untuk mengurangi kejadian angka demensia supaya tidak terjadi peningkatan seperti contoh inovasi bermain permainan tradisional dam-daman.

6.2 Saran

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

1. Bagi tokoh masyarakat lansia

Kegiatan permainan tradisional dam-daman ini dapat digunakan sebagai inovasi baru dalam pendekatan untuk menurunkan tingkat demensia pada lansia ke dalam program rutin pada saat perkumpulan lansia.

2. Bagi profesi keperawatan

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

3. Bagi peneliti selanjutnya

Penggunaan MMSE yang dilakukan oleh peneliti tidak dapat mewakili aspek perilaku dan emosi pada lansia, sehingga diharapkan untuk peneliti selanjutnya bisa menambahkan atau menggunakan alat ukur yang lain untuk mengetahui tingkat demensia secara utuh.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, S.I et al .2008. *Memory complaints in mild cognitive impairment, worried well, and semantic dementia patients*, Alzheimer Dis Assoc Disord. Jul-Sep;22(3):227-35
- Ayres, A.J. 2000. *Sensory Integration and the child*. Western Pshychological Service: Los Angeles.
- Azizah, LM. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Badan Pusat Statistika Jawa Timur. 2014. <http://jatim.bps.go.id/linkTabclStatis/vicw/id/330>
- Badan Pusat Statistika Kabupaten Kediri. 2014. <https://kedirikab.go.id/data/data-kependudukan-dan-naker.html>
- Baillon, S et al. 2004. *A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 19(11), 1047-1052.
- Battaglia, F.P et al. 2011. *The hippocampus: Hub of Brain Network Communication for Memory*. Trends in cognitive sciences, 15(7), 310-318
- Catani, M et al. 2013. *A revised limbic system model for memory, emotion and behaviour*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37(8), 1724-1737.
- Chen, T.-j., Li, H.-j., & Li, J. (2012). *The effects of reminiscence therapy on depressive symptoms of chinese elderly: study protocol of a randomized controlled trial*. Bio Med Central 12:189, 1-6
- Darmajo, B. 2009. *Teori Proses Menua* In: H.Hadi Martono dan Kris Pranarka (eds): *Buku Ajar Bocdhi-Darmajo GERIATRI Edisi 4*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Dewanto, G. dkk. 2009. *Panduan Praktis Diagnosis dan Tatalaksana Penyakit Saraf*. Jakarta: EGC. Hal 170-184.
- Dewi, S. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Deepublish. Hal 88.
- Ebersole & Hess 2001. *Geriatric Nursing and Healthy Aging*. Mosby Year Book: ST Louis.
- Elizabeth, J.C. 2009. *Buku Saku : Patofisiologi*, Ed.3. Jakarta: EGC
- Fatmah. 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Erlangga : Jakarta

- Fleisher, Paul. 2013. *Nutrisi Otak: 100+ Permainan yang mengajar Anak-anak Berpikir*. Jakarta: Indeks
- Gerard, J.T & Anagnostakos N.P. 1990. *Principle of Anatomy and Physiology*. Harper and Row. Hal 554-556
- Grayson, C. 2004. *All about Alzheimer*. Retrieved on October 2006 from <http://www.webmd.com/content/article/71/81413.htm>
- Hartati, Sri. 2010. Clock Drawing: Asesmen untuk Demensia. *Jurnal Kesehatan Undip Vol. 7, No. 1*
- Hidayat, A & Aziz Alimul. 2007. *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hurlock, EB. 2000. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga
- Holland PC, Gallagher M 2004. *Amygdala-frontal interactions and reward expectancy*. *Curr Opin Neurobiol* 14:148-155.
- Hsieh, C. J et al. 2010. *Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia*. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 2(2), 72-78.
- Iliffe et al. 1990. *Screening for cognitive impairment in the elderly using the mini mental state examination*. *British Journal of General Practice*. 40. 277-279.
- Iskandar, Japardi. 2002. *Penyakit Alzheimer*. *Journal Universitas Sumatra utara*.
- Jones, E.D. 2003. *Reminiscence therapy for older women with depression*. *Journal of Gerontological Nursing*. <http://proquest.umi.com> diproses 1 April 2016
- Kusumoputro, S., Sidiarto, L. D., Sarmino, Munir, R., Nugroho, W. 2003. *Kiat Panjang Umur dengan Gerak dan Latih Otak*. Jakarta: UI Press.
- Latif, V. (2000). Cara Memori Bekerja. Available at : <http://www.google.co.id/seachr?hl=1d&q=fisiologi+memori&meta=>. [Accessed 28 April 2016]
- Markram, K., & Sandi, C. 2007. *The role of the amygdala in emotional memories*. Lausanne: EPFL. Retrieved from doi:10.5075/epfl-thesis-3621
- Martono, H. and Pramantara, E. (2009). *Pelayanan Kesehatan. Sosial dan Kecjahteraan pada Usia Lanjut*. Jakarta: Interna Publishing.

- McGaugh JL 2004. *The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences*. *Annu Rev Neurosci* 27:1-28.
- Montolalu, B.E.F dkk. 2009. *Bermain Dan Permainan Anak*. Jakarta : Universitas Terbuka
- Mubarak, W.H. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta : CV Sagung Seto
- Napitupulu, Y. (2013). Hubungan Aktivitas Sehari-hari dan Successful Aging pada Lansia. *Psychology undergraduate*. Universitas Brawijaya.
- Notoatmodjo,s. 2005. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- Nugroho,Wahyudi. 2008. *Keperawatan Gerontik & Geriatrik, Edisi 3*. Jakarta : EGC
- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan pendekatan praktis edisi keempat*. Jakarta: Salemba Medika.
- Otenbacheer et al. 2010. *Prevalence and Factors Associated with Frailty Among Peruvian Older Adults*. *Journal of Gerontol A Biol Sci Med Sci*. USA
- Prasetyono, D.S. 2015. *Buku Tutorial Game-game Kecerdasan*. Jakarta: Diva Press
- Prodia 2007. *Homosistein sebagai Faktor Risiko Kepikunan*. www.prodia.co.id diakses tanggal 30 Maret 2014
- Purnakarya, Idral. 2009. Peran Zat Gizi Makro terhadap kejadian Demensia pada Lansia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* Vol. 03. No. 2
- Rizzo. D.C. 2001. *Delmar's Fundamentals of Anatomy & Physiology*. USA: Delmar Thomson Learning
- Rolls, E. T. (2015). *Limbic systems for emotion and for memory, but no single limbic system*. *Cortex*, 62, 119-157.
- Roy S.C-Andrews H.A.1991. *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement*, California. Appleton & Lange.
- Semiawan, C.R. 2008. *Belajar dan Pembelajaran Prasekolah dan Sekolah Dasar*. Jakarta: PT Index.
- Santosa, BT & Rohmah, AS 2011. Gangguan Gerak dan Fungsi Kognitif pada Wanita Lanjut usia. *Jurnal Kesehatan*. vol 4, no. 1. pp. 41-57.
- Sherina. dkk. 2004. *Cognitive Impairment Among the Elderly in a Rural Community in Malaysia*. *Jurnal Med J Malaysia*.

- Sidiarto LD, Kusumoputro S. (2003). *Memori Anda Setelah Usia 50*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia
- Stanley, M. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC
- Stinson, C.K. 2009. *Structured group reminiscence: an intervention for older adults*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, (11) <http://proquest.umi.com>. Diperoleh 1 April 2016
- Sternberg, Robert J. 2009. *Psikologi Kognitif Edisi Kelima*, (judul asli: *Cognitive Psychology, Fifth Edition*), terj. Yudi Santoso, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Turana, Yuda. 2006. *Merawat Demensia*. RS. Atmajaya : Artikel.
- Wang, J. J. (2007). *Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1235-1240.
- Watson, Roger. 2003. *Perawatan Pada Lansia*. Jakarta: EGC.
- WHO, A. 2012. *Dementia: A Public Health Priority*. Geneva: World Health Organization and Alzheimer's Disease International.
- WHO. 2010, *Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project*, www.who.int.html.
- World Health Organization. (2010). *Mental Health Gap Action Programme: MhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings: Version 1.0*. Geneva: WHO, 86-94.
- World Alzheimer's Report. 2015. *The Global Impact of Dementia: An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends*. London: Alzheimer's Disease International.

LAMPIRAN

- b. Istri
- c. Anak
- d. Menantu
- e. Cucu

8. Apakah anda mengetahui permainan dam-daman?

Ya

Tidak

9. Apakah anda pernah menderita stroke (tiba-tiba lumpuh, pelo)?

Pernah

Tidak pernah

10. Apakah anda pernah jatuh lalu mengenai kepala anda?

Pernah

Tidak pernah

Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Dengan Hormat,

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

Nama : Wimar Anugrah Romadhon

NIM : 131211132051

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga akan melakukan penelitian dengan judul: **"Pengaruh Permainan Tradisional Dam-daman terhadap Penurunan Tingkat Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri"**. Dengan ini saya memohon dengan hormat kepada bapak/ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh dari permainan tradisional dam-daman terhadap pencegahan peningkatan demensia pada 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 2016

Hormat Saya

(Wimar Anugrah)

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 Wimar Anugrah Romadhon, mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang berjudul: **"Pengaruh Permainan Tradisional Dam-daman terhadap Penurunan Tingkat Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri"**.

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

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 2016

Saksi

Yang membuat pernyataan

(.....)

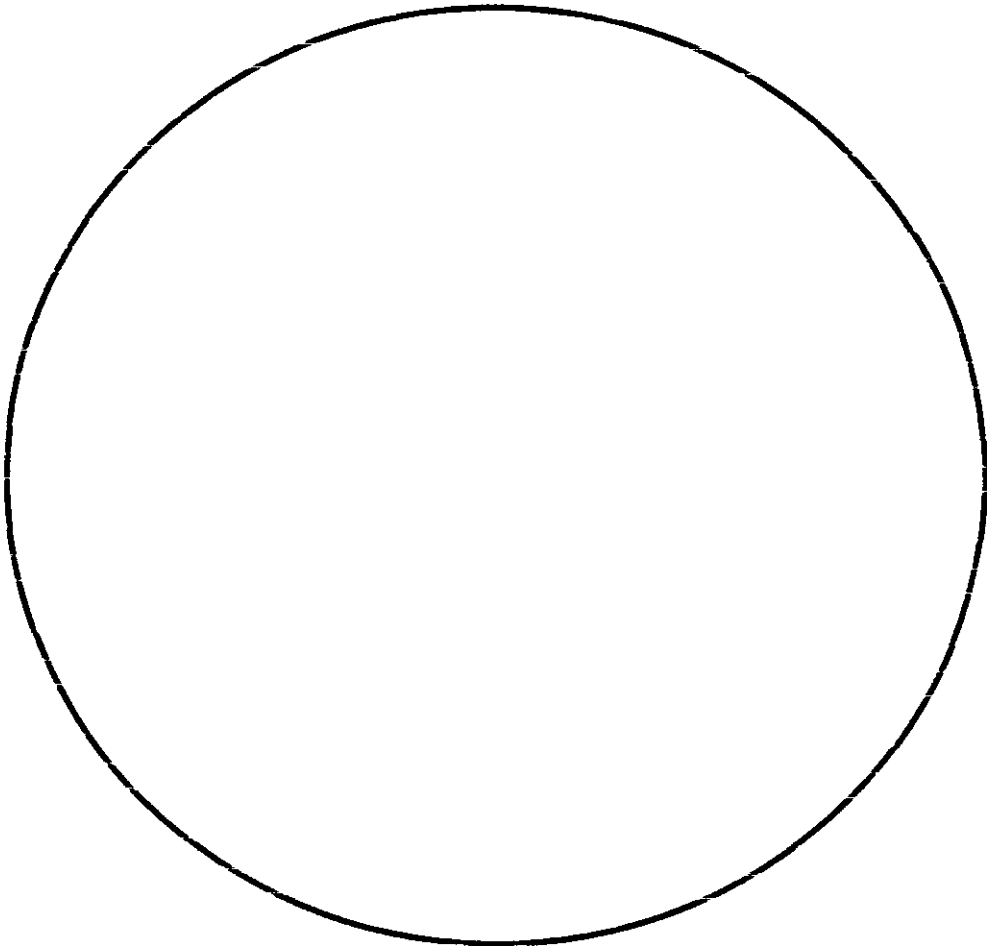
(.....)

Lampiran 4 Kuisisioner Screening Demensia Clock Drawing Test (CDT)

Clock Drawing Test

Patient's Name: _____

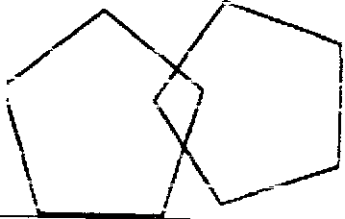
Date: _____



Skor	Kesalahan	Contoh-contoh
1	Sempurna	Tidak ada kesalahan sama sekali
2	Kesalahan visual spasial kecil	<ul style="list-style-type: none"> a) kesalahan membuat spasi angka yang kecil b) menggambar angka jam di luar lingkaran c) membalik kertas saat menuliskan jam sehingga angka terbalik d) Menggambar jari-jari untuk menyesuaikan angka jam
3	Tidak mampu menunjuk scting jam '11 lebih 10 menit' padahal saat organsasi visual spasial terlihat sempurna atau hanya menunjukkan penyimpangan yang kecil	<ul style="list-style-type: none"> a) Jarum yang menunjuk menit ada di angka 10 b) Menulis jam 11 lebih 10 menit c) Tidak mampu menggambar penunjuk waktu
4	Disorganisasi visual spasial yang ringan sehingga tidak mungkin akan menunjuk jam '11 lebih 10 menit'	<ul style="list-style-type: none"> a) Pembuatan spasi yang tidak akurat b) Menghilangkan angka c) Perseverasi: mengulang lingkaran atau melanjutkan lebih 12 dengan 13, 14, 15, dst d) Bagian kiri kanan terbalik: angka digambarkan berkebalikan arah jarum jam e) Disgrapia: tidak mampu menulis angka dengan akurat
5	Tingkat yang parah pada disorganisasi tersebut seperti pada skoring 4	Lihat contoh dari skoring 4
6	Tidak mampu merepresntasikan jam	<ul style="list-style-type: none"> a) Tidak ada usaha sama sckali b) Tidak ada kemiripan dengan jam sama sekali c) Menulis nama atau kata

Lampiran 5 Kuisiener Pre dan Pos Test Mini Mental Status Examination

Pertanyaan	Domain Kognitif & Skor Maksimal	Skor pasien
1. Jam berapa sekarang? 2. Hari apakah sekarang? 3. Tanggal berapakah sekarang? 4. Bulan apakah sekarang? 5. Tahun berapakah sekarang?	Orientasi Temporal (5 Poin)	
1. Dimanakah kita sekarang? 2. Tempat apakah ini? 3. Di desa manakah kita? Atau, Apakah alamat dari tempat ini? 4. Di kota manakah kita berada? 5. Di Negeri manakah kita berada?	Orientasi Spasial (5 poin)	
Ulangi kata berikut: Mobil, Vas, Batu	Registrasi (3 poin)	
Hitunglah: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$	Atensi dan kalkulasi (5 poin)	
Dapatkan anda mengingat 3 kata yang baru anda ucapkan?	Memori jangka pendek (3 poin)	
Pasien diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan Contoh: jam dan bolpoin	Bahasa (2 poin)	
Ulangi kata berikut : TIDAK BOLEH ADA KATA JIKA, DAN ATAU TETAPI	(1 poin)	
"Ambil selembar kertas dengan tangan kanan, lipat di bagian tengah, dan letakkan di lantai."	(Perintah Verbal) (3 poin)	
Pasien diminta menulis kalimat lengkap : Tulislah sebuah kalimat yang menarik	(1 poin)	
Pasien diminta untuk membaca dan mematuhi : Tutup mata anda!	(1 poin)	

<p>Pasien diminta untuk menyalin gambar :</p> <p>Salinlah dua gambar berikut dengan perpotongan di tengah</p>  The image shows two regular pentagons drawn with black outlines. They are positioned such that they overlap in the center. The top vertex of the left pentagon is slightly higher than the top vertex of the right pentagon, and they share a common vertical line through their centers.	<p>(1 poin)</p>	
---	-----------------	--

Lampiran 6 Satuan Acara Kegiatan Bermain**SATUAN ACARA KEGIATAN****PENGARUH PERMAINAN TRADISIONAL DAM-DAMAN**

Pokok Bahasan : Bermain Dam-daman
Sasaran : Lansia di desa Purwokerto
Waktu : 09.00-10.00 WIB JUNI 2016

I. Analisis Situasi**a. Peserta**

Peserta yang bermain adalah Lansia yang berada di Desa Purwokerto, yang bersedia menjadi responden dan telah masuk dalam kriteria inklusi.

b. Ruangan

1. Rumah Lansia/ tempat yang ditentukan lansia
2. Terdapat sarana kegiatan : Kursi dan Meja
3. Fasilitator : Peneliti

II. Tujuan Instruksional Umum

Setelah berpartisipasi dalam permainan dam-daman, peserta diharapkan dapat mengalami peningkatan fungsi kognitif sehingga terjadi penurunan tingkat demensia

III. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah proses diharapkan :

Peserta dapat berkreasi dengan bermain dam-daman dan dapat mengingat kembali kenangan saat bermain dam-daman sehingga proses berpikir pada lansia untuk membantu meningkatkan fungsi kognitif dan penurunan tingkat demensia.

III. Media/Alat

1. Papan Dam-daman
2. Kursi
3. Meja

IV. Kegiatan

Tahap / Waktu	Kegiatan Peneliti	Kegiatan peserta
Persiapan (10 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam pembuka dan perkenalan 2. Menyiapkan peserta 3. Menyiapkan tempat 	Menjawab
Pelaksanaan (20 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengamati peserta dalam memainkan permainan 	Bermain Dam-daman
Penutupan (10 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Menanyakan keadaan peserta 6. Salam penutup 	Menjawab

- V. Kriteria Evaluasi
- a. Kriteria struktur
Lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi
 - b. Kriteria proses
Seluruh partisipan mengikuti proses hingga selesai
 - c. Kriteria hasil
 1. Seluruh lansia dalam kelompok melakukan permainan dam-daman
 2. Lansia antusias dan aktif dalam bermain.
- VI. Tata Cara Bermain.
1. Setiap buah dam hanya satu kali langkah ke depan, samping, atau diagonal, mengikuti garis dan tidak boleh mundur.
 2. Untuk memakan buah dam lawan, yaitu dengan cara melompatnya (melompat satu buah dam lawan), boleh beruntun dan boleh mundur (hanya untuk memakan).
 3. Apabila lawan tidak mau atau lupa memakan buah dam anda (padahal ada kesempatan), maka lawan kena penalti atau istilahnya "DAM". Apabila terjadi seperti itu anda berhak mengambil 3 buah dam lawan secara gratis dan bebas. Saat mengambil penalti, sebaiknya dipilih dengan benar agar dapat memakan buah dam lawan secara beruntun.
 4. Setelah mengambil buah dam lawan, anda boleh melanjutkan langkah.
 5. Bila salah satu pihak menyarangkan buah damnya mengelilingi daerah ekor (segitiga) lawan, maka buah dam menjadi sakti yang bebas bergerak kemanapun sesuai garis.
 6. Apabila buah dam tinggal 3, maka itu sudah menjadi dam sakti yang bebas bergerak kemanapun sesuai garis.
 7. Pemain dinyatakan menang bila berhasil menghabisi buah dam lawan. Dinyatakan seri atau draw bila masing-masing buah dam tersisa satu.

Lampiran 7 Log Book Permainan Dam-daman

Tanggal	Pertemuan	Pemenang		Σ bidak Responden 1	Σ bidak Responden 2	Keterangan
		Responden 1	Responden 2			
11/6/2016	1	-	✓	0	5	-
12/6/2016	2	-	✓	0	6	-
14/6/2016	3	✓	-	3	0	-
15/6/2016	4	-	✓	0	5	-
17/6/2016	5	-	✓	0	4	-
19/6/2016	6	-	✓	0	5	-
22/6/2016	7	✓	-	3	0	-
24/6/2016	8	-	✓	0	3	-

Tanggal	Pertemuan	Pemenang		Σ bidak Responden 1	Σ bidak Responden 2	Keterangan
		Responden 1	Responden 3			
11/6/2016	1	✓	-	0	5	-
12/6/2016	2	-	✓	3	0	-
14/6/2016	3	✓	-	4	0	-
15/6/2016	4	-	✓	0	6	-
17/6/2016	5	-	✓	0	5	-
19/6/2016	6	-	✓	0	4	-
22/6/2016	7	-	✓	0	5	-
24/6/2016	8	-	✓	0	6	-

Tanggal	Pertemuan	Pemenang		Σ bidak Responden 1	Σ bidak Responden 2	Keterangan
		Responden 2	Responden 3			
11/6/2016	1	✓	-	4	0	-
12/6/2016	2	✓	-	6	0	-
14/6/2016	3	✓	-	5	0	-
15/6/2016	4	✓	-	3	0	-
17/6/2016	5	-	✓	0	5	-
19/6/2016	6	-	✓	0	5	-
22/6/2016	7	✓	-	4	0	-

24/6/2016	8	-	✓	0	4	-
-----------	---	---	---	---	---	---

Tanggal	Pertemuan	Pemenang		Σ bidak	Σ bidak	Keterangan
		Responden 4	Responden 5	Responden 4	Responden 5	
12/6/2016	1	✓	-	5	0	-
13/6/2016	2	✓	-	4	0	-
14/6/2016	3	✓	-	3	0	-
17/6/2016	4	✓	-	6	1	-
19/6/2016	5	-	✓	0	5	-
21/6/2016	6	✓	-	5	0	-
23/6/2016	7	✓	-	6	1	-
24/6/2016	8	-	✓	2	8	-

Tanggal	Pertemuan	Pemenang		Σ bidak	Σ bidak	Keterangan
		Responden 6	Responden 7	Responden 6	Responden 7	
12/6/2016	1	✓	-	5	0	-
13/6/2016	2	-	✓	0	4	-
14/6/2016	3	✓	-	5	0	-
17/6/2016	4	-	✓	1	7	-
19/6/2016	5	-	✓	0	5	-
21/6/2016	6	✓	-	4	0	-
23/6/2016	7	-	✓	7	2	-
24/6/2016	8	-	✓	1	5	-

Tanggal	Pertemuan	Pemenang		Σ bidak	Σ bidak	Keterangan
		Responden 8	Responden 9	Responden 8	Responden 9	
12/6/2016	1	✓	-	5	0	-
14/6/2016	2	✓	-	4	0	-
16/6/2016	3	✓	-	5	0	-
18/6/2016	4	✓	-	7	2	-
20/6/2016	5	✓	-	6	0	-
21/6/2016	6	✓	-	5	0	-
22/6/2016	7	✓	-	7	2	-

Tanggal	Pertemuan	Pemenang		Σ bidak Responden 8	Σ bidak Responden 9	Keterangan
		Responden 10	Keluarga			
24/6/2016	8	✓	-	5	0	-
12/6/2016	1	-	✓	0	5	-
14/6/2016	2	-	✓	0	3	-
16/6/2016	3	✓	-	3	0	-
18/6/2016	4	-	✓	0	4	-
20/6/2016	5	-	✓	0	3	-
21/6/2016	6	✓	-	5	0	-
22/6/2016	7	-	✓	0	5	-
24/6/2016	8	✓	-	5	0	-

Lampiran 8 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 126-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**“PENGARUH PERMAINAN TRADISIONAL DAM-DAMAN TERHADAP
PENCEGAHAN PENINGKATAN DEMENSIA PADA LANSIA DI
KABUPATEN KEDIRI”.**

Peneliti utama : **Wimar Anugrah Romadhon**
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Desa Purwokerto Kec Ngadiluwih Kediri
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol

Surabaya, 3 Juni 2016
Ketua, (CA/KEPK)

Joni Haryanto, S.Kp, M.Si, Dr Kep
NIP. 196306081991031002



Lampiran 9 Surat Pengambilan Data Awal


UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkip.unair.ac.id

Nomor : **1335 JUN3.1.13/PPd/2016** 3 Mei 2016
 Lampiran : -
 Perihal : **Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Awal**

Kepada Yth.
 Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
 Provinsi Jawa Timur

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

Nama : Wimar Anugrah Romadhon
 NIM : 131211132051
 Judul Skripsi : Pengaruh Intervensi Permainan Tradisional Dam Daman terhadap Pencegahan Perkembangan Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri

Pembimbing 1 : Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si
 Pembimbing 2 : Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
 Wakil Dekan I,

Dr. Kusanto, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196301291989031002

Tembusan:
 1. Kepala Bakesbangpol Kabupaten Kediri

Lampiran 10 Surat Pengambilan Data Penelitian
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax (031) 5913257, 5913752
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkip.unair.ac.id

Nomor	: 1588 /UN3.1.13/PPd/2016	26 Mei 2016
Lampiran	: 1 berkas	
Perihal	: Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian	


Kepada Yth.
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Provinsi Jawa Timur

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

Nama	: Wimar Anugrah Romadhon
NIM	: 131211132051
Judul Skripsi	: Pengaruh Intervensi Permainan Tradisional Dam-daman terhadap Pencegahan Peningkatan Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I,


Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196407291989031002

Tembusan:
1. Kepala Bakesbangpol Kabupaten Kediri

Lampiran 11 Surat Perijinan Bakesbangpol Provinsi



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 JALAN PUTAT INDAH NO.1 TELP. (031) - 5677935, 5681297, 5675493
 SURABAYA - (60189)

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY/MAGANG/KEGIATAN

Nomor : 070/ 5822 /203.3/2016

- 7Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 ;
 2. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 101 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Sekretariat, Bidang, Sub Bagian dan Sub Bidang Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur.
- Menimbang** :
- Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tanggal 3 Mei 2016 Nomor : 1335/UN3.1.13/PPd/2016 perihal Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Awal atas nama Wimar Anugrah Romadhon

Gubernur Jawa Timur, memberikan rekomendasi kepada :

- a. Nama : Wimar Anugrah Romadhon
- b. Alamat : Kedung Tarukan No. 54, Surabaya
- c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
- d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
- e. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

- a. Judul Proposal : "Pengaruh Intervensi Permainan Tradisional Dam Daman Terhadap Pencegahan Perkembangan Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri"
- b. Tujuan : Permohonan data dan wawancara/Skripsi
- c. Bidang Penelitian : Keperawatan
- d. Dosen Pembimbing : Dr. Joni Haryanto, S.Kp.,M.Si
- e. Anggota/Peserta : -
- f. Waktu Penelitian : 3 (tiga) bulan
- g. Lokasi Penelitian : Kabupaten Kediri

- Dengan ketentuan**
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat / lokasi penelitian/survey/kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat ;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Gubernur Jawa Timur melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur dalam kesempatan pertama.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 9 Mei 2016

an. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 PROVINSI JAWA TIMUR

Kepala Bidang Budaya Politik



NIP. 195600011985041012

Tembusan :

1. Gubernur Jawa Timur (sebagai laporan);
2. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya di Surabaya ;
3. Yang bersangkutan.

Lampiran 12 Surat Perijinan Bakesbangpol Kabupaten Kediri



PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JALAN SOEKARNO HATTA NOMOR 1 TELEPON 689969
KEDIRI

Website : www.Kedirikab.go.id Email: bakesbangpol@kedirikab.go.id

Kediri, 16 Juni 2016

Nomor : 070/ 447 / 418.62/2016
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Rekomendasi

KEPADA
 YTH. SDR. CAMAT NGADILUWIH
 KABUPATEN KEDIRI
 DI
NGADILUWIH

REKOMENDASI

Menunjuk Surat Saudara Kepala Bakesbangpol Provinsi Jawa Timur tanggal 9 Mei 2016 Nomor : 220/ 5822/ 203.3/ 2016 Perihal Rekomendasi Penelitian/ Survey/ Magang/ Kegiatan.

Memperhatikan jawaban persetujuan lokasi dari Camat Ngadiluwih Kabupaten Kediri perihal Persetujuan Ijin Penelitian .

Berdasarkan :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Permendagri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Kediri Nomor 1 Tahun 2015 tentang Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik;
3. Peraturan Bupati Kediri Nomor 4 tahun 2015 tentang penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik;
4. Surat Edaran Bupati Kediri tanggal 6 Agustus 2012 Nomor : 070/1541/418.62/2012 Perihal Perubahan Proses Penerbitan Rekomendasi Penelitian

Bersama ini diberitahukan bahwa :

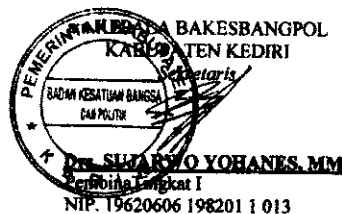
Nama : **WIMAR ANUGRAH ROMADHON**
 Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya
 Alamat : Kedung Tarukan No. 54 Surabaya
 Kebangsaan : Indonesia

Diberikan Rekomendasi untuk mengadakan kegiatan dimaksud di Unit / Wilayah

Kerja Saudara dengan :
 Judul : *Pengaruh Intervensi Permainan Tradisional Dan Daman terhadap Pencegahan Perkembangan Demensia pada Lansia di Kabupaten Kediri*
 Penanggung jawab : **Dr. JONI HARYANTO, S.Kp., M.Si**
 Waktu : 3 (tiga) bulan sejak tanggal Rekomendasi diterbitkan
 Lokasi : Kecamatan Ngadiluwih (Desa Purwokerto)

Penerima rekomendasi wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku dan apabila selesai melaksanakan kegiatannya diwajibkan memberikan laporan.

Demikian Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.



TEMBUSAN : Kepada YTH.

1. Ibu Bupati Kediri (sebagai laporan);
2. Sdr. Kepala Bappeda Kab. Kediri;
3. Sdr. Yang Bersangkutan