

# SKRIPSI

## PENGARUH TERAPI PERILAKU KOGNITIF TERHADAP STRES PADA LANSIA YANG TINGGAL DI UPT PSLU JOMBANG DI PARE KEDIRI

*PENELITIAN QUASY EXPERIMENT*

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



**Oleh :**

**MILA HESTIKA SARI**

**NIM. 010610143 B**

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

**2011**

**LEMBAR PERNYATAAN**

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

Surabaya, 16 Februari 2011

Yang Menyatakan

Mila Hestika Sari

NIM. 010610143 B

LEMBAR PERSETUJUAN  
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 16 FEBRUARI 2011

Oleh

Pembimbing I



Harmayetty, S.Kp, M.Kes.  
NIP. 197004102000122001

Pembimbing II

Kholidatul Bahiyah, S.Kep., Ns  
NIP. 197402122006042001

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



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



**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

Telah Dipertahankan Di Depan Tim Penguji Sidang Skripsi

Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan


Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal 16 Februari 2011

**Menetapkan:**

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Purwaningsih S.Kp., M.Kes.  
NIP. 196611212000032001

(.....)  


Anggota: 1. Harmayetty, S.Kp., M.Kes.  
NIP. 197004102000122001

(.....)  


2. Khoridatul Bahiyah, S.Kep., Ns.  
NIP. 197402122006042001

(.....)

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



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

NIP. 197904242006042002



## MOTTO

**"HIDUP INI IBARAT SEBUAH PERTANDINGAN 50% BISA MENANG DAN  
50% BISA KALAH TETAPI BILA MENGALAMI KEKALAHAN SETIDAKNYA  
SUDAH BERUSAHA MELAKUKAN YANG TERBAIK SELAMA  
PERTANDINGAN BERLANGSUNG"**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH TERAPI PERILAKU KOGNITIF TERHADAP STRESS PADA LANSIA YANG TINGGAL DI UPT PSLU JOMBANG DI PARE, KEDIRI”**.

Skripsi ini disusun sebagai syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak yang telah banyak membantu. Pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan studi.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep. selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan studi.
3. Ibu Harmayetty, S.Kp., M.Kes. selaku pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran sampai terselesaikannya skripsi ini.
4. Ibu Khoridatul Bahiyah, S.Kep., Ns sebagai pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran sampai terselesaikannya skripsi ini.

5. Kepala Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur dan Kepala UPT PSLU Jombang yang telah memberikan ijin kepada saya untuk melakukan penelitian di Pare.
6. Bapak Drs. Tokharan selaku Kepala UPT PSLU di Pare serta staf dan karyawan telah membantu proses penelitian saya selama dua minggu.
7. Bapak (Al.), ibuk dan mbak, serta kerabat terdekat yang telah memberikan dukungan, perhatian, serta semangatnya selama penulis menyelesaikan studi ini.
8. Seluruh lansia di UPT PSLU dan responden lansia di Wisma Mawar dan AWF yang bersedia menjadi responden saya selama penelitian berlangsung.
9. Sahabat- sahabat seperti Lia, Via, Astirin, Yuni, Herlina, Finda, Sri, Erwin, Galih, Cahyo, mbak Ida, Deny, Retnayu, Sutrisno, mbak Mida, Rochmi, Ika S, Indra, Okta, Avit, Tomi, Erma, mbak Eka, Ayuk, Firza, mbak Ika, anggota KPK, Indri yang memberikan semangat dan dukungan untuk menyelesaikan skripsi ini.
10. Teman-teman PSIK A6 serta semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan kepada penulis selama penyusunan skripsi.
11. Seluruh penghuni kost Jelita, Viena, Yuni, mbak Cebe, Neni, mbak Lucy, mbak Yeny, Devi, Indah, Arini, Zia, Aisya dan kawan- kawan lainnya.
12. Terima kasih kepada mbak Endang, penduduk Brabowan (Bu Susi, mas Adit, mas Riki, Gun, Widodo, Sholikin, adek-adek SDN Brabowan) serta teman- teman KKN Rina, Badrus, Mei, Indar, DJ, dkk. yang mendoakan saya.



- 13 Kepada pak Hendy serta pak Udin yang membuatkan surat izin penelitian dan surat meminta data awal hingga berkali-kali.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuannya kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Harapan penulis semoga skripsi yang mungkin masih jauh dari kesempurnaan ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan untuk perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 16 Februari 2011

Penulis

**ABSTRACT**

**THE INFLUENCE OF COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY OF  
GERIATRY STRESS WHO STAY IN UPT PSLU JOMBANG IN PARE  
KEDIRI**

**Quasi experimental study in UPT PSLU Jombang in Pare Kediri**

**By Mila Hestika Sari**

Stress often happens in the geriatry who is stay ini UPT PSLU. There are various responses caused by kognitive such as dementia. The objective of this research was to analyze the influence of cognitive behavior therapy on cognitif respon of stress geriatry.

This research used quasi experimental pre-post control design. Held in 10<sup>th</sup> august to 21<sup>th</sup> august 2010. The sampling method used purposive sampling with total sample 18 respondents. Independent variable was cognitive behavior therapy while dependent variable was stress geriatry. Data were collected by using questionnaire for geriatry before and after test and observation responses of stress. Then, it analyzed using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney U test with significant level  $p < 0,05$ .

The result showed cognitive behavior therapy had significant on decreasing psychological responses of stress geriatry on test ( $p = 0,008$ )

It can be concluded that cognitive behavior therapy effected on stress geriatry. Further study recommended on the influenced of cognitive behaviour therapy can increase stress geriatry.

*KeyWords : cognitive behaviour therapy, stress, geriatry*

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	ii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto .....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
<i>Abstract</i> .....	ix
Daftar Isi .....	x
Daftar Gambar .....	xii
Daftar Tabel .....	xiii
Lampiran .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktis .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
2.1 Konsep Terapi Perilaku Kognitif .....	6
2.1.1 Teori Perilaku .....	6
2.1.2 Beberapa Teori Perubahan Perilaku .....	7
2.1.3 Teori Kognitif .....	12
2.1.4 Pengertian Tewrapi Perilaku Kognitif .....	12
2.1.5 Tujuan Utama dalam Tehnik Terapi Perilaku Kognitif ...	13
2.1.6 Terapi Perilaku Kognitif untuk Lansia Stres .....	13
2.1.7 Protap-protap Terapi Perilaku Kognitif .....	14
2.1.8 Teori Beck tentang Stres .....	19
2.2 Konsep Lansia .....	19
2.2.1 Pengertian Lansia .....	19
2.2.2 Batasan-batasan Lansia .....	20
2.2.3 Teori-teori Proses Menua .....	21
2.2.4 Tinjauan Masalah Psikologik pada Lansia .....	23
2.2.5 Sterotipe Psikologik pada Orang Lansia .....	24
2.2.6 Perubahan yang terjadi pada Lansia.....	27
2.2.7 Gangguan-gangguan Kognitif pada Lansia .....	34
2.2.8 Pengertian Stres .....	41
2.2.9 Macam-macam Stres .....	44
2.2.10 Stres pada Lansia .....	45



<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>	
3.1 Kerangka Konseptual .....	52
3.2 Hipotesis Penelitian .....	54
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b> .....	55
4.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian .....	56
4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling .....	56
4.2.1 Populasi .....	56
4.2.1.1 Populasi Terjangkau .....	57
4.2.2 Besar Sampel .....	57
4.2.3 Tehnik Sampling .....	58
4.3 Variabel .....	58
4.3.1 Variabel Independen .....	58
4.3.2 Variabel Dependen .....	59
4.4 Definisi Operasional .....	59
4.5 Pengumpulan dan Analisis Data .....	61
4.5.1 Pengumpulan Data .....	61
4.5.1.1 Proses Pengumpulan Data .....	61
4.5.1.2 Instrumen Penelitian .....	62
4.5.1.3 Waktu dan tempat Penelitian .....	63
4.5.2 Analisis Data.....	63
4.6 Kerangka Kerja .....	65
4.7 Etika Penelitian .....	66
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	68
5.1 Hasil Penelitian .....	68
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	68
5.1.2 Karakteristik Responden .....	69
5.1.3 Data Khusus Responden .....	71
5.2 Pembahasan .....	74
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	79
6.1 Simpulan .....	79
6.2 Saran .....	80
Daftar Pustaka .....	81
Lampiran .....	83

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual .....	52
Gambar 4.2 Kerangka Kerja .....	65

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Prosedur Modifikasi CBT untuk Lansia .....	15
Tabel 4.1. Desain Penelitian .....	56
Tabel 4.2. Definisi Operasional .....	59



**LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1 Surat ijin Penelitian .....	83
Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian .....	86
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....	87
Lampiran 4 Format Pengumpulan Data .....	88
Lampiran 5 Lembar Observasi Stress .....	89
Lampiran 6 Satuan Acara Kegiatan .....	91
Lampiran 7 Jadwal Kegiatan Harian Klien .....	93
Lampiran 8 Tabulasi .....	96
Lampiran 9 Hasil Output SPSS .....	99

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Menua (aging proses) adalah proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantinides, 1994). Dengan bertambah usia, tubuh mengalami proses penuaan termasuk otak akan mengalami perubahan fungsi intelektual, berupa sulit mengingat kembali, berkurangnya kemampuan dalam mengambil keputusan dan bertindak lebih lambat. Menurut United Nation Population Division, Departement of Economic and Sosial Affairs (1999) jumlah populasi lansia di atas usia 60 tahun diperkirakan hampir mencapai 600 juta orang dan diproyeksikan menjadi 2 milyar pada tahun 2050. Menurut laporan data demografi penduduk internasional yang dikeluarkan oleh Bureau of Cencus USA (1993), dilaporkan bahwa penduduk Indonesia pada tahun 1990- 2025 akan mempunyai kenaikan jumlah lansia sebesar 414%, suatu angka paling tinggi di seluruh dunia. Penderita yang berusia diatas 65 tahun (atau di atas 60 tahun di Asia) sering memiliki keluhan subyektif adanya gangguan daya ingat yang ringan, seperti tidak dapat mengingat kembali nama orang atau keliru meletakkan benda- benda. Gangguan daya ingat yang berhubungan dengan daya ingat tersebut perlu dibedakan dengan adanya kecemasan pada saat dilakukan pemeriksaan atau wawancara (Weinberg, 1995; Hamilton, 1985). Dari data awal yang diambil tanggal 6 Juni 2010 jam

11.00 WIB di Panti Werda Pare terdapat 12 lansia diantara 25 lansia yang mengalami stress. Hal ini dapat dilihat adanya beberapa lansia yang menarik diri dan sulit bersosialisasi dengan lingkungan panti. Penyebabnya dikarenakan mereka ingin tinggal bersama keluarga mereka.

Berbagai terapi perilaku hanya memberikan perhatian pada proses berpikir dan penalaran klien. Terapi perilaku kognitif (*CBT-Cognitive Behaviour Therapy*) menggunakan teori dan riset tentang proses-proses kognitif. Para terapis perilaku kognitif memberikan perhatian pada peristiwa-peristiwa dalam diri, pemikiran, persepsi, penilaian, pernyataan diri, bahkan asumsi-asumsi yang tidak diucapkan (tidak disadari) dan telah mempelajari serta memanipulasi proses-proses dalam upaya memahami dan mengubah perilaku bermasalah yang terlihat maupun yang tidak terlihat. Banyak terapi perilaku kognitif dilakukan secara berkelompok selain secara individual. Terapi perilaku kognitif dari Beck dan Ellis juga telah diberikan secara berkelompok untuk menangani masalah seperti gangguan panik, fobia sosial, dan gangguan obsesif kompulsif (Albano dkk, 1995 ; Kobak, Rock, & Geist, 1995 ; Neron, Lacroix, & Chaput, 1995).

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kesetabilan lingkungan internal dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah dipakai. Perubahan fisiologis utama pada otak, yang terlihat pada otopsi adalah atrofi (pembuangan) korteks serebral, pertama-tama korteks entorinal dan hipokampus, dan selanjutnya frontal, temporal, dan parietal lobe. Seiring hilangnya neuron dan sinaps, celah terbentuk semakin lebar dan tepi-tepinya semakin sempit dan datar. Rongga-rongga otak juga melebar. Plak, daerah kecil berbentuk bulat yang berisi sisa-sisa neuron yang hilang dan  $\beta$ -



amiloid, timbunan protein seperti lilin terserak di seluruh korteks. Serat-serat protein abnormal, serat neurofibrilari menumpuk di dalam tubuh sel neuron. Plak dan serat tersebut terdapat di seluruh korteks serebral dan hipokampus. Hampir dari  $\frac{1}{4}$  dari lansia tinggal di panti (Torey, 1992), dan banyak melaporkan beberapa keterbatasan aktivitas atau kesulitan dalam melakukan aktivitas perawatan pribadi (Manton & Soldo, 1992). Terdapat jumlah yang signifikan dari mereka mengalami kerusakan kognitif (Evans dkk, 1992). Stress sebagai suatu stimulus, yang sering kali disebut sebagai stressor, dan bukan suatu respon dan mengidentifikasi dengan berbagai kondisi lingkungan, seperti sengatan listrik, kebosanan, stimuli yang tidak dapat dikendalikan, berbagai bencana kehidupan, masalah sehari-hari dan kurang tidur. Stimuli yang dianggap stressor dapat besar, kecil, akut atau kronis. Sebagian besar stimuli tersebut berupa pengalaman bagi orang-orang dirasakan tidak menyenangkan.

Terapi Perilaku Kognitif adalah metode perawatan psikoterapi yang membantu seseorang mengatasi masalah yang terkait dengan emosi, perilaku, dan kognisi melalui metode dan berorientasi pada tujuan. Terapi ini mendukung meningkatnya mekanisme pertahanan seperti rasionalisasi dan intelektualisasi, dan mendorong partisipasi aktif pasien. Pentingnya terapi ini bahwa apa yang diketahui oleh kepercayaan pasien dan faktor diri dengan pikiran mereka, perasaan dan respon lingkungan sebagai penyebab stressor (Person, 1993, 1989). Person (1991) juga menjadikan rumusan masalah bisa meningkatkan terapi. Petunjuk perumusan Intervensi pertolongan terapi ini untuk menebak dan menghindari kesulitan (Persons & Tomkins, 1997; Persons, 1989). Terapi ini bisa menjadi ideal dengan ide yang negatif melihat pendekatan kognitif. Salah satu

yang dipakai terapi ini adalah terapi musik, karena terapi musik dapat telah terbukti memiliki efek menenangkan dan dapat menstimulasi kenangan bagi lansia yang mengalami gangguan kognitif. Terapi musik juga sudah efektif digunakan sebagai adjuvan program aktivitas.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Apakah ada pengaruh pemberian Terapi Perilaku Kognitif terhadap Lansia yang mengalami stress di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri ?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap lansia yang mengalami stress di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi stress pada lansia sebelum diberikan terapi perilaku kognitif di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.
2. Mengidentifikasi stress pada lansia sesudah diberikan terapi perilaku kognitif di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.
3. Menganalisis perubahan stress yang terjadi pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Hasil dari penelitian bisa digunakan untuk mengetahui pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri sehingga dapat bermanfaat sebagai salah satu intervensi dalam keperawatan gerontik yang berhubungan dengan stress dan gangguan kognitif pada lansia.

### **1.4.2. Manfaat Praktisi**

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

- 1) Sebagai pengoptimalan perkembangan kognitifnya meskipun umurnya sudah lanjut.
- 2) Sebagai indikator perilaku lansia agar dapat bersosialisasi di lingkungan panti.

#### **2. Bagi peneliti**

Sebagai perkembangan kognitif dan perkembangan perilaku pada lansia yang diberikan terapi perilaku kognitif.

#### **3. Bagi Panti**

Sebagai informasi kepada pengurus panti agar dapat membantu menghilangkan stress pada lansia.

**BAB 2****TINJAUAN PUSTAKA****2.1. Konsep Terapi Perilaku Kognitif (CBT= *Cognitive Behaviour Therapy*)****2.1.1. Teori Perilaku**

Suatu cara baru menangani psikopatologi disebut terapi perilaku. Terapi perilaku muncul pada tahun 1950-an. Pada awal terapi ini menggunakan prosedur yang didasari *classical* dan *operant conditioning* untuk mengatasi masalah-masalah klinis. Kadang-kadang istilah modifikasi perilaku juga digunakan, dan para terapis yang menggunakan *operant conditioning* sebagai suatu cara untuk memberikan penanganan sering kali menyukai istilah tersebut. Walaupun ada perdebatan yang cukup keras mengenai bagaimana mendefinisikan bidang ini (a.l. Fishman, Rodgers, & Franks, 1988; Mahoney, 1993), terapi perilaku dewasa ini lebih dicirikan oleh posisi epistemologisnya, pencariannya terhadap berbagai standar bukti yang pasti dan oleh komitmennya terhadap serangkaian konsep tertentu. Terapi perilaku merupakan upaya untuk merubah perilaku, pikiran, perasaan abnormal dengan menerapkan dalam konteks klinis metode yang digunakan dan penemuan-penemuan yang dihasilkan oleh para psikolog eksperimental dalam studinya mengenai perilaku normal dan abnormal. Terapi perilaku kognitif (CBT) seringkali dianggap sebagai aspek keempat terapi perilaku, namun dibahas secara terpisah dalam bagian paradigma kognitif, karena berfokus pada proses-prose berfikir manusia.



## 2.1.2. Beberapa Teori Perubahan Perilaku

### 1. Teori Stimulus Organisme (S-O-R)

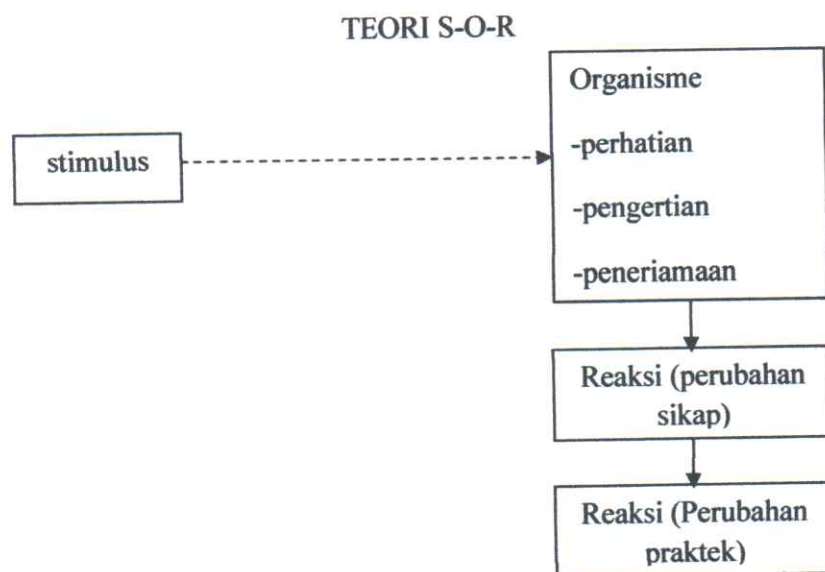
Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya, kualitas dari sumber komunikasi (sources), misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara, sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok, masyarakat.

Hosland, et al (1953) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a) Stimulus (rangsang) yang diberikan kepada organism dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu, dan berhenti disini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organism berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
- b) Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organism (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
- c) Setelah itu organism mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi ketersediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
- d) Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku hanya dapat berubah apabila stimulus (rangsangan) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan dapat meyakinkan organism. Dalam meyakinkan organism ini faktor *reinforcement* memegang peranan penting.

Proses perubahan perilaku berdasarkan teori S-O-R ini dapat digambarkan sebagaimana segai berikut:



## 2. Teori Festinger (Dissonance Theory)

Teori dissonance (Cognitive Dissonance Theory) diajukan oleh Festinger (1957) ini telah banyak pengaruhnya dalam psikologi social. Teori ini sebenarnya sama dengan konsep inbalance (tidak seimbang). Hal ini berarti bahwa keadaan cognitive dissonance merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Apabila terjadi

keseimbangan dalam diri individu, maka sudah terjadi ketegangan diri lagi, dan keadaan ini disebut consonance (keseimbangan).

Dissonance (ketidakseimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan. Yang dimaksud elemen kognisi adalah pengetahuan, pendapat, atau keyakinan yang berbeda atau bertentangan di dalam diri individu itu sendiri maka terjadilah dissonance itu sebagai berikut.

Rumus ini menjelaskan bahwa ketidakseimbangan dalam diri seseorang yang akan menyebabkan perubahan perilaku dikarenakan adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang tidak seimbang dan sama-sama pentingnya. Hal ini menimbulkan konflik pada diri individu tersebut.

### 3. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung pada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan tersebut. Menurut Katz (1960) perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan. Katz berasumsi bahwa:

- a) Perilaku memiliki fungsi instrumental artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap obyek demi pemenuhan kebutuhannya. Sebaliknya bila obyek tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka ia akan berperilaku negatif.

- b) Perilaku berfungsi sebagai defence mechanism atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Artinya, dengan perilakunya, dengan tindakan-tindakanya, manusia dapat melindungi ancaman-ancaman yang datang dari luar.
- c) Perilaku berfungsi sebagai penerima obyek dan pemberi arti. Dalam perannya dengan tindakan itu seseorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan tindakan sehari-hari tersebut seseorang melakukan keputusan-keputusan sehubungan dengan obyek atau stimulus yang dihadapi. Pengambilan keputusan mengakibatkan tindakan tersebut dilakukan secara spontan dalam waktu yang singkat.
- d) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari. Oleh sebab itu perilaku merupakan layar dimana segala ungkapan diri seseorang dapat dilihat.

Teori fungsi ini berkeyakinan bahwa perilaku merupakan fungsi untuk menghadapi dunia luar individu, dan senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya. Oleh sebab itu di dalam kehidupan manusia perilaku itu tampak terus-menerus dan berubah secara relatif.

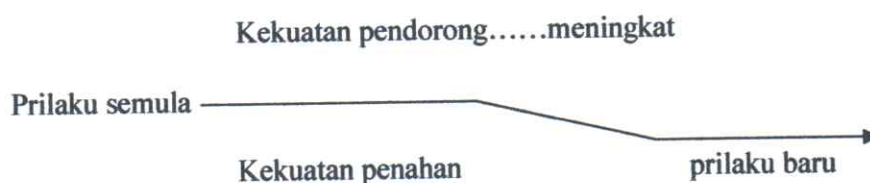
#### 4. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong

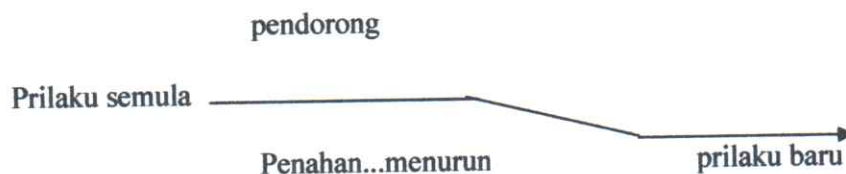


(driving forces) dan kekuatan-kekuatan penahan (restining forces). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan-perubahan perilaku pada diri seseorang yakni:

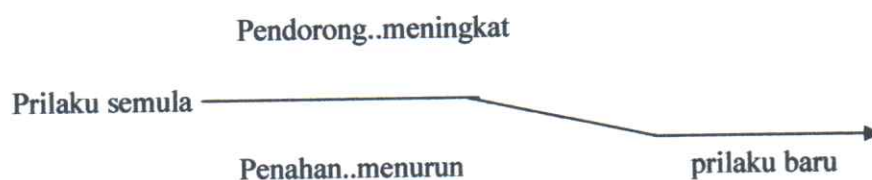
- a) Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan atau informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan.



- b) Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah keadaan tersebut.



- c) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku.



### 2.1.2. Teori Kognitif

Para psikolog kognitif menganggap proses belajar jauh lebih kompleks dibanding dengan hubungan stimulus baru. Bahkan *classical conditioning* dianggap sebagai proses aktif oleh para psikolog kognitif dimana organisme mempelajari hubungan antara berbagai peristiwa dan bukan sebagai pemberian cap otomatis atas hubungan antara stimuli (Rescorla;1988). Lebih jauh, para psikolog kognitif menganggap bahwa pembelajaran sebagai pemberi makna aktif terhadap suatu situasi dimana pengetahuan yang sudah dimiliki si pembelajar berfungsi sebagai saluran pemberi makna pengalaman tersebut. Pembelajar mencocokkan informasi baru dengan jaringan kumpulan pengetahuan yang teratur, yang sering kali disebut skema atau rangkaian kognitif (Neisse;1976). Informasi baru tersebut bisa saja cocok dengan skema, jika tidak pembelajar mengatur ulang skema agar cocok dengan informasi tersebut, atau memaknai informasi tersebut agar cocok dengan skema.

### 2.1.3. Pengertian Terapi Kognitif Perilaku (CBT)

Terapi perilaku kognitif atau *cognitif behaviour therapy* adalah terapi perilaku yang mengintegrasikan teori dan penelitian mengenai proses-proses kognitif seperti pikiran, persepsi, penilaian, pernyataan kepada diri sendiri, dan asumsi yang tidak diucapkan. Teori ini merupakan sebuah penggabungan antara paradigma kognitif dan behavioral.

*Cognitif Behavior Therapy* adalah salah satu pendekatan psikoterapi yang paling banyak diterapkan dan terbukti telah efektif dalam mengatasi berbagai gangguan, termasuk kecemasan dan depresi.

#### 2.1.4. Tujuan Utama dalam Teknik Terapi Perilaku Kognitif (CBT)

1. Membangkitkan pikiran-pikiran negative/berbahaya, dialog internal atau bicara sendiri (*swelf-talk*), dan interpretasi terhadap kejadian-kejadian yang dialami. Pikiran-pikiran negatif tersebut muncul secara otomatis, sering
2. Diluar kesadaran pasien, apabila menghadapi situasi stress atau mengingat kejadian penting masa lalu. Distorsi kognitif tersebut perilaku maladaptive yang menambah berat masalahnya.
3. Terapis bersama klien mengumpulkan bukti yang mendukung atau menyanggah interpretasi yang telah diambil. Oleh karena pikiran otomatis sering didasarkan atas kesalahan logika, maka program *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) diarahkan untuk membantu pasien mengenali dan mengubah distorsi kognitif. Pasien dilatih mengenali pikirannya, dan mendorong untuk menggunakan ketrampilan, menginterpretasikan secara lebih rasional terhadap struktur kognitif yang maladaptive.
4. Menyusun desain eksperimen (pekerjaan rumah) untuk menguji validitas interpretasi dan menjaring data tambahan untuk diskusi di dalam proses terapi.

#### 2.1.5. Terapi Perilaku Kognitif untuk Lansia Stress

Teori kognitif kecemasan atau stress dikembangkan oleh Clark (1986), dimana seseorang mengalami stress karena mereka menanggung beban (Clark, 1993).

Clark's (1986, 1993) membuat tiga prediksi:

- 1) Pasien panik akan lebih baik untuk menginterpretasikan keadaan.

- 2) Kondisi yang buruk dirasakan untuk meningkatkan stress pada pasien.
- 3) Kepanikan pasien bisa dicegah dengan meredakan pasien untuk menginterpretasikan perasaan.

Ketiga prediksi dari Clark (1986) sangat penting dalam mengatasi stress.

Prediksi ini:

- 1). Terapis melakukan mengkajian secara menyeluruh tentang data keadaan perasaan pasien ketika mengalami stress.
- 2). dan 3). Membantu pasien untuk menyetujui bahwa stress merupakan akibat alami dari suatu kecemasan dan stress tersebut memerlukan identifikasi secara eksplisit dan interpretasi catashropic untuk diolah agar menjadi lebih realistis dan bisa diterima.

#### **2.2.6. Protap-protap CBT**

CBT (*Cognitif Behaviour Therapy*) adalah sebuah konsep yang memiliki tiga fase: awal, tengah, dan akhir (Beck, 2006).

##### **1. Fase Awal**

Pertama dan yang terpenting,kebutuhan sosialisasi yang adekuat pada pasien adalah terapi. Pasien lansia sering kali tidak mengenal kata terapi dan bagaimana cara kerjanya, dan mungkin kecemasan bisa diantisipasi dari apa yang akan terjadi. Dengan demikian, sosialisasi sangat penting sebagai kemandirian kerja terapeutik. Di bawah ini ada lima komponen yaitu:

- 1) Mendapatkan harapan tentang terapi. Ini mungkin sebagai dasar pengalaman beberapa tahun yang lalu dengan model terapi atau tidak dengan gambaran arus.



Tabel 2.1. Prosedur modifikasi CBT untuk Lansia

Hubungan umur	Perubahan strategi
Masalah memori	<p>Informasi akhir yang didapatkan tingkah laku lansia adanya perbedaan dan penggunaan berulang untuk penulisan dan menjawab. ,menggunakan dasar alat mnemonic, seperti gambar karikatur atau alat audio dan visual yang lebih spesifik. Memberikan brosur atau catatan untuk menceritakan kondisi rumah dan perlengkapannya. Mendorong mengulang dan latihan tugasnya. Menggunakan flipchart sesering mungkin untuk menggambarkan nilai. Sesi rekam dan dorong pasien untuk mengulangi itu. Dorong pasien untuk mengambil rekaman rumah dan belajar lebih lanjut.</p>
Normal-abnormal	<p>Meliputi interdisiplin regu. Sebagai contoh, jika fisik memburuk dalam memberikan pengobatan langsung komunikasi dengan ahli geriatri dengan cepat menyediakan informasi masalah yang diperlukan. Jika pasien mengalami masalah yang kurang adekuat, komunikasi dengan karyawan di kelompok mungkin cukup mengintervensi untuk mengatasi masalah. Selalu menganggap apakah cacat merupakan faktor pasien.</p>
Umur menua	<p>Menghilangkan sebagian cerita menua dengan memberikan pengetahuan dari riset terakhir. Buku- buku sukses seperti menua(Rowe&amp;Kahn, 1998)</p>

	dan dokumen seperti Aktif Menua(WHO,2002), Menua: mitos kesalahan(WHO, 1999) bisa membantu lansia yang stress untuk mengembangkan sikap positif dan mengurangi keputusan.
Penggambaran cerita	Lansia sering mempunyai kecenderungan tentang arti hidup. Cenderung sifat ini menjadi hal yang utama jika mereka mereka menyampaikan informasi dimana mereka mengharapkan orang lain untuk memberikan bantuan. Sering sediakan ringkasan informasi dari pasien dan minta untuk mengulang dan menjelaskan nilai yang sulit. Menyediakan aturan untuk memberikan terapi dan mengalihkan fokus bahasan.

- 2) Menjelaskan kolaborasi dari CBT. Penerapi tidak pengalaman tetapi lebih berpengalaman sebagai petunjuk jalan siapa yang akan berkesempatan untuk belajar dan untuk berpikir yang baru.
- 3) Menjelaskan keterbatasan terapi CBT. Sebenarnya menolong penulis untuk melaporkan data untuk menegaskan kebutuhan setiap tahap sampai selesai.
- 4) Menjelaskan “sini dan sekarang” merupakan fokus CBT. Bentuk terapi ini berfokus pada salah satu masalah dan berorientasi pada penyelesaian masalah.
- 5) Tujuan akhir adalah “road map” yang akan dipakai sebagai acuan ke depannya.

## 2. Fase Tengah

Bagian dari tugas penerapi adalah menyediakan model kasus (atau model kerja bagaimana depresi sedang diteliti di kehidupan manusia) untuk menunjukkan strategi intervensi. Disini lebih dari pemikiran spesifik dan atau perilaku diajarkan kepada pasien dengan maksud mereka agar berlatih (keduanya baik diluar maupun di dalam bagian) sampai mereka belajar secukupnya dengan baik sehingga pasien dapat membahas dan memisahkan satu atau lebih keluhannya.

## 3. Fase Akhir

Di akhir terapi ini, ada dua tujuan utama menyelesaikan: 1) Persiapan dan kelengkapan terapi akhir; dan 2) perencanaan untuk terapi kembali.

Keahlian yang dibutuhkan untuk menghabiskan waktu pada lansia. Ini adalah: 1) penting untuk mengobati mereka yang telah terlambat; 2) kesulitan mereka seperti menemukan beberapa orang dengan siapa berbagi pemikiran dan perasaan; 3) takut masa depan cenderung berbahaya yang akan membuat mereka tidak berguna lagi dan diperlukan tambahan mental kesehatan.

Beberapa rekomendasi untuk menangani terminasi:

- 1) Bagian empat terpisah dengan kata, dua atau empat minggu lebih melanjutkan bertemu tiap minggu sampai akhir waktu. Ini mengajarkan pasien berbuat bebas menggunakan

teori dan perilaku yang diajarkan, dengan kepercayaan dari penerapi.

- 2) Anggap menawarkan beberapa 'booster session' yang akan datang tahun depan sehingga pasien bisa menjadwalkan janji. Ini dapat menenangkan hati pasien yang darurat yang akan diterapi. Ini juga menawarkan bantuan kesempatan keahlian.

### 2.1.7. Teori Beck tentang Stress

Teori terpenting yang menganggap proses berpikir sebagai faktor penyebab stress adalah teori Aaron Beck (1967, 1987). Pemikiran sentralnya adalah orang-orang yang stress memiliki perasaan seperti demikian karena pemikiran mereka menyimpang bentuk interpretasi negatif.

Menurut Beck, pada masa kanak-kanak dan remaja orang-orang yang stress menggambarkan skema yang negatif, suatu kecenderungan untuk melihat lingkungan secara negatif. Kita mengatur kehidupan dengan menggunakan rangkaian persepsi atau paradigma. Pada orang-orang yang stress mereka teraktivasi ketika menghadapi berbagai situasi baru yang memiliki kemiripan dalam berbagai hal. Skemata negatif pada orang-orang yang stress memicu dan dipicu oleh berbagai penyimpangan kognitif tertentu yang membuat orang yang bersangkutan menerima realitas secara salah. Dengan demikian dapat membuat individu yang stress mengaharapkan kegagalan sepanjang waktu, menyalahkan diri sendiri, membebani dengan tanggung jawab atas ketidakberuntungan mereka.



## 2.2. Konsep Lansia

### 2.2.1. Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah suatu kondisi dimana secara perlahan tapi pasti tubuh kehilangan kemampuan jaringan untuk memperbaiki dirinya sendiri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya sehingga tidak bisa bertahan pada jejas atau memperbaiki kerusakan yang diderita (Contantinides, 1994 ; Darmojo).

Lansia sehat adalah lansia yang dapat mempertahankan kondisi fisik dan mental yang optimal serta tetap melakukan aktivitas sosial dan produktif.

Ciri Lansia Sehat:

1. Memiliki tingkat kepuasan yang relatif tinggi karena merasa hidupnya bermakna, mampu menerima kegagalan yang dialaminya sebagai bagian dari hidupnya yang tidak perlu disesali dan justru mengandung hikmah yang berguna bagi hidupnya.
2. Memiliki integritas pribadi yang baik, berupa konsep diri yang tepat dan terdorong untuk terus memanfaatkan potensi yang dimilikinya.
3. Mampu mempertahankan sistem dukungan sosial yang berarti, berada diantara orang-orang memiliki kedekatan emosi dengannya, yang memberi perhatian dan kasih sayang yang membuat dirinya masih diperlukan dan dicintai.
4. Memiliki gaya kesehatan fisik dan mental yang baik, didukung oleh kemampuan melakukan kebiasaan gaya hidup yang sehat.
5. Memiliki keamanan finansial, yang memungkinkan hidup mandiri, tidak menjadi beban orang lain, minimal untuk memenuhi kehidupan sehari-hari.

6. Pengendalian pribadi atas kehidupan sendiri, sehingga dapat menentukan nasibnya sendiri, tidak tergantung pada orang lain. Hal ini dapat menjaga kestabilan harga dirinya.

### 2.2.2. Batasan- batasan Lansia

#### 1. Menurut WHO

Menurut badan kesehatan dunia, lansia dikategorikan dalam: usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, usia lanjut (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia (*old*) 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*) diatas 60 tahun.

#### 2. Menurut Dra. Josh Masdani

Usia dewasa atau kedewasaan dapat dibagi menjadi 4 yaitu: 25-45 tahun fase invertus, 40-50 tahun fase ferilitas, 55-56 tahun fase prasenium, > 65 tahun fase senium.

#### 3. Menurut Birren dan Jenner (1997)

Menurut Birren dan Jenner dibagi menjadi tiga yaitu: usia biologis (jangka waktu seseorang sejak lahir berada dalam keadaan hidup tidak mati), usia psikologis (kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian kepada situasi yang dihadapi), usia sosial (peran-peran yang diharapkan atau masyarakat kepada seseorang sehubungan dengan usianya).

#### 4. Menurut departemen kesehatan tahun 1994

Menurut departemen kesehatan tahun 1994 dibagi menjadi 3 yaitu: kelompok lansia usia dini (56-64) kelompok yang baru memasuki lansia, kelompok lansia yakni usia 65 tahun keatas, kelompok lansia resiko tinggi yakni lanjut usia yang berusia lebih dari 70 tahun.

### 2.2.3. Teori- teori Proses Menua

#### 1. Teori biologi

##### 1). Teori genetik dan mutasi ( *somatik mutatie theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang terprogram oleh molekul-molekul DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

##### 2). Teori radikal bebas

Radikal bebas mengakibatkan oksidasi-oksidasi bahan organik yang menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

##### 3). Teori Autoimun

Penurunan sistem limfosit T dan B mengakibatkan gangguan pada keseimbangan regulasi sistem imun (Corwin, 2001). Sel normal yang telah menua dianggap benda asing, sehingga sistem bereaksi membentuk antibodi yang menghancurkan sel tersebut. Selain itu, atrofi thymus juga turut dalam sistem imunitas tubuh, akibatnya tubuh tidak mampu melawan organisme patogen yang masuk dalam tubuh. Teori meyakini menua terjadi berhubungan dengan peningkatan produk autoantibodi.

##### 4). Teori Stress

Menua terjadi akibat kehilangan sel-sel yang biasa digunakan oleh tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah dipakai.

### 5). Teori Telomer

Dalam pembelahan sel, DNA dengan satu arah. Setiap pembelahan akan menyebabkan panjang ujung telomer berkurang panjangnya saat memutuskan duplikat kromosom, makin sering sel membelah, makin sering cepat telomer itu memendek dan akhirnya tidak mampu membelah lagi.

### 6). Teori apoptosis

Teori ini disebut juga teori bunuh diri (Comnit Suicide) sel jika lingkungannya berubah, secara fisiologis program bunuh diri ini diperlukan pada perkembangan persarapan dan juga diperlukan untuk merusak sistem program proliferasi sel tumor. Pada teori ini lingkungan yang berubah, termasuk didalamnya oleh karena stress dan hormon tubuh yang berkurang konsentrasinya akan memacu apoptosis di berbagai organ tubuh.

## 2. Teori kewajiban sosial

### 1). Aktivitas atau kegiatan

Teori ini menyatakan bahwa pada lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak kegiatan sosial.

### 2). Kepribadian lanjut

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi tipe personality yang dimilikinya.

### 3). Teori pembebasan

Bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan



sekitarnya. Keadaan ini menyebabkan interaksi lanjut usia menurun baik secara kualitas maupun kuantitas.

### 3. Teori lingkungan

#### 1). Exposure theory

Paparan sinar matahari dapat mengakibatkan percepatan proses penuaan.

#### 2). Radiasi theory

Radiasi sinar gama, sinar x, sinar ultraviolet dari alat-alat medis memudahkan sel mengalami denaturasi protein dan mutasi DNA.

#### 3). Polutan theory

Udara, air dan tanah yang tercemar polusi mengandung substansi kimia yang dipengaruhi kondisi epigenik yang dapat mempercepat proses penuaan.

#### 4). Stress theory

Stress fisik maupun psikis meningkatkan kadar kortisol dalam darah. Kondisi stress terus menerus dapat mempercepat proses penuaan.

#### 2.1.4. Tinjauan Masalah Psikologik pada Lansia

Masalah psikologik yang dialami oleh golongan lansia ini pertama kali mengenai sikap mereka sendiri terhadap proses menua yang mereka hadapi, antara lain kemunduran badaniah atau dalam kebingungan untuk memikirkannya. Dalam hal ini dikenal apa yang disebut *disengagement theory*, yang berarti ada penarikan diri dari masyarakat dan diri pribadinya satu sama lain. Dulu hal ini diduga dapat mensukseskan proses menua. Anggapan hal ini bertentangan dengan pendapat-pendapat sekarang yang justru menganjurkan masih tetap ada *sosial involvement* (keterlibatan sosial) yang dianggap lebih penting dan meyakinkan. Masyarakat

sendiri menyambut hal ini secara positif. Contoh yang dapat dikemukakan umpama dalam bidang pendidikan, yang masih tetap ditingkatkan pada lansia ini untuk menaikkan intelegensi dan memperluas wawasannya (Brocklehurst dan Allen, 1987). Di negara-negara industri maju bahkan didirikan apa yang disebut *University of the third age*. Pemisahan diri (*disengagement*) baru dilaksanakan hanya pada masa-masa akhir kehidupan lansia saja. Pada lansia yang realistik dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungan yang baru.

Karena telah lanjut usia mereka sering dianggap terlalu lamban, dengan daya reaksi yang lambat dan kesigapan dan kecepatan bertindak dan berpikir yang menurun. Meskipun kerja mereka banyak yang masih baik. Banyak contoh-contoh historis, seperti antara lain: G. Verdi, Gothe, Andre Tupolev, Galilei, Laplace, Einshower, R. Reagan yang masih berjaya dan sangat produktif pada bidangnya masing-masing pada usia yang sangat lanjut (lebih dari 70 tahun).

Daya ingat (*memory*) mereka memang banyak yang menurun dari lupa sampai pikun dan dimensia. Biasanya mereka masih ingat betul peristiwa-peristiwa yang telah lama terjadi, malahan lupa mengenai hal-hal yang baru terjadi. Pada lansia yang masih produktif justru banyak yang menggunakan waktu menulis buku ilmiah, maupun memorinya sendiri.

#### **2.2.5. Stereotipe Psikologik pada Orang Lansia**

Biasanya sifat-sifat stereotipe para lansia ini sesuai dengan pembawaanya pada waktu muda. Beberapa tipe yang dikenal adalah sebagai berikut:

##### **1. Tipe Konstruktif**

Orang ini mempunyai integritas yang baik, dapat menikmati hidupnya, mempunyai toleransi tinggi, humoristik, fleksibel, luwes, dan tahu diri

sendiri. Biasanya sifat-sifat ini dibawanya sejak muda. Mereka dapat menerima fakta-fakta proses menua, mengalami masa pensiun dengan tenang, juga dapat menghadapi masa akhir.

2. Tipe Ketergantungan (*Dependent*)

Orang lansia ini masih dapat diterima di tengah masyarakat, tetapi selalu pasif, tak berambisi, masih tau diri, tak mempunyai inisiatif dan bertindak tidak praktis. Biasanya orang ini dikuasai istrinya. Ia senang mengalami pensiun, malahan biasanya banyak makan dan minum, tidak suak bekerja dan senang untuk berlibur.

3. Tipe defensif

Orang ini dulunya mempunyai pekerjaan atau jabatan tak stabil, bersifat selalu menolak bantuan, seringkali emosinya tak dapat dikontrol, memegang teguh pada kebiasaanya, bersifat kompulsif aktif. Anehnya mereka takut menghadapi “menjadi tua” dan tak menyayangi masa pensiun.

4. Tipe bermusuhan (*hostility*)

Mereka menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalannya, sering mengeluh, bersifat agresif, curiga. Biasanya pekerjaan waktu dulunya tidak stabil. Menjadi tua dianggapnya tidak ada hal-hal yang baik, takut mati, iri hati pada orang yang muda, senang mengadu untuk pekerjaan-pekerjaan aktif untuk menghindari masa yang sulit atau buruk.

#### 5. Tipe membenci atau menyalahkan diri sendiri (selfhaters)

Orang ini bersikap kritis dan menyalahkan diri sendiri, tak mempunyai ambisi, mengalami penurunan kondisi sosio ekonomi. Biasanya mempunyai perkawinan yang tak bahagia, mempunyai sedikit "hobby", merasa menjadi korban dari keadaan, namun mereka menerima fakta pada proses menua, tidak iri hati pada yang berusia muda, merasa sudah cukup mempunyai apa yang ada. Mereka menganggap kematian sebagai suatu kejadian yang membebaskannya dari penderitaan. Statistik kasus bunuh diri menunjukkan angka yang lebih tinggi persentasenya pada golongan lansia ini, apalagi pada mereka yang hidup sendirian. Kesusahan kehilangan seseorang yang dicintai seringkali berakibat depresi, juga bila kehilangan teman atau relasi lain. Ini menyebabkan gangguan fisik dan psikiatrik (Brocklehurst dan Allen, 1987).

#### 2.2.6. Perubahan yang terjadi pada Lansia

##### 1. Perubahan fisik dan fungsi

Perubahan ini terjadio pada sel, sistem persyarafan, pendengaran, pengelihatan, kardiovaskuler, perubahan suhu tubuh, pernapasan, pencernaan, reproduksi, genitourinaria, endokrin, integument, dan muskuloskeletal.

##### 1). Sel

Jumlah sel ukurannya lebih sedikit dan ukurannya lebih besar. Berkurangnya cairan tubuh dan cairan intraseluler, proporsi protein di otak, ginjal darah dan hati menurun. Jumlah sel otak menurun serta mekanisme perbaikan sel terganggu.



## 2). Sistem persyarafan

Hubungan persyarafan menurun, respon untuk bereaksi lambat, syaraf panca indera mengecil, berkurangnya pengelihatn, hilangnya pendengaran, mengecilnay saraf penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dan rendahnya ketahanan dingin, kurang sensitif terhadap sentuhan dan defisit memori.

## 3). Sistem pendengaran

Presbiakusis dalah hilangnya kemampuan ataubn daya pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada- nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata- kata, 50% terjadi pada usia diatas 65 tahun. Selain itu, membrab tympani atrofi yang mengakibatkan otot sklerosis terjadi pengumpulan serumen dan dapat mengeras sebagai akibat mningkatnya keratin, tinitus, dan vertigo.

## 4). Sistem penglihatan

Spingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon cahaya, kornea berbentuk sfelis (bola), lensa lebih keruh, meningkatnya ambang pengamatan sinar, daya adaptasi gelap lambat, susah melihat dalam cahaya gelap, daya akomodasi hilang, lapang pandang menurun daya membedakan warna menurun.

## 5). Sistem kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan kaku, elastisitas dinding aorta menurun, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% pertahun setelah berumur 20 tahun. Hal ini menyebabkan kontraksi dan volume

menurun. Curah jantung menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi berkurang, perubahan posisi dari tidur ke duduk bisa mengakibatkan tekanan darah menurun 65mmHg (mengakibatkan pusing mendadak). Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan dan tekanan darah meninggi akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat. Sistole normal kurang lebih 150mmHg dan diastole kurang lebih sekitar 95mmHg (WHO, 2003).

6). Sistem pengaturan suhu tubuh

Temperatur tubuh menurun akibat menurunnya metabolisme tubuh, merasa kedinginan dan dapat pula menggigil, pucat, dan gelisah, keterbatasan reflek menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi aktivitas otot.

7). Sistem pernapasan

Sistem pernapasan mengalami kelemahan akibat kerja atrofi dan kaku, aktivitas silia menurun, paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, kapasitas pernapasan maksimum menurun dengan kedalaman bernapas menurun, ukuran alveoli melebar dan jumlahnya berkurang, oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg, pertukaran gas terganggu, refleksi batuk berkurang, sensitifitas terhadap hipoksia menurun, sering terjadi emfisema senilis dan kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernapasan menurun seiring pertambahan usia.

#### 8). Sistem pencernaan

Perubahan sistem pencernaan pada yang dialami pada lansia diantaranya:

- (1) Gigi, gangguan gigi geligi karena kerusakan gusu, karies, pada akar gigi dan copotnya beberapa gigi penyebab utamanya adanya periodontal usia lanjut mengalami hambatan dalam proses pengunyahan.
- (2) Sensitifitas indra penciuman perasa, penurunan kepekaan indera penciuman(*olfactory*) integrasi sistem saraf pusat, obat- obatan, kebersihan diri, gizi atau akibat penyakit seperti parkinson, alzaimer. Penurunan indera perasa karena iritasi kronis dari selaput lendir, atrofi dari indera pengecap, menurunnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin. Kondisi ini akan menurunkan selera makan.
- (3) Produk asam lambung dan enzim pencernaan, penurunan asam lambung dan beberapa enzim pencernaan akan berpengaruh terhadap pencernaan vitamin B-12, asam folat dan kalsium. Rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu pengosongan lambung menurun.
- (4) Penurunan absorpsi usus, karena elektrolit, laktosa, vitamin B-6, vitamin D, kalsium dan besi. Perubahan fungsi hati, terjadi penyusutan ukuran, penurunan jumlah hepatosit, penurunan aliran darah dan penurunan kecepatan fungsi metabolik. Kondisi ini

berimplikasi terhadap penurunan kecepatan hati dalam memproses racun seperti obat-obatan dan alkohol.

#### 9). Sistem reproduksi

Pada wanita terjadi kontraktur dan mengecilnya vagina, ovari menciut, terjadi atrofi pada uterus, vulva dan payudara, selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang dan terjadi perubahan warna. Pada laki-laki testis masih memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur. Dorongan terhadap seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun, asal kondisi kesehatan dalam keadaan baik.

#### 10). Sistem genitourinaria

##### 1. Ginjal

Nefron atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% sehingga fungsi tubulus berkurang. Akibatnya, kemampuan mengonsentrasi urine berkurang, berat jenis urine menurun, proteinuria, BUN meningkat sampai 21 mg%, dan nilai ambang terhadap glukosa meningkat.

##### 2. Vesika urinaria

Otot menjadi lemah, kapasitas menurun sampai 200ml sehingga frekuensi buang air meningkat. Pada pria lansia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan retensi urine meningkat.

##### 3. Pembesaran prostat

Kurang lebih 75 % dialami pria diatas 65 tahun.



#### 4. Atrofi vulva, vagina

Seseorang yang semakin menua, kebutuhan hubungan seksualnya masih ada. Tidak ada batasan umur tertentu kapan fungsi seksual seseorang berhenti. Ferekuensi hubungan seksual cenderung menurun secara bertahap setiap tahun, tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmatinya berjalan terus sampai tua.

#### 11). Sistem endokrin

Produksi hampir semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah. Hipofisis pertumbuhan hormon ada, tetapi lebih rendah dan hanya dalam pembuluh darah. Berkurangnay produksi ACTH, TSH, FSH, dan LH. Aktivitas tiroid, BMR (*basal metabolik rate*) dan daya pertukaran zat menurun, produksi aldosteron menurun, dan sekresi hormon kelamin, misalnya progesteron dan etrogen dan testosteron menurun.

#### 12). Sistem integumen

Kulit keriput akibat hilangnya jaringan lemak, permukaan kulit cenderung kusam, kasar dan bersisik, timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata, terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, respon terhadap trauma menurun, mekanisme proteksi kulit menurun, kulit kepal dan rambut menipis dan berwarna kelabu, berkurnagnya elastisitas akiubat menurunnya cairan dan vaskularisasi, pertumbuhan kuku lebih lambat, menjadi keras, rapuh, dan kurang bercahaya, serta jumlah dan fungsi kelenjar keringat menurun.

### 13). Sistem Muskuloskeletal

Tulang kehilangan cairan dan semakin rapuh, terjadi gangguan tulang, kekuatan dan stabilitas tulang menurun, kartilago pada permukaan sendi tulang penyangga rusak dan aus, kifosis, gerakan pinggang dan lutut terbatas, gangguan gaya berjalan, kekakuan jaringan penghubung, diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek, persendian membesar dan kaku, tendon mengerut dan terjadi sklerosis, atrofi serabut otot sehingga gerakan lambat, otot kram dan terjadi tremor, komposisi otot berubah sepanjang waktu dan aliran darah ke otot berkurang.

### 5. Perubahan Mental

Perubahan mental dalam memasuki usia lanjut akan memberikan kontribusi pada kesehatan seseorang. Sikap hidup, cara hidup, perasaan atau emosi akan mempengaruhi perubahan mental lansia (Emma, 2000). Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental pada lansia adalah perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, sosial dan budaya, lingkungan, kepribadian, keturunan.

### 6. Perubahan psikososial

Nilai seseorang diukur dalam produktifitas dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Adapun perubahan psikososial yang terjadi pada proses penuaan adalah:

#### 1) Pensiun

Nilai seseorang diukur oleh produktifitasnya, identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan

- 2) Merasakan atau sadar akan kematian
- 3) Perubahan dalam cara hidup yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit
- 4) Ekonomi akibat dari pemberhentian jabatan
- 5) Penyakit kronis dan ketidakmampuan
- 6) Kesepian akibat dari pengasingan lingkungan sosial
- 7) Gangguan saraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian
- 8) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan
- 9) Rangkaian dari kehilangan yaitu kehilangan berhubungan dengan teman-teman dan keluarga
- 10) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri).

#### 7. Perkembangan spiritual

Perkembangan spiritual pada lansia diantaranya:

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

### 2.2.7. Gangguan- gangguan Kognitif pada Lansia

Proses Menua tidak dengan sendirinya menyebabkan terjadinya demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan syaraf pusat. Pada beberapa penderita tua menjadi penurunan daya ingat dan gangguan psikomotor yang masih wajar, disebut sebagai "sifat pelupa binigna akibat penuaan (*benign senescent forgetfulness*).” Keadaan ini tidak menyebabkan gangguan pada aktivitas hidup sehari-hari. Harus diingat pula bahwa beberapa penderita demensia sering mengalami depresi dan konfusio, sehingga gambaran kliniknya sering kali membingungkan.

Secara garis besar demensia pada usia lanjut dapat dikategorikan sebagai berikut:

#### 1) Demensia Degeratif Primer

Dikenal juga dengan nama demensia tipe Alzheimer, adalah semua keadaan yang meliputi perubahan dari jumlah, struktur dan fungsi neuron di daerah tertentu dari korteks otak. Terjadi suatu kesusutan neuro-fibriler (*neuro fibrillary tangles*) dan plak-plak neurit dan perubahan aktivitas kholonergik di daerah-daerah tertentu di otak. Penyebab tidak diketahui dengan pasti, tetapi beberapa teory menerangkan kemungkinan adanya faktor kromosom atau genetik, usia, riwayat keluarga, radikal bebas, toksin amiloid, pengaruh logam alumunium, akibat infeksi virus lambat atau pengaruh lingkungan lain.

Gejala klinik demensia Alzheimer biasanya berupa awitannya yang gradual yang berlanjut secara lambat, biasanya dapat dibedakan dalam tiga fase (Whalley, 1997):



### 1. Fase 1

Ditandai dengan gangguan memory subyektif, konsentrasi buruk, dan gangguan visuo- spatial. Lingkungan yang biasa menjadi seperti asing, sukar menemukan jalan pulang yang biasa dilalui. Penderita mungkin mengeluh agnosia kanan-kiri. Bahkan pada fase ini ini rasa tilikan (*insight*) sering sudah terganggu.

### 2. Fase 2

Terjadi tanda yang mengarah ke kerusakan fokal-kortikal, walaupun tidak terlihat pola defisit yang khas. Simtom yang disebabkan oleh disfungsi lobus parietalis sering terdapat. Gejala neurologik mungkin termasuk antara lain tanggapan ekstensor palntaris dan beberapa kelemahan fasial. Delusi dan halusinasi kadang terdapat, walaupun pembicaraan mungkin masih kelihatan normal

### 3. Fase 3

Pembicaraan terganggu berat, mungkin sama sekali hilang. Penderitaan tampak terus-menerus apatis. Banyak penderita tidak mengenali dirinya sendiri atau orang yang dikenalnya. Dengan berlanjutnya penyakit, penderita sering hanya sering berbaring di tempat tidur, inkontinen baik urin maupun alvi. Sering disertai serangan kejang epileptik grandmal. Gejala neurologik menunjukkan gangguan berat dari gerak langkah (*gait*), tonus otot dan gambaran yang mengarah pada sindroma Kluver-Bucy (apatis,

gangguan pengenalan, gerak mulut tak terkontrol, hiperseksualitas, amnesia dan bulimia)

## 2) Dementia Multi-Infark

Dementia ini merupakan jenis kedua terbanyak setelah penyakit Alzheimer. Bisa didapatkan secara tersendiri atau bersama dengan dementia jenis lain. Didapatkan sebagai akibat atau gejala siasa dari stroke kortikal atau subkortikal yang berulang. Oleh karena lesi di otak sering kali tidak terlalu besar, gejala strokenya (berupa defisit neurologik) tidak jelas terlihat. Dapatan yang khas adalah bahwa gejala dan tanda menunjukkan penurunan bertingkat, dimana setiap episode akut menurunkan keadaan kognitifnya. Hal ini berbeda dengan dapatan pada penyakit Alzheimer, diman gejala an tanda akan berlangsung progresif. Pemeriksaan dengan skan tomografi terkomputer (skan TK) sering tidak menunjukkan lesi. Dengan MRI, lesi sering bisa dideteksi. Pemeriksaan dengan skor Hachinsky dapat membantu penegakan diagnosis dementia jenis lain. Satu jenis dementia tipe vaskuler lain, yaitu dementia senilis tipe Binswanger sulit dibedakan dengan dementia multi-infark.

## 3) Dementia dengan Badan Lewy

Saat ini penyakit yang ditandai adanya badab Lewy dikatakabn meliputi suatu spektrum yang luas, mulai dari keadaan praklinik dengan gejala ringan akibat adanya badan Lewy di subkorteks serebri, penyakit Parkinson samapi terjadinya dementia denagn badan Lewy yang ada di batang otak dan neokorteks. Hal terakhir ini sering juga disebut sebagai

penyakit dengan badan Lewy defuse dan dementia senilis tipe badan Lewy (Dementia Lewy Bodies/ DLB).

Pada dementia jenis ini patologinya seringkali juga mempunyai gambaran campuran dengan dementia Alzheimer dan sangat jarang (< 1%) gambaran patologis yang hanya menunjukkan neuropatologi dementia badan Lewy.

Gambaran klinik bervariasi, tetapi selalu terdapat gambaran dua dari tiga keadaan yaitu: fluktuasi kognisi, halusinasi visual dan parkinsonisme. Dapatan yang mendukung diantaranya adalah: jatuh, sinkope, hilang kesadaran sepiintas, sensitivitas neuroleptik, delusi dan halusinasi. Adanya stroke harus disingkirkan, juga penyakit lain yang mempunyai gambaran yang mirip. Gambaran klinik khas dementia (penurunan menyeluruh fungsi kognitif yang mengganggu fungsi sosial dan okupasional) haruslah juga didapati. Dibandingkan dengan AD, maka gangguan memori pada DBL didapatkan lebih ringan, sedang demensia vaskuler, profil neuropsikologiknya hampir serupa, akan tetapi untuk memori yang baru pada DLB lebih ringan daripada demensia vaskuler.

#### 4) Dementia Fronto Temporal

Sindroma demensia bisa diakibatkan oleh suatu proses degeneratif di regio korteks anterior otak, yang secara neuropatologis berbeda dengan demensia Alzheimer, demensia karena penyakit Pick dan demensia akibat penyakit motorneuron. Pencitraan neurologik fungsional menunjukkan penurunan metabolisme otak di daerah lobus temporal anterior dan frontal. Gambaran klinis menggambarkan distribusi topografik daerah korteks

temporal yang terkena, bisa unilateral maupun bilateral. Secara klinis menunjukkan gambaran gangguan perilaku yang luas dengan awitan yang menyelinap dan biasanya terjadi antara usia 40- 70 tahun.

Sindroma ini merupakan suatu keadaan yang sangat heterogen, yang namanya lebih menunjukkan lokasi lesi daripada kelainan patologinya.

#### 5) Dementia pada Penyakit Neurologik

Berbagai penyakit neurologik sering ditandai dengan gejala demensia. Diantaranya yang sering adalah penyakit Parkinson, khorea Huntington dan hidrocephalus bertekanan normal. Hidrocephalus bertekanan normal jarang sering dijumpai. Kecurigaan akan keadaan ini perlu diwaspadai, bila pada scan TK atau MRI didapatkan pelebaran ventrikel melebihi proporsi dibanding atrofi kortikal otak. Gejala mirip demensia subkortikal, yaitu selain didapatkan demensia juga gejala postur dan langkah (gait) serta depresi.

#### 6) Sindroma Amnestik dan “pelupa benigna akibat penuaan”

Pada dua keadaan di atas, gejala utama adalah gangguan memori (daya ingat), sedangkan pada demensia terdapat gangguan pada fungsi intelektual yang lain. Pada sindroma amnestik terdapat gangguan pada daya ingat hal yang baru terjadi. Biasanay penyebabnya adalah:

1. Defisiensi tiamin (sering akibat pemakain alkohol berlebihan)
2. Lesi pada struktur otak bagian temporal tengah (akibat trauma dan anoksia)



3. Iskemia global transien (sepintas) akibat insufisiensi cerebrovaskuler

Pelupa benigna akibat penuaan, biasanya terlihat sebagai gangguan ringan daya ingat yang tidak progresif dan tidak mengganggu aktivitas hidup sehari-hari. Biasanya dikenali oleh keluarga atau teman, karena sering mengulang pertanyaan yang sama atau lupa pada kejadian yang baru terjadi. Perlu observasi beberapa bulan untuk membedakannya dengan demensia yang sebenarnya. Bila gangguan daya ingat bertambah progressif disertai dengan gangguan intelek yang lain, maka kemungkinan besar diagnosis demensia dapat ditegakkan (Brocklehurst and Allen, 1987; Kane et al, 1994).

#### 7) Gangguan Kognitif Ringan (*Mild Cognitive Impairment* = MCI)

Akhir-akhir ini dikalangan para ahli terdapat pendapat yang menyatakan adanya suatu bentuk transisi antar keadaan normal dan demensia Alzheimer, yang disebut dengan *mild cognitive impairment* (gangguan kognitif ringan) dengan kriteria sebagai berikut (Petersen, 1999):

1. Keluhan gangguan memori, lebih baik apabila dikemukakan oleh keluarga atau yang merawat
2. Adanya gangguan memori pada pemeriksaan obyektif
3. Fungsi kognitif secara umum baik
4. ADL intake
5. Tidak mengalami demensia

Akhir- akhir ini kriteria MCI yang sering dipakai adalah (a) penderita bisa normal atau dement (b) terdapat bukti memburuknya fungsi kognitif, baik dari pemeriksaan obyektif pemburukan seiring berjalannya waktu maupun laporan subyektif dari penderita sendiri maupun dari informan (c) ADL tetap dipertahankan dari fungsi instrumental kompleks masih intake atau terganggu minimal (Winblad et al, 2004).

Walaupun tidak semua penderita dengan MCI akan terjadi demen, banyak diantaranya yang berkembang menjadi demensia Alzheimer. Perubahan menjadi Alzheimer ini dilaporkan antara 2-31% tahun (Bruscoli, Livestone, 2004). Perubahan ini lebih banyak terjadi pada mereka yang tinggal di masyarakat.

Gejala psikologik mungkin mulai terlihat, antara lain depresi, kecemasan, tidak bisa diam, apatis dan paranoid. Seringkali gejala ini dikeluhkan oleh keluarganya. Beberapa gejala tersebut bisa memperberat demensia atau sering bisa dikendalikan dengan obat. Oleh karena itu penggunaan penampisan gangguan kognitif sederhana (misalnya dengan tes PPSM = MMSE = mini mental state examination) harus selalu dilakukan pada setiap penderita geriatri.

#### **2.1.8. Pengertian Stress**

Menurut Cox (1995) untuk mendefinisikan istilah stress sangat sulit mengingat istilah tersebut digunakan untuk menggambarkan berbagai hal yang beragam. Namun yang perlu dipahami bersama bahwa stress tidak harus mempunyai konsekuensi kondisi yang patologis. Banyak individu yang merespon sumber stress secara psikologis dan fisiologis sebagai suatu pengalaman yang

menyenangkan dan tidak mengganggu batas keseimbangan. Ada tiga pendekatan yang digunakan untuk memaknai istilah stress, yaitu (1) pendekatan rekayasa (*engineering approach*), (2) pendekatan medikopsikologis (*medicophysiological approach*), dan (3) pendekatan psikologis (*psychological approach*) (Cox, 1995).

Stress adalah respon tubuh yang tidak spesifik terhadap setiap kebutuhan tubuh yang terganggu, suatu fenomena universal yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dan tidak dapat dihindari setiap orang yang mengalaminya. Stress memberi dampak secara total pada individu yaitu terhadap fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritual, stress dapat mengancam keseimbangan fisiologis. Stress emosi dapat menimbulkan perasaan negatif atau destruktif terhadap diri sendiri atau orang lain. Stress intelektual akan mengganggu persepsi dan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah, stress sosial akan mengganggu hubungan individu terhadap kehidupan. (Hans Selye, 1956 ;Davis, et al. 1989 ; Barbara Koziar, et al, 1989).

Stress akan meningkatkan aktivitas aksis hipotalamus- pituitary- adrenal (HPA) melalui *corticotropin relasing factor* (CRF). CRF kemudian berperan sebagai koordinator respon sel-sel saraf terhadap stress tersebut. Setiap stress akan direspon oleh sistem saraf pusat yang melibatkan otak, hipotalamus, batang otak, hipofisis, serta saraf perifer.

Stress yang menimpa individu akan berdampak pada berbagai sel-sel tubuh termasuk sel-sel saraf. Karena pengaruh stress maka neuroglia menjadi aktif memproduksi dan mensekresi sitokin inflamatori (IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$ ), produksi INOS, ROS. Komponen saraf yang juga terkena dampak stress adalah blood brain barier atau sawar darah otak. Sitokin proinflamatori tersebut akan mempengaruhi



paraventricular nucleus (PVN) di hipotalamus, kemudian memproduksi neuron-neuron juga memproduksi CRF tetapi kadar tertinggi didapatkan di PVN (Black, 1994). Norepineprin, serotonin, asetilkolin, merupakan neurotransmitter penting untuk menstimuler produksi CRF. Dalam waktu singkat yaitu dalam hitungan menit sejak munculnya stress akan meningkatkan mRNA CRF, disusul meningkatnya kadar CRF pada nukleus para ventrikuler. CRF kemudian menelusuri akson ke bagian medial hipotalamus dan akhirnya CRF dilepaskan pada penghujung pembuluh darah kapiler dalam pleksus venous hipofisisal portal yang merupakan muara kelenjar hipofisis anterior. CRF kemudian mengaktifkan reseptor sel-sel basofil pada hipofisis anterior, dan menginduksi polipeptin proopiomelanocortin (POMC) yang pasca translasi memproduksi ACTH,  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  melanosit stimulating hormon (MSH), dan  $\beta$  endorfin. ACTH menstimuler spongiosa pada zona fasikulata korteks adrenal untuk produksi kortikosteroid sebagai hormon stress.

Semakin diakuiinya peran stress dalam berbagai penyakit medis, termasuk penyakit yang dipengaruhi oleh disfungsi system kekebalan, memperkuat momentum manajemen stress sebagai strategi untuk mengurangi melemahnya fungsi system kekebalan karena stress (Zakowski, Hall, & Baum, 1992). Manajemen stress adalah serangkaian teknik untuk membantu orang-orang yang jarang dirujuk sebagai pasien untuk menghadapi berbagai tantangan hidup. Manajemen stress mencakup berbagai teknik, dan umumnya lebih dari satu teknik yang digunakan dalam setiap pelaksanaan (Davison & Thomson, 1988; Lehrer & Woolfolk, 1993; Steptoe, 1997).



### 1. Pengurangan ketegangan

Dalam pengurangan ketegangan seseorang diberi latihan relaksasi otot, kadangkala dibantu dengan biofeedback yang benar, namun diperoleh penegasan bahwa mengajarkan orang-orang untuk melakukan relaksasi mendalam dan menerapkan ketrampilan tersebut terhadap stressor dalam kehidupan nyata dapat membantu menurunkan tingkat stress mereka. Juga terdapat bukti bahwa fungsi kekebalan dapat ditingkatkan dengan latihan relaksasi.

### 2. Restrukturisasi kognitif

Termasuk dalam restrukturisasi kognitif adalah berbagai pendekatan seperti yang dilakukan Albert Ellis (1962) dan Aaron Beck (1976). Fokusnya adalah mengubah system kepercayaan seseorang dan meningkatkan kejernihan interpretasi logis terhadap pengalaman berdasarkan asumsi bahwa kapasitas intelektual seseorang dapat mempengaruhi perasaan dan perilaku mereka.

### 3. Pelatihan ketrampilan behavioral

Karena merupakan suatu hal yang wajar bila seseorang merasa terbebani jika ia kurang memiliki ketrampilan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas yang menantang, maka manajemen stress seringkali mencakup instruksi dan latihan ketrampilan yang diperlukan dan juga isu umum seperti manajemen waktu dan penempatan prioritas secara efektif.

#### 4. Pendekatan perubahan lingkungan

Bila strategi individual bertujuan untuk membantu seseorang menghadapi lingkungan tertentu, seseorang juga dapat berada dalam posisi dimana terkadang masalahnya terletak pada lingkungan dan hal yang terbaik adalah mengubahnya. Jika dukungan sosial membantu orang tetap sehat atau membantu menghadapi penyakit, adalah sesuatu yang beralasan untuk berasumsi bahwa meningkatkan dukungan semacam itu dapat membantu seseorang berfungsi lebih baik. Mengubah praktik-praktik manajemen atau memberikan privasi yang lebih besar dan interupsi yang lebih sedikit dapat mengurangi karakteristik yang menyebabkan stress dari lingkungan dimana orang bekerja dan menghabiskan sebagian besar waktu produktif mereka. (Murphy dkk., 1995).

#### 2.2.9. Macam-macam Stress

##### 1) Stress Ringan

Biasanya tidak merusak aspek fisiologis, sebaliknya stress sedang dan berat mempunyai resiko terjadinya penyakit. Stress ringan umumnya dirasakan oleh setiap manusia misalnya: lupa ketiduran, kematian, dikritik. Situasi seperti ini biasanya berakhir dalam beberapa menit atau beberapa jam. Situasi seperti ini nampaknya tidak akan menimbulkan penyakit kecuali jika dihadapi terus menerus.

## 2) Stress Sedang

Terjadi lebih lama beberapa jam sampai beberapa hari contohnya kesepakatan yang belum selesai, beban kerja yang lebih berlebih, mengharapkan pekerjaan baru.

## 3) Stress Berat

Stress kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun, misalnya hubungan suami istri yang tidak harmonis, kesulitan finansial dan penyakit fisik yang lama.

### 2.2.10. Stress Pada Lansia

Lansia yang berusia di atas 65 tahun (atau di atas 60 tahun di Asia) sering memiliki keluhan subyektif adanya gangguan daya ingat yang ringan, seperti tidak dapat mengingat kembali nama orang atau keliru meletakkan benda-benda. Gangguan daya ingat yang berhubungan dengan usia tersebut perlu dibedakan dengan adanya kecemasan pada saat dilakukan pemeriksaan atau wawancara (Weiberg, 1995; Hamilton, 1985). Riwayat medis penderita harus meliputi semua penyakit berat, terutama gangguan kejang, kehilangan kesadaran, nyeri kepala, masalah penglihatan dan kehilangan pendengaran. Riwayat penggunaan alkohol dan pemakaian zat yang lama perlu diketahui karena bisa menyebabkan kelainan saat ini (Kolb-Brodie, 1982; Kaplan et al, 1997; Dir Kes Wa, 1982).

Pemeriksaan status mental meliputi bagaimana penderita berpikir (proses pikir), merasakan dan bertindak laku selama pemeriksaan. Keadaan umum penderita termasuk penampilan, aktivitas psikomotorik, sikap terhadap pemeriksa dan aktivitas bicara. Gangguan motorik, antara lain gaya berjalan menyeret, posisi tubuh membungkuk, gerakan jari seperti memilin pil, tremor dan asimetri tubuh

perlu dicatat (Kaplan et al, 1997). Banyak penderita depresi mungkin lambat dalam bicara dan gerakannya. Wajah seperti topeng terdapat pada penderita penyakit parkinson (Kaplan et al, 1997; Hamilton, 1985). Bicara penderita dalam keadaan teragitasi atau cemas mungkin tertekan. Keluar air mata dan menangis ditemukan pada gangguan depresi dan gangguan kognitif, terutama jika penderita frustrasi karena tidak mampu menjawab pertanyaan pemeriksa (Weinberg, 1995; Kaplan et al, 1997; Hamilton, 1985).

### **1. Penilaian Fungsi**

Penderita lanjut usia harus diperiksa tentang kemampuan mereka untuk mempertahankan kemandirian dan untuk melakukan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari. Aktivitas tersebut adalah terutama ke toilet, menyiapkan makanan, berpakaian, berdandan dan makan. Derajat kemampuan fungsional dalam perilaku sehari-hari adalah suatu pertimbangan penting dalam menyusun rencana terapi selanjutnya (Weinberg, 1995; Laitman, 1990).

### **2. Mood, perasaan dan afek**

Di negara lain, bunuh diri adalah salah satu penyebab utama kematian pada golongan usia lanjut. Oleh karenanya pemeriksaan ide bunuh diri pada penderita lanjut usia sangat penting. Perasaan kesepian, tidak berguna, putus asa, dan tidak berdaya adalah gejala depresi. Kesepian merupakan alasan yang paling sering dinyatakan oleh lansia yang ingin bunuh diri. Depresi merupakan resiko yang tinggi untuk bunuh diri (Weinberg, 1995; Kolb-Brodie, 1982; Gunadi, 1984; Kaplan et al, 1997). Pemeriksa harus secara spesifik menanyakan adanya pikiran bunuh diri,



apakah penderita merasa kehidupannya tidak berharga lagi, apakah ia merasa lebih baik mati atau jika mati tidak membebani orang. Gangguan pada keadaan mood terutama depresi dan kecemasan dapat mengganggu daya ingat. Suatu mood yang meningkat (ekspansif) dan euforia mungkin menyatakan episode manik atau mungkin merupakan suatu bagian dari depresi (Weinberg, 1995; Kolb- Brodie, 1982). Afek penderita mungkin datar, tumpul, dangkal, sesuai atau tidak sesuai, yang dapat menyatakan apakah suatu gangguan depresif, skizoprenia, kecemasan atau disfungsi otak. Afek merupakan temuan abnormal yang penting, walaupun tidak patognomonik dari gangguan spesifik (Hamilton, 1985).

### **3. Gangguan persepsi**

Halusinasi dan ilusi pada lanjut usia merupakan fenomena yang disebabkan oleh penurunan ketajaman sensorik. Pemeriksaan harus mencatat apakah penderita mengalami kebingungan terhadap waktu atau tempat selama episode halusinasi. Adanya kebingungan menyatakan suatu kondisi organik. Halusinasi dapat disebabkan oleh tumor otak dan patologi fokal yang lain. Pemeriksaan yang lebih lanjut diperlukan untuk menegakkan diagnosis pasti (Hamilton, 1985).

### **4. Fungsi Visospasial**

Suatu penurunan kapasitas visospasial adalah normal dengan lanjutnya usia. Meminta penderita untuk mencontoh gambar atau menggambar mungkin membantu dalam penialaian. Pemeriksaan neuropsikologis harus dilaksanakan jika fungsi visospasial sangat terganggu (Kaplan et al, 1997; Hamilton, 1985; Laitman, 1990).

## 5. Proses Berpikir

Gangguan pada progresi pikiran adalah neologisme, gado-gado kata, sirkumstansialitas, asosiasi longgar, asosiasi bunyi, *flight of ideas*, dan retardasi. Hilangnya kemampuan untuk dapat mengerti pikiran abstrak mungkin merupakan tanda awal dementia. Isi pikiran harus diperiksa adanya obsesi, preokupasi somatik, kompulsin atau waham. Gagasan tentang bunuh diri atau pembunuhan harus dicari. Pemeriksa harus menentukan apakah terdapat waham dan bagaimana waham tersebut mempengaruhi kehidupan penderita. Waham mungkin merupakan alasan untuk dirawat. Pasien yang sulit mendengar mungkin secara keliru diklasifikasikan secara paranoid atau pencuriga (Weinberg, 1995; Kaplan et al, 1997; Hamilton, 1985; Laitman, 1990).

## 6. Sensorium dan Kognisi

Sensorium memperlumalahkan fungsi dari indra tertentu, sedangkan kognisi memperlumalahkan informasi dan intelektual. (Weinberg, 1995; Hamilton, 1995).

## 7. Kesadaran

Indikator yang peka terhadap disfungsi otak adalah adanya perubahan kesadaran, adany fluktuasi tingkat kesadaran atau tampak letargik. Pada keadaan yang berat penderita dalam keadaan somnolen atau stupor (Kaplan et al, 1997; Hamilton, 1995).

## 8. Orientasi

Gangguan orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang berhubungan dengan gangguan kognisi. Gangguan orientasi sering ditemukan pada

gangguan kognitif, gangguan kecemasan, gangguan buatan, gangguan konversi dan gangguan kepribadian terutama selama periode stress fisik atau lingkungan yang tidak mendukung (Kaplan et al, 1997; Hamilton, 1985). Pemeriksa harus menguji orientasi terhadap tempat dengan meminta penderita menggambar lokasi saat ini. Orientasi terhadap orang mungkin dinilai dengan dua cara: apakah penderita mengenali namanya sendiri dan apakah juga mengenali perawat atau dokter. Orientasi waktu diuji dengan menayakan tanggal, tahun, bulan, dan hari.

#### **9. Daya ingat**

Daya ingat dinilai dalam hal daya ingat jangka panjang, pendek dan segera. Tes yang diberikan pada penderita dengan memberikan angka enam digit dan penderita diminta untuk mengulang maju dan mundur. Daya ingat jangka panjang diuji dengan menayakan tempat dan tanggal lahir, nama dan hari ulang tahun anak-anak penderita. Daya ingat jangka pendek dapat dapat diperiksa dengan cara, misalnya dengan menyebut tiga benda pada awal wawancara dan meminta penderita mengingat kembali benda tersebut diakhir wawancara atau dengan memberikan cerita singkat pada penderita dan penderita diminta untuk mengulangi cerita tadi secara tepat dan persis (Hamilton, 1985).

#### **10. Fungsi intelektual, konsentrasi, informasi dan kecerdasan**

Sejumlah fungsi intelektual mungkin diajukan untuk menilai pengetahuan umum dan fungsi intelektual. Menghitung dapat diujikan dengan meminta penderita untuk mengurangi 7 dari angka 100 dan mengurangi 7 hari lagi dari hasil akhir dan seterusnya sampai dicapai angka 2. Pemeriksa



mencatat respons sebagai dasar untuk pengujian selanjutnya. Pemeriksa juga dapat meminta penderita untuk menghitung mundur dari 20 ke 1, dan mencatat waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pemeriksaan tersebut (Kaplan et al, 1997; Hamilton, 1985). Pengetahuan umum adalah yang berhubungan dengan kecerdasan. Penderita ditanya nama presiden Indonesia, nama kota besar di Indonesia. Pemeriksa harus memperhitungkan tingkat pendidikan penderita, status sosial ekonomi dan pengalaman hidup penderita dalam menilai hasil dari beberapa pengujian tersebut.

#### **11. Membaca dan menulis**

Penting bagi klinis untuk memeriksa kemampuan membaca dan menulis dan menentukan apakah penderita mempunyai defisit bicara khusus. Pemeriksa dapat meminta penderita membaca kisah singkat dengan suara keras dan menulis kalimat sederhana untuk menguji gangguan membaca dan menulis pada penderita. Apakah menulis dengan tangan kiri atau kanan juga perlu dicatat (Hamilton, 1985).

#### **12. Pertimbangan**

Pertimbangan (*judgement*) adalah kapasitas untuk bertindak sesuai dengan berbagai situasi. Apakah penderita menunjukkan gangguan pertimbangan, apa yang akan dilakukan oleh penderita, misalnya jika ia menemukan surat tertutup, berperangko dan ada alamatnya di jalan anu? Apakah yang akan dilakukan oleh penderita bila ia mencium bau asap di sebuah gedung bioskop? Apakah penderita mampu mengadakan pembedaan? Apakah



penderita mampu membedakan antara seorang kerdil dan seorang anak?

Mengapa seseorang memerlukan KTP atau surat kawin? Dan seterusnya.

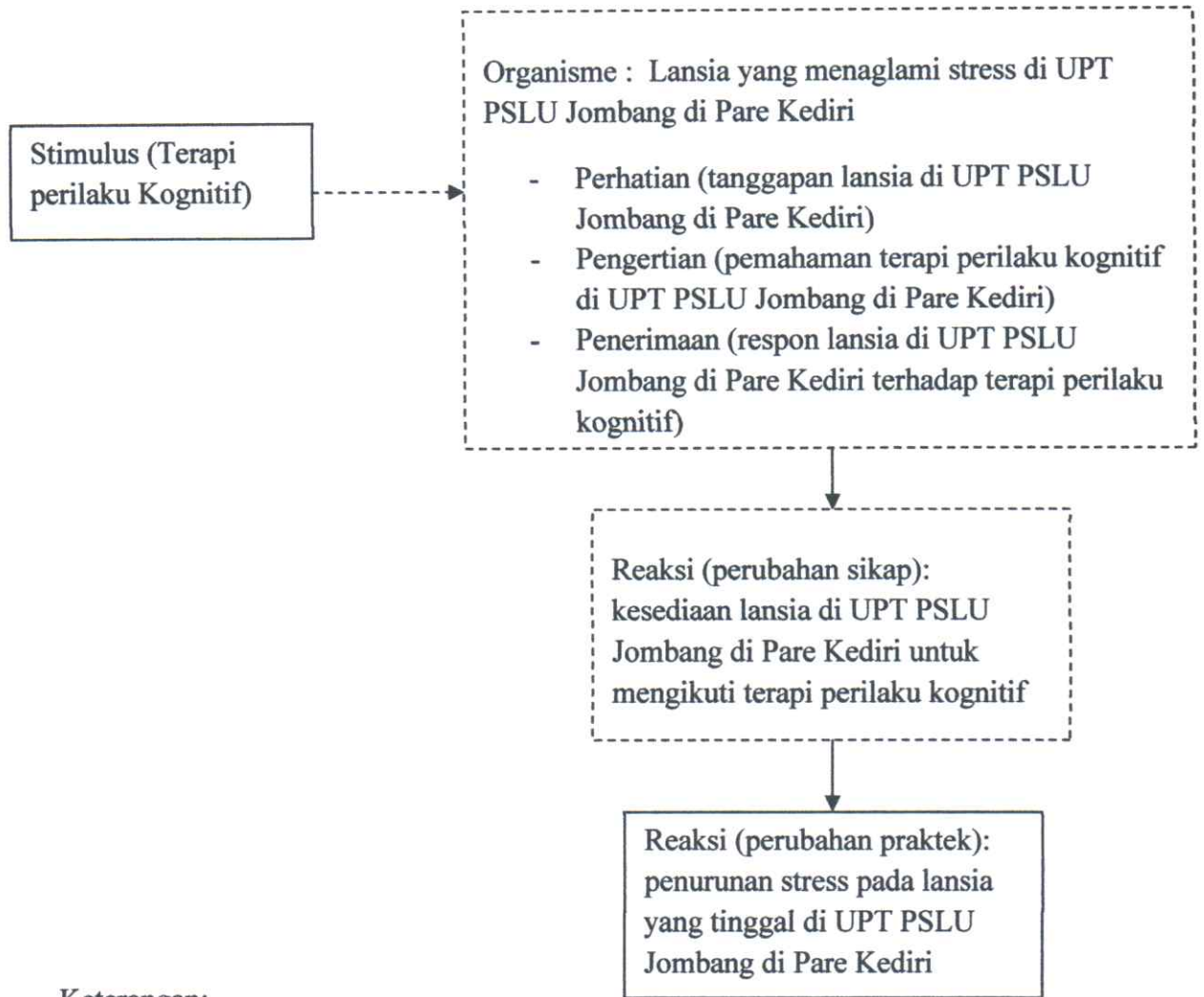
Sebagian besar dari tatacara pemeriksaan psikologik atau psikiatrik tersebut harus dimengerti oleh mereka yang berkecimpung di bidang geriatri, karena pada seorang lanjut usia terdapat hubungan yang sangat erat antara gangguan fisik, gangguan psikologik dan sosial. Oleh karenanya berbagai pemeriksaan diatas biasanya juga dimasukkan dalam form asesmen geriatri (Kane 1995, Hadi Martono, 1997).

Tingkat stress adalah hasil penilaian terhadap berat ringannya stress yang dialami seseorang (Harjana, 1994). Tingkatan stress diukur dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* oleh Lovibond (1995). *Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* terdiri dari 42 item. DASS adalah seperangkat skala obyektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan, dan stress. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku dimanapun dari status emosional. Secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stress. DASS dapat digunakan baik itu kelompok atau individu untuk tujuan penelitian.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

**3.1. Kerangka Konseptual**



Keterangan:

= diteliti

= tidak diteliti

Gambar 3.1. Kerangka Konseptual pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri berdasarkan Teori Stimulus Organisme (S-O-R), (Notoadmojo,2007)

### Keterangan Kerangka Konseptual

Berdasarkan Gambar 3.1. dapat dijelaskan pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare Kediri berdasarkan Teori Stimulus Organisme (S-O-R). Menurut Teori Stimulus Organisme (S-O-R) penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsangan (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Stimulus ini berupa terapi perilaku kognitif yang akan diteliti sebagai terapi untuk menurunkan stress pada lansia. Stimulus yang berupa terapi perilaku kognitif ini diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya. Dalam hal ini organisme yang berperan adalah lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare diberikan perhatian, pengertian, penerimaan. Perhatian dapat berupa tanggapan lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare Kediri tentang terapi perilaku kognitif. Pengertian bias diartikan pemahaman lansia dalam memahami terapi perilaku kognitif yang diberikan. Penerimaan berupa respon lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare Kediri terhadap terapi perilaku kognitif.

Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap). Perubahan sikap ini adalah kesediaan lansia di UPT PSLU Jombang di Pare Kediri untuk mengikuti terapi perilaku kognitif. Dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan

perilaku). Perubahan perilaku ini akan diteliti yaitu penurunan stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

### **3.2. Hipotesis Penelitian**

H<sub>1</sub>: Pemberian Terapi Perilaku Kognitif dapat menurunkan stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan menggunakan metode keilmuan. Pada bab ini akan disajikan desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel dan sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan analisis data serta etika penelitian.

#### 4.1. Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *quasy-experiment* dengan pendekatan *non random control pre test control group design*, yaitu penelitian yang mengungkapkan hubungan sebab akibat dua kelompok eksperimental dan kelompok pembanding. Kedua kelompok diberikan *pre-test* terlebih dahulu sebelum dilakukan intervensi kemudian setelah diberikan intervensi dilakukan *post-test*. Sebelum diberikan perlakuan berupa terapi perilaku kognitif pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare mengalami stress. Langkah awal yang dilakukan adalah mengidentifikasi lansia yang mengalami stress dan membuat protap untuk pelaksanaan terapi perilaku kognitif. Setelah melakukan identifikasi pada lansia yang mengalami stress dilakukan wawancara dengan menggunakan kuisioner yang telah tersedia untuk menentukan stress sebelum diberikan terapi perilaku kognitif. Setelah menentukan jumlah lansia dan dibagi menjadi 2 kelompok perlakuan dan kelompok control. Setelah itu kelompok perlakuan diberikan terapi perilaku kognitif sedangkan pada kelompok control tidak diberikan terapi tetapi mengikuti terapi yang ada di panti tersebut. Setelah

pemberian terapi diberikan intervensi untuk lansia yang mengalami stress, kemudian diukur kembali stress dengan wawancara. Kemudian dibandingkan apakah ada pengaruh terapi perilaku kognitif sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan dan kelompok control.

Subyek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Tabel 4.1. Desain penelitian pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif (CBT) terhadap stress pada lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Lansia Jombang di Pare, Kediri.

Keterangan:

- K1 : Kelompok perlakuan (lansia)
- K2 : Kelompok pembanding (lansia)
- : Aktivitas lain
- O : Observasi stress sebelum diberikan terapi
- I : Terapi perilaku kognitif
- O1 (A+B) : Observasi setelah diberikan terapi perilaku kognitif

## 4.2. Populasi, Besar Sampel dan Tehnik Sampling

### 4.2.1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2007). Pada

penelitian ini populasinya adalah lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri yang mengalami stress.

#### 4.2.1.1. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria dalam penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya. Peneliti biasanya menjadikan sampel pada populasi target tersebut dan diharapkan dapat dipergunakan untuk mewakili kelompok populasi (Nursalam, 2003). Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami stress di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

#### 4.2.2. Besar Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi dan mewakili populasi. Hasil penelitian dapat ditentukan dengan kriteria sampel inklusi dan eksklusi.

##### 1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dalam suatu populasi target terjangkau yang akan diteliti. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian adalah:

- 1) Lansia yang mengalami stress dan tidak bersosialisasi dengan lingkungan.
- 2) Lansia yang berusia antara 60- 75 tahun
- 3) Lansia yang sehat secara fisik
- 4) Lansia yang kooperatif
- 5) Lansia yang senang mendengarkan musik

## 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab. Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Lansia yang sedang mengikuti terapi yang dijalankan panti
- 2) Lansia dalam perawatan khusus: mengalami keterbatasan anggota gerak atau lumpuh
- 3) Lansia yang mengalami gangguan pendengaran dan pengelihatan

### 4.2.3. Tehnik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini menggunakan jenis sampling nonprobability sampling yaitu *purposive sampling* yaitu dengan cara memilih subyek (sampel) sesuai dengan yang dibutuhkan peneliti. Dalam hal ini responden yang ada sebanyak 18 orang yang mengalami stress di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

## 4.3. Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level dari abstrak yang didefinisikan sebagai suatu penelitian (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini terdapat dua, macam variabel yaitu:

### 4.3.1. Variabel Bebas (*Variabel Independent*)

Pada penelitian ini variabel *independentnya* adalah terapi perilaku kognitif (CBT).



### 4.3.2. Variabel Tergantung (*Variabel Dependent*)

Pada penelitian ini variabel *dependent*nya adalah stress pada lansia.

### 4.4. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati memungkinkan peneliti untuk melakukan obseravasi atau pengukuran secara cermat terhadap obyek atau fenomena (Hidayat, 2003). Definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Instrumen	Skala	Skor
Variabel <i>Independent</i> ➤ Terapi Perilaku Kognitif	Terapi Perilaku Kognitif adalah terapi perilaku yang merubah pandangan kognitif seperti pikiran, persepsi, penilaian, dan pernyataan diri sendiri.	Melakukan Terapi perilaku kognitif: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase awal : kebutuhan sosiologi</li> <li>• Fase Tengah: menyediakan model kerja dan membuat intervensi</li> <li>• Fase akhir: persiapan</li> </ul>	SAP		

<p>Variabel <i>Dependent</i> Stress Lansia</p>	<p>Stress merupakan respon dari tubuh yang dapat mengganggu pikiran dan tidak dapat dihindari.</p>	<p>terapi dan perencanaan untuk terapi kembali.</p> <p>Pemeriksaan lansia yang dilakukan dengan observasi selama di panti</p>	<p>DASS</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Pernyataan : 0= tidak ada atau tidak pernah 1= kadang-kadang 2= sering 3= hampir setiap saat Skor Penilaian: Normal= 0-14 Stress Ringan= 15-18 Stress Sedang= 19-25 Stress Berat= 26-33 Stress sangat berat= &gt;34</p>
--	--	---	-------------	----------------	--

## 4.5. Pengumpulan dan Analisis Data

### 4.5.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subyek dan pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2003).

#### 4.5.1.1. Proses Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan setelah menyusun proposal. Data awal diperoleh pada Bulan April 2010 dengan mengkaji sebagian dari Lansia yang tinggal di Panti terdapat 12 dari 25 lansia yang mengalami stress. Pada penelitian dilakukan selama 2 minggu dengan 1 minggu dilakukan 3 kali pertemuan (1 kali pertemuan dilakukan selama 2 jam) pada hari senin, rabu, jum'at jam 10.00 – 12.00 kecuali hari jumat dilakukan jam 09.00 – 11.00.

Peneliti mengajukan surat kepada Dekan Fakultas Keperawatan untuk memperoleh ijin dari Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur. Setelah mendapatkan ijin dari Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur meminta ijin ke Dinas Sosial Jombang sebagai induk dari Dinas Sosial Pare, Kediri.

Setelah mendapatkan ijin dari Dinas Sosial Pare, Kediri peneliti mencari responden dan memberikan surat persetujuan sebagai responden sebagai *informed consent*. Setelah mendapatkan responden, peneliti memberikan lembar observasi ke responden dan menjelaskan maksud dan tujuan melakukan penelitian.

Kegiatan yang dilakukan antara lain:

1. Hari pertama melakukan kegiatan BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) dengan lansia dan menggali penyebab stress pada lansia yang tinggal di panti.

- Melakukan *post-test* dan membagi kelompok menjadi dua sebagai kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
2. Hari ke-2 memberikan terapi lagu dengan judul “ketaman asmoro”, setelah itu mengkaji kembali stress pada lansia.
  3. Hari ke-3 memberikan terapi lagu dengan judul “lingsir wengi”.
  4. Hari ke-4 memberikan lagu dengan judul “layang kangen”.
  5. Hari ke-5 memberikan lagu dengan judul “kusumaning ati”. Setelah itu kaji kembali stress pada lansia dan kaji kognitifnya.
  6. Hari ke-6 memberikan *post-test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Peneliti meminta bantuan kepada pengurus panti dalam melakukan penelitian. Setelah selesai penelitian melakukan terminasi.

#### 4.5.1.2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pada Penelitian ini mengacu pada lembar kuisioner dan DASS (Depressi Anxiety Stress Scale) dengan skor 0-14 kategori normal, 15-18 kategori stress ringan, 19-25 kategori stress sedang, 26-33 kategori stress berat, lebih dari 34 stress sangat berat.

#### 4.5.1.3. Waktu dan Tempat Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri pada tanggal 10-20 Agustus 2010.

#### 4.5.2. Analisis Data

Analisis data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan. Secara garis besar analisis meliputi 3 langkah:



## 1. Persiapan

Kegiatan dalam langkah penelitian ini adalah:

- 1) Mengecek responden dan kelengkapan identitas lansia di UPT PSLU Jombang di Pare dalam kuisisioner stress.
- 2) Memeriksa lembar kuisisioner dan mengecek kelengkapan isi instrument stress pada lansia di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

## 2. Tabulasi

Kegiatan dalam tabulasi data adalah:

- 1) Memberikan skor terhadap item-item yang perlu diberi skor.
- 2) Memberikan nilai pada tiap responden lansia dengan 5 kategori sesuai pembagian di instrument. Skor 0-14 kategori normal, 15-18 kategori stress ringan, 19-25 kategori stress sedang, 23-33 kategori stress berat, lebih dari 34 kategori stress sangat berat.

## 3. Penerapan data dengan pendekatan penelitian

Data yang terkumpul pada saat pre test dan post test dianalisis dengan menggunakan *Uji Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney U Test*. *Uji Wilcoxon Signed Rank Test* digunakan untuk membandingkan variabel dependent sebelum dan sesudah perlakuan. *Uji Mann Whitney U Test* digunakan untuk mengetahui perbedaan post test pada dua kelompok dengan menggunakan SPSS 17.

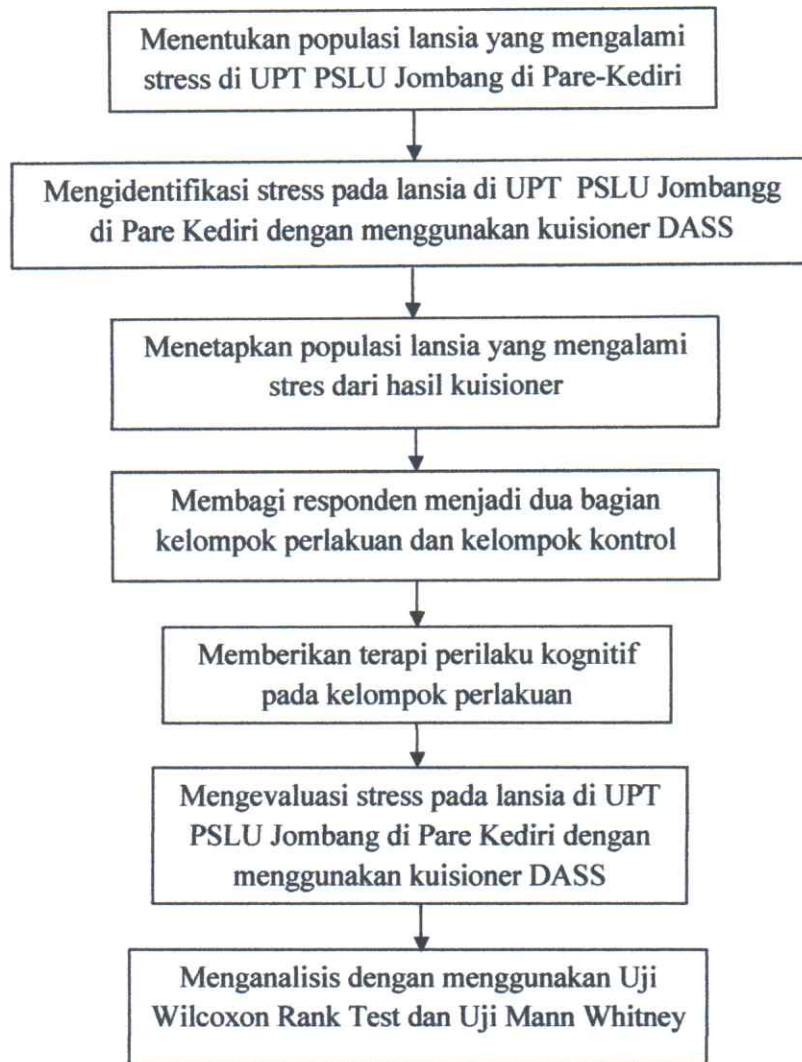
Analisis pada tahap pertama dihasilkan tabel distribusi frekuensi dan diagram untuk memberikan gambaran secara umum tentang variable terapi perilaku kognitif terhadap stress pada lansia. Analisis tahap kedua

dilakukan dengan menggunakan tabel-tabel silang untuk mengetahui adanya pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare-Kediri.

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

#### 4.6. Kerangka Kerja

Kerangka Kerja merupakan langkah-langkah yang akan digunakan dalam penelitian yang ditulis dalam bentuk kerangka atau alur penelitian (Hidayat, 2003). Kerangka kerja pada penelitian ini adalah:



Gambar 4.3. Kerangka kerja penelitian pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif terhadap stress pada lansia di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

#### 4.7. Etika Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini peneliti mengajukan izin kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan mengajukan izin di tempat penelitian. Pada penelitian ilmu keperawatan, karena 90% subyek yang digunakan adalah manusia maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etik penelitian. Jika hal ini tidak dilaksanakan maka peneliti akan melanggar hak-hak (otonomi) manusia yang kebetulan sebagai pasien. Secara umum prinsip etik dalam penelitian menekankan pada prinsip manfaat, *Respect Human Dignity and Right of Justice* (Nursalam, 2008).

##### 1) Surat Persetujuan (*Informed consent*)

Surat persetujuan ini diberikan pada responden yang akan diteliti yakni lansia yang mengalami stress. Lembar ini berisi tentang tujuan penelitian dan hal-hal yang mungkin terjadi selama penelitian berlangsung. Jika lansia bersedia maka harus mengisi surat ini sebagai pernyataan persetujuan menjadi responden. Apabila lansia tidak menghendaki untuk menjadi responden maka peneliti harus menghormati dan menghargai hak lansia untuk menolak menjadi responden penelitian.

##### 2) Tanpa Nama (*Anonimity*)

Responden penelitian tidak perlu memberikan nama atau identitas yang mudah dikenali oleh orang lain. Responden bisa menggunakan kode pada masing- masing lembar pengumpulan data.

##### 3) Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden penelitian akan dijaga kerahasiannya oleh peneliti. Pelaporan atau penyajian laporan



penelitian hanya sebatas pada kelompok tertentu yang terkait dengan penelitian.

4) *Respect Human Dignity*

Menjaga martabat responden saat penelitian, artinya jika di tengah proses penelitian terdapat seorang responden yang menghendaki berhenti atau keluar dari kelompok perlakuan maka peneliti harus menghormati keputusan responden.

5) Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian pada peneliti ini (Nursalam, 2001). Keterbatasan yang dihadapi dalam penelitian ini adalah:

1. Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan terapi sangat singkat sehingga hasil yang diharapkan kurang maksimal.
2. Keterbatasan peneliti dalam melakukan terapi sendiri.
3. Keterbatasan peneliti dalam mencari literatur sehingga materi yang didapatkan kurang maksimal.
4. Responden yang dipakai hanya responden yang ada di panti dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
5. Keterbatasan peneliti tidak bisa menggeneralisasi responden.
6. Keterbatasan peneliti kurang bisa mengoptimalkan memori responden karena penelitian dilakukan selama bulan puasa.

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang hasil pengumpulan data yang dimulai tanggal 9 Agustus sampai 20 Agustus 2010 di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jombang di Pare Kediri. Hasil penelitian yang meliputi: 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Data Umum Responden meliputi: jenis kelamin, umur, lama tinggal di panti yang akan disajikan dalam bentuk diagram, 3) Data khusus yang akan di ukur menampilkan hasil stress lansia sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku kognitif dan pengaruh perilaku terapi kognitif terhadap stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare-Kediri.

#### 5.1. Hasil Penelitian

##### 5.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

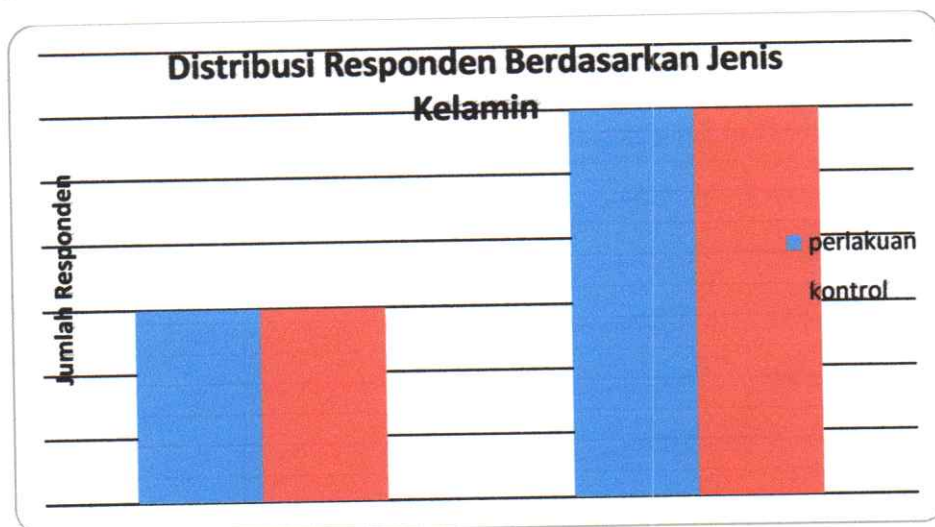
Penelitian ini dilakukan di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jombang yang terletak di Jalan Ahmad Yani No. 46 Kecamatan Pare, Kabupaten Kediri Jawa Timur dikarenakan terdapat 13% lansia yang tinggal di sini mengalami stress. Cabang UPT PSLU Jombang yang ada di Pare, Kediri ini berdiri pada tahun 1948. Terdapat 90 jumlah lansia yang menghuni panti dengan laki- laki berjumlah 26 orang dan perempuan sebanyak 64 orang. Di Panti ini ada empat Wisma yang didirikan diantaranya, Wisma Dahlia seluas 254, 65 m<sup>2</sup>, Wisma Anggrek seluas 149, 35 m<sup>2</sup>, Wisma Melati 48 m<sup>2</sup>, serta Wisma Mawar 254,65 m<sup>2</sup> dan dua Wisma bantuan dari pemerintah Jepang pada zaman dahulu AWF (*Association Woman Federation*) masing-masing seluas 200m<sup>2</sup> dan 250m<sup>2</sup>. Tempat tidur yang terdapat pada panti ini tergantung dari luas wisma yang mereka

tempati. Tenaga Panti sejumlah 21 orang meliputi Kepala Panti, perawat, pegawai dinas sosial, juru masak, satpol PP. Rata-rata pertahun menerima sekitar 5-10 lansia. Fasilitas yang ada disini berupa ruang ibadah atau mushola, rumah dinas, dapur dan ruang makan, kendaraan roda dua, komputer, listrik, dan sarana lain. Bimbingan keterampilan yang ada di Panti antara lain, kegiatan menjahit, membuat krupuk puli, opak gambir, kacang telur, kopi bubuk, telur asin, peternakan lele dan hortikultura. Selain itu juga ada jadwal kegiatan harian rutin yang dilaksanakan setiap hari.

### 5.1.2. Data Umum Responden

#### 1. Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin

Pada Lansia yang mengalami stress di panti cenderung kebanyakan perempuan sebab perempuan memiliki kemungkinan lebih besar menghadapi banyak ancaman serius dibandingkan laki-laki. Dari hasil survei di dapatkan data jenis kelamin sebagai berikut:

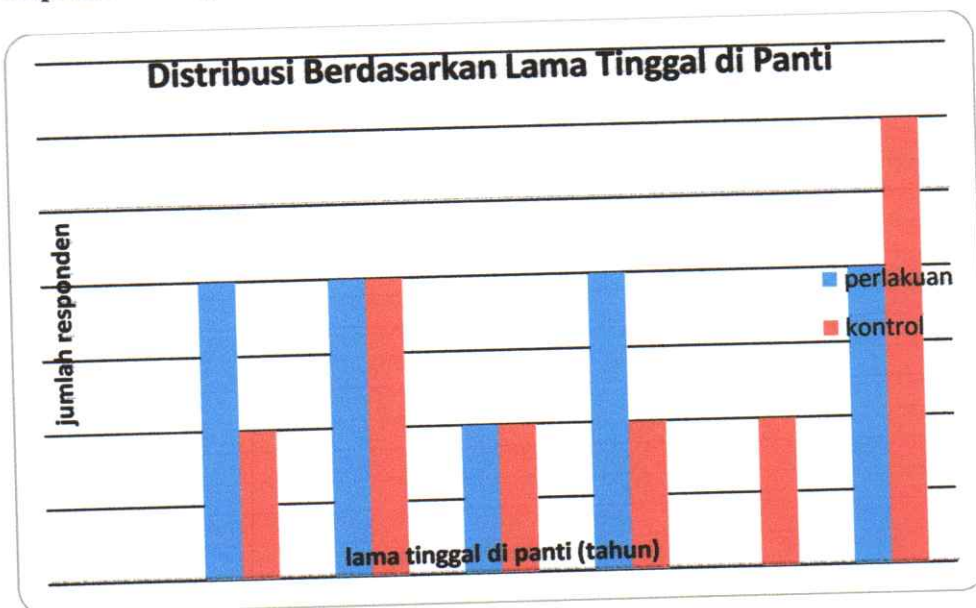


Gambar 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada kelompok perlakuan dan kontrol selama Penelitian di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

Dari hasil diatas dijelaskan bahwa terdapat 9 responden (100%) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan jumlah dengan jumlah yang sama yaitu 3 responden laki-laki (33,33%) dan 6 responden perempuan (66,66%). Hal ini disebabkan karena jenis kelamin perempuan paling banyak menghuni panti.

## 2. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Tinggal di Panti

Berdasarkan hasil dari penelitian didapatkan lama tinggal di panti responden sebagai berikut:



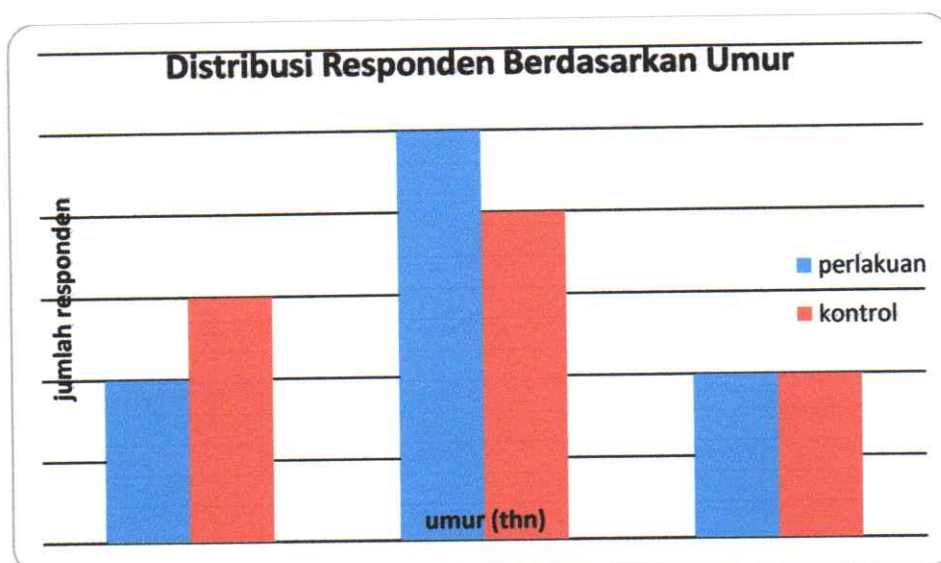
Gambar 5.2 Distribusi Responden berdasarkan lama tinggal di panti pada kelompok perlakuan dan kontrol selama penelitian di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

Dari gambar distribusi diatas disebutkan bahwa pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terdapat responden yang tinggal di panti rata-rata antara satu sampai dengan lima tahun.



### 3. Distribusi responden berdasarkan umur

Berdasarkan dari hasil penelitian umur responden didapatkan sebagai berikut:



Gambar 5.3. Distribusi responden berdasarkan umur pada kelompok perlakuan dan kontrol selama penelitian.

Dari gambar diatas mayoritas responden kelompok perlakuan dan kontrol berumur 66 sampai dengan 70 tahun. Pada penelitian yang sudah dilakukan, kebanyakan responden berumur 66-70 tahun yang mengalami stress. Pada lansia yang berumur 66-70 merupakan masa peralihan dari proses dewasa ke tua.

#### 5.1.3. Data Khusus Responden

Pada bagian ini akan diuraikan data-data tentang stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri sebelum dan sesudah diberikan intervensi lagu, serta pengaruh lagu terhadap penurunan stress pada lansia baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Dibawah ini adalah hasil dari kuisioner DASS yang dipakai sebagai alat ukur pada lansia.

Tabel 5.1 Hasil kuisioner stress pada lansia untuk keompok perlakuan yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri tanggal 10 Agustus sampai 20 Agustus 2010

No.	Jenis Kelamin	Lama tinggal di panti (thn)	Umur responden (thn)	Kelompok Perlakuan		$\Delta$
				Pretest	Posttest	
1.	perempuan	2	61	19	12	7
2.	perempuan	3	65	20	15	5
3.	perempuan	1,5	70	21	14	7
4.	perempuan	4	71	18	13	5
5.	Laki-laki	2,5	68	17	16	1
6.	Laki-laki	3	67	25	14	11
7.	Laki-laki	1,5	66	22	15	7
8.	perempuan	2	69	16	13	3
9.	perempuan	4	75	23	20	3
$\bar{x}$				20,11	14,44	
SD				4,5946	2,4037	
Uji Wilcoxon				p= 0,037		
Uji Mann Whitney				p= 0,006		

Tabel 5.2. Hasil kuisioner stress pada lansia untuk kelompok kontrol yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri tanggal 10 Agustus sampai 20 Agustus 2010

No.	Jenis Kelamin	Lama tinggal di panti (thn)	Umur responden (thn)	Kelompok Kontrol		$\Delta$
				Pretest	Posttest	
1.	Perempuan	2	60	21	20	1
2.	Perempuan	4	61	17	17	0
3.	Perempuan	4	70	18	18	0
4.	Perempuan	1,5	75	20	20	0
5.	Laki-laki	2	67	20	20	0
6.	Laki-laki	3	66	16	16	0
7.	Laki-laki	4	65	15	15	0
8.	Perempuan	3,5	70	17	16	1
9.	perempuan	2,5	75	18	18	0
$\bar{x}$				18	17,78	
SD				2,000	1,922	
Uji Wilcoxon				p= 0,157		
Uji Mann Whitney				p= 0,006		

#### Skor Penilaian

- 0 – 14 : normal  
 15 – 18 : stress ringan  
 19 – 25 : stress sedang  
 26 – 33 : stress berat  
 > 34 : stress sangat berat

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada lansia kelompok perlakuan sebelum mendapatkan perlakuan mengalami stress berat. Hal ini diberi perlakuan berupa lagu mengalami perubahan menjadi normal dan SD = 2,40370. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan signifikasi (p)=0,037 berdasarkan Uji Mann Whitney didapatkan nilai signifikasi (p)= 0,267. Hal ini menunjukkan

bahwa kelompok perlakuan mengalami perubahan yang signifikan sebelum dilakukan terapi dan setelah dilakukan terapi.

## 5.2. Pembahasan

### 5.2.1. Stress pada Lansia sebelum dilakukan terapi perilaku kognitif

Dari Tabel 5.1 di atas dapat menunjukkan bahwa stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare Kediri sebelum dilakukan terapi perilaku kognitif pada responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan kategori stress sedang. Hal ini dipengaruhi juga oleh faktor usia dimana lansia semakin tua mengalami banyak penurunan daya kognitif dan perubahan perilaku, sehingga meskipun belum diberikan terapi perilaku kognitif lansia yang tinggal di panti tersebut cenderung mengalami stress yang sama.

Pada lansia yang berusia di atas 65 tahun (atau umur 60 tahun di Asia) sering memiliki keluhan subyektif adanya gangguan daya ingat yang ringan, seperti tidak dapat mengingat kembali nama-nama orang atau keliru meletakkan benda-benda. Gangguan daya ingat yang berhubungan dengan usia tersebut perlu dibedakan dengan adanya kecemasan pada saat dilakukan pemeriksaan atau wawancara (Weight, 1995; Hamilton, 1985). Para ahli klinis cenderung tidak terlalu mengharapkan keberhasilan bila mengenai pasien lansia disbanding pasien muda (Knight, 1996; Settin, 1982). Para lansia dinilai memiliki motivasi yang kurang untuk menjalankan terapi dan pasien lansia dianggap memiliki kemungkinan yang terbatas untuk memperoleh perbaikan kondisi.

Dengan bertambahnya usia pada lansia cenderung mengalami perubahan perilaku dan kognitif. Hal ini biasanya mempengaruhi riwayat stress hidup mereka. Lansia yang tinggal dipanti cenderung memiliki sifat dan karakter yang



sama. Hal ini terbentuk karena pola hidup yang sering dilakukan secara bersama-sama. Stress pada lansia lebih banyak ditemukan pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Dalam kegiatannya sehari-hari yang dilakukan dipanti perempuan cenderung lebih aktif dibandingkan dengan laki-laki, sehingga diharapkan terapi dapat menjadi kegiatan bagi mereka. Lansia mulai merespon apa yang diperintahkan oleh petugas dalam menjalankan kegiatan rutin harian di panti.

#### 5.2.2. Stres pada lansia sesudah diberikan terapi perilaku kognitif

Dari Gambar 5.1 menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi perilaku kognitif pada responden lansia (18 orang) mengalami penurunan stress dari stress sedang menjadi stress ringan dan normal. Pada kelompok perlakuan didapatkan 9 responden diantaranya 5 orang mengalami stress sedang berubah menjadi normal dan 4 orang dari kategori stress sedang mengalami sedikit penurunan menjadi stress ringan. Sedangkan pada kelompok control tidak mengalami perubahan atau tetap stress sedang. Pada kelompok perlakuan lebih banyak didapati responden perempuan yang mengalami perubahan. Hal ini dikarenakan lansia perempuan lebih mudah memahami apa yang diperintahkan oleh petugas panti dalam menjalankan terapi.

Para perempuan lansia di masyarakat menghadapi banyak ancaman serius terhadap kesejahteraannya. Mereka memiliki kemungkinan lebih besar dibanding para laki-laki lansia untuk diceraikan (Moen, 1996), mereka lebih mungkin hidup dalam kemiskinan (Estes, Gerald, & Clarke, 1985) dan kehilangan pendapat di usia tua. Perempuan dapat memasuki usia tua dengan telah memenuhi lebih banyak peran dibandingkan dengan laki-laki, dan mereka dapat memiliki banyak

pengalaman dalam mengelola berbagai perubahan peran yang besar sepanjang hidup mereka. Kemampuan untuk terlibat dalam banyak peran sosial di usia tua dihubungkan dengan sedikitnya depresi, kepuasan hidup yang lebih besar, dan tingkat rasa kemampuan diri yang lebih tinggi pada perempuan (Adelman, 1994; Charles dkk, 1996).

Terapi perilaku kognitif merupakan terapi yang dipakai untuk mengubah proses pikir, penilaian, cara pandang yang mengalami perubahan pada lansia. Teori ini menggabungkan paradigme teori perilaku dan teori kognitif. Agar lansia tidak mengalami stress yang berat dipanti diberikn beberapa terapi salah satunya adalah terapi perilaku kognitif dengan menyanyikan lagu. Selama penelitian berlangsung lansia cenderung tidak kooperatif dengan lingkungan sekitar. Lansia perempuan lebih banyak didapatkan dibandingklan denagn laki-laki di UPT PSLU Jombang di Pare ini cenderung lebih sulit menekan stress dibandingkan lansia laki-laki.

### 5.2.3. Perubahan stres yang terjadi pada lansia yang tinggal di panti

Dari hasil yang diperoleh pada table 5.1 dan 5.2 menunjukkan hasil pada 18 responden lansia ternyata hasil posttest lebih baik dari pada pretest pada kelompok perlakuan dan kelompok control sedikit mengalami perubahan. Pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang baik, sedangkan pada kelompok control cenderung tetap.

Banyak terapi behavioral dan perilaku kognitif yang telah dibahas dan dilakukan secara berkelompok selain secara individual. Aaron Beck mengembangkan terapi kognitif untuk depresi berdasarkan ide bahwa mood yang tertekan berasal disebabkan oleh penyimpangan dalam cara memahami berbagai

pengalaman hidup (Beck, 1976; Salkovskis, 1996). Penilaian dapat menjadi salah, dan orang yang bersangkutan dapat mengalami kesulitan untuk memahami berbagai situasi dan membuat rencana atau mengambil keputusan. Orang-orang yang mengalami demensia mengabaikan standar mereka dan kehilangan kendali atas impuls-impuls mereka, mereka dapat menggunakan bahasa yang kasar, menceritakan lelucon yang tidak pantas, mengutuil, dan melakukan pendekatan seksual dengan orang lain. Kemampuan untuk menangani berbagai pemikirannya menurun, gangguan emosi menjadi hal umum, termasuk depresi dan stress, ledakan emosional. Halusinasi terjadi pada lebih dari 50% lansia (Fahrer dkk, 2000). Lansia demensia juga menunjukkan gangguan bicara, seperti pola bicara yang membingungkan. Meskipun sistem motoriknya berfungsi mereka dapat mengalami kesulitan mengalami berbagai aktivitas motorik, seperti menggosok gigi, melambatkan tangan, atau berpakaian. Mereka juga dapat mengalami kesulitan mengenali lingkungan sekelilingnya yang tidak asing atau menyebut nama-nama benda umum. Lagu tembang Jawa dapat digunakan untuk mengoptimalkan memori lansia dan menekan stressor yang terjadi.

Untuk responden yang mengalami peningkatan skor tertinggi dengan selisih pretest dan posttest 11 memang lansia ini aktif, cepat dan tanggap. Dalam kegiatan kesehariannya lansia ini lebih sering melakukan hal yang bermanfaat seperti membuat kerajinan tangan. Lansia ini lebih cepat menanggapi persoalan jika terjadi sesuatu dan aktif mengikuti kegiatan harian yang ada dipanti dan memberikan motivasi kepada lansia lainnya yang tidak mau mengikuti kegiatan harian. Sedangkan responden yang mengalami sedikit penurunan tersebut yaitu dengan selisih pretest dan posttest 1 dikarenakan responden ini selalu diam dan



menyendiri di lingkungan panti. Hal ini dikarenakan kurang adanya dukunagn dari pihak panti baik dari petugas maupun dari lansia lainnya. Ketika dilakukan terapi perilaku kognitif berupa lagu ini lansia ini cenderung diam dan tersenyum tidak seperti respon lainnya.

Penelitian ini membuktikan bahwa ada pengaru terapi perilaku kognitif terhadap stress pada lansia. Dengan lagu yang dinyanyika lansia dapat mengalami perubahan dan tidak mengalami stress. Perubahan yang terjadi antara *pre-test* dan *pos-test* yang dilakukan pada responden menunjukkan hasil yang positif. Hasil peningkatan yang positif ini lansia agar lebih aktif dan dapat mengubah perilaku dan kognitifnya selama di panti, dapat menurunkan stress yang terjadi, dan dapat mengakrabkan suasana di panti.



## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai kesimpulan dari hasil penelitian pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap stress pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri dan saran yang bisa dipakai untuk pengembangan selanjutnya mengenai stress pada lansia.

#### 6.1. Simpulan

1. Seluruh lansia di UPT PSLU Jombang di Pare Kediri memiliki kategori stress sedang dan mengalami penurunan kognitif sehingga lansia kurang mampu bersosialisasi dengan lingkungan yang ada di sekitar panti tersebut. Kebanyakan lansia yang mengalami stress adalah perempuan.
2. Setelah diberikan terapi perilaku kognitif pada lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare Kediri ini menunjukkan sebagian besar responden pada kelompok perlakuan mengalami penurunan stress dan sebagian kecil memiliki selisih nilai *pre-test* dan *pos-test* yang kecil, sedangkan pada kelompok kontrol sedikit mengalami perubahan. Dengan terapi perilaku kognitif berupa lagu ini mampu menumbuhkan perasaan senang pada lansia sehingga dapat mengurangi stress.
3. Terapi perilaku kognitif berpengaruh terhadap penurunannya stress dan pengoptimalan kognitifnya. Terapi ini mampu mengubah pandangan lansia secara kognitif dan perilakunya.

## 6.2. Saran

1. Koordinator bidang kesehatan di UPT PSLU Jombang di Pare-Kediri melalui program bimbingan sosial kelompok dapat mengaplikasikan terapi perilaku kognitif untuk menurunkan stress pada lansia minimal seminggu sekali.
2. UPT PSLU Jombang di Pare-Kediri dapat bekerjasama dengan Perguruan Tinggi Swasta di Kediri untuk menjalankan terapi perilaku kognitif sesuai dengan prosedur yang ada.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonimus. 2008. *http// Keperawatan Kesehatan*. www. Medicastore. Com akses 12 April 2010.
- Anonimus. 2008. *Cognitive Behaviour Therapy*. www. Ukcognitif.com. akses 13 April 2010.
- Anonimus. 2008.*http// Cognitive Behaviour Therapy*. www. Wordpress.com. akses 12 April 2010.
- Anonimus. 2007. *DASS*. *http//. Psy. Uns. DASS. Com*. Akses 3 Mei 2010.
- Anonimus. 2010. *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: Team PSIK FKp Universitas Airlangga.
- Arikunto, Suharsini. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Corsini, J Raymon. 2000. *Current Psychotherapies*. Illinois: P.E.Publishers, Inc.
- Darmojo dan Martono. 2000. *Buku Ajar Geriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Davison, Gerald C. 2006. *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Guyton & Hall. 1997. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Herning, Margaret M. 2005. *Cognitive Behavioral Therapy to Promote Exercise Behaviour in Older Adults: Implications for Psycal Therapist*. St. Louis: Journal of Geriatric Psical Therapy.
- Hidayat, A. 2003. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Laidlaw, Ken. 2003. *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Maryam, R. Siti dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Moore, Richard G. 2003. *Cognitive Therapy for Chronic and Persistent Depression*. London : British Library.

- Notoatmojo, S, (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba.
- Nugroho S. 2000. *Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A & Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Proses dan Praktik, Edisi 4, Volume 2*. Jakarta: EGC
- Putra, Suhartono Taat. 2005. *Psikoneuroimunologi Kedokteran*. Surabaya: GRAMIK FK UNAIR. Hal: 211.
- Santrock, John W. 1995. *Life- Span Development Perkembangan Masa Hidup Jilid 2*. Jakarta: Erlangga.
- Sriati, Aat. 2008. *Tinjauan stress*. www. Resources unpad. Ac. Id. Akses 19 Mei 2010.
- Stanley, Mickey. 2007. *Buku ajar Keperawatan Gerontik edisi 2*. Jakarta: EGC hal 461-462.
- Sternberg, Robert J. 2003. *Cognitive Psychology*. USA: Thomson Learning Inc.
- Tamher.S. 2009. *Kesehatan Lansia dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Thomson, S. 2006. *The Effect Cognitive Behaviour Therapy on Depression : The Role of Problem Solving Appraisal*. www. Sage publication.com. akses 8 Mei 2010.
- Westerman, Stephen J dkk. 2000. *Human Performance Cognition, Stress, and Individual Differences*. Philadelphia: Psychology Press.



Lampiran 2

## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Mila Hestika Sari

NIM : 010610143 B

adalah mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

**“Pengaruh Pemberian Terapi Perilaku Kognitif terhadap Stress pada Lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri”**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengurangi stress pada lansia yang tinggal di panti

Saya menjamin kerahasiaan identitas Ibu, informasi yang didapat akan dipergunakan untuk mengembangkan mutu pelayanan keperawatan, tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

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

Surabaya, 10 Agustus 2010

Hormat saya

Mila Hestika Sari



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

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

Surabaya, 19 Mei 2010

Nomor : 1240 /H3.1.12/PPd/2010  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan  
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Sosial Provinsi Jatim di Surabaya  
Jl. Gayung Kebonsari 56B Surabaya  
di –  
Tempat

Dengan hormat,

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

Nama : Mila Hestika  
NIM : 010610143B  
Judul Penelitian : Terapi Perilaku Kognitif (CBT) terhadap Tingkat Stres pada Lansia  
Tempat : UPT Pelayanan Sosial Lansia Pare

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan  
Wakil Dekan I

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

Tembusan:

1. UPT Pelayanan Sosial Lansia Jombang  
Jl. Merdeka No.19 Jombang



UNIVERSITAS AIRLANGGA  
IR-PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**

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

Surabaya, 6 Agustus 2010

Nomor : 1716 /H3.1.12/ Ppd/2010  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
bagi Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur  
di –  
Tempat

Dengan hormat,

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

Nama : Mila Hestika Sari  
NIM : 010610143B  
Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif (CBT) "Lagu"  
terhadap Stress pada Lansia yang Tinggal di UPT PSLU  
Jombang di Pare, Kediri  
Tempat : UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP : 196612251989031004

Tembusan:

1. Kepala UPT PSLU Jombang





IR-PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR

**DINAS SOSIAL**

UNIT PELAKSANA TEKNIS

PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA JOMBANG

Jl. Merdeka 19 Telp./ FAX. (0321) 861107

**JOMBANG**

---

---

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 070/208/102.022/2010

Yang bertanda tangan dibawah ini :

**N a m a** : **Dra. ILONKA SUKSMAWATI, MSi**  
**N I P** : 19630123 198901 2 002  
**Jabatan** : Kepala Unit Pelaksana Teknis Pelayanan  
Sosial Lanjut Usia Jombang  
**Alamat** : Jl. Merdeka No. 19 Jombang

menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

**N a m a** : **MILA HESTIKA**  
**NIM** : **010610143 B**

Telah melaksanakan penelitian pada Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jombang, dengan judul " *Terapi Perilaku Kognitif ( CBT ) terhadap Tingkat Stress pada Lanjut Usia di UPT Pelayanan Lanjut Usia Jombang di Kediri* " pada tanggal 10 Agustus 2010 s/d 20 Agustus 2010

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

KEPALA UNIT PELAKSANA TEKNIS  
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA JOMBANG



**Dra. ILONKA SUKSMAWATI, MSi**

**NIP 19630123 198901 2 002**



## Lampiran 3

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Mila Hestika Sari

Mahasiswa : Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Yang berjudul : Pengaruh Pemberian Terapi Perilaku Kognitif terhadap Stress pada Lansia yang tinggal di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri.

Tanda tangan saya di bawah ini menunjukkan saya diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Responden

(Tanda tangan tanpa nama)

## Lampiran 4

**FORMAT PENGUMPULAN DATA**

Judul : PENGARUH PEMBERIAN TERAPI PERILAKU KOGNITIF  
TERHADAP STRESS PADA LANSIA YANG TINGGAL DI UPT PSLU  
JOMBANG DI PARE, KEDIRI

Tanggal penelitian : .....

No. kode responden : .....

---

**Petunjuk**

Berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda

**A. Data Demografi**

## 1. Jenis Kelamin

1) Laki- laki

2) Perempuan

2. Lama tinggal di panti:.....bulan/tahun

3. Umur Responden.....tahun

## Lampiran 5

**LEMBAR OBSERVASI STRESS**  
**DASS 42 (Depressi Anxiety Stress Scale)**

Petunjuk

Berilah tanda cek (√) pada

Keterangan:

0 : tidak ada atau tidak pernah

1 : sesuai dengan yang dialami sampai tingkat tertentu, atau kadang- kadang

2 : sering

3 : sesuai dengan yang dialami, atau hampir setiap saat.

No.	Aspek Penilaian	0	1	2	3
1.	Menjadi marah karena hal- hal kecil/ sepele				
2.	Mulut terasa kering				
3.	Tidak dapat melihat hal yang positif dari suatu kejadian				
4.	Merasa gangguan dalam bernapas (napasb cepat, sulit bernapas)				
5.	Merasa tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan				
6.	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi				
7.	Kelemahan pada anggota tubuh				
8.	Kesulitan untuk bereaksi/ bersantai				
9.	Cemas yang berlebihan dalam suatu situasi namun bisa lega jika hal/ situasi itu berakhir				
10.	Pesimis				
11.	Mudah merasa kesal				
12.	Merasa banyak menghabiskan energi karena cemas				
13.	Merasa sedih dan depresi				
14.	Tidak sabaran				
15.	Kelelahan				
16.	Kehilangan minat pada banyak hal (misal; makan, ambulasi, sosialisasi)				

17.	Merasa diri tidak layak				
18.	Mudah tersinggung				
19.	Berkeringat (misal; tangan berkeringat) tanpa stimulasi oleh cuaca maupun latihan fisik				
20.	Ketakutan tanpa alasan yang jelas				
21.	Merasa hidup tidak berharga				
22.	Sulit untuk beristirahat				
23.	Kesulitan dalam menelan				
24.	Tidak dapat menikmati hal- hal yang saya lakukan				
25.	Perubahan kegiatan jantung dan denyut nadi tanpa stimulasi oleh latihan fisik				
26.	Merasa hilang harapan dan putus asa				
27.	Mudah marah				
28.	Mudah panik				
29.	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu				
30.	Takut diri terhambat oleh tugas- tugas yang tidak biasa dilakukan				
31.	Sulit untuk antusias pada banyak hal				
32.	Sulit mentoleransi gangguan- gangguan terhadap hal yang sedang anda lakukan				
33.	Berada pada keadaan tegang				
34.	Merasa tidak berharga				
35.	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang anda lakukan				
36.	ketakutan				
37.	Tidak ada harapan untuk masa depan				
38.	Merasa hidup tidak berarti				
39.	Mudah gelisah				
40.	Khawatir dengan situasi saat diri anda mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri				
41.	Gemetar				
42.	Sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu				



## Lampiran 6

**SATUAN ACARA KEGIATAN**

- Materi** : Terapi Perilaku Kognitif
- Sub Topik** : Melaksanakan Terapi Perilaku Kognitif
- Sasaran** : Lansia yang mengalami stress
- Waktu** : -
- Tempat** : Di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri

**A. Analisis Situasional**

1. Pelaksanaan : Mahasiswa FKp UNAIR yang sedang mengadakan penelitian
2. Peserta : Lansia di UPT PSLU Jombang di Pare, Kediri

**B. Tujuan Instruksional**

## 1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah diberikan terapi perilaku kognitif yang telah dilakukan oleh mahasiswa diharapkan stress pada lansia dapat berkurang

## 2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan terapi oleh mahasiswa lansia mampu:

- a) Bersosialisasi dengan baik di lingkungan Panti
- b) Melakukan aktivitas sesuai jadwal

## 3. Kegiatan

No.	Tahap	Prosedur	Evaluasi
1.	Persiapan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lingkungan Ciptakan kondisi yang dirasa nyaman bagi lansia. Dalam hal ini lansia duduk membentuk lingkaran.</li> <li>• Komunikasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyampaikan salam</li> </ol> </li> </ul>	Lansia kooperatif <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lansia menjawab salam dan bertanya</li> <li>2. Lansia mengerti</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menyampaikan tujuan</li> <li>3. Menjelaskan prosedur</li> <li>4. Memberikan kesempatan pada lansia untuk bertanya</li> </ol> <p>Menjalankan sesuai panduan dan memberikan lagu berjudul “ketaman asmoro, layang kangen, lingsir wengi, kusumaning ati”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lansia merasa senang</li> <li>• Stress pada lansia berkurang</li> <li>• Lansia dapat mengikuti kembali jadwal kegiatan di panti</li> <li>• Menutup salam</li> </ul>	<p>maksud dan tujuan. Lansia mengikuti dengan nyaman Lansia kooperatif dan menjawab salam</p>
2.	Pelaksanaan		
3.	Evaluasi		

## Lampiran 7

Jadwal Kegiatan Harian Klien pada UPT Pelayanan Sosial Lansia Jombang di  
Kediri tahun 2009

Hari	Waktu	Kegiatan
Senin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04.00- 04.45</li> <li>• 04.45- 05.00</li> <li>• 05.00- 06.00</li> <li>• 06.00- 07.00</li> <li>• 07.00- 09.30</li> <li>• 09.30- 11.45</li> <li>• 11.45- 13.30</li> <li>• 13.30- 15.00</li> <li>• 15.00- 16.30</li> <li>• 16.30- 17.15</li> <li>• 17.15- 18.00</li> <li>• 18.00- 19.00</li> <li>• 19.00- 20.00</li> <li>• 20.00- 04.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbingan sholat subuh Berjamaah</li> <li>• Bina diri atau pola hidup sehat</li> <li>• Senam lansia</li> <li>• Makan pagi &amp; minum kopi/ teh</li> <li>• Bimbingan sosial kelompok</li> <li>• Bimbingan ketrampilan menjahit</li> <li>• Sholat Dhuhur &amp; makan siang</li> <li>• Istirahat siang/ kegiatan individual</li> <li>• Mandi, sholat ashar &amp; snack</li> <li>• Bimbingan mental</li> <li>• Pelaksanaan sholat magrib</li> <li>• Makan malam</li> <li>• Sholat isya'</li> <li>• Istirahat malam</li> </ul>
Selasa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04.00- 04.45</li> <li>• 04.45- 05.00</li> <li>• 05.00- 06.00</li> <li>• 06.00- 07.00</li> <li>• 07.00- 09.00</li> <li>• 09.00- 10.00</li> <li>• 10.00- 10.45</li> <li>• 10.45- 11.45</li> <li>• 11.45- 13.30</li> <li>• 13.30- 15.00</li> <li>• 15.00- 17.00</li> <li>• 17.00- 18.00</li> <li>• 18.00- 19.00</li> <li>• 19.00- 20.00</li> <li>• 20.00- 04.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbingan sholat subuh berjamaah</li> <li>• Bina diri / pola hidup sehat</li> <li>• Bakti sosial</li> <li>• Makan pagi &amp; minum teh/ kopi</li> <li>• Bimbingan sosial kelompok</li> <li>• Kegiatan PHLU (siraman rohani)</li> <li>• Bimbingan ketrampilan kemocing rafia/ keset</li> <li>• Bimbingan kesenian hadrah</li> <li>• Sholat dhuhur &amp; makan siang</li> <li>• Istirahat siang/ kegiatan individual</li> <li>• Mandi, sholat ashar&amp; snack</li> <li>• Pelaksanaan sholat magrib</li> <li>• Makan malam</li> <li>• Sholat isya'</li> <li>• Istirahat malam</li> </ul>
Rabu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04.00- 04.45</li> <li>• 04.45- 05.00</li> <li>• 05.00- 06.00</li> <li>• 06.00- 07.00</li> <li>• 07.00- 09.30</li> <li>• 09.30- 11.45</li> <li>• 11.45- 13.30</li> <li>• 13.30- 15.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbingan sholat subuh berjamaah</li> <li>• Bina diri/ pola hidup lansia</li> <li>• Senam lansia</li> <li>• Makan pagi&amp; minum kopi/ teh</li> <li>• Bimbingan sosial kelompok</li> <li>• Bimbingan ketrampilan UEP</li> <li>• Sholat dhuhur dan makan siang</li> <li>• Istirahat siang&amp; kegiatan individual</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15.00- 16.30</li> <li>• 16.30- 17.15</li> <li>• 17.15- 18.00</li> <li>• 18.00- 19.00</li> <li>• 19.00- 20.00</li> <li>• 20.00- 04.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi, sholat ashar&amp; snack</li> <li>• Bimbingan mental</li> <li>• Pelaksanaan sholat magrib</li> <li>• Makan malam</li> <li>• Sholat isya berjamaah</li> <li>• Istirahat malam</li> </ul>
Kamis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04.00- 04.45</li> <li>• 04.45- 05.00</li> <li>• 05.00- 06.00</li> <li>• 06.00- 07.00</li> <li>• 07.00- 08.00</li> <li>• 08.00- 10.00</li>   <li>• 10.00- 10.45</li> <li>• 10.45- 11.45</li> <li>• 11.45- 13.30</li> <li>• 13.30- 15.00</li> <li>• 15.00- 17.00</li> <li>• 17.00- 18.00</li> <li>• 18.00- 19.00</li> <li>• 19.00- 20.00</li> <li>• 20.00- 04.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbingan sholat subuh berjamaah</li> <li>• Bina diri / pola hidup sehat</li> <li>• Bakti sosial</li> <li>• Makan pagi&amp; minum kopi/ teh</li> <li>• Ketrampiulan budi daya tanaman hias</li> <li>• Kegiatan PHLU (belajar menghafal surat pendek)</li> <li>• Bimbingan ketrampilan UEP</li> <li>• Bimbingan kesenian hadrah</li> <li>• Sholat dhuhur &amp; makan siang</li> <li>• Istirahat siang/ kegiatan individual</li> <li>• Mandi, sholat ashar, snack</li> <li>• Pelaksanaan sholat magrib</li> <li>• Makan malam</li> <li>• Sholat isya berjamaah</li> <li>• Istirahat malam</li> </ul>
Jum,at	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04.00- 04.45</li> <li>• 04.45- 05.30</li> <li>• 05.30- 06.00</li> <li>• 06.00- 07.00</li> <li>• 07.00- 08.00</li> <li>• 08.00- 10.00</li> <li>• 10.00- 11.30</li> <li>• 11.30- 12.30</li> <li>• 12.30- 13.30</li> <li>• 13.30- 15.30</li> <li>• 15.30- 17.00</li> <li>• 17.00- 18.00</li> <li>• 18.00- 19.00</li> <li>• 19.00-20.00</li> <li>• 20.00- 04.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbingan sholat subuh berjamaah</li> <li>• Bina diri /hidup sehat</li> <li>• Kegiatan PHLU/ senam gembira</li> <li>• Makan pagi &amp; minum kopi/ teh</li> <li>• Kerja bakti lingkungan asrama</li> <li>• Bimbingan sosial kelompok</li> <li>• Bimbingan ketrampilan UEP</li> <li>• Sholat jumat</li> <li>• Makan siang</li> <li>• Istirahat siang/ kegiatan individual</li> <li>• Mandi, sholat ashar &amp; snack</li> <li>• Pelaksanaan sholat magrib</li> <li>• Makan malam</li> <li>• Sholat isya berjamaah</li> <li>• Istirahat malam</li> </ul>
Sabtu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04.00- 04.45</li> <li>• 04.45- 05.00</li> <li>• 05.00- 06.00</li> <li>• 06.00- 07.00</li> <li>• 07.00- 12.00</li>   <li>• 12.00- 13.00</li> <li>• 13.00- 15.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbingan sholat subuh berjamaah</li> <li>• Bina diri/ pola hidup sehat</li> <li>• Bakti sosial</li> <li>• Makan pagi&amp; minum kopi/ teh</li> <li>• Bersantai, nonton TV, bernostalgia dengan sesama klien</li> <li>• Sholat dhuhur dan makan siang</li> <li>• Istirahat siang/ kegiatan individual</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15.00- 16.00</li> <li>• 16.00- 17.30</li> <li>• 17.30- 18.00</li> <li>• 18.00- 19.00</li> <li>• 19.00- 20.00</li> <li>• 20.00- 04.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi, sholat ashar&amp; snack</li> <li>• Bimbingan mental</li> <li>• Pelaksanaan sholat magrib</li> <li>• Makan malam</li> <li>• Sholat isya berjamaah</li> <li>• Istirahat malam</li> </ul>
Minggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04.00- 04.45</li> <li>• 04.45- 05.00</li> <li>• 05.00- 06.00</li> <li>• 06.00- 07.00</li> <li>• 07.00- 12.00</li>   <li>• 12.00- 13.00</li> <li>• 13.00- 15.00</li> <li>• 15.00- 16.00</li> <li>• 16.00- 17.30</li> <li>• 17.30- 18.00</li> <li>• 18.00- 19.00</li> <li>• 19.00- 20.00</li> <li>• 20.00- 04.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbingan sholat subuh berjamaah</li> <li>• Bina diri/ pola hidup sehat</li> <li>• Bakti sosial</li> <li>• Makan pagi&amp; minum kopi/ teh</li> <li>• Bersantai, nonton TV, bernostalgia dengan sesama klien</li> <li>• Sholat dhuhur dan makan siang</li> <li>• Istirahat siang/ kegiatan individual</li> <li>• Mandi, sholat ashar&amp; snack</li> <li>• Bimbingan mental</li> <li>• Pelaksanaan sholat magrib</li> <li>• Makan malam</li> <li>• Sholat isya berjamaah</li> <li>• Istirahat malam</li> </ul>

## Lampiran 8

**Tabulasi Karakteristik Responden**

## Kelompok Perlakuan

No	Responden Perlakuan	Jenis Kelamin	Lama Tinggal di Panti	Umur Responden
1.	Ny. S	perempuan	2 thn	61 thn
2.	Ny. Y	perempuan	3 thn	65 thn
3.	Ny. T	perempuan	1, 5 thn	70 thn
4.	Ny. N	perempuan	4 thn	71 thn
5.	Tn. M	Laki- laki	2, 5 thn	68 thn
6.	Tn. P	Laki- laki	3 thn	67 thn
7.	Tn. R	Laki- laki	1, 5 thn	66 thn
8.	Ny. K	perempuan	2 thn	69 thn
9.	Ny. D	perempuan	4 thn	75 thn

## Kelompok Kontrol

No.	Responden Perlakuan	Jenis Kelamin	Lama tinggal di Panti	Umur Responden
1.	Ny. P	perempuan	2 thn	60 thn
2.	Ny. H	perempuan	4 thn	61 thn
3.	Ny. I	perempuan	4 thn	70 thn
4.	Ny. K	perempuan	1, 5 thn	75 thn
5.	Tn. J	Laki- laki	2 thn	67 thn
6.	Tn. P	Laki- laki	3 thn	66 thn
7.	Tn. G	Laki- laki	4 thn	65 thn
8.	Ny. A	perempuan	3, 5 thn	70 thn
9.	Ny. R	perempuan	2,5 thn	75 thn





Hasil Tabulasi Kelompok Kontrol Lansia stress di UPT PSLU Jombang di Pare-Kediri sebelum diberikan terapi

Responden	Kuisiener DASS																		Skor																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42		
1	2	0	0	0	1	0	2	0	2	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	21
2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	17
3	1	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	18
4	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	20
5	3	1	1	0	1	0	1	0	0	2	1	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	20
6	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	16
7	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	15	
8	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	17	
9	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	18		

Hasil Tabulasi Kelompok Kontrol Lansia stress di UPT PSLU Jombang di Pare-Kediri setelah diberikan terapi

Responden	Kuisiener DASS																		Skor																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42		
1	2	0	0	0	1	0	2	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	20	
2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	17
3	1	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	18	
4	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	20	
5	3	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	20
6	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	16
7	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	15	
8	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	16	
9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	18		



## Lampiran 9

## Kelompok Perlakuan

## Frequencies

## Statistics

		pretest	posttest
N	Valid	9	9
	Missing	0	0
	Std. Deviation	4.59468	2.40370

## Frequency Table

## pretest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13.00	1	11.1	11.1	11.1
	16.00	1	11.1	11.1	22.2
	17.00	1	11.1	11.1	33.3
	19.00	1	11.1	11.1	44.4
	20.00	1	11.1	11.1	55.6
	21.00	1	11.1	11.1	66.7
	22.00	1	11.1	11.1	77.8
	25.00	1	11.1	11.1	88.9
	28.00	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0		

## posttest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.00	1	11.1	11.1	11.1
	13.00	3	33.3	33.3	44.4
	14.00	2	22.2	22.2	66.7
	15.00	1	11.1	11.1	77.8
	16.00	1	11.1	11.1	88.9
	20.00	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pretest	9	13.00	28.00	20.1111	4.59468
posttest	9	12.00	20.00	14.4444	2.40370
Valid N (listwise)	9				

**NPar Tests****Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	8 <sup>a</sup>	5.00	40.00
Positive Ranks	1 <sup>b</sup>	5.00	5.00
Ties	0 <sup>c</sup>		
Total	9		

a. posttest &lt; pretest

b. posttest &gt; pretest

c. posttest = pretest

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	posttest - pretest
Z	-2.081 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.037

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Kelompok kontrol****Frequencies****Statistics**

		pretest	posttest
N	Valid	9	9
	Missing	0	0
	Std. Deviation	2.00000	1.92209

**Frequency Table****pretest**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15.00	1	11.1	11.1	11.1
	16.00	1	11.1	11.1	22.2
	17.00	2	22.2	22.2	44.4
	18.00	2	22.2	22.2	66.7
	20.00	2	22.2	22.2	88.9
	21.00	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

**posttest**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15.00	1	11.1	11.1	11.1
	16.00	2	22.2	22.2	33.3
	17.00	1	11.1	11.1	44.4
	18.00	2	22.2	22.2	66.7
	20.00	3	33.3	33.3	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

**Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pretest	9	15.00	21.00	18.0000	2.00000
posttest	9	15.00	20.00	17.7778	1.92209
Valid N (listwise)	9				

**NPar Tests****Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	1.50	3.00
Positive Ranks	0 <sup>b</sup>	.00	.00
Ties	7 <sup>c</sup>		
Total	9		

a. posttest &lt; pretest

b. posttest &gt; pretest

c. posttest = pretest

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	posttest - pretest
Z	-1.414 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



**NPar Tests****Mann-Whitney Test****Ranks**

	variabel	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post	perlakuan	9	6.11	55.00
	kontrol	9	12.89	116.00
	Total	18		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	post
Mann-Whitney U	10.000
Wilcoxon W	55.000
Z	-2.723
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.006 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: variabel