

**PENGARUH *REMINISCENCE THERAPY* TERHADAP PENINGKATAN
FUNGSI KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA
WERDHA SAMARINDA**

SKRIPSI



**RAHEL KAYANG
NIM. P07220215029**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
SAMARINDA
2018/2019**

**PENGARUH *REMINISCENCE THERAPY* TERHADAP PENINGKATAN
FUNGSI KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA
WERDHA SAMARINDA**

SKRIPSI



**RAHEL KAYANG
NIM. P07220215029**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
SAMARINDA
2018/2019**

**PENGARUH *REMINISCENCE THERAPY* TERHADAP PENINGKATAN
FUNGSI KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA
WERDHA SAMARINDA**

SKRIPSI

Ditusun dan diajukan oleh

**RAHEL KAYANG
NIM P07220215029**

Telah diperiksa dan disetujui untuk diseminarkan

Samarinda, 01 Mei 2019

Pembimbing Utama

Hj. Neorhidayah, SE., M.Kes
NIDN. 4025055601

Pembimbing Pendamping

Rivan Firdaus, SST., M.Kes
NIDN. 4007028601

Mengetahui,

Ketua Program Studi B-IV Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ns. Dorellangi, M.Kep., M.I.Kes
NIP. 197512152002121004

**PENGARUH *REMINISCENCE THERAPY* TERHADAP PENINGKATAN
FUNGSI KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA
WERDHA SAMARINDA**

SKRIPSI

Disusun dan diajukan oleh

**RAHEL KAYANG
NIM P07220215029**

Telah dipertahankan dalam sidang seminar skripsi
Pada tanggal **21 Mei 2019**
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Panitia Penguji

Penguji I


Rina Loriani, M.kes
NIDN. 4077085601

Penguji II


Hj. Noorhidayah SE, M. Kes
NIDN. 4025055601

Penguji III


Rivan Firdaus, SST, M. Kes
NIDN. 4007028601

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-IV Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim


Ns. Parellangi, M.Kep., MH.Kes
NIP. 197512152002121004

ABSTRAK

PENGARUH REMINISCENCE THERAPY TERHADAP PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA SAMARINDA

Rahel Kayang¹⁾, Noorhidayah²⁾, Rivan Firdaus²⁾

¹⁾Mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

²⁾Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

Latar belakang : *Reminiscence Therapy* adalah terapi modalitas dengan mengingat masa lalu yang dapat menurunkan beberapa gangguan kesehatan salah satunya adalah gangguan fungsi kognitif yang dialami lansia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Reminiscence Therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda.

Metode : Desain penelitian ini eksperimen semu dengan rancangan *pre and post test without control group*. Populasi dalam penelitian adalah seluruh lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda dengan jumlah sampel 15 responden, teknik pengambilan sampelnya yaitu *non-probability sampling* dengan metode *consecutive*. Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah tes kognitif secara umum menggunakan MMSE.

Hasil Penelitian : Hasil dari penelitian ini menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* terhadap nilai fungsi kognitif sebelum dan sesudah diberikan *reminiscence therapy* mendapatkan nilai signifikan $p = 0,002$ ($p < \alpha; \alpha = 0,05$).

Kesimpulan : Ada pengaruh *Reminiscence Therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda. Terapi ini direkomendasikan sebagai salah satu terapi yang dapat dilakukan dalam upaya mempertahankan fungsi kognitif lansia.

Kata kunci : Lansia, Fungsi Kognitif, Terapi *Reminiscence*

ABSTRACT

THE EFFECT OF REMINISCENCE THERAPY ON IMPROVING COGNITIVE FUNCTION IN THE ELDERLY AT THE AT THE TRESNA WERDHA SOCIAL CARE CENTER INSTITUTION

Rahel Kayang¹⁾, Noorhidayah²⁾, Rivan Firdaus²⁾

¹⁾Applied Nursing Student, Health Polytechnics East Borneo

²⁾Nursing Studies, Health Polytechnics East Borneo

Background: DSME is modality therapy by remembering the past which can reduce some health problems one of which is cognitive function disorders experienced by the elderly. The study aims to determine the effect of reminiscence therapy on improving cognitive function in the elderly at the Tresna Werdha Samarinda Social Care Institution.

Method: The design of this study was a quasi-experimental design with a pre and post test without control group. The population in the study were all elderly at the Tresna Werdha Samarinda Social Institution with a sample of 15 respondents. The sampling technique is *non-probability sampling* with the *consecutive*. Instrument of data collection in this research is general cognitive test using MMSE.

Results: The results of this study indicate that the results of statistical tests using the Paired T-Test, in the experimental group $p = 0,000$ and $p = 0,001$ in the control group, while the P value on the Independent T-Test is $0,000$ ($p < \alpha; \alpha = 0,05$).

Conclusion: There is an effect of reminiscence therapy on improving cognitive function in the elderly at the Tresna Werdha Samarinda Social Care Intitution. This therapy is recommended as one of the therapies that can be done in an effort to maintain cognitive function in the elderly.

Keywords: Elderly, Cognitive Function, Reminiscence Therapy

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas anugerah dan berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini.

Skripsi ini berjudul “Pengaruh Reminiscence Therapy Terhadap Peningkatan Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda”. Keberhasilan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan, dukungan serta doa-doa dari berbagai pihak yang dengan segala ketulusan hati, kasih sayang, dan pengorbanannya memberikan bantuan kepada penulis. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Supriadi B, S. Kp., M. Kep selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim.
2. Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda
3. Hj. Umi Kalsum, S.pd.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan
4. Ns. Andi Parellangi M.Kep, MH selaku Ketua Program Studi Sarjana Terapan
5. Rina Loriana, M.Kes selaku penguji utama.
6. Hj. Noorhidayah, SE., M.Kes selaku dosen pembimbing utama.
7. Rivan Firdaus, SST., M.Kes selaku dosen pembimbing pendamping
8. Ayahanda (alm) Kayang Siau dan Ibunda Uring Igau tercinta, serta kakak tercinta Sinta Maria Kayang dan Keluarga Besar yang senantiasa mendoakan dan mendukung segala prosesnya.

9. Teman-teman mulai dari Ayu Kartika, Desi Nuraini, Sopia Fitriani, Tia Puspita Anjani, Victoria Paningoan serta teman-teman dari Prodi D-IV Keperawatan lainnya.
10. Semua responden yang telah bersedia menyempatkan waktunya dalam membantu selama penelitian.
11. Kepada semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Terimakasih banyak, semoga segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan pahala dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan pengalaman dan ilmu yang dimiliki penulis. Oleh karena itu, penulis mengharapkan segala bentuk saran dan masukan bahkan kritikan yang membangun dari berbagai pihak. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi para pembaca dan semua pihak.

Samarinda, 01 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN Sampul.....	i
HALAMAN Judul.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
HALAMAN Pernyataan Keaslian.....	iii
HALAMAN Lembar Perseetujuan.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	4
C. Manfaat penelitian.....	5
D. Keaslian Penelitian.....	5
BAB II	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Telaah Pustaka.....	8
1. Lansia.....	8
2. Fungsi Kognitif.....	12
3. <i>Reminiscence Therapy</i>	29
B. Kerangka Teori.....	42
C. Kerangka Konsep.....	43
D. Hipotesis.....	44
BAB III	45
METODE PENELITIAN	45

A. Rancangan Penelitian	45
B. Populasi dan Sampel	46
C. Tempat dan Waktu Penelitian	48
D. Definisi Operasional.....	48
E. Instrument Penelitian.....	50
F. Teknik Pengumpulan Data	50
G. Analisis Data	51
1. Uji Univariat.....	51
2. Uji Bivariat.....	51
H. Etika Penelitian	51
I. Alur Penelitian.....	53
BAB IV	54
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	54
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	54
B. Hasil Penelitian	54
C. Pembahasan.....	57
D. Keterbatasan Penelitian	64
BAB V.....	55
KESIMPULAN DAN SARAN	55
A. Kesimpulan.....	55
B. Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	67
LAMPIRAN	68

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu	7
Tabel 3.1 Definisi Operasional	48
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden	53
Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kognitif	53
Tabel 4.3 Hasil Uji Wilcoxon Test	54



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	41
Bagan 2.2 Kerangka Konsep.....	42
Bagan 3.1 Alur Penelitian	52



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

Lampiran 1 : Surat Ijin Penelitian

Lampiran 2 : *Informed Consent*

Lampiran 3 : *SOP Reminiscence Therapy*

Lampiran 4 : Kuesioner Responden

Lampiran 5 : Kuesioner MMSE

Lampiran 6 : Jadwal Penelitian

Lampiran 7 : Master Tabel

Lampiran 8 : Hasil SPSS

Lampiran 9 : Dokumentasi

Lampiran 10 : Lembar Bimbingan

Lampiran 11 : Surat Etik

Lampiran 12 : Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO lansia merupakan seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan suatu proses menghilangnya secara bertahap kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan fungsi normal dan strukturnya (Nurrahmani, 2012).

Data dari *World Population Prospects* (2015) menjelaskan ada 901 juta orang berusia 60 tahun atau lebih, yang terdiri atas 12% dari jumlah populasi dunia. Pada tahun 2015 dan 2030, jumlah orang berusia 60 tahun atau lebih diproyeksikan akan tumbuh sekitar 56% dari 901 juta menjadi 1,4 milyar, dan pada tahun 2050 populasi lansia diproyeksikan lebih 2 kali lipat di tahun 2015, yaitu mencapai 2,1 milyar (United Nations, 2015).

Pada tahun 2017, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan akan mencapai angka sekitar 248 juta jiwa dengan jumlah penduduk sebesar ini, Indonesia menduduki peringkat ke-4 dunia setelah Cina, India dan Amerika Serikat. Jumlah penduduk lanjut usia 60 tahun keatas di Indonesia pada tahun 2015 mencapai 16,80 juta orang. Angka ini naik menjadi 18,96 juta orang pada tahun 2016 dan menjadi 19,32 juta orang pada tahun 2017 artinya jumlah lansia adalah 8,3% dari total seluruh penduduk Indonesia (Kemosos, 2018).

Berdasarkan data rekam medik yang diperoleh dari Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda pada bulan maret 2018 tercatat lansia dengan gangguan fungsi kognitif sebesar 47 orang atau 48,88% dari 104 lansia (Rekam Medik, 2018).

Peningkatan jumlah lansia ini tentunya akan memberikan dampak pada pelayanan bagi lansia khususnya pelayanan kesehatan, dimana setiap pemberi pelayanan kesehatan (termasuk pelayanan keperawatan) harus meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanannya. Perubahan psikologis lansia berkaitan erat dengan perubahan biologis yang dialaminya. Adanya perubahan biologis atau fisik pada lansia akan berdampak pada kemampuan sensasi, persepsi, dan penampilan psikomotor yang sangat penting bagi fungsi individu sehari-hari.

Seiring dengan proses menua, tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan atau yang biasa disebut dengan penyakit degeneratif. Salah satu penyakit degeneratif yang kerap diderita lansia adalah penyakit demensia atau banyak dikenal dengan sebutan pikun. Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktifitas kehidupan sehari-hari (Dewi, 2018).

Terapi modalitas merupakan bentuk terapi non-farmakologis yang dilakukan pada lansia untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap lansia agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan lansia dapat tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Dewi, 2018).

Reminiscence therapy merupakan salah satu terapi modalitas yang dapat menurunkan beberapa gangguan kesehatan salah satunya adalah gangguan fungsi kognitif yang dialami lansia (Dewi, 2018).

Reminiscence therapy atau terapi kenangan adalah terapi dengan mengingat masa lalu atau kenangan yang indah dan menyenangkan. Menurut Fontaine dan Falcher terapi ini bertujuan untuk meningkatkan harga diri, membantu individu mencapai kesadaran diri, memahami diri dan beradaptasi dengan stress (Dewi, 2018)

Penelitian yang dilakukan oleh Harini (2018) tentang Pengaruh *Reminiscence Therapy* terhadap Fungsi Kognitif pada Lanjut Usia bahwa nilai fungsi kognitif setelah diberikan perlakuan *reminiscence therapy* sebagian besar berada pada kategori ringan. Sehingga pemberian *reminiscence therapy* berpengaruh terhadap fungsi kognitif pada lanjut usia (Dewi, 2018).

Penelitian lain dilakukan oleh (Dewi, 2018) Pengaruh Terapi *Reminiscence* Terhadap Fungsi Kognitif Lansia Di UPT PSTW Bondowoso setelah diberikan perlakuan *reminiscence therapy* terbukti berpengaruh terhadap peningkatan fungsi kognitif lansia.

Berdasarkan uraian dari latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "pengaruh *reminiscence therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia di PSTW Samarinda"

A. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini sebagai berikut:

“Apakah ada pengaruh *reminiscence therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia di PSTW Samarinda?”

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh *reminiscence therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik lansia meliputi jenis kelamin, umur dan pendidikan di PSTW Samarinda
- b. Mengidentifikasi fungsi kognitif sebelum pemberian *reminiscence therapy* pada lansia di PSTW Samarinda
- c. Mengidentifikasi fungsi kognitif sesudah pemberian *reminiscence therapy* pada lansia di PSTW Samarinda
- d. Menganalisis pengaruh perlakuan menggunakan *reminiscence therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia di PSTW Samarinda

C. Manfaat penelitian

1. Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai bahan perkembangan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan khususnya tentang pengaruh *reminiscence therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia.

2. Praktisi

a. Bagi UPTD. PSTW Nirwana Puri Samarinda

Dapat memberikan sumbang saran atau acuan bagi Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda dalam meningkatkan fungsi kognitif pada lansia.

b. Bagi Peneliti

Menambah pengalaman bagi peneliti dalam bidang keperawatan mengenai pengaruh *reminiscence therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia.

c. Bagi responden

Dapat memberikan manfaat informasi dan pengetahuan dalam mengatasi gangguan fungsi kognitif pada lansia.

D. Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini merupakan matrik yang memuat tentang nama peneliti beserta tahun, judul penelitian, metode penelitian dan hasil penelitian yang dapat dilihat pada tabel 1.1 di bawah ini.

Tabel 1.1
Penelitian Terdahulu

No	Judul penelitian dan nama peneliti	Metode penelitian dan hasil penelitian	Perbedaan
1.	Pengaruh <i>Reminiscence Therapy</i> Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia Harini (2018)	<p>Jenis penelitian: <i>pre eksperiment design</i></p> <p>Rancangan penelitian: <i>one group pre-post test design</i></p> <p>Teknik sampling: <i>non probability sampling</i></p> <p>Metode sampling: <i>Purposive samplin</i></p> <p>Waktu dan tempat penelitian: Waktu penelitian 1 bulan di wilayah kerja UPT. Puskesmas Abiansemal</p> <p>Hasil: Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa pemberian <i>remniscence therapy</i> berpengaruh terhadap fungsi kognitif pada lanjut usia.</p>	<p>Jenis penelitian: <i>Quasi experiment</i></p> <p>Rancangan penelitian: pre test and post test without control group</p> <p>Metode sampling: Purposive sampling</p> <p>Waktu dan tempat penelitian: Waktu penelitian 3 minggu di Pantti Sosial Tresna Werdha Samarinda</p>
2.	Pengaruh Terapi Reminiscence Terhadap Fungsi Kognitif Lansia Di UPT PSTW Bondowoso Dewi (2018)	<p>Jenis penelitian: <i>pre eksperiment design</i></p> <p>Rancangan penelitian: <i>one group pre-post test design</i></p> <p>Teknik sampling: <i>non probability sampling</i></p>	<p>Jenis penelitian: <i>Quasi experiment</i></p> <p>Rancangan penelitian: pre test and post test without control group</p>

		<p>Metode sampling: <i>Purposive samplin</i></p> <p>Waktu dan tempat penelitian: Waktu penelitian 2 minggu di UPT PSTW Bondowoso.</p> <p>Hasil: Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa pemberian <i>reminiscence therapy</i> berpengaruh terhadap fungsi kognitif pada lanjut usia.</p>	<p>Metode sampling: Purposive sampling</p> <p>Waktu dan tempat penelitian: Waktu penelitian 3 minggu di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda</p>
3.	<p><i>Reminiscence Therapy</i> Dengan Metode Terapi Aktivitas Kelompok Meningkatkan Fungsi Kognitif Pada Lansia (R.A, 2008)</p>	<p>Jenis penelitian: <i>pre eksperiment design</i></p> <p>Rancangan penelitian: <i>one group pre-post test design</i></p> <p>Teknik sampling: <i>non probability sampling</i></p> <p>Metode sampling: <i>Purposive samplin</i></p> <p>Waktu dan tempat penelitian: Waktu penelitian 3 minggu di Panti Werdha</p> <p>Hasil: Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa <i>reminiscence therapy</i> dapat meningkatkan fungsi kognitif lansia</p>	<p>Jenis penelitian: <i>Quasi experiment</i></p> <p>Rancangan penelitian: pre test and post test without control group</p> <p>Metode sampling: Purposive sampling</p> <p>Waktu dan tempat penelitian: Waktu penelitian 3 minggu di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda</p>

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Lansia

a. Definisi Lansia

Lanjut usia atau lansia menurut UU RI No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas, (Notoatmodjo, 2007).

Lansia merupakan tahap lanjut proses kehidupan. Hal ini ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan dan kegagalan untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis (Efendi, 2009).

b. Batasan Usia Lansia

Berbagai ahli dalam Efendi (2009) menetapkan batasan usia seseorang dikatakan lansia, di antaranya:

- 1) UU RI No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa "Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas".
- 2) Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) membagi lansia menjadi empat golongan yaitu usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

- 3) Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) membagi lansia menjadi empat fase yaitu pertama (fase inventus) 25-40 tahun, kedua (fase virilities) 40-55 tahun, ketiga (fase presenium) 55-65 tahun, keempat (fase senium) 65 tahun hingga tutup usia.
- 4) Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro membagi lansia menjadi tiga batasan usia, yaitu *young old* (70-75 tahun), *old* (75-80 tahun), dan *very old* (> 80 tahun).

Beberapa ilmuwan sosial membagi masa lansia ini ke dalam tiga kelompok, yaitu: *young old* (65-74 tahun) yang pada umumnya masih aktif, vital, dan kuat, *old old* (75-84 tahun), dan *oldest old* (85 tahun keatas). Kelompok *old old* dan *oldest old* biasanya lebih lemah dan memiliki kesulitan dalam mengatur aktivitas sehari-hari (Papilia, Feldman, & Martorell, 2004).

c. Teori-teori penuaan

Menurut (Maryam, 2008) ada beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan yaitu teori biologi, teori psikologi, teori sosial, dan teori spiritual.

1) Teori Biologis

Teori biologi mencakup teori genetik dan mutasi, *immunology slowtheory*, teori stres, teori radikal bebas, dan teori rantai silang.

2) Teori Psikologi

Perubahan psikologis yang terjadi dapat dihubungkan pula dengan keakuratan mental dan keadaan fungsional yang efektif. Adanya penurunan dan intelektualitas yang meliputi persepsi, kemampuan kognitif, memori, dan belajar.

3) Teori Sosial

Ada beberapa teori sosial yang berkaitan dengan proses penuaan, yaitu teori interaksi sosial (*social exchange theory*), teori penarikan diri (*disengagement theory*), teori aktivitas (*activity theory*), teori kesinambungan (*continuity theory*), teori perkembangan (*development theory*), dan teori stratifikasi usia (*agestratification theory*).

4) Teori Spiritual

Komponen spiritual dan tumbuh kembang merujuk pada pengertian hubungan individu dengan alam semesta dan persepsi individu tentang arti kehidupan.

d. Tugas Perkembangan Lansia

Lansia harus menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik yang terjadi seiring penuaan. Waktu dan durasi perubahan ini bervariasi pada tiap individu, namun seiring penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi tubuh akan terjadi. Perubahan ini tidak dihubungkan dengan penyakit dan merupakan perubahan normal.

Adanya penyakit terkadang mengubah waktu timbulnya perubahan atau dampaknya terhadap kehidupan sehari-hari.

- a) Adapun tugas perkembangan pada lansia dalam adalah beradaptasi terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik, beradaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan, beradaptasi terhadap kematian pasangan, menerima diri sebagai individu yang menua, mempertahankan kehidupan yang, menemukan cara mempertahankan kualitas hidup. Penurunan fungsi sel otak yang mengakibatkan penurunan daya ingat jangka pendek, melambatkan proses informasi, kesulitan berbahasa, kesulitan mengenal benda-benda, kegagalan melakukan aktivitas bertujuan, dan gangguan dalam menyusun rencana, mengatur sesuatu, mengurutkan daya abstraksi yang menyebabkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Potter, 2009).
- b) Kemampuan motorik yang menurun menyebabkan lansia menjadi kurang aktif dan mengganggu kegiatan sehari-hari.
- c) Massa otot berkurang dan massa lemak bertambah. Hal ini mengakibatkan jumlah cairan tubuh berkurang sehingga kulit kelihatan mengerut dan kering serta muncul garis-garis yang menetap pada wajah.

- d) Penurunan indera penglihatan akibat katarak pada usia lanjut yang dihubungkan dengan kekurangan vitamin A, vitamin C, dan asam folat.
- e) Penurunan kemampuan indera pendengaran terjadi karena adanya penurunan fungsi sel saraf pendengaran.

2. Fungsi Kognitif

a. Definisi Fungsi Kognitif

Fungsi kognitif dapat didefinisikan sebagai suatu proses dimana semua masukan sensoris (taktil, visual dan auditorik) akan diubah, diolah, disimpan dan selanjutnya digunakan untuk hubungan interneuron secara sempurna sehingga individu mampu melakukan penalaran terhadap masukan sensoris tersebut. Fungsi kognitif menyangkut kualitas pengetahuan yang dimiliki seseorang. Menurut Hecker (1998) modalitas dari kognitif terdiri dari sembilan modalitas yaitu: memori, bahasa, praksis, visuospasial, atensi serta konsentrasi, kalkulasi, mengambil keputusan (eksekusi), *reasoning* dan berpikir abstrak (Wiyoto, 2012).

1) Memori

Memori dapat didefinisikan sebagai kemampuan dalam menyimpan dan mengulang kembali informasi yang diperoleh yang terdiri dari 3 tahap. Tahap pertama yaitu *encoding* yang merupakan fungsi menerima, proses, dan penggabungan informasi. Tahap kedua yaitu *storage* merupakan pembentukan

suatu catatan permanen dari informasi yang telah dilakukan *encoding*. Tahap yang ketiga yaitu *retrieval* merupakan suatu fungsi memanggil kembali informasi yang telah disimpan untuk interpretasi dari suatu aktivitas (Satyanegara, Abubakar, Maulana, Sufarnap, & Benhadi, 2010).

Memori merupakan suatu proses biologis yang melibatkan jutaan sel neuron yang saling membentuk sinaps yang kemudian mentransmisikan impulsnya melalui suatu neurotransmitter asetilkolin, sehingga fungsi memori dapat disalurkan. Apabila terjadi peningkatan pemakaian fungsi memori maka sinaps antar neuron yang terbentuk akan semakin bertambah yang mengakibatkan semakin meningkatnya kapasitas dari memori (Guyton & Hall, 2008).

Hipokampus merupakan suatu bagian otak yang terletak medial dari girus temporal yang berperan penting dalam fungsi memori, yaitu memproses informasi yang masuk melakukan konsolidasi dari memori jangka pendek, serta memilah informasi yang penting untuk dijadikan memori jangka panjang. Hipokampus juga berfungsi sebagai memori spasial yaitu memori mengenai navigasi lokasi. Berbagai penelitian telah dilakukan dan ditemukan bahwa pada penderita alzheimer terjadi kerusakan pada hipokampus yang berefek pada penurunan fungsi memori. Penelitian lain juga dilakukan pada tikus yang diambil lobus

temporalnya mengalami kesulitan dalam menentukan lokasi. Fungsi hipokampus dapat terganggu, misal pada kejadian hipoksia, ensepalitis, epilepsi lobus temporal yang berakibat pada terjadinya amnesia (Guyton & Hall, 2008).

Pembagian klasifikasi memori sangat beragam ada beberapa pendapat ahli yang membagi memori secara berbeda-beda. Menurut *American Academy of Neurology* fungsi memori secara garis besar dibagi menjadi 3 kategori yaitu, *short term memory* yang merupakan kemampuan seseorang dalam mengingat informasi baru misalnya pada saat kita mengingat nomor telepon baru. Kategori kedua adalah *long term memory* adalah kemampuan seseorang dalam mengingat perihal yang pernah kita pelajari atau dapat pada masa lampau, misalnya kemampuan mengingat nama teman masa kecil. Kategori ketiga adalah *working memory* yaitu fungsi pengerjaan dua aktivitas secara sekaligus misalnya saat kita melakukan penghitungan terhadap pembagian angka, kita harus menyimpan satu angka hasil dan pada waktu yang bersamaan kita melakukan penghitungan terhadap angka yang lain. Ketiga fungsi memori tersebut akan terpengaruhi fungsinya pada proses penuaan (Lumbantobing, 2007).

Berdasarkan neurologi klinis, fungsi memori dibagi dalam tiga tingkatan bergantung lamanya rentang waktu antara stimulus dan *recall*, yaitu:

- a) Memori segera (*immediate memory*), rentang waktu antara stimulus dan *recall* hanya beberapa detik. Disini hanya dibutuhkan pemusatan perhatian untuk mengingat (*attention*).
- b) Memori baru (*recent memory*), rentang waktunya lebih lama yaitu beberapa menit, jam, hari.
- c) Memori lama (*remote memory*), rentang waktunya bertahun-tahun bahkan seumur hidup (Satyanegara *et al*, 2010).

2) Bahasa

Berbahasa merupakan suatu instrumen dasar bagi manusia untuk berkomunikasi antara satu orang dengan yang lainnya. Bila terdapat gangguan dalam hal ini, akan mengakibatkan hambatan yang cukup besar bagi penderita. Kemampuan berbahasa seseorang mencakup kemampuan untuk berbicara spontan, pemahaman, pengulangan, membaca, dan menulis (Satyanegara *et al*, 2010).

Beberapa kelainan dalam berbahasa antara lain disartria (pelo), disfonia (serak), disprosodi (gangguan irama bicara), apraksia oral, afasia, aleksia atau agrafia (Satyanegara *et al*, 2010).

3) Praksis

Praksis merupakan integrasi motorik untuk melakukan gerakan kompleks yang bertujuan, sebagai contoh seseorang dapat

menggambar segilima, membuat gambar secara spontan, membuat rekonstruksi balok tiga dimensi (Satyanegara *et al*, 2010).

4) Visuospasial

Visuospasial merupakan kemampuan untuk mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau, sebagai contoh orientasi seseorang terhadap orang lain, waktu, dan tempat (Satyanegara *et al*, 2010).

5) Atensi

Atensi merupakan kemampuan untuk memusatkan perhatian pada sesuatu yang dihadapi, dapat diperiksa dengan mengulangi 7 angka yang kita pilih secara acak untuk diucapkan kembali atau mengetukkan jari diatas meja sesuai angka yang kita sebutkan (Satyanegara *et al*, 2010).

6) Kalkulasi

Kemampuan berhitung sebenarnya lebih dipengaruhi oleh pendidikan dan pekerjaan seseorang, kemampuan berhitung misalnya mengitung 100 dikurangi 7 dan seterusnya (Satyanegara *et al*, 2010).

7) Eksekusi

Pengambilan keputusan merupakan salah satu fungsi kognitif yang penting, dimana seseorang memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, misalnya untuk menentukan tindakan

apa yang perlu dilakukan untuk mengerjakan suatu tugas (Satyanegara *et al.*, 2010).

8) *Reasoning*

Reasoning merupakan kemampuan seseorang secara sadar mengaplikasikan logika terhadap sesuatu, sebagai contoh kepercayaan seseorang setelah adanya fakta yang mendukung suatu pemikiran. *Reasoning* merupakan kebalikan dari pemikiran secara intuisi, karena fungsi *reasoning* didasari oleh pengetahuan dan intelegensi (Satyanegara *et al.*, 2010).

9) Abstraksi

Berpikir abstrak diperlukan untuk menginterpretasi suatu pepatah atau kiasan, misalnya seseorang mampu menginterpretasi pepatah ada gula ada semut, atau kemampuan seseorang untuk mendeskripsikan perbedaan antara kucing dengan anjing (Satyanegara *et al.*, 2010).

b. Gangguan Fungsi Kognitif

Penurunan fungsi kognitif memiliki tiga tingkatan dari yang paling ringan hingga yang paling berat, yaitu: mudah lupa (*forgetfulness*), *Mild Cognitive Impairment (MCI)* dan demensia (Lumbantobing, 2007).

1) Mudah lupa (*Forgetfulness*)

Mudah lupa merupakan tahap yang paling ringan dan sering dialami pada orang usia lanjut. Berdasarkan data statistik 39%

orang pada usia 50-60 tahun mengalami mudah lupa dan angka ini menjadi 85% pada usia di atas 80 tahun. Mudah lupa sering diistilahkan *Benign Senescent Forgetfulness* (BSF) atau *Age Associated Memory Impairment* (AAMI). Ciri-ciri kognitifnya adalah proses berfikir melambat, kurang menggunakan strategi memori yang tepat, kesulitan memusatkan perhatian, mudah beralih pada hal yang kurang perlu, memerlukan waktu yang lebih lama untuk belajar sesuatu yang baru dan memerlukan lebih banyak petunjuk/isyarat (*clue*) untuk mengingat kembali (Hartono, 2006).

Adapun kriteria diagnosis mudah lupa berupa :

- a) Mudah lupa nama benda, nama orang
- b) Memanggil kembali memori (*recall*) terganggu
- c) Mengingat kembali memori (*retrieval*) terganggu
- d) Bila diberi petunjuk (*clue*) bisa mengenal kembali
- e) Lebih sering menjabarkan fungsi atau bentuk daripada menyebutkan namanya (Hartono, 2006).

2) *Mild Cognitive Impairment (MCI)*

Mild Cognitive Impairment merupakan gejala yang lebih berat dibandingkan mudah lupa. Pada *mild cognitive impairment* sudah mulai muncul gejala gangguan fungsi memori yang mengganggu dan dirasakan oleh penderita. *Mild cognitive impairment*

merupakan perantara antara gangguan memori atau kognitif terkait usia (*Age Associated Memori Impairment/AAMI*) dan demensia. Sebagian besar pasien dengan *MCI* menyadari akan adanya defisit memori. Keluhan pada umumnya berupa frustrasi, lambat dalam menemukan benda atau mengingat nama orang, dan kurang mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari yang kompleks. Gejala *MCI* yang dirasakan oleh penderita tentunya mempengaruhi kualitas hidupnya. Penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh (50-80%) orang yang mengalami *MCI* akan menderita demensia dalam waktu 5-7 tahun mendatang. Oleh sebab itu, diperlukan penanganan dini untuk mencegah menurunnya fungsi kognitif (Lumbantobing, 2007).

Berdasarkan rangkuman berbagai hasil penelitian di berbagai negara prevalensi *MCI* berkisar antara 6,5 – 30% pada golongan usia di atas 60 tahun. Kriteria diagnostik *MCI* adalah adanya gangguan daya ingat (memori) yang tidak sesuai dengan usianya namun belum demensia. Fungsi kognitif secara umum relatif normal, demikian juga aktivitas hidup sehari-hari. Bila dibandingkan dengan orang-orang yang usianya sebaya serta orang-orang dengan pendidikan yang setara, maka terdapat gangguan yang jelas pada proses belajar (*learning*) dan *delayed recall*. Bila diukur dengan *Clinical Dementia Rating* (CDR), diperoleh hasil 0,5 (Lumbantobing, 2007).

Kriteria yang lebih jelas bagi MCI adalah :

- a) Gangguan memori yang dikeluhkan oleh pasiennya sendiri, keluarganya maupun dokter yang memeriksanya.
- b) Aktivitas sehari-hari masih normal.
- c) Fungsi kognitif secara keseluruhan (global) normal.
- d) Gangguan memori obyektif, atau gangguan pada salah satu wilayah kognitif, yang dibuktikan dengan skor yang jatuh di bawah $1,5 - 2,0$ SD dari rata-rata kelompok umur yang sesuai dengan pasien
- e) Nilai CDR $0,5$
- f) Tidak ada tanda demensia

Bilamana dalam praktek ditemukan seorang pasien yang mengalami gangguan memori berupa gangguan memori tunda (*delayed recall*) atau mengalami kesulitan mengingat kembali sebuah informasi walaupun telah diberikan bantuan isyarat (*clue*) padahal fungsi kognitif secara umum masih normal, maka perlu dipikirkan diagnosis MCI. Pada umumnya pasien MCI mengalami kemunduran dalam memori baru. Namun diagnosis MCI tidak boleh diterapkan pada individu-individu yang mempunyai gangguan psikiatrik, kesadaran yang berkabut atau minum obat-obatan yang mempengaruhi sistem saraf pusat (Hartono, 2006).

3) Demensia

Demensia adalah suatu sindroma penurunan kemampuan intelektual progresif yang menyebabkan deteriorasi kognitif dan fungsional, sehingga mengakibatkan gangguan fungsi sosial, pekerjaan dan aktivitas sehari-hari (Mardjon & Sidharta, 2008).

Demensia memiliki gejala klinis berupa kemunduran dalam hal pemahaman seperti hilangnya kemampuan untuk memahami pembicaraan yang cepat, percakapan yang kompleks atau abstrak, humor yang sarkastis atau sindiran. Dalam kemampuan bahasa dan bicara terjadi kemunduran pula yaitu kehilangan ide apa yang sedang dibicarakan, kehilangan kemampuan pemrosesan bahasa secara cepat, kehilangan kemampuan penamaan (*naming*) dengan cepat. Dalam bidang komunikasi sosial akan terjadi kehilangan kemampuan untuk tetap berbicara dalam topik, mudah tersinggung, marah, pembicaraan bisa menjadi kasar dan terkesan tidak sopan. Namun tidak disertai gangguan derajat kesadaran (Mardjono & Sidharta, 2008).

Demensia vaskuler adalah demensia yang disebabkan oleh infark pada pembuluh darah kecil dan besar, misalnya *multi-infarct dementia*. Konsep terbaru menyatakan bahwa demensia vaskuler juga sangat erat berhubungan dengan berbagai mekanisme vaskuler dan perubahan-perubahan dalam otak, berbagai faktor pada individu dan manifestasi klinis (Mardjono & Sidharta, 2008).

Adapun kriteria diagnosis untuk demensia adalah :

- a) Kemunduran memori dengan ciri : kehilangan orientasi waktu, sekedar kehilangan memori jangka panjang dan pendek, kehilangan informasi yang diperoleh, tidak dapat mengingat daftar lima item atau nomor telepon.
- b) Kemunduran pemahaman
- c) Kemunduran kemampuan bicara dan bahasa
- d) Kemunduran komunikasi sosial (Lumbantobing, 2007).

c. Faktor yang Berpengaruh pada Fungsi Kognitif

Ada beberapa faktor penting yang memiliki efek penting terhadap fungsi kognitif seperti usia, stres, ansietas, latihan memori, genetik, hormonal, lingkungan, penyakit sistemik, infeksi, intoksikasi obat dan diet.

1) Usia

Semakin tua usia seseorang maka secara alamiah akan terjadi apoptosis pada sel neuron yang berakibat terjadinya atrofi pada otak yang dimulai dari atrofi korteks, atrofi sentral, hiperintensitas substantia alba dan paraventrikuler. Yang mengakibatkan penurunan fungsi kognitif pada seseorang, kerusakan sel neuron ini diakibatkan oleh radikal bebas, penurunan distribusi energi dan nutrisi otak (Carayannis, 2001).

2) Stres, Depresi, Ansietas

Depresi, stres dan ansietas akan menyebabkan penurunan kecepatan aliran darah dan stres memicu pelepasan hormon glukokortikoid yang dapat menurunkan fungsi kognitif (Parkin, 2009).

3) Latihan Memori

Semakin sering seseorang menggunakan atau melatih memorinya maka sinaps antar neuron akan semakin banyak terbentuk sehingga kapasitas memori seseorang akan bertambah, berdasar penelitian Vasconcellos pada tikus yang diberi latihan berenang selama 1 jam perhari selama 9 minggu terbukti memiliki fungsi memori jangka pendek dan jangka panjang yang lebih baik daripada kelompok kontrol (Vasconcellos *et al*, 2003).

4) Genetik

Terdapat beberapa unsur genetik yang berperan pada fungsi genetik seperti gen amyloid beta merupakan prekursor protein pada kromosom 21, gen Apolipoprotein E alel delta 4 pada kromosom 19, gen *butyrylcholinesterase K variant* menjadi faktor resiko alzheimer, gen prenisilin 1 pada kromosom 14 dan prenisilin 2 kromosom 1 (Li, Sung & Wu, 2002).

5) Hormon

Pengaruh hormon terutama yang mengatur deposit jaringan lipid seperti testosteron akan menyebabkan angka kenaikan

kadar kolesterol darah yang berakibat pada fungsi kognitif, dan sebaliknya estrogen terbukti menurunkan faktor resiko alzheimer pada wanita post menopause, karena estrogen memiliki reseptor di otak yang berhubungan dengan fungsi kognitif dan juga meningkatkan plastisitas sinap (Desa & Grossberg, 2003).

6) Lingkungan

Pada orang yang tinggal di daerah maju dengan sistem pendidikan yang cukup maka akan memiliki fungsi kognitif yang lebih baik dibandingkan pada orang dengan fasilitas pendidikan yang minimal, semakin kompleks stimulus yang didapat maka akan semakin berkembang pula kemampuan otak seseorang ditunjukkan pada penelitian pada tikus yang berada pada lingkungan yang sering diberikan rangsang memiliki kadar asetilkolin lebih tinggi dari kelompok kontrol (Wood *et al*, 2000).

7) Infeksi dan penyakit sistemik

Hipertensi akan menghambat aliran darah otak sehingga terjadi gangguan suplai nutrisi bagi otak yang berakibat pada penurunan fungsi kognitif. Selain itu infeksi akan merusak sel neuron yang menyebabkan kematian sel otak (Stinga *et al*, 2000).

8) Intoksikasi obat

Beberapa zat seperti toluene, alkohol, bersifat toksik bagi sel neuron, selain itu defisiensi vitamin B kompleks terbukti menyebabkan penurunan fungsi kognitif seseorang, obat golongan benzodiazepin, statin juga memiliki efek terhadap memori (Faust, 2008).

9) Diet

Konsumsi makanan yang tinggi kolesterol akan menyebabkan akumulasi protein amiloid beta pada percobaan dengan menggunakan tikus wistar yang memicu terjadinya demensia (Kaudinov & Kaudinova, 2011).

d. Pengukuran Fungsi Kognitif

Ada beberapa pemeriksaan kognitif singkat, antara lain : BIMC (*Blessed Information Memory Concentration*), BOMC (*Blessed Orientation Memory Concentration*), FAQ (*Functional Activities Questionnaire*), STMS (*Short Test of Mental Status*), CDT (*Clock Drawing Test*), *Mini-Cog*, dan *7 minute screen*, tetapi MMSE (*Mini Mental State Exam*) lebih sering dan banyak digunakan untuk pemeriksaan kognitif (Loue & Sajatovic, 2008).

Instrumen MMSE pertama kali diterbitkan pada tahun 1975 sebagai lampiran sebuah artikel yang ditulis F. Folstein, Susan Folstein, dan Paul McHugh dan diterbitkan dalam volume 12 dari *Journal of Psychiatric Research*. MMSE awalnya dirancang sebagai media pemeriksaan status mental singkat yang terstandarisasi pada

pasien psikiatri. Banyaknya tes ini digunakan selama bertahun-tahun menyebabkan kegunaan utama MMSE berubah menjadi suatu media untuk mendeteksi dan mengikuti perkembangan gangguan kognitif yang berkaitan dengan kelaian neurodegeneratif, seperti penyakit alzheimer (demensia) (Zulsita, 2010).

Gambaran dari MMSE merupakan skala terstruktur yang terdiri dari 30 poin yang dikelompokkan menjadi 7 kategori: orientasi terhadap waktu (tahun, musim, bulan, hari dan tanggal), orientasi terhadap tempat (negara, provinsi, kabupaten, lantai), registrasi (mengulang dengan cepat 3 kata), atensi dan kalkulasi (secara berurutan mengurangi angka 7, dimulai dari angka 100, atau mengeja kata WAHYU secara terbalik), mengingat kembali (*recall*) (mengingat kembali 3 kata yang telah diulang sebelumnya), bahasa (memberi nama 2 benda, mengulangi kalimat, membaca dengan keras dan memahami suatu kalimat, menulis kalimat dan mengikuti perintah 3 langkah), dan kontruksi visual (menyalin gambar) (Potter&Perry, 2006).

MMSE dapat dilaksanakan selama kurang lebih 5-10 menit. Tes ini dirancang agar dapat dilaksanakan dengan mudah oleh semua profesi kesehatan atau tenaga terlatih yang telah menerima instruksi untuk penggunaannya.

MMSE merupakan pemeriksaan status mental singkat dan mudah diaplikasikan yang telah dibuktikan sebagai instrumen yang dapat

dipercaya serta valid untuk mendeteksi dan mengikuti perkembangan gangguan kognitif yang berkaitan dengan penyakit neurodegeneratif.

Hasilnya, MMSE menjadi suatu metode pemeriksaan status mental yang digunakan paling banyak di dunia. Tes ini telah diterjemahkan ke beberapa bahasa dan telah digunakan sebagai instrumen skrining kognitif primer pada beberapa studi epidemiologi skala besar demensia. Tes ini juga digunakan secara luas pada praktik klinis dan keberhasilannya sebagai instrumen skrining kognitif telah dibuktikan dengan pencatuman bersama dengan *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), dalam studi *National Institute of Mental Health ECA* dan oleh daftarnya yang menyebutkan MMSE sebagai penilai fungsi kognitif yang direkomendasikan untuk kriteria diagnosis penyakit Alzheimer dikembangkan oleh konsorsium *National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (McKhann dkk, 1984 dalam Dayamaes, 2013)

Berikut adalah tabel MMSE untuk mengukur fungsi kognitif:

Nama pasien	:
Umur	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Riwayat Penyakit	:
Pemeriksa/Tanggal	:

No	Item	Nilai maksimal	Nilai
	ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal) hari apa?	5	
2	Kita berada dimana? (negara), (provinsi), (kota), (lantai/kamar)	5	
	REGISTRASI		
3	Sebutkan 3 buah nama benda (jeruk, uang, mawar) tiap benda 1 detik, pasien diminta mengulangi ketiga benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan.	3	
	ATENSI DAN KALKULASI		
4	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau pasien diminta mengeja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan, misalnya:UYAHW=2 nilai)	5	
	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
5	Pasien diminta menyebut kembali 3 nama benda diatas	3	
	BAHASA		
6	Pasien diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, arloji)	2	
7	Pasien diminta mengulang rangkaian kata "tanpa kalau dan atau tetapi"	1	
8	Pasien diminta melakukan perintah "ambil kertas ini dengan tangan kanan, lipatlah menjadi dua dan letakkan dilantai"	3	
9	Pasien diminta membaca dan melakukan perintah "angkatlah tangan kiri anda"	1	
10	Pasien diminta menulis sebuah kalimat (spontan)	1	
11	Pasien diminta meniru gambar	1	
	Skor total	30	

Pedoman Skor kognitif:

Nilai: 24 -30 : normal

Nilai: 17-23 : gangguan kognitif ringan

Nilai: 0-16 : gangguan kognitif berat

Alat bantu periksa

Siapkan kertas kosong, pensil, arloji, tulisan yang harus dibaca dan gambar yang harus ditiru / disalin.

Contoh:

Angkatlah tangan kiri anda

3. Reminiscence Therapy

a. Defnisi Reminiscence Therapy

Reminiscence adalah terapi yang memberikan perhatian terhadap kenangan terapeutik pada lansia (Webster, 1999 dalam Collins, 2006).

Menurut Bluck dan Levine (1998, dalam Collins, 2006) Reminiscence adalah proses yang dikehendaki atau tidak dikehendaki untuk mengumpulkan kembali memori memori seseorang pada masa lalu. Memori tersebut dapat merupakan suatu peristiwa yang mungkin tidak bisa dilupakan atau peristiwa yang sudah terlupakan yang dialami langsung oleh individu. Kemudian memori tersebut dapat sebagai kumpulan pengalaman pribadi atau 'disharingkan' dengan orang lain.

Johnson (2005) mendefinisikan *Reminiscence Therapy* adalah proses mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu, dan telah dibentuk sebagai suatu topik utama baik dalam teori maupun aplikasi pada psikogerontologi.

Menurut Fontaine dan Fletcher (2003) *Reminiscence* atau kenangan adalah suatu kemampuan pada lansia yang dipandu untuk mengingat memori masa lalu dan disharingkan (disampaikan) memori tersebut dengan keluarga dan kelompok.

Meiner dan Lueckenotte (2006) menjelaskan bahwa Terapi *Reminiscence* adalah suatu terapi pada lansia yang didorong (dimotivasi) untuk mendiskusikan kejadian-kejadian masa lalu untuk mengidentifikasi keterampilan penyelesaian masalah yang telah dilakukan mereka pada masa lalu.

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa *Reminiscence Therapy* adalah suatu terapi yang dilakukan pada lansia secara berkelompok atau individu dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu serta kemampuan penyesuaian masalahnya kemudian disampaikan dengan keluarga dan teman kelompok

b. Manfaat *Reminiscence Therapy*

Menurut Fontaine dan Fletcher (2003) *Reminiscence Therapy* bertujuan untuk meningkatkan harga diri dan membantu individu

mencapai kesadaran diri dan memahami diri, beradaptasi terhadap stress dan melihat bagian dirinya dalam konteks sejarah dan budaya.

Tujuan lain dilakukannya *Reminiscence Therapy* adalah untuk meningkatkan fungsi kognitif, kemampuan berkomunikasi dan fungsi perilaku (RIPFA, 2006).

Reminiscence Therapy bertujuan tidak hanya untuk memberikan pengalaman yang menyenangkan untuk meningkatkan kualitas hidup, tetapi juga meningkatkan sosialisasi dan hubungan dengan orang lain, memberikan stimulasi kognitif, meningkatkan komunikasi dan dapat menjadi suatu terapi yang efektif. *Reminiscence Therapy* mempunyai potensi untuk menurunkan isolasi social, memperbaiki fungsi kognitif dan depresi, meningkatkan harga diri, meningkatkan perasaan berharga, keterampilan sosial dan kepuasan hidup (Collins, 2006).

c. Tipe *Reminiscence Therapy*

Kennard (2006) mengategorikan ada 3 tipe utama Terapi *Reminiscence* yaitu:

1) *Simple* atau *Positive Reminiscence*

Tipe ini untuk merefleksikan informasi dan pengalaman serta perasaan yang menyenangkan pada masa lalu. Cara menggali pengalaman tersebut dengan menggunakan pertanyaan langsung yang tampak seperti interaksi social antara klien dan terapis.

Simple Reminiscence ini bertujuan untuk membantu beradaptasi terhadap kehilangan dan memelihara harga diri.

2) *Evaluative Reminiscence*

Tipe ini lebih tinggi dari tingkatan pertama, seperti pada terapi *life review* atau pendekatan dalam menyelesaikan konflik.

3) *Offensive Defensive Reminiscence*

Tipe ini dikatakan juga berkala, tidak menyenangkan dan informasi yang tidak menyenangkan. Pada tipe ini dapat menyebabkan atau menghasilkan perilaku dan emosi. Tipe ini juga dapat menimbulkan resolusi terhadap informasi yang penuh konflik dan tidak menyenangkan.

Ketiga tipe Terapi Reminiscence tersebut dapat diaplikasikan dalam proses kegiatan terapi kelompok atau individu.

d. Media dalam *Reminiscence Therapy*

Media yang digunakan dalam kegiatan terapi Reminiscence adalah benda-benda yang berhubungan dengan masa lalu lansia. Menurut (Collins, 2006) media yang dapat digunakan dalam kegiatan Terapi Reminiscence adalah Reminiscence kit (kotak yang diisi dengan berbagai barang-barang pada masa lalu, majalah, alat untuk memasak, dan membersihkan), foto pribadi masing-masing anggota, alat untuk memutar musik dan video, kaset, buku, pulpen, stimulus

bau yang berbeda (seperti coffee, keju, cuka), rasa (seperti coklat, jeruk, kulit pie), dan bahan-bahan lain untuk menstimulasi sensori sentuhan (seperti bulu binatang, wol, flannel, pasir, lumpur). Media ini dapat pula digunakan untuk kegiatan terapi Reminiscence yang dilakukan secara berkelompok. Benda-benda masa lalu ini digunakan sebagai media untuk membantu lansia mengingat kembali masa lalunya berkaitan dengan benda tersebut. Media ini diharapkan akan mempercepat daya ingat lansia untuk mengingat kembali pengalaman masa lalunya yang berkaitan dengan benda tersebut dan akan diceritakan pada orang lain sehingga proses dan tujuan terapi dapat tercapai.

e. Pedoman Pelaksanaan *Reminiscence Therapy*

1) Pengertian Terapi Reminiscence

Terapi Reminiscence adalah suatu terapi yang dapat diberikan pada Lansia secara berkelompok atau individu dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu yang terapeutik serta kemampuan penyelesaian masalahnya kemudian disampaikan dengan keluarga, teman, kelompok atau staf.

2) Tujuan Terapi Reminiscence

Terapi Reminiscence dilakukan pada lansia ini mempunyai tujuan meningkatkan harga diri, membantu individu mencapai kesadaran diri dan memahami diri untuk memulihkan perasaan

ketidakberdayaan dan keputusasaan dan meningkatkan kemampuan interaksi sosial lansia.

3) Indikasi Terapi Reminiscence

Indikasi medis untuk pelaksanaan Terapi Reminiscence adalah lansia dengan fungsi gangguan kognitif (RIPFA, 2006).

4) Tipe Terapi Reminiscence

Tipe yang digunakan dalam terapi ini adalah tipe *Simple* atau *Positive Reminiscence* yaitu merefleksikan informasi dan pengalaman serta perasaan yang menyenangkan pada masa lalu.

5) Media dalam Terapi Reminiscence

Media yang digunakan dalam kegiatan Terapi Reminiscence adalah Reminiscence kit (yaitu berbagai barang-barang benda pada masa lalu, majalah, alat untuk memasak, dan membersihkan), foto pribadi masing-masing anggota, alat untuk memutar musik dan video, kaset, buku, pulpen, stimulus bau yang berbeda (seperti kopi, keju, cuka), rasa (seperti cokelat, jeruk, kulit pie dan lain-lain), dan bahan-bahan lain untuk menstimulasi sensori sentuhan (seperti bulu binatang, wol dan flannel, pasir, lumpur dan lain-lain).

6) Ukuran dalam Terapi Reminiscence

Dalam penelitian ini responden berjumlah 15 orang.

7) Waktu pelaksanaan Terapi Reminiscence

Kegiatan Terapi Reminiscence dilaksanakan sebanyak lima sesi dengan jumlah pertemuan sebanyak 15 kali pertemuan. dan setiap sesi menggunakan waktu 30 menit atau sesuai kesepakatan responden. Dilakukan selama 3 minggu 15 kali pertemuan.

8) Prosedur Pelaksanaan Terapi Reminiscence

Prosedur pelaksanaan terapi Reminiscence ini merupakan modifikasi yang sudah dilakukan oleh Stinson (2009). Parese, Simon dan Ryan (2008). Collins (2006) dan Jones (2003). Terapi Reminiscence yang dilaksanakan dalam penelitian ini ada 5 sesi dan dilakukan dalam seminggu satu kali dalam satu sesi. Adapun kegiatan pada setiap sesi adalah sebagai berikut:

a) Sesi 1 : Berbagi pengalaman masa anak.

Pada penelitian ini pengalaman pada masa anak lebih difokuskan kepada pengalaman yang berkaitan dengan permainan yang paling disenangi dan pengalaman tentang guru yang paling disenangi pada waktu Sekolah Dasar atau setingkat SD pada masa tersebut. Pedoman pertanyaan yang digunakan pada sesi 1 ini adalah:

- (1) Hal apa yang paling menyenangkan sewaktu masa anak Saudara?
- (2) Permainan apa saja yang Saudara lakukan pada masa anak?
- (3) Permainan apa yang paling Saudara sukai pada masa anak?

- (4) Coba ceritakan peristiwa apa yang menyenangkan atau lucu dengan pengalaman permainan yang Saudara sukai tersebut.
 - (5) Coba perlihatkan benda atau sesuatu yang masih Saudara miliki berkaitan dengan permainan tersebut.
 - (6) Siapa guru yang paling disenangi pada saat duduk di bangku Sekolah Dasar atau setingkat SD?
 - (7) Coba ceritakan peristiwa apa yang menyenangkan atau lucu yang terjadi yang berkaitan dengan guru yang paling disenangi pada saat duduk di bangku Sekolah Dasar atau setingkat SD?
 - (8) Coba perlihatkan benda atau sesuatu yang masih Saudara miliki berkaitan dengan pengalaman guru yang paling disenangi sewaktu duduk di bangku Sekolah Dasar atau setingkat SD?
 - (9) Bagaimana perasaan Saudara setelah berbagi cerita masa anak dengan orang lain.
- b) Sesi 2 : Berbagi pengalaman masa remaja.

Sesi ini berfokus pada pengalaman masa remaja. Dalam penelitian ini topik yang didiskusikan lebih ditujukan pada hobi yang dilakukan bersama teman-teman sebaya dan pengalaman rekreasi bersama teman pada masa remaja

tersebut. Pedoman pertanyaan yang digunakan dalam sesi 2 ini adalah:

- (1) Kegiatan apa saja yang Saudara lakukan pada masa remaja?
 - (2) Apa saja hobi Saudara sewaktu usia remaja?
 - (3) Hobi apa yang paling saudara sukai yang dilakukan bersama teman sebaya pada waktu remaja dulu?
 - (4) Coba ceritakan pengalaman yang paling berkesan menyenangkan atau lucu berkaitan dengan hobi yang Saudara lakukan bersama teman sebaya tersebut?
 - (5) Coba perlihatkan benda atau sesuatu yang berkaitan dengan hobi yang paling Saudara sukai pada waktu remaja.
 - (6) Pada waktu remaja, apa saja kegiatan rekreasi yang dilakukan bersama teman sebaya?
 - (7) Coba ceritakan pengalaman yang paling menyenangkan atau lucu pada waktu rekreasi bersama teman sebaya.
 - (8) Coba perlihatkan benda atau sesuatu yang berkaitan dengan rekreasi yang Saudara lakukan bersama teman-teman sewaktu remaja.
 - (9) Bagaimana perasaan Saudara setelah berbagi cerita masa remaja dengan orang lain.
- c) Sesi 3 : Berbagi pengalaman masa dewasa.

Pada sesi 3 topik kegiatan terapi berhubungan dengan pengalaman masa dewasa. Fokus diskusi pada sesi 3 dalam penelitian ini adalah pengalaman yang berkaitan dengan pekerjaan dan makanan yang paling disukai. Pedoman pertanyaan yang digunakan pada sesi 3 kegiatan terapi ini adalah:

- (1) Apa saja kegiatan Saudara pada masa dewasa?
- (2) Pekerjaan apa saja yang pernah Saudara lakukan?
- (3) Pekerjaan apa yang paling Saudara sukai?
- (4) Coba ceritakan pengalaman yang paling berkesan (paling menyenangkan atau lucu) yang berkaitan dengan pekerjaan yang paling Saudara sukai tersebut.
- (5) Coba perlihatkan benda atau sesuatu yang berkaitan dengan pekerjaan yang Saudara sukai tersebut.
- (6) Apa saja makanan yang paling Saudara sukai?
- (7) Coba ceritakan pengalaman yang paling berkesan (paling menyenangkan atau lucu) yang berkaitan dengan makanan yang paling Saudara sukai.
- (8) Coba perlihatkan benda atau sesuatu yang berkaitan dengan makanan yang paling Saudara sukai.
- (9) Bagaimana perasaan Saudara setelah menceritakan pengalaman saudara tentang pekerjaan dan makanan yang paling saudara sukai

d) Sesi 4 : Berbagi pengalaman keluarga dan di rumah.

Pada sesi 4 topik kegiatan terapi berfokus pada pengalaman bersama keluarga dan di rumah. Dalam penelitian ini topik pada sesi 4 adalah mencakup pengalaman merayakan hari raya agama bersama anggota keluarga dan bergaul dengan tetangga. Pada sesi 4 pedoman pertanyaan yang digunakan adalah:

- (1) Sewaktu di rumah Saudara tinggal bersama siapa saja ?
Coba sebutkan dan apa hubungannya dengan Saudara.
- (2) Apa yang Saudara dan keluarga lakukan berkaitan dengan perayaan hari raya agama, misalnya hari raya idul fitri?
- (3) Apa yang paling Saudara sukai dalam kegiatan merayakan hari raya bersama keluarga?
- (4) Coba ceritakan pengalaman yang paling berkesan (menyenangkan atau lucu) pada waktu Saudara dan keluarga merayakan hari raya agama tersebut?
- (5) Bagaimana perasaan Saudara setelah berbagi cerita tentang kegiatan Saudara dan keluarga dalam merayakan hari raya agama?
- (6) Coba ceritakan tetangga yang paling menyenangkan bagi Saudara?

- (7) Coba ceritakan pengalaman yang paling berkesan (paling menyenangkan atau lucu) yang berkaitan dengan tetangga Saudara yang paling Saudara sukai tersebut.
- (8) Bagaimana perasaan Saudara setelah menceritakan pengalaman bersama tetangga yang paling Saudara sukai tadi?

e) Sesi 5 : Evaluasi Integritas diri.

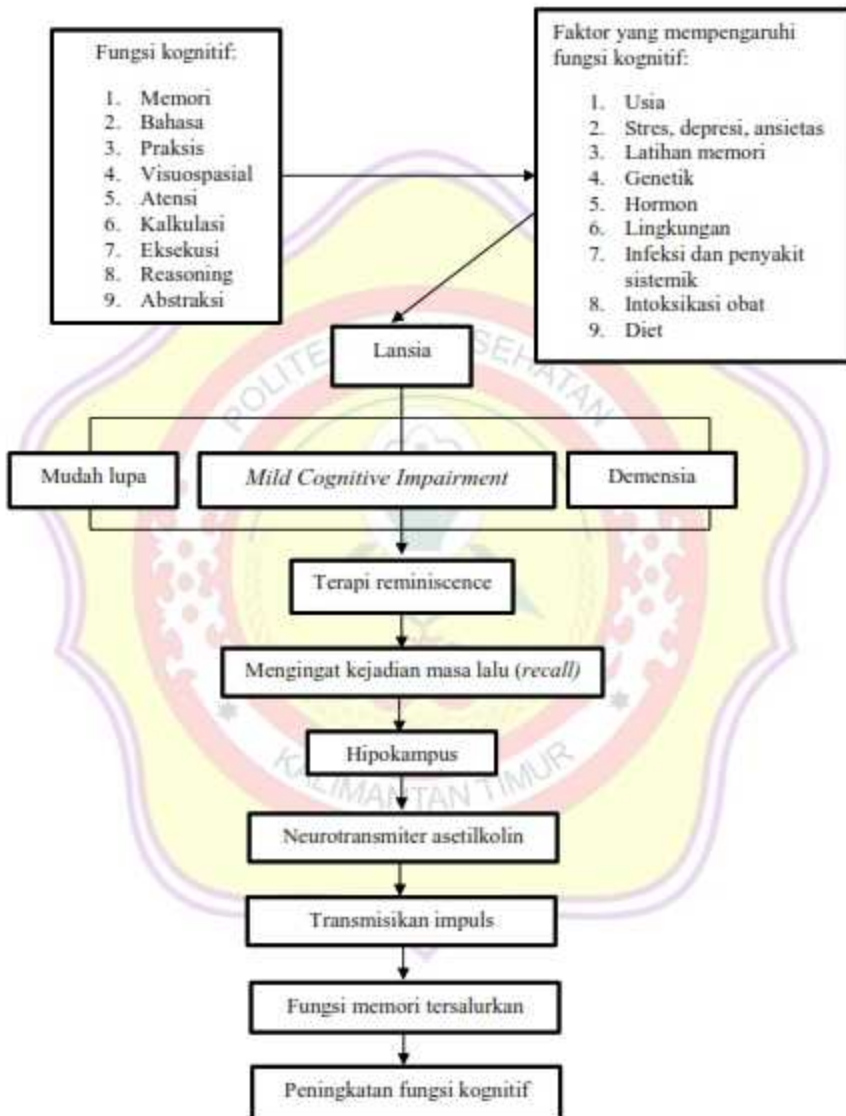
Sesi ini merupakan kegiatan terakhir dan terapi. Pada sesi ini kegiatan yang dilakukan adalah mengevaluasi pencapaian integritas diri lansia. Kegiatan ini meliputi berbagi pengalaman yang didapat setelah melakukan kegiatan sesi 1 sampai 4 untuk mencapai peningkatan fungsi kognitif. Pada akhir kegiatan ini ditutup dengan terminasi kelompok. Pada sesi ke lima pedoman pertanyaan yang digunakan adalah:

- (1) Bagaimana perasaan Saudara setelah mengikuti kegiatan dan sesi 1 sampai dengan 4 ?
- (2) Apa manfaat yang sudah Saudara dapatkan (rasakan) setelah mengikuti kegiatan terapi ini dari sesi 1 sampai 4?
- (3) Apa perubahan pada diri Saudara yang dialami (dirasakan) setelah mengikuti kegiatan terapi?
- (4) Apa harapan Saudara setelah kegiatan terapi ini?
- (5) Apa rencana Saudara setelah kegiatan terapi ini?
- (6) Terminasi

Dalam setiap sesi dan kegiatan Terapi Kelompok Reminiscence ini setiap anggota kelompok dimotivasi dan diberikan kesempatan yang sama untuk menyampaikan pengalaman yang dimilikinya sesuai dengan topik pada setiap sesi, serta memperlihatkan benda-benda yang berkaitan pengalaman tersebut yang masih dimiliki lansia.



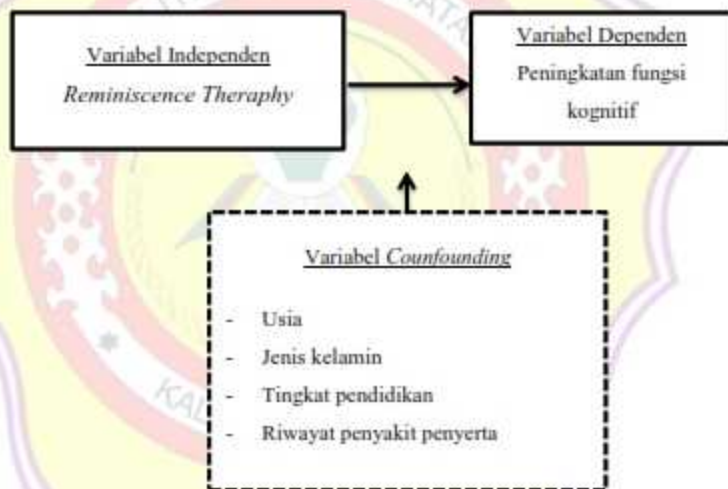
B. Kerangka Teori



Sumber: Guyton & Hall (2008), Satyanegara, Abubakar, Maulana, Sufarnap, & Benhadri (2010), Wiyoto (2012)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep menggambarkan variabel independen yaitu *Reminiscence Therapy*, variabel dependen yaitu peningkatan fungsi kognitif, dan variabel *Counfounding* yang dikontrol yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan riwayat penyakit penyerta. Melalui kerangka konsep ini diharapkan pembaca dengan mudah memahami apa yang menjadi fokus utama penelitian, variabel – variabel yang diteliti dan luaran dari penelitian.



Keterangan:

- = Diteliti
 = Tidak diteliti

D. Hipotesis

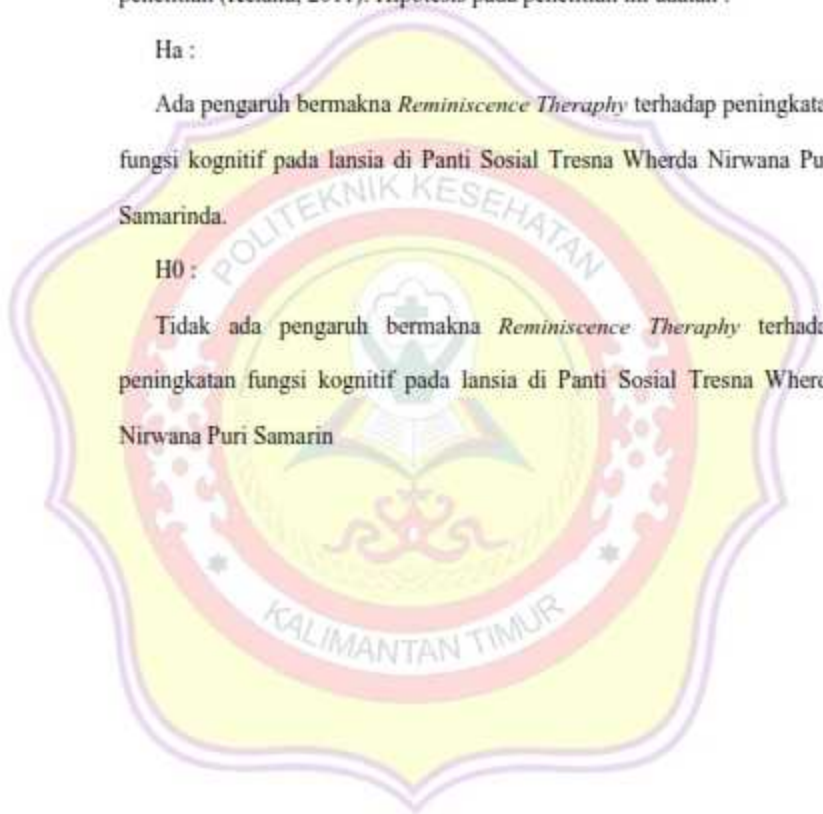
Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Kelana, 2011). Hipotesis pada penelitian ini adalah :

Ha :

Ada pengaruh bermakna *Reminiscence Therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia di Panti Sosial Tresna Wherda Nirwana Puri Samarinda.

H0 :

Tidak ada pengaruh bermakna *Reminiscence Therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia di Panti Sosial Tresna Wherda Nirwana Puri Samarinda.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian *quasi experiment* dengan rancangan penelitian *pre and post test without control group*. Pada penelitian ini, peneliti hanya melakukan intervensi pada satu kelompok perlakuan. Efektifitas perlakuan dinilai dengan cara membandingkan nilai *pre test* dan *post test*. Pada penelitian ini, responden penelitian hanya 1 kelompok (Dharma, 2011).



Bagan, 3.1 Bagan Rancangan Penelitian

Keterangan:

- R : Responden penelitian
- O1 : Pre test pada kelompok sebelum perlakuan
- O2 : Post test pada kelompok setelah perlakuan
- X1 : Intervensi

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah unit yang terdiri dari objek / subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti yang dimana nantinya penelitian akan diterapkan. Idealnya penelitian dilakukan pada populasi, karena dapat melihat gambaran seluruh populasi sebagai unit dimana hasil penelitian akan diterapkan (Dharma, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif di UPTD. Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda yang berjumlah 47 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sekelompok individu yang merupakan bagian dari populasi yang dimana peneliti melakukan penelitian pada unit ini (Dharma, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah responden yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dari populasi telah menandatangani *informed consent*.

Dalam penelitian ini besar sampel menggunakan Teori Roscoe, dimana menurut teori tersebut untuk penelitian eksperimen sederhana ukuran sampel antara 10-20 (Sugiyono,2017). Jadi jumlah sampel keseluruhan yaitu 15 orang.

Metode pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *non-probability sampling* dengan metode *consecutive*, yaitu metode pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (Dharma, 2011).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan koreksi atau penambahan jumlah sampel berdasarkan prediksi sampel drop out dari penelitian. Adapun perhitungan yang digunakan adalah:

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

dimana :

n' : Besar sampel setelah dikoreksi

N : Jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya : 15

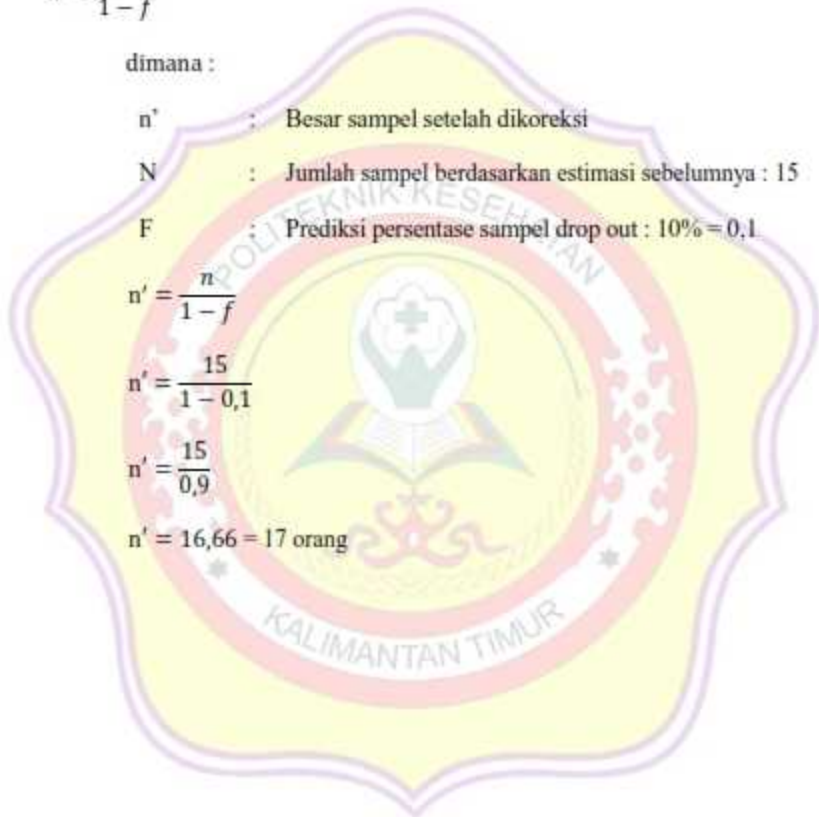
F : Prediksi persentase sampel drop out : 10% = 0,1

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

$$n' = \frac{15}{1-0,1}$$

$$n' = \frac{15}{0,9}$$

$$n' = 16,66 = 17 \text{ orang}$$



Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang harus dimiliki oleh individu dalam populasi untuk dapat dijadikan sampel dalam penelitian (Dharma, 2011). Adapun kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Lansia yang kooperatif dan komunikatif
- c. Lansia yang berusia 60-74 tahun
- d. Lansia dengan gangguan fungsi kognitif

Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang tidak boleh ada atau tidak boleh dimiliki sampel yang akan digunakan dalam penelitian (Dharma, 2011). Kriteria eksklusi adalah sebagai berikut:

- a. Lansia yang tidak bersedia menjadi responden
- b. Memiliki ketidakmampuan fisik yang berat seperti kelemahan

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 14 April 2019 di UPTD.PSTW Nirwana Puri Samarinda.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penentuan konstruk atau sifat yang akan dipelajari sehingga menjadi variabel yang dapat diukur. Definisi operasional menjelaskan cara tertentu yang digunakan untuk meneliti dan mengoperasikan konstruk, sehingga memungkinkan bagi peneliti yang lain untuk melakukan replikasi pengukuran dengan cara yang sama atau mengembangkan cara

pengukuran konstrak yang lebih baik (Sugiyono, 2014). Definisi operasional dapat dilihat pada tabel 3.1 dibawah ini.

Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
1.	Variabel Independen <i>Reminiscence therapy</i>	<i>Reminiscence therapy</i> adalah kegiatan yang dapat dilakukan secara berkelompok atau individu. Dalam penelitian ini terapi diberikan secara individu dengan memotivasi lansia untuk mengingat kembali pengalaman masa lalunya (<i>recall</i>) dan disampaikan yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi kognitif lansia. Terapi ini dilaksanakan sebanyak 5 sesi dalam 15 kali pertemuan dalam kurun waktu 3 minggu.	-	-	-
2.	Variabel Dependen Peningkatan fungsi kognitif	Mengukur fungsi kognitif menggunakan <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	<i>MMSE</i>	Ordinal	Nilai 24-30: normal Nilai 17-23: gangguan kognitif ringan Nilai 0-16: gangguan kognitif berat

E. Instrument Penelitian

Instrument penelitian menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*), SOP *reminiscence therapy*, dan pedoman pelaksanaan.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

- a. Mengurus surat izin penelitian ke kantor Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
- b. Mengirim surat izin penelitian ke kantor UPTD. Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

2. Tahap Pelaksanaan

Pada penelitian ini, pada hari pertama peneliti melapor kepada pihak panti untuk melaksanakan terapi yang dilakukan pada pukul 09.00 WITA, peneliti terlebih dahulu memberikan *informed consent*, apabila calon responden setuju peneliti akan mengajak responden ke lokasi untuk dilakukan *reminiscence therapy*. Sebelum pemberian terapi *reminiscence* dilakukan pengukuran fungsi kognitif menggunakan kuesioner MMSE setelah pengukuran peneliti memilih lansia sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Terapi *reminiscence* dilakukan secara individu dilaksanakan sebanyak 5 sesi dalam dalam kurun waktu 3 minggu dengan jumlah maksimal 15 kali pertemuan.

3. Tahap Akhir

Data yang telah terkumpul dilakukan pengecekan ulang kemudian diolah dengan *software* statistik melalui beberapa tahap.

G. Analisis Data

Dalam penelitian ini semua data hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan program *software* statistik pada komputer. Analisis data dilakukan secara sistematis antara lain.

1. Uji Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi. Dimana data usia, jenis kelamin, dan pendidikan disajikan dalam bentuk tabel/grafik.

2. Uji Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*. *Wilcoxon Signed Rank Test* digunakan dalam penelitian ini adalah menguji beda mean dari dua hasil pengukuran pada kelompok yang sama, yaitu hasil pengukuran I (*pre test*) dan hasil pengukuran II (*post test*).

H. Etika Penelitian

Saat melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan *ethical clearance* di Poltekkes Kaltim dan dinyatakan telah lulus uji etik. Selanjutnya mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini UPTD. Tresna Werdha Nirwana Puri.

Ketika mendapat persetujuan, peneliti melakukan penelitian dengan menerapkan tiga prinsip etik umum (Dahlan, 2010) :

1. Menghormati Harkat dan Martabat Manusia

Pada prinsip ini penelitian harus dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Subjek memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian (*autonomy*). Tidak boleh ada paksaan atau penekanan tertentu agar subjek bersedia ikut dalam penelitian.

2. Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek

Pada prinsip ini manusia sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi.

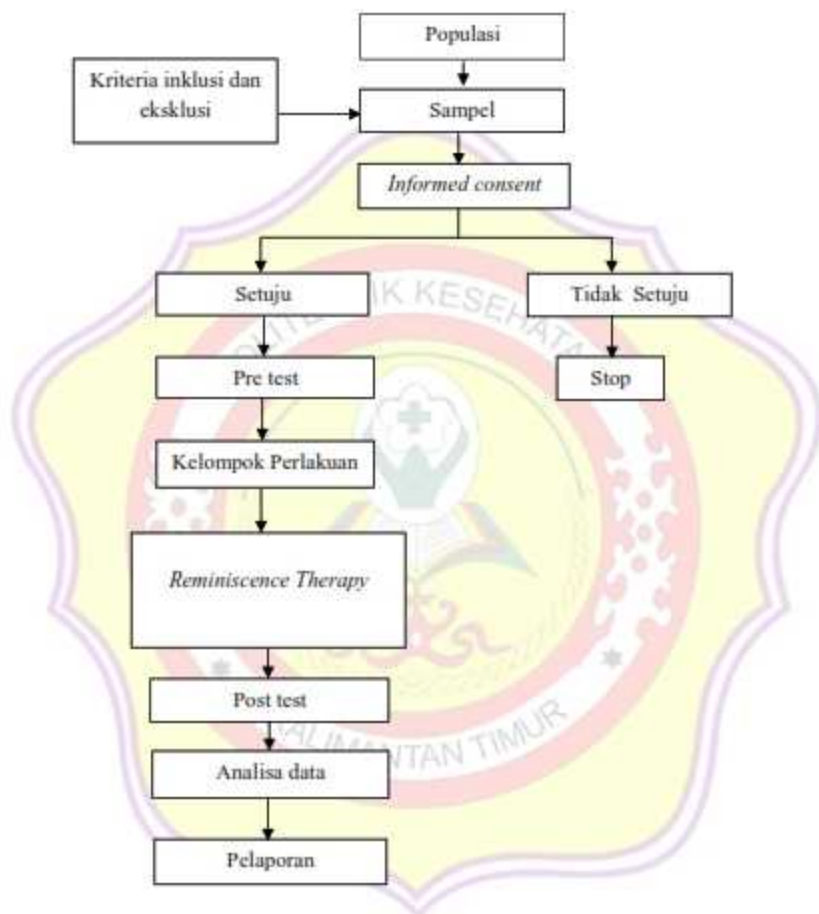
3. Menghormati Keadilan dan Inklusivitas

Pada prinsip ini keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara professional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek.

4. Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang ditimbulkan

Pada prinsip ini mengandung bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian diterapkan.

I. Alur Penelitian



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

UPTD PSTW Nirwana Puri yang terletak di Jalan Mayjend Sutoyo RT. 29 No. 01 Samarinda dengan kontak layanan Tlpn/Fax : 0541733732. Kapasitas tampung 110 orang lanjut usia terlanjar/miskin usia 60 tahun ke atas yang menepati lahan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur No: 56/HP-SMR/22-87 seluas 22.850 M² dan jangkauan pelayanan Samarinda, Balikpapan, Bontang, Kutai, Tanah Grogot, Penajam, Berau dan Tarakan.

B. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 14 April s.d 05 Mei 2019. Responden yang diambil sejumlah 15 orang. Hasilnya adalah sebagai berikut :

- i. Analisis Univariat
 - a. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan.

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden
di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda
April, 2019

No.	Karakteristik	Kelompok 1	
		N	%
1	Usia (Tahun) 60-74	15	100,0
2	Jenis Kelamin Laki-laki	6	40,0
	Perempuan	9	60,0
3	Tingkat Pendidikan SD	7	46,7
	SMP	3	20,0
	SMA	5	33,3
	Perguruan Tinggi	0	0
Total		15	100,0

Tabel 4.1 menunjukkan karakteristik usia responden dengan presentase, kelompok umur 60-74 tahun sebanyak 15 orang (100%). Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa jumlah jenis kelamin laki-laki hampir sebagian yaitu 6 orang (40%), dan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 9 orang (60%). Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa hampir sebagian berpendidikan SD sebanyak 7 orang (46,7%), berpendidikan SMA sebanyak 5 orang (33,3%), dan sebagian kecil responden berpendidikan SMP yaitu sebanyak 3 orang (20%).

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Fungsi Kognitif pada
Kelompok Pre-test dan Post-test
April, 2019

Karakteristik	Kelompok Intervensi			
	Pre-test		Post-test	
	N	%	N	%
Normal	0	0	10	66,7
Ringan	15	100,0	5	33,3
Total	15	100	15	100

Tabel 4.2 menunjukkan presentase pada tingkat kognitif didapatkan hasil tingkat kognitif pasien setelah diberikan *Reminiscence Therapy* terdiri dari 10 orang memiliki tingkat kognitif normal, 5 orang memiliki tingkat kognitif ringan. Berdasarkan nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat peningkatan fungsi kognitif antara sebelum dan setelah diberikan intervensi *Reminiscence Therapy*.

2. Analisis Bivariat

a. *Wilcoxon Test*

Uji signifikansi hipotesis dua sampel berpasangan untuk mengetahui tingkat kognitif sebelum dan setelah diberikan intervensi yaitu menggunakan *Wilcoxon Test* yang dapat dilihat pada tabel 4.3 dibawah.

Tabel 4.3
Uji Beda Rerata Sebelum dan Setelah Intervensi
April, 2019

	N	Nilai	Sebelum	Setelah	P
Kelompok Intervensi	15	Mean	21,13	25,93	0,002

Tabel 4.3 didapatkan nilai *p-value* $0,002 < 0,05$. Berdasarkan nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rerata fungsi kognitif yang bermakna sebelum dan setelah perlakuan *Reminiscence Theapy*.

C. Pembahasan

1. Analisis Univariat

(a) Usia

Karakteristik responden berdasarkan usia pada penelitian ini diketahui usia responden rata-rata berusia 60-74 tahun. Secara teori usia adalah umur individu yang terhitung mulai dari dilahirkan sampai saat berulang tahun (Notoatmodjo, 2010).

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

kepikunan yang dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari (Handayani, 2013).

Seseorang yang memasuki usia 60-74 tahun cenderung memiliki kemampuan mengingat yang kurang dibandingkan orang yang lebih muda. Semakin bertambahnya usia maka sel-sel otak akan semakin kelelahan dalam menjalankan fungsinya yang menyebabkan tidak bisa bekerja secara optimal seperti saat masih muda. Perubahan fungsi otak yang terjadi meliputi kecepatan belajar, kecepatan memproses informasi baru dan kecepatan beraksi terhadap rangsangan sederhana atau kompleks (Lumbantobing, 2006; Suprenant et al, 2006).

Menurut asumsi peneliti usia merupakan faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi kognitif lansia. Hal ini karena ada perubahan yang terjadi di otak akibat pertambahan usia, diantaranya adalah perubahan pada fungsi penyimpanan informasi.

(b) Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin pada penelitian ini diketahui sebagian besar berjenis kelamin perempuan dengan presentase 60%. Secara teori, jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-

laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi (Hungu, 2007).

Jenis kelamin juga berpengaruh terhadap fungsi kognitif. Pada penelitian ini mayoritas responden jenis kelamin perempuan. Perempuan diduga lebih banyak dan cenderung untuk menjadi pelupa. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormonal, stres yang menyebabkan ingatan berkurang, akhirnya mudah lupa. Reseptor estrogen pada perempuan yang ditemukan dalam area otak yang berperan dalam fungsi belajar dan memori, seperti hipokampus. Rendahnya level estradiol dalam tubuh telah dikaitkan dengan penurunan fungsi kognitif umum dan memori verbal. Kerja otak apabila kurang aktif, maka sel-sel yang jarang dirangsang tersebut akan mengalami kemunduran dan menyebabkan mudah lupa (Meyer, 2008).

Menurut asumsi peneliti pada penelitian ini adalah perempuan lebih banyak mengalami gangguan fungsi kognitif bukan hanya pengaruh dari dalam tubuh, tetapi faktor stress yang merupakan masalah psikologis dimana stress bisa berasal dari masalah sosial-ekonomi, atau pekerjaan serta pola hidup. Beberapa faktor yang merupakan faktor resiko terjadinya perubahan fungsi kognitif, salah satunya adalah jenis kelamin. Dimana wanita lebih beresiko mengalami penurunan fungsi kognitif dari pada laki – laki. Hal ini disebabkan adanya peranan level hormon seks esterogen

dalam perubahan fungsi kognitif. Reseptor esterogen telah ditemukan dalam area otak yang berperan dalam fungsi belajar dan memori, seperti hipokampus.

(c) Tingkat Pendidikan

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan didapatkan pada kelompok sebagian besar adalah SD yaitu sebesar 46,7%, SMP sebesar 20,0% dan SMA sebesar 33,3%. Secara teori tingkat pendidikan adalah tahap pendidikan yang berkelanjutan, yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tingkat kerumitan bahan pengajaran dan cara menyajikan bahan pengajaran (Ihsan, 2005).

Menurut Notoatmodjo, (2007) tingkat pendidikan menentukan kemampuan seseorang memahami pengetahuan yang akan diperoleh, yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan pada seseorang maka semakin mudah seseorang tersebut menerima informasi. Pendidikan yang telah dicapai seseorang atau lanjut usia dapat mempengaruhi secara tidak langsung terhadap fungsi kognitif seseorang, termasuk pelatihan (*indirect training*). Berdasarkan teori reorganisasi anatomis menyatakan bahwa stimulus eksternal yang berkesinambungan akan mempermudah reorganisasi internal dari otak. Tingkat pendidikan seseorang mempunyai pengaruh terhadap penurunan fungsi kognitifnya. Pendidikan mempengaruhi kapasitas otak, dan berdampak pada tes kognitifnya. Kelompok dengan

pendidikan rendah tidak pernah lebih baik dibandingkan kelompok dengan pendidikan lebih tinggi.

Menurut asumsi peneliti pada penelitian ini adalah tingkat pendidikan seseorang mempunyai pengaruh terhadap penurunan fungsi kognitifnya. Tingkat pendidikan menentukan kemampuan lansia memahami pengetahuan yang akan diperoleh, semakin tinggi tingkat pendidikan pada lansia maka semakin mudah lansia tersebut menerima informasi.

2. Analisis Bivariat

Untuk menyimpulkan hasil penelitian ini, peneliti menggunakan uji statistik *Wilcoxon Test*, untuk menguji perbedaan fungsi kognitif antara *pre-test* dengan *post-test* pada kelompok intervensi, lansia dengan gangguan fungsi kognitif pasien di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda.

Hasil penelitian yang diperoleh melalui uji statistic *Wilcoxon Test* pada kelompok intervensi didapat nilai *P value* fungsi kognitif $p = 0,002 < \alpha = 0,05$ yang berarti ada perbedaan antara nilai skor fungsi kognitif *pre-test* dengan *post-test* (H_0 =ditolak).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (I Gusti Ayu Harini, 2018) tentang Pengaruh *Reminiscence Therapy* Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia Di UPT. Puskesmas Abiansemal menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian *reminiscence therapy*

berpengaruh terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lanjut usia. dengan nilai kelompok intervensi $p = 0,023$ ($\alpha 0,05$).

Secara teori pemberian terapi modalitas pada lanjut usia dapat berguna untuk mencegah terjadinya masalah pada psikologis dan mental lanjut usia yaitu salah satunya pada fungsi kognitif. Salah satu terapi modalitas dimana terapi ini dapat mencegah terjadinya perubahan fungsi kognitif yang berarti serta dapat meningkatkan fungsi kognitif pada lanjut usia dengan menceritakan masalah hidupnya yaitu dengan *remembrance therapy*.

Reminiscence therapy diperkenalkan pertama kali oleh Robert Butler pada tahun 1960, yang menekankan pentingnya bagi individu yang sudah memasuki usia tua untuk mencapai rasa integritas diri dengan melihat kembali kehidupan mereka dan mengumpulkan perasaan, tujuan serta makna hidup. *Reminiscence therapy* adalah suatu terapi yang dilakukan pada lansia secara berkelompok atau individu dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu serta kemampuan penyesuaian masalahnya kemudian disampaikan dengan keluarga dan teman kelompok (Latha K, 2014).

Meiner dan Lueckenotte (2006) menjelaskan bahwa Terapi Reminiscence adalah suatu terapi pada lansia yang didorong (dimotivasi) untuk mendiskusikan kejadian-kejadian masa lalu untuk mengidentifikasi keterampilan penyelesaian masalah yang telah dilakukan mereka pada masa lalu.

Dalam penelitian ini pemberian *Reminiscence Therapy* ada 5 sesi yaitu sesi 1 berbagi pengalaman masa anak-anak, sesi 2 berbagi pengalaman masa remaja, sesi 3 berbagi pengalaman masa dewasa, sesi 4 berbagi pengalaman keluarga dan dirumah dan selanjutnya sesi 5 yaitu sesi evaluasi integritas diri. Pemberian *Reminiscence Therapy* dilakukan secara individu dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu. Tujuan dari pemberian terapi ini adalah untuk meningkatkan sosialisasi dan hubungan dengan orang lain, meningkatkan fungsi kognitif, dan kemampuan berkomunikasi. Dalam pemberian terapi ini akan membuat lansia mengingat kejadian masa lalu (*recall*) dari *recall* bagain otak yaitu hipokampus akan bekerja. Hipokampus berperan penting dalam fungsi memori yaitu untuk memproses informasi, kemudian dari hipokampus akan mengaktifkan neurotransmitter asetilkolin yang akan ditransmisikan impulsnya sehingga fungsi memori tersalurkan dan dapat meningkatkan fungsi kognitif.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pemberian *Reminiscence Therapy* dapat meningkatkan gangguan fungsi kognitif pada lansia. Sehingga asumsi peneliti tentang pemberian *Reminiscence Therapy* berpengaruh pada peningkatan fungsi kognitif pada lansia.

D. Keterbatasan Penelitian

Responden yang semuanya adalah lanjut usia yang dimana memiliki tingkat emosi yang lebih tinggi, mood yang berbeda-beda setiap harinya dan terkadang melakukan kegiatan lain saat peneliti memberikan terapi.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden berdasarkan distribusi usia responden semua berada pada usia 60-74 tahun yaitu sebanyak 15 orang (100%). Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 9 orang (60%) dengan mayoritas memiliki tingkat pendidikan SD sederajat sebanyak 7 orang (46,7%).
2. Fungsi kognitif sebelum diberikan perlakuan *reminscence therapy* pada subjek penelitian semua berada pada kategori gangguan fungsi kognitif ringan yaitu sebanyak 15 orang (100%).
3. Fungsi kognitif setelah diberikan perlakuan *reminscence therapy* pada subjek penelitian sebagian besar berada pada kategori fungsi kognitif normal yaitu sebanyak 10 orang (66,7%).
4. Hasil analisis menunjukkan nilai signifikan $p = 0,002$ ($p < 0,05$), terdapat perbedaan fungsi kognitif yang bermakna sebelum dan setelah perlakuan pemberian *Reminscence Therapy* pada kelompok intervensi di Panti Sosial Tresna Werdha Samarinda.

B. Saran

1. Institusi

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai bahan perkembangan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan khususnya tentang pengaruh *reminiscence therapy* terhadap peningkatan fungsi kognitif pada lansia.

2. Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat memperbanyak jumlah sampel dan dapat memberikan terapi secara berkelompok agar didapatkan hasil yang lebih baik.



DAFTAR PUSTAKA

- Collins, C. (2006). Life Review and Reminiscence Group Therapy Among Senior Adults. Retrieved from http://etd.lib.ttu.edu/theses/available/etd-04182006223851/unrestricted/Collins_Cassandra_Diss.pdf
- Dahlan, S. M. (2010). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan* (6th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi, S. R. (2018). Pengaruh Reminiscence Therapy Terhadap Fungsi Kognitif Lansia Di Upt Pstw Bandowoso.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Efendi. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktek dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Guyton, & Hall. (2008). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran* (11th ed.). Jakarta: EGC.
- Handayani. (2013). Pesantren Lansia sebagai Upaya Meminimalkan Risiko Penurunan Fungsi Kognitif pada Lansia di Balai Rehabilitasi Sosoal Lanjut Usia Unit II Pucang Gading Semarang Kognitif pada Lansia di Balai Rehabilitasi Sosoal Lanjut Usia Unit II Pucang Gading Semarang. *Jurnal Keperawatan Komunitas, 1*.
- Hartono. (2006). *Konsep dan Pendekatan Masalah Kognitif pada Usia Lanjut Terfokus pada Deteksi Dini*. Semarang: BP UNDIP.
- Hungu. (2007). *Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Grasindo.
- Ihsan, F. (2005). *Dasar-Dasar Kependidikan*. (J. : R. Cipta, Ed.).
- Kelana, K. D. (2011). *Metodelogi Penelitian Keperawatan*. CV. Trans Info Media.
- Kemosos. (2018). Komisi Nasional Lanjut Usia.
- Latha K. (2014). Pengaruh Reminiscence Therapy Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia. *Reminiscence Therapy An Overview*, 18–22.
- Lumbantobing. (2007). *Kecerdasan Pada Usia Lanjut dan Demensia*. Jakarta: BP FKUI.
- Mardjon, & Sidharta. (2008). *Neurologi Klinis Dasar* (12th ed.). Jakarta: Dian Rakyat.

- Maryam. (2008). *Gambaran Tingkat Kecemasan...*, Hermawan Subiantoro, Fakultas Ilmu Kesehatan, UMP ,2017, 10-37.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Nurrahmani, U. (2012). *Stop! hipertensi*.
- Papilia, Feldman, & Martorell. (2004). *Experience Human Development* (12th ed.). Amerika: McGraw-Hill.
- Potter, P. (2009). *Fundamental Of Nursing* (Edisi 7). Jakarta: Salemba Medika.
- R.A, G. S. M. P. (2008). *Reminiscence Therapy Dengan Metode Terapi Aktivitas Kelompok Meningkatkan Fungsi Kognitif Pada Lansia*.
- Rekam Medik. (2018). *Data lansia penderita hipertensi di UPTD PSTW*. Samarinda.
- Satyanegara, Abubakar, Maulana, Sufarnap, & Benhadi. (2010). *Ilmu Bedah Saraf* (4th ed.). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta.
- Wiyoto. (2012). *Gangguan Fungsi Kognitif pada Stroke*. Surabaya: FK UNAIR.