ANALISIS HUBUNGAN RESPONS EMOSIONAL DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS KLIEN PSIKOGERIATRIK DI RUANG PSIKOGERIATRIK RSJ Dr RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG MALANG

(CORRELATION EMOTIONAL RESPONSE WITH ACTIVITY INTOLERANCE PSYCHOGERIATRIC CLIENT IN PSYCHOGERIATRIC ROOM RADJIMAN WEDIODININGRAT PSYCHIATRY HOSPITAL OF MALANG)

Kushariyadi

Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Malang
Jl. Bendungan Sutami 188A Malang 65145
e-mail: kushariadi@gmail.com
blog: kushariadi.blogspot.com

ABSTRAK

Fakta yang ada menunjukkan bahwa keadaan emosional klien psikogeriatrik dapat mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan, terutama yang berhubungan dengan masalah intoleransi aktivitas. Sehingga dapat mengalami kesedihan atau perasaan berduka yang berkepanjangan. Tujuan penelitian untuk menganalisis hubungan respons emosional (afektif, kognitif, dan psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik. Metode penelitian dengan menggunakan uji analisis statistik *spearman rank correlation* dengan taraf signifikansi rho = 0,05. Hasil analisa statistik didapatkan respons emosional (afektif, kognitif, dan psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik dengan taraf signifikansi berturut-turut adalah (rho) = 0,006, (rho) = 0,020, dan (rho) = 0,020. Kesimpulan dari penelitian bahwa klien psikogeriatrik di ruang psikogeriatrik RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang terdapat hubungan yang signifikan antara respons emosional (afektif, kognitif, dan psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik, yang berarti ada hubungan secara statistik.

Kata kunci: respons emosional, afektif, kognitif, psikomotor, intoleransi aktivitas, psikogeriatrik

ABSTRACT

Existing fact indicate that emotional situation client of psychogeriatric can influence entire/all life function and personality, especially related to problem of intolerance activity. So that can experience of feeling or sorrow the endlessness. Target of research to analyses emotional response relation (affective, cognitive, and psychomotor) with client activity intolerance of psychogeriatric. Research method by using statistical analysis test of correlation rank spearman with level of significance 0,05. Got by statistical analysis result of emotional response (affective, cognitive, and psychomotor) with client activity intolerance of

psychogeriatric with level of significance successively is = 0,006 = 0,020, and = 0,020. Conclusion of research that client of psycho-geriatric in room of psychogeriatric Unlucky RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang there are relation which isn't it between emotional response (affective, cognitive, and psychomotor) with client activity intolerance of psychogeriatric, meaning there is relation statistically.

Keywords: emotional response, affective, cognitive, psychomotor, activity intolerance, psychogeriatric

LATAR BELAKANG

Fakta yang ada menunjukkan bahwa keadaan emosional klien psikogeriatrik dapat mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan, terutama yang berhubungan dengan masalah intoleransi aktivitas. Sehingga dapat mengalami kesedihan atau perasaan berduka yang berkepanjangan (Stuart, 1998).

Di Amerika Serikat gejala depresif ditemukan pada kira-kira 25% dari semua penduduk komunitas lanjut usia dan klien yang ada di ruang perawatan. Pseudodemensia (gangguan kognitif pada klien geriatrik yang terdepresi) terjadi kira-kira 15% klien lanjut usia yang terdepresi, dan 25-50% klien lanjut usia yang terdepresi (Kaplan, 1997).

Respons emosional dipengaruhi dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang. Respons emosional menggambarkan bahwa individu terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri. Individu yang mengalami respons emosional maladaptif akan mengalami: 1) reaksi berduka tak terkomplikasi, reaksi ini dapat terjadi sebagai respons terhadap kehilangan dan menggambarkan bahwa seseorang sedang menghadapi suatu kehilangan yang nyata serta terbenam dalam proses berdukanya; 2) individu juga akan mengalami supresi alami yang mungkin tampak sebagai penyangkalan (*denial*) terhadap perasaan sendiri, pelepasan dari keterikatan dengan emosi, atau penalaran terhadap semua aspek dari dunia afektif seseorang; 3) penundaan reaksi berkabung yang merupakan ketidak adaan yang persisten respons emosional terhadap kehilangan. Ini dapat terjadi pada awal proses berkabung, dan menjadi nyata pada kemunduran proses, mulai terjadi atau keduanya. Penundaan dan penolakan proses berduka kadang terjadi bertahun-tahun; 4) depresi yang berkelanjutan atau disebut juga melankolia, merupakan suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan. Dapat digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena (tanda, gejala, sindrom, keadaan emosional, reaksi, penyakit, atau klinik); 5) mania yang ditandai dengan elevasi alam perasaan, berkepanjangan atau mudah tersinggung. Hipomania digunakan untuk menggambarkan sindrom klinik serupa tetapi tidak separah mania atau episode manik (Stuart, 1998). Keadaan respons emosional yang maladaptif tersebut disebabkan beberapa faktor seperti: 1) faktor genetik, teori agresi menyerang ke dalam, teori kehilangan objek, teori organisasi kepribadian, model kognitif, model ketidakberdayaan yang dipelajari, model perilaku, dan model biologik; 2) individu kehilangan keterikatan yang nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan, atau harga diri. Karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi klien merupakan hal yang sangat penting; 3) peristiwa besar dalam kehidupan sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah; 4) peran dan ketegangan peran yang dapat mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada wanita; 5) perubahan fisiologik yang diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik, seperti infeksi, neoplasma, dan gangguan keseimbangan metabolik, dapat mencetuskan gangguan alam perasaan. Di antara obat-obatan tersebut terdapat obat antihipertensi dan penyalahgunaan zat yang menyebabkan kecanduan. Kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh juga sering disertai dengan depresi. Depresi yang terdapat pada lansia biasanya bersifat komplek, karena untuk menegakkan diagnosisnya sering melibatkan evaluasi dari kerusakan otak organik dan depresi klinik (Stuart, 1998). Respons emosional yang berupa reaksi berduka yang tertunda mencerminkan penggunaan eksagregasi dari mekanisme pertahanan penyangkalan (*denial*) dan supresi yang berlebihan dalam upayanya untuk menghindari distres hebat yang berhubungan dengan berduka. Depresi adalah suatu perasaan berduka abortif, yang menggunakan mekanisme represi, supresi, denial, dan disosiasi. Ada yang mempercayai bahwa mania merupakan cerminan dari depresi walaupun perilakunya tidak sama, tetapi dinamika dan mekanisme kopingnya berhubungan. Klien psikogeriatrik yang mengalami keterbatasan aktivitas kehidupan sehari-hari (*activity daily living*) seperti mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah, kontinen, dan makan akan berakibat pada perubahan alam perasaan. Alam perasaan (meliputi perlakuan dan penyerapan emosi) yang merupakan perpanjangan dari keadaan emosional dapat mempengaruhi seluruh kepribadian

dan fungsi kehidupan klien psikogeriatrik. Sehingga dapat menimbulkan respons emosional seperti respons afektif, kognitif, psikomotor, dan fisiologik (Stuart, 1998).

Salah satu konsep solusi yang dapat dilakukan adalah dengan mengurangi atau menghilangkan semua respons emosional klien yang maladaptif, memulihkan fungsi psikososial dan okupasi, peningkatan aktivitas kegiatan hidup sehari-hari (ADL), peningkatan kehidupan klien, dan meminimalkan kemungkinan untuk kambuh kembali (Stuart, 1998).

METODE

Jenis penelitian menggunakan *cross sectional* yaitu menekankan pada waktu pengukuran observasi data respons emosional (afektif, kognitif, dan psikomotor) dan intoleransi aktivitas hanya satu kali pada satu saat. Penelitian dilakukan pada Bulan Juli 2010 di Ruang Psikogeriatrik Rumah Sakit Jiwa DR Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang.

Populasi diambil dengan menggunakan tehnik *cosecutive sampling*. Besar *sample* dalam penelitian sebanyak 19 responden dengan kriteria responden: klien psikogeriatrik; usia 60 tahun ke atas; mengalami intoleransi aktivitas (makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil atau *toileting*, berpakaian, dan mandi); jenis kelamin perempuan; dapat mendengar dan melihat.

Instrument yang digunakan pada variabel independen dengan menggunakan kuesioner mengenai parameter respons emosional (afektif, kognitif, dan psikomotor) sebanyak 27 buah dengan penilaian alternatif jawaban: selalu = 2, kadang-kadang = 1, dan tidak = 0. *Instrument* yang digunakan pada variabel dependen dengan menggunakan kuesioner mengenai parameter intoleransi aktivitas yang dikemukakan oleh Watson (2003) dan Katz (1963) yaitu sebanyak 7 buah dengan penilaian alternatif jawaban: indeks A = 0 (Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi), indeks B = 1 (Kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut), indeks C = 2 (Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan), indeks D = 3 (Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan), indeks E = 4 (Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan), indeks F = 5 (Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan), dan indeks G = 6 (Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut).

Data dianalisis bivariat dengan menggunakan uji statistik *spearman rank correlation* dengan taraf signifikansi rho = 0,05 berarti ada hubungan yang bermakna antara variabel respons emosional dengan variabel intoleransi aktivitas. H1 diterima jika r-hitung > r-tabel atau nilai pada kolom *sig.* (2 *tailed*) < *level of significant* (rho) (Sugiono, 2008). Kemudian untuk mengetahui keeratan hubungan antara kedua variabel dapat dikelompokkan sebagai berikut: 1) nilai 0,00 sampai dengan 0,20 berarti korelasi memiliki keeratan sangat lemah; 2) nilai 0,21 sampai dengan 0,40 berarti korelasi memiliki keeratan lemah; 3) nilai 0,41 sampai dengan 0,70 berarti korelasi memiliki keeratan kuat; 4) nilai 0,71 sampai dengan 0,90 berarti korelasi memiliki keeratan sangat kuat; 5) nilai 0,91 sampai dengan 0,99 berarti korelasi memiliki keeratan sangat kuat sekali; 6) nilai 1 berarti korelasi sempurna.

Penelitian ini telah mengaplikasi prinsip etik (*otonomy, beneficience, maleficience*, dan *justice*). Responden telah mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan, mempunyai hak untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan. Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi memberi kode tertentu sebagai tanda keikutsertaannya. Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti (Nursalam, 2008).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Univariat

Distribusi Frekuensi Menurut Respons Emosional (Afektif, Kognitif, Dan Psikomotor)

Dari tabel 1 didapatkan pada distribusi frekuensi menurut respons emosional (afektif) klien psikogeriatrik sebagian besar sebanyak 11 responden (58%) adalah baik, dan sebagian kecil sebanyak 1 responden (5,3%) adalah kurang baik. Pada distribusi frekuensi menurut respons emosional (kognitif) klien psikogeriatrik sebagian besar sebanyak masing-masing 9 responden (47,4%) adalah sedang dan kurang baik, dan sebagian kecil sebanyak 1 responden (5,3%) adalah baik. Pada distribusi frekuensi menurut respons emosional (psikomotor) klien psikogeriatrik sebagian besar sebanyak 16 responden (84,2%) adalah sedang, dan sebagian kecil sebanyak 0 responden adalah kurang baik.

Tabel 1. Distribusi frekuensi menurut respons emosional (afektif, kognitif, dan psikomotor)

Distribusi Respons Emosional (Afektif)	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Baik	11	58
Sedang	7	36,9
Kurang baik	1	5,3
Jumlah	19	100
Distribusi Respons Emosional (Kognitif)	**Frekuensi (f)**	**Prosentase (%)**
Baik	1	5,3
Sedang	9	47,4
Kurang baik	9	47,4
Jumlah	19	100
Distribusi Respons Emosional (Psikomotor)	**Frekuensi (f)**	**Prosentase (%)**
Baik	3	15,8
Sedang	16	84,2
Kurang baik	0	0
Jumlah	19	100

Tabel 2. Distribusi frekuensi menurut intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

Distribusi	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.	3	15,8
Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.	16	84,2
Jumlah	**19**	**100**

Tabel 3. Hubungan antara respons emosional (afektif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

			Respons emosional (afektif)	ρ
Spearman's rho	**Intoleransi aktivitas**	*Correlation coefficient*	(+) 0,606	0,05
		Sig. (2-tailed)	0,006	
		N	19	

Tabel 4. Hubungan antara respons emosional (kognitif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

			Respons emosional (kognitif)	ρ
Spearman's rho	**Intoleransi aktivitas**	*Correlation coefficient*	(+) 0,528	0,05
		Sig. (2-tailed)	0,020	
		N	19	

Tabel 5. Hubungan antara respons emosional (psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

			Respons emosional (psikomotor)	ρ
Spearman's rho	Intoleransi aktivitas	*Correlation coefficient*	(+) 0,528	0,05
		Sig. (2-tailed)	0,020	
		N	19	

Distribusi Frekuensi Menurut Intoleransi Aktivitas Klien Psikogeriatrik

Dari tabel 2 didapatkan distribusi frekuensi menurut intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik sebagian besar sebanyak 16 responden (84,2%) adalah mandiri dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.

Bivariat

Hubungan antara respons emosional (afektif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

Dari tabel 3 didapatkan *sig. (2 tailed) < level of significant* (rho) yang berarti respons emosional (afektif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik ada hubungan dengan nilai 0,006 < 0,05. Dari hasil analisis diketahui nilai *correlation coeficient* (r) = 0,606 yang berarti menunjukkan kekuatan hubungan kedua variabel adalah keeratan kuat. Hubungan antara respons emosional (afektif) dengan intoleransi aktivitas menunjukkan arah positif (+) yang berarti semakin tinggi respons emosional (afektif) klien, semakin tinggi pula intoleransi aktivitasnya.

Hubungan antara respons emosional (kognitif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

Dari tabel 4 didapatkan *sig. (2 tailed) < level of significant* (rho) yang berarti respons emosional (kognitif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik ada hubungan dengan nilai 0,020 < 0,05. Dari hasil analisis diketahui nilai *correlation coeficient* (r) = 0,528 yang berarti menunjukkan kekuatan hubungan kedua variabel adalah keeratan kuat. Hubungan antara respons emosional (kognitif) dengan intoleransi aktivitas menunjukkan arah positif (+) yang berarti semakin tinggi respons emosional (kognitif) klien, semakin tinggi pula intoleransi aktivitasnya.

Hubungan antara respons emosional (psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

Dari tabel 5 didapatkan *sig. (2 tailed) < level of significant* (rho) yang berarti respons emosional (psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik ada hubungan dengan nilai 0,020 < 0,05. Dari hasil analisis diketahui nilai *correlation coeficient* (r) = 0,528 yang berarti menunjukkan kekuatan hubungan kedua variabel adalah keeratan kuat. Hubungan antara respons emosional (psikomotor) dengan intoleransi aktivitas menunjukkan arah positif (+) yang berarti semakin tinggi respons emosional (psikomotor) klien, semakin tinggi pula intoleransi aktivitasnya.

Pembahasan

Hubungan antara respons emosional (afektif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

Pada tabel 3 menunjukkan ada hubungan antara respons emosional (afektif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik dengan nilai 0,006 < 0,05. Bahwa mobilitas bukan merupakan sesuatu

yang absolut dan statis dalam menentukan kemampuan individu untuk melakukan aktivitas, tetapi mobilitas yang optimal merupakan sesuatu yang individualistis, relatif, dan dinamis yang bergantung pada interaksi antara faktor-faktor lingkungan, sosial, afektif, dan fungsi fisik (Stanley, 2006). Selain itu juga, bahwa aktivitas fisik dapat berhubungan dengan peningkatan *mood* atau tingkat ketegangan, kemarahan, ansietas, dan depresi atau kesedihan (Elward, 1992).

Hubungan antara respons emosional (kognitif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

Pada tabel 4 menunjukkan ada hubungan antara respons emosional (kognitif) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik dengan nilai 0,020 < 0,05. Bahwa beberapa skor atau penilaian untuk fungsi kognitif mengalami peningkatan pada lansia yang berpartisipasi dalam program aktivitas secara teratur (Elward, 1992). Ada berbagai manfaat sebagai hasil dari aktivitas terhadap aspek kognitif yaitu terjadi peningkatan metabolisme glukosa dalam berpikir (Barry, 1994; Elward, 1992), sehingga membantu meningkatkan kesadaran dan pemahaman, meningkatkan kemampuan untuk mempertahankan perhatian atau berkonsentrasi terhadap sesuatu hal (misalnya melakukan aktivitas kegiatan hidup sehari-hari) (Isaacs, 2004). Seringkali, seseorang tidak menilai manfaat aktivitas secara dini dan berulang-ulang selama periode penurunan aktivitas. Kepercayaan umum adalah bahwa kebutuhan untuk aktivitas menurun seiring penuaan, bahwa individu harus beristirahat ketika mereka sakit, dan bahwa aktivitas tidak akan mengubah apapun. Pendekatan untuk meniadakan kepercayaan-kepercayaan seperti itu meliputi peningkatan pengetahuan kognitif tentang pentingnya aktivitas dan penentuan tingginya aktivitas dengan cara mengarahkan perhatian atau berkonsentrasi pada kemampuan yang telah dicapai atau yang telah ditingkatkan (Daeve, 1995). Latihan rentang gerak aktif dan pasif memberikan keuntungan-keuntungan yang berbeda. Latihan aktif membantu memperthankan fleksibilitas sendi dan kekuatan otot serta meningkatkan penampilan kognitif (Daeve, 1995).

Hal utama yang mengganggu keberhasilan intervensi pada individu yang mengalami imobilisasi adalah gangguan proses kognitif seperti demensia berat dan sikap klien (misalnya tidak dapat mengambil keputusan) tentang pentingnya melakukan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari. Sikap tidak hanya memengaruhi komitmen atau minat dan motivasi untuk memasukkan aktivitas sebagai komponen rutin sehari-hari yang berkelanjutan dan integrasi aktif dari latihan. Demikian pula sikap dapat memengaruhi kualitas dan kuantitas aktivitas (Stanley, 2006).

Program *Epidemiological Catchment Area (ECA)* dari *National Institute of Mental Health* bahwa gangguan mental yang paling sering pada lanjut usia adalah gangguan depresif, gangguan kognitif, fobia, gangguan pemakaian alkohol, risiko tinggi bunuh diri, gejala psikiatrik akibat obat, kesepian (*loneliness*), duka cita (*bereavement*), gangguan cemas, parafrenia, sindrom diogenes (Kaplan, 1997; Reuben, 1996; Brocklehurst & Alen, 1987). Begitu juga gangguan demensia, gangguan bipolar I, skizofrenia, gangguan delusional, gangguan kecemasan, gangguan somatoform, dan gangguan tidur akan menyebabkan gangguan pada aktivitas seseorang (Kaplan, 1997).

Hubungan antara respons emosional (psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik

Pada tabel 5 menunjukkan ada hubungan antara respons emosional (psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik dengan nilai 0,020 < 0,05. Kim (1994) berpendapat bahwa intoleransi aktivitas merupakan suatu keadaan di mana individu mengalami insufisiensi energi fisiologis atau psikologis untuk melakukan atau melengkapi aktivitas sehari-hari yang dibutuhkan atau diinginkan. Pada klien lansia (pada pertengahan usia 60-an atau lebih) yang mengalami efek penurunan biologis menjadi tampak jelas dalam kelemahan fisik dan kelemahan mental (Basford, 2006). Hal serupa diungkapkan oleh Stanley (2006), Carrol & Johnson (1988) bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan intoleransi aktivitas antara lain: tirah baring dan imobilitas, penurunan fungsi muskuluskeletal seperti otot-otot (atrofi, distorfi, atau cedera) tulang (infeksi, fraktur, tumor, osteoporosis, atau osteomalasia), sendi (artritis dan tumor), atau kombinasi struktur (kanker dan obat-obatan), kelemahan secara umum, gaya hidup yang kurang gerak, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan. Menurut Milde (1981) program pembatasan meliputi faktor-faktor mekanis (gips dan traksi, alat yang dihubungkan dengan pemberian cairan infus, pengisapan gaster, kateter urine, dan pemberian oksigen) dan farmakologis (sedatif, analgetik, transquilizer, dan anastesi yang digunakan untuk mengubah tingkat kesadaran klien dapat mengurangi pergerakan atau menghilangkannya secara keseluruhan), tirah baring karena akibat dari penangan penyakit dan yang dianjurkan (istirahat untuk menurunkan metabolik, kebutuhan oksigen, dan beban kerja jantung, serta memberikan kesempatan pada sistem muskuluskeletal untuk relaksasi, menghilangkan

nyeri, mencegah iritasi yang berlebihan dan jaringan yang cedera, dan meminimalkan efek gravitasi), dan *restrein*.

Manfaat utama dari latihan aktivitas adalah pemeliharaan dan peningkatan fungsi fisik, mental, emosional, dan sosial, yang dapat menghilangkan rasa kecukupan terhadap diri sendiri dan kemandirian yang lebih besar (Stanley, 2006). Lansia mengalami peningkatan status kesehatan yang signifikan dengan aktivitas fisik tingkat rendah sampai sedang dalam waktu luangnya ketika aktivitas-aktivitas tersebut dipraktikkan secara teratur dan dengan durasi dan intensitas yang sesuai (La porte, 1987).

Berbagai hambatan memengaruhi partisipasi lansia dalam latihan aktivitas secara teratur. Bahaya-bahaya interpersonal termasuk isolasi sosial yang terjadi ketika teman-teman dan keluarga telah meninggal, tingkat mobilitas dan pola perilaku dari kelompok teman sebaya klien dapat memengaruhi pola mobilitas dan perilakunya (MacDonal, 1974), perilaku gaya hidup tertentu (misal merokok, alkoholisme, dan kebiasaan diet yang buruk), depresi, gangguan tidur, kurangnya transportasi, dan kurangnya dukungan. Hambatan lingkungan termasuk kurangnya tempat yang aman untuk latihan aktivitas dan kondisi iklim yang tidak mendukung. Model peran yang kurang gerak, gangguan citra tubuh, dan ketakutan akan kegagalan atau ketidaksetujuan semuanya turut berperan terhadap kegagalan lansia untuk berpartisipasi dalam latihan aktivitas yang teratur (Stanley, 2006). Dilaporkan juga bahwa jenis sistem pemberian asuhan keperawatan, alokasi praktik fungsional atau tugas menunjukkan dapat meningkatkan ketergantungan dan komplikasi dari imobilisasi (Miller, 1985).

Kemampuan untuk melakukan aktivitas kegiatan hidup sehari-hari berhubungan dengan tingkat retardasi psikomotor yang dialami klien. Tingkat retardasi psikomotor ini dapat berubah setiap saat juga pada setiap peristiwa. Mendorong klien untuk melakukan setiap tugas dengan seoptimal mungkin akan mengurangi ketergantungan yang tidak perlu pada perawat. Klien harus tetap melakukan upaya untuk menetapkan suatu pilihan. Reaksi klien membantu perawat mengkaji keterampilan psikomotor, ambivalensi, dan kemampuan klien berespons terhadap pesan kongkret. Individu yang depresi dapat dengan mudah merasa terbebani oleh tugas yang dilakukan dalam beberapa tahap. Keberhasilan dalam melewati tahap-tahap yang ringan dan kongkret dapat digunakan sebagai dasar untuk meningkatkan harga diri dan akan membangun kompetensi klien untuk melakukan tugas yang sedikit lebih kompleks pada waktu selanjutnya (Videbeck, 2008). Contohnya apabila klien tidak mampu memilih aktivitas (misal bagian pakaian yang ditawarkan), perawat harus memilihkan celana panjang dan mengarahkan klien untuk memakainya. Cara ini masih memungkinkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas berpakaian. Apabila ini merupakan hal yang mampu klien lakukan pada saat ini, aktivitas ini akan mengurangi ketergantungannya pada perawat. Hal ini disebut permintaan kongkret dan jika klien tidak dapat melakukannya, hal tersebut memberi perawat informasi tentang tingkat retardasi psikomotor klien. Apabila klien tidak dapat memakai celana panjang, perawat harus membantu klien berpakaian hanya jika ia tidak dapat melakukan suatu tahap dari tahap-tahap di atas. Hal ini memungkinkan klien melakukan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri sehingga ketergantungan pada perawat tidak menjadi perilaku yang menetap. Proses yang sama dapat dilakukan dalam hal makan, mandi, dan melakukan aktivitas perawatan diri yang rutin. Menurut Videbeck (2008) karena kemampuan klien dapat berubah dengan cepat dari hari ke hari dan bahkan dari jam ke jam, kemampuan tersebut harus dikaji secara berkesinambungan. Alasan untuk menelusuri proses yang lambat ini dan mengkaji kemampuan klien setiap saat, berhubungan dengan perbedaan kecepatan antidepresan menghasilkan efek,. SSRI dan antidepresan atipikal memiliki awitan yang lebih cepat.

Peningkatan aktivitas dan peningkatan *mood* dapat juga dihasilkan oleh kerja antidepresan yang dapat memberi energi kepada individu untuk melakukan aktivitas (Videbeck, 2008).

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pembahasan disimpulkan bahwa klien psikogeriatrik di Ruang Psikogeriatrik RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang terdapat hubungan yang signifikan antara respons emosional (afektif, kognitif, dan psikomotor) dengan intoleransi aktivitas klien psikogeriatrik, yang berarti ada hubungan secara statistik.

Saran yang diberikan kepada instansi pelayanan kesehatan mengurangi atau menghilangkan semua respons emosional klien yang maladaptif, memulihkan fungsi psikososial dan okupasi, meningkatkan aktivitas kegiatan hidup sehari-hari (ADL), meningkatkan kehidupan klien, dan meminimalkan kemungkinan untuk kambuh kembali.

DAFTAR PUSTAKA

Barry, H.C. & Eathrone, S.W. 1994. Exercise and Aging: Issues for the Practitioner. Med Clin North Am 78: 356.

Basford, L. 2006. Teori dan Praktik Keperawatan: Pendekatan Integral pada Asuhan Pasien. Jakarta: EGC.

Boedi, R., Darmojo., Martono, H. 2006. Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Ed. 3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Brocklehurst, J.C., Allen, S.C. 1987. Sociological and Psychological Gerontology. In Brocklehurst, J.C., Allen, S.C (eds). Geriatric Medicine for Students. 3rd eds. Churchill Livingstone.

Carrol & Johnson, R.M. 1988. Activity Intolerance, Definitions, Defining Characteristics, Related Factors. Proceeding of the Eighth Conference. North American Nursing Diagnosis Association.

Daeve, D. & Moore-Orr, R. 1995. Low Intensity, Range-of-Motions Exercise: Invaluable Nursing care for Elderly Patients. J Advocate Nurs 21: 675.

Elward, K. & Larson, E.B. 1992. Benefits of Exercise for Older Adults. Clin Geriatr Med 8: 35.

Isaacs, A. 2004. Panduan Belajar: Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik. Ed. 3. Jakarta: EGC.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Gebb. J.A. 1997. Sinopsis Psikiatri. Jilid 2. Ed. 7. Jakarta: Binarupa Aksara.

Katz, S. Et al. 1963. Pemeriksaan Penyakit pada Lanjut Usia. JAMA.

Kim, M.J. 1994. Diagnosa Keperawatan. Ed. 5. Jakarta: EGC.

Kushariyadi. 2010. Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjt Usia. Jakarta: Salemba Medika.

La porte, R.E. 1987. The health Benefits of Exercise. Physician Sports med 15: 115.

MacDonal, M., Butler, A. 1974. Reversal of Helplessness: Producing Walking Behavior in Nursing Home Wheelchair Residents Using Behavior Modification Prosedures. J Gerontol 29: 97.

Midle, F.K. 1981. Physiological Immobilization. In Hart, L.K (eds): Concepts Common to Acute Illness. St Louis: CV Mosby.

Miller, A. 1985. A Study of the Dependency of Elderly Patients in Wards Using Different Methods of Nursing Care. Age Ageing.

Nursalam. 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Reuben, D.B., Yoshikawa, T.T., Besdine, R.W. 1996. Geriatric Psychiatric. In Reuben, D.B., Yoshikawa, T.T., Besdine, R.W (eds). Geriatric Review Syllabus. Lowa: Kendall-Hunt Publishing Coy Dubuque.

Stanley, M. 2006. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Ed. 2. Jakarta: EGC.

Stuart, G.W., Sundeen, S.J. 1998. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Ed. 3. Jakarta: EGC.

Sugiyono. 2008. Statistik Nonparametris untuk Penelitian. Cetakan ke 6. Bandung: Alfabeta.

Videbeck, S.L. 2008. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.

Watson, R. 2003. Perawatan pada Lansia. Jakarta: EGC.