

PERAWATAN RESTORATIF BERBASIS KELOMPOK SEBAGAI MODEL INTERVENSI KEPERAWATAN UNTUK MENINGKATKAN KAPASITAS FUNGSIONAL LANSIA

(Group-Based Restorative Care As A Nursing Intervention Model For Improving The Functional Capacity Of The Elderly)

Bondan Palestin¹, Maryana¹, Sugeng¹, Budhy Ermawan¹

¹ Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, bondanp@gmail.com

INTISARI

Perawatan restoratif merupakan bentuk intervensi keperawatan yang berfokus pada upaya membantu lansia dalam proses pemulihan dan atau pemeliharaan kapasitas fungsional fisiknya serta memberikan bantuan kepada lansia untuk mengkompensasikan kemunduran fungsional fisiknya sehingga mampu mencapai derajat fungsional yang optimal dan mampu memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri. Model Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok (PRBK) dikembangkan untuk tatanan komunitas. Intervensi tersebut diharapkan dapat meningkatkan kapasitas fungsional fisik kelompok lansia sehingga memiliki kemandirian dan produktifitas hidup yang lebih optimal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan faktor kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi, umur, depresi dan demensia.

Desain penelitian menggunakan quasi-eksperimen dengan pendekatan pengukuran sebelum dan sesudah pada dua kelompok intervensi yang berbeda (the nonequivalent group design with pretest and posttest). Sampel penelitian adalah 55 lansia di PSTW Budhi Luhur dan Panti Wredha Hanna Yogyakarta. Data dianalisis dengan uji t, uji product moment dan uji ANCOVA dengan kemaknaan (α) 0,05.

Penelitian menyimpulkan, bahwa: (1) Perilaku lansia sebelum tidak berbeda dengan sesudah mengikuti perawatan restoratif individu; (2) Perilaku lansia sebelum berbeda dengan sesudah mengikuti perawatan restoratif berkelompok; (3) Perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif individu berbeda secara signifikan dengan perawatan restoratif berkelompok; (5) Dukungan kelompok berhubungan dengan status depresi lansia; (6) Dukungan kelompok tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan skor kapasitas fungsional lansia; (7) Kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif individu tidak berbeda secara signifikan; (8) Kapasitas fungsional sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif berkelompok berbeda secara signifikan; (9) Variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi, status depresi dan status demensia merupakan sumber pengganggu (faktor kovarian) dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok sedangkan variabel umur bukan sebagai sumber pengganggu.

Keywords: Kapasitas fungsional lansia, Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok.

PENDAHULUAN

Populasi lansia di Indonesia pada satu dekade terakhir ini mengalami peningkatan yang cukup berarti dimana hal tersebut disebabkan karena meningkatnya umur harapan hidup (UHH) orang Indonesia. Menurut data Biro Pusat Statistik (BPS), jumlah lansia di Indonesia pada tahun 2002 berjumlah 16 juta dan diproyeksikan akan bertambah menjadi 25,5 juta pada tahun 2020 atau sebesar 11,37 % penduduk dan ini merupakan peringkat ke empat dunia, dibawah Cina, India dan Amerika Serikat.¹

Peningkatan proporsi populasi lansia tersebut perlu diwaspadai, karena prevalensi penurunan kapasitas fungsional fisik atau disabilitas fisik pada lansia akan meningkat. Fenomena tersebut dapat muncul dan menjadi masalah kesehatan yang serius apabila aksesibilitas dan utilitas skrining kesehatan lansia di Indonesia masih tetap rendah. Beberapa temuan memperlihatkan bahwa angka utilitas skrining kesehatan lansia yang tinggi berkorelasi dengan adanya kecenderungan peningkatan prevalensi kapasitas fungsional pada populasi lansia di Amerika Serikat dan Inggris^{1,2,3,4,5,6}.

Penelitian di Thailand memperlihatkan bahwa prevalensi ketidakmampuan pada lansia sebesar 19% (95% *Confidence Interval* [CI] 17,8 – 20,2) dan ketergantungan terhadap pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) atau *activities of daily living* (ADL) sebesar 6,9% (95%CI 6,1 – 7,7). Angka ketidakmampuan (*disabilities rate*) meningkat sesuai dengan perkembangan usia. Kapasitas fungsional wanita lebih rendah bila dibandingkan pria atau prevalensi kebutuhan untuk mendapatkan bantuan AKS pada wanita selama 21,3 tahun dan pria selama 18,6 tahun.¹ Meskipun informasi mengenai angka penurunan kapasitas fungsional lansia secara komunal di Indonesia belum memadai, namun dilaporkan 77,4% lansia di sebuah Panti Wredha sebelum diintervensi masih dibantu sebagian dalam memenuhi AKS-nya.¹

Penurunan kapasitas fungsional pada lansia merupakan akibat dari bertambahnya umur seseorang dan proses kemunduran yang diikuti dengan munculnya gangguan fisiologis, penurunan fungsi, gangguan kognitif, gangguan afektif, dan gangguan psikososial. Kondisi tersebut dapat mengganggu lansia dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya.^{1,2} Lansia yang mengalami depresi akan mengakibatkan kesulitan dalam memenuhi AKS-nya, sedangkan lansia yang mengalami demensia dilaporkan juga memiliki defisit AKS dan aktivitas instrument kehidupan sehari-hari (AIKS).^{1,2} Sebaliknya, keterbatasan lansia dalam memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dapat menjadi salah satu faktor penyebab munculnya depresi.¹

Para ahli telah sepakat menggunakan parameter AKS untuk mengukur kapasitas fungsional seseorang dengan mengklasifikasikannya berdasarkan kepemilikan ketergantungan dalam beraktivitas sehari-hari, misalnya : mandi, memakai baju, berjalan, kebersihan diri, mobilisasi.^{1,2,3,4,5,6,7} Kapasitas fungsional merupakan kondisi kesehatan fisik yang sangat penting bagi kualitas hidup dan kesejahteraan lansia. Adanya penurunan kapasitas fungsional dipengaruhi oleh berjalannya proses penuaan, multi penyakit, dan gangguan psikososial.¹ Kondisi di atas juga dapat terjadi secara berangsur-angsur sebagai akibat dari anggota ektrimitas tidak difungsikan atau tidak dilatih secara optimal.

Karakteristik masyarakat Indonesia yang masih memegang teguh nilai agama dan norma budaya, menganggap upaya pemeliharaan lansia sebagai wujud balas budi dari masing-masing anggota keluarganya.^{2,3} Namun seringkali masyarakat Indonesia terlalu memberikan bantuan sepenuhnya kepada orangtuanya sehingga menempatkan lansia hanya sebagai penerima perawatan keluarga yang pasif dan tidak diperkenankan melakukan apapun. Pola perawatan tersebut akan menjadi kontra produktif bagi pemeliharaan kapasitas

fungsiional lansia, karena kemampuan lansia untuk melakukan AKS dapat dipengaruhi oleh asuhan keperawatan yang tidak adekuat dalam perawatan jangka panjang.² Pola asuhan perawatan yang cenderung memberikan bantuan sepenuhnya kepada klien justru akan meningkatkan ketergantungan klien kepada pengasuhnya sehingga risiko terjadinya disabilitas pada lansia akan meningkat.² Sedangkan lansia yang dirawat di rumah justru terkadang memperlihatkan keenggannya untuk melakukan AKS sendiri karena khawatir kehilangan pengasuhnya. Kecenderungan sebagian lansia bersedia belajar merawat diri sendiri apabila masa tugas perawat atau pengasuhnya menjelang berakhir.²

Berbagai studi intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan AKS memperlihatkan bahwa penurunan kapasitas fungsiional lansia dapat distabilkan atau dikurangi meskipun tidak dapat pulih seperti sediakala.^{2,3,4,5,6,7} Hasil pemulihan kapasitas fungsiional lansia tergantung dari pola dan jenis intervensi perawatannya, oleh karena itu perlu diberikan jenis intervensi yang spesifik dan efektif sesuai dengan permasalahannya.²

Perawatan restoratif merupakan bentuk intervensi keperawatan yang paling efektif saat ini untuk meningkatkan otonomi dan kemandirian klien. Perawatan restoratif adalah salah satu bentuk intervensi keperawatan yang berfokus pada upaya membantu lansia dalam proses pemulihan dan atau pemeliharaan kapasitas fungsiional fisiknya serta memberikan bantuan kepada lansia untuk mengkompensasikan kemunduran fungsiional fisiknya sehingga mampu mencapai derajat fungsiional yang lebih optimal dan mampu melakukan AKS secara mandiri. Aplikasi perawatan restoratif merupakan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kapasitas fungsiional dengan jalan melatih klien melakukan AKS secara mandiri dan terstruktur.² Kelebihan perawatan restoratif adalah metode ini memiliki teknik yang sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun. Sehingga perawatan restoratif dapat dilakukan oleh asisten perawat, keluarga atau teman klien yang telah dilatih dan tetap dalam pengawasan perawat.^{3,4} Sebuah penelitian telah mengkomparasikan manfaat model perawatan restoratif yang diberikan secara individu dengan pendekatan keperawatan pada umumnya. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa perawatan restoratif memiliki kemungkinan lansia untuk tetap tinggal di rumah lebih besar, menurunkan kemungkinan dirujuk ke unit gawat darurat, lama perawatan di rumah lebih pendek. Lansia dengan perawatan restoratif juga memiliki skor rata-rata lebih tinggi dalam perawatan diri (*self-care*), pengelolaan tugas-tugas rumah tangga secara mandiri, dan mobilitas fisik.³

Meskipun perawatan restoratif dapat dilakukan di berbagai area keperawatan, namun sebagian besar penelitian mengenai efektifitas intervensi perawatan restoratif masih berfokus pada individu. Peneliti belum menemukan penelitian mengenai efektifitas perawatan restoratif pada lansia yang dikelola melalui pendekatan kelompok terapeutik. Oleh karena itu, pengembangan model perawatan restoratif dalam konteks keperawatan komunitas menjadi tantangan tersendiri. Berdasarkan uraian diatas, maka perlu dilakukan penelitian mengenai perbandingan perawatan restoratif dengan pendekatan individu dan kelompok dalam meningkatkan kapasitas fungsiional lansia. Diharapkan penelitian ini sebagai awal pengembangan model perawatan restoratif berbasis kelompok (PRBK).

Berbagai literatur menyebutkan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan kesulitan dalam upaya perbaikan status fungsiional lansia adalah status psikososial aktual pada kondisi yang lemah. Pola pendekatan keperawatan yang memandang klien sebagai manusia yang unik, utuh dan memiliki variasi biopsikososio-kultural menegaskan perlunya pemilihan intervensi keperawatan yang spesifik dan efektif. Kelompok terapeutik bermanfaat untuk memberikan dukungan kelompok yang positif terhadap masing-masing

anggotanya.³ Namun, belum ada penelitian yang mengkaji tentang manfaat ini baik melalui pendekatan individu maupun kelompok. Oleh karena itu, melalui penelitian ini akan dibandingkan antara model perawatan restoratif dengan pendekatan individu dan dengan pendekatan kelompok setelah mempertimbangkan faktor umur, tingkat depresi dan status demensia lansia.

METODE PENELITIAN

Peneliti mengembangkan kerangka teori penelitian berdasarkan integrasi konsep Model Promosi Kesehatan yang telah dimodifikasi (*Health Promotion Model*) sebagai teori antara (*middle-range theory*) ke dalam Model Sistem Neuman (*Neuman Systems Model*).^{3,4} Oleh karena itu, informasi mengenai karakteristik lansia, perubahan perilaku, efek masing-masing intervensi dan dukungan kelompok terhadap lansia digali untuk menjelaskan integrasi kedua konsep di atas. Namun, peneliti lebih menonjolkan tema utama penelitian ini yaitu perbedaan efek masing-masing intervensi perawatan restoratif secara individu dan kelompok terhadap kapasitas fungsional lansia.

Penelitian ini memiliki tipe penelitian kuantitatif dengan desain quasi-eksperimen. Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah pada dua kelompok intervensi yang berbeda (*the nonequivalent group design with pretest and posttest*). Kelompok intervensi pertama (OA) merupakan lansia dengan perawatan restoratif dengan pendekatan kelompok terapeutik sedangkan kelompok intervensi kedua (OB) adalah lansia dengan perawatan restoratif dengan pendekatan individu.

Populasi target penelitian adalah semua lansia yang mengalami keterbatasan fungsional di wilayah Propinsi DIY. Populasi terjangkau adalah lansia yang mengalami keterbatasan fungsional di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW). Sampel dibagi menjadi 2 (dua) kelompok untuk masing-masing intervensi secara individu dan secara kelompok. Peneliti selanjutnya menggunakan besar sampel untuk masing-masing kelompok intervensi sebesar 30 subyek penelitian. Analisis menggunakan uji *analysis of covariance* (ANCOVA).

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan perhitungan sampel, peneliti menggunakan masing-masing 30 sampel untuk kelompok intervensi dan Pembanding. Namun, pada kelompok intervensi terdapat satu lansia yang *drop-out* karena meninggal, sedangkan pada kelompok Pembanding terdapat dua orang meninggal dan dua orang keluar dari panti. Sehingga, penelitian hanya menggunakan 55 subyek penelitian yang berada di dua panti wredha, yaitu : PSTW Budi Luhur (26 lansia) dan Panti Wredha Hanna (29 lansia).

Karakteristik responden

Data umur responden penelitian menunjukkan bahwa lansia memiliki umur paling rendah 60 tahun dan maksimum berusia 90 tahun. Sebagian besar (89,1%) responden berjenis kelamin perempuan. Sebagian besar (40,0%) responden tidak pernah mengenyam bangku sekolah di tingkat mana pun. Sebagian kecil dari responden yang memiliki pendidikan terakhir setingkat perguruan tinggi. Status janda memiliki proporsi terbesar (78,2%) diantara responden di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna. Untuk lebih jelasnya, karakteristik responden dapat dilihat dalam Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi responden menurut karakteristiknya di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna

No.	Karakteristik	Intervensi f (%)	Pembandingan f (%)	Total
1.	Kelompok umur :			
	a. \geq 80 tahun	10 (34,5)	19 (65,5)	29 (100,0)
	b. 70 - 79 tahun	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (100,0)
	c. 60 - 69 tahun	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100,0)
2.	Jenis kelamin :			
	a. Laki-laki	0 (0,0)	6 (100,0)	6 (100,0)
	b. Perempuan	29 (59,2)	20 (40,8)	49 (100,0)
3.	Pendidikan :			
	a. Tidak sekolah	12 (54,5)	10 (45,5)	22 (100,0)
	b. SD/SR	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (100,0)
	c. SLTP	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (100,0)
	d. SLTA	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (100,0)
	e. PT	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)

Tabel 2. Distribusi responden menurut status fungsional di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna

No.	Karakteristik	Intervensi f (%)	Pembandingan f (%)	Total
1.	Aktivitas keseharian :			
	a. Menggunakan alat Bantu	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (100,0)
	b. Tanpa menggunakan alat Bantu	18 (47,4)	20 (52,6)	38 (100,0)
2.	Status fungsional (Skor GARS):			
	a. Tergantung	1 (100)	0 (0)	1 (100,0)
	b. Sebagian dibantu	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100,0)
	c. Mandiri	22 (51,2)	21 (48,8)	43 (100,0)
3.	Keterbatasan fisik yang dimiliki :			
	a. Gangguan penglihatan	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (100,0)
	b. Gangguan pendengaran	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100,0)
	c. Gangguan mobilisasi	2 (33,3)	4 (40,0)	6 (100,0)
	d. Kesulitan berpakaian	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)
	e. Masalah Vasculerisasi	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100,0)
	f. Berjalan terganggu	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (100,0)
	g. Kesulitan toileting	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100,0)
	h. Kesulitan mandi	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)
	i. Kesulitan merapikan diri	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (100,0)
	j. Masalah kulit	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100,0)
	k. Tremor	9 (81,8)	2 (18,2)	11 (100,0)

No.	Karakteristik	Intervensi f (%)	Pembanding f (%)	Total
l.	Pola tidur terganggu	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (100,0)
m.	Gangguan b.a.k	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100,0)
n.	Gangguan b.a.b	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100,0)
o.	Masalah gastro-intestinal	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (100,0)
p.	Hipertensi	9 (36,0)	16 (64,0)	25 (100,0)
q.	Kelemahan otot ekstrimitas bawah	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (100,0)
r.	Kelemahan otot ekstrimitas atas	6 (37,5)	10 (62,5)	16 (100,0)

Status Depresi dan Status Demensia

Status depresi lansia diukur oleh peneliti dengan menggunakan instrumen terstruktur GDS-15 dengan rentang nilai 0 s.d. 15. Hasil pengukuran didapatkan nilai rata-rata skor yang didapatkan adalah 24,58 (SD: 4,7). Status demensia lansia diukur menggunakan instrumen MMSE dengan rentang nilai 0 - 30. Hasil pengukuran didapatkan nilai minimum 14 dan nilai maksimum 30, dari rentang tersebut diketahui rata-rata skor yang didapatkan adalah 3,67 dengan standard deviasi 2,9. Rangkuman pengukuran status depresi dan status demensia tersaji dalam Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi responden menurut status depresi dan status demensia di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna Provinsi D.I. Yogyakarta

No.	Status	Frek	%
1.	Depresi:		
	a. Depresi sedang-berat	24/55	44,3
	b. Depresi ringan	31/55	55,7
2.	Demensia:		
	a. Gangguan kognitif	6/55	11,4
	b. Kognitif utuh	49/55	88,6

Perbedaan perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu

Dengan menggunakan uji *t-paired* menunjukkan selisih rerata skor perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu sebesar 0,423 (SD 1,238). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel berpasangan menunjukkan tidak adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,094$).

Tabel 4. Analisis perbedaan perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95%CI	Nilai p	N
Selisih	0,423	1,238	0,243	$-0,08 \leq \bar{x} \leq 0,92$	0,094	26
Sebelum	20,04	3,268	0,641			
Sesudah	19,62	3,383	0,664			

Perbedaan perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok

Dengan menggunakan uji *t-paired* menunjukkan selisih rerata skor perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok sebesar 1,138 (SD 1,663). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel berpasangan menunjukkan adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,001$).

Tabel 5. Analisis perbedaan perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95%CI	Nilai p	N
Selisih	1,138	1,663	0,309	$-1,77 \leq \bar{x} \leq -0,51$	0,001	29
Sebelum	21,45	3,355	0,623			
Sesudah	22,59	2,848	0,529			

Perbedaan perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok

Dengan menggunakan uji *t-pooled* menunjukkan selisih rerata skor perilaku lansia yang diberikan pada kelompok dengan individu sebesar 2,971 (95% CI $1,285 \leq \bar{x} \leq 4,656$). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel tidak berpasangan menunjukkan adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,001$).

Tabel 6.

Analisis perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95%CI	Nilai p	N
Selisih	2,971	--	0,840	$1,285 \leq \bar{x} \leq 4,656$	0,001	
Kelompok	22,59	2,848	0,529			29
Individu	19,62	3,383	0,664			26

Hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia

Berdasarkan uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan variabel dukungan kelompok memiliki hubungan yang sedang ($r = -0,266$) dan berpola negatif dengan status depresi lansia di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna artinya semakin tinggi skor dukungan kelompok seseorang maka skor depresinya (skor SDG) semakin menurun.

Proporsi variabilitas depresi lansia hanya 0,0% dapat dijelaskan melalui pengaruh dukungan kelompok. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia dengan signifikansi dalam batas kepercayaan 5% ($p=0,050$).

Tabel 7. Analisis hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna

Variabel	R	r^2	p
Status depresi	-0,266	0,0%	0,050

Hubungan dukungan kelompok dengan kapasitas fungsional lansia hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia

Berdasarkan uji korelasi *Pearson's Product Moment* menunjukkan dukungan kelompok tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan skor kapasitas fungsional lansia dalam batas kepercayaan 5% ($p=0,999$) di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna.

Tabel 8. Analisis hubungan dukungan kelompok dengan skor kapasitas fungsional lansia di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna

Variabel	R	r^2	p
Status depresi	0,000	0,07%	0,999

Perbedaan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah pemberian metode perawatan restoratif secara individu

Dengan menggunakan uji *t-paired* menunjukkan selisih rerata skor kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu sebesar 0,769 (SD 2,717). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel berpasangan menunjukkan tidak adanya perbedaan kapasitas fungsional lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,161$).

Tabel 9. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95%CI	Nilai p	N
Selisih	0,769	2,717	0,533	$-0,33 \leq \bar{x} \leq 1,87$	0,161	26
Sebelum	25,04	5,632	1,105			
Sesudah	24,27	5,862	1,150			

Perbedaan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah pemberian metode perawatan restoratif secara berkelompok

Dengan menggunakan uji *t-paired* menunjukkan selisih rerata skor kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok sebesar 2,621 (SD 4,379). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel berpasangan menunjukkan adanya perbedaan kapasitas fungsional lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,003$).

Tabel 10. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95% CI	Nilai p	N
Selisih	2,621	4,379	0,813	$0,96 \leq \bar{x} \leq 4,29$	0,003	29
Sebelum	23,17	6,101	1,133			
Sesudah	20,55	4,603	0,855			

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi

Berdasarkan uji ANCOVA menunjukkan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan restoratif berbasis individu dan berkelompok memiliki efek yang berbeda terhadap perubahan kapasitas fungsional lansia dengan mengendalikan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,000$). Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 64,9%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi.

Tabel 11. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi

Sumber pengganggu (faktor kovarian)	<i>Mean Square</i>	r^2	$r^2(\text{adjusted})$	F	Nilai p
Kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi	896,964	0,662	0,649	83,991	0,000

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel umur lansia

Berdasarkan uji ANCOVA menunjukkan variabel umur lansia bukan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan restoratif berbasis individu dan berkelompok memiliki efek yang berbeda terhadap perubahan kapasitas fungsional lansia dengan tanpa mengendalikan variabel umur lansia dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,930$).

Tabel 13. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel umur lansia

Sumber pengganggu (faktor kovarian)	<i>Mean Square</i>	r^2	$r^2(\text{adjusted})$	F	Nilai p
Umur lansia	0,216	0,116	0,082	0,008	0,930

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel depresi lansia

Berdasarkan uji ANCOVA menunjukkan variabel depresi lansia merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan restoratif berbasis individu dan berkelompok memiliki efek yang berbeda terhadap perubahan kapasitas fungsional lansia dengan mengendalikan variabel depresi lansia dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,000$). Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 36,2%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel depresi lansia.

Tabel 14. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel depresi lansia

Sumber pengganggu (faktor kovarian)	<i>Mean Square</i>	r^2	$r^2(\text{adjusted})$	F	Nilai p
Depresi lansia	442,985	0,385	0,362	22,823	0,000

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel demensia lansia

Berdasarkan uji ANCOVA menunjukkan variabel demensia lansia merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan restoratif berbasis individu dan berkelompok memiliki efek yang berbeda terhadap perubahan kapasitas fungsional lansia dengan mengendalikan variabel demensia lansia dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,000$). Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 28,3%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel demensia lansia.

Tabel 15. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel demensia lansia

Sumber pengganggu (faktor kovarian)	<i>Mean Square</i>	r^2	$r^2(\text{adjusted})$	F	Nilai p
Demensia lansia	318,302	0,309	0,283	14,596	0,000

PEMBAHASAN

Hasil analisis komparasi dan korelasi variable penelitian dalam beberapa kondisi menunjukkan ada yang bermakna dan ada yang tidak bermakna. Hal tersebut akan dibahas berdasarkan hasil penelitian baik secara statistik, tinjauan pustaka serta membandingkan dengan hasil penelitian terdahulu.

Perbedaan perilaku dan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu

Berdasarkan hasil analisis statistik, menunjukkan tidak adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu. Kapasitas fungsional lansia juga tidak berbeda secara bermakna pada sebelum

dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,161$). Perawatan restoratif digunakan untuk memaksimalkan kemampuan lansia (*ability*) melalui peningkatan mekanisme *self-care*, kemandirian, kualitas hidup, gambaran diri (*self-image*) dan harga diri (*self-esteem*).³ Namun perilaku yang berorientasi pada hasil perubahannya sangat lambat pada perawatan restoratif secara individu.

Intervensi yang dilakukan secara individu memiliki kekurangan pada penyediaan sistem dukungan sosial yang penting bagi lansia. Dukungan sosial yang diistilahkan sebagai “dukungan sosial yang diterima” oleh lansia mempengaruhi penilaian kognitif di saat berhubungan dengan orang atau anggota kelompok lain.⁴ Intervensi keperawatan tanpa adanya dukungan sosial dapat berdampak pada munculnya perasaan kehilangan, kecemasan dan frustrasi bagi lansia.⁵ Perasaan kehilangan akan dimanifestasikan sebagai perasaan berduka karena merasa kehilangan sesuatu yang berharga dalam hidupnya.⁶ Perasaan kehilangan tersebut tampaknya berpengaruh terhadap status kognisi lansia sehingga perubahan perilaku dalam mengikuti intervensi perawatan restoratif tidak berubah secara nyata. Berdasarkan uraian tersebut kiranya dapat dikatakan bahwa perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu tidak berbeda secara nyata dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,094$).

Perbedaan perilaku dan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok

Berdasarkan analisis statistik menunjukkan adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok. Begitu pula, kapasitas fungsional lansia bermakna secara statistik pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok.

Hasil penelitian tersebut memperkuat pendapat Pender *et al.* (2002) bahwa proses kegiatan kelompok terapeutik yang berorientasi pada perilaku dapat memberikan nilai positif bagi lansia, yaitu (1) kegiatan kelompok memberikan penguatan (*reinforcement*) terhadap perilaku positif dan berempati seakan merasakan permasalahan yang dihadapi anggota lain; (2) melatih, memahami dan mendukung perilaku pengontrolan diri; (3) menggunakan mekanisme koping yang adaptif dalam menghadapi stres dan mendukung perubahan perilaku; dan (4) menyiapkan anggota kelompok untuk terlibat dalam perubahan lingkungan sosial. Dari uraian tersebut kiranya dapat disimpulkan bahwa perilaku lansia sebelum mengikuti perawatan restoratif secara kelompok berbeda dengan perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,001$).

Perbedaan perilaku dan kapasitas fungsional lansia setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok

Terdapat perbedaan perilaku lansia yang bermakna setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,001$). Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok (PRBK) lebih baik memberikan manfaat perubahan perilaku dalam mengikuti intervensi perawatan restorative dibandingkan dengan intervensi yang diberikan secara mandiri.

Keunggulan PRBK karena dikembangkan atas dasar asumsi, bahwa: (1) interaksi dan hubungan antar anggota kelompok dapat mendorong suasana yang terapeutik; (2) Suasana yang menyenangkan dan terapeutik menjadikan klien lebih perhatian terhadap program terapi yang dijalankan; (3) anggota kelompok lain dapat membantu klien belajar

memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri; (4) manajemen kasus dan perencanaan perawatan yang terintegrasi dengan lingkungan sosial yang familier dengan lansia dapat memberikan hasil yang lebih efektif dan efisien; (5) kelompok pendukung yang kohesif dapat mempermudah proses belajar pada lansia; dan (6) upaya restorasi status mental klien dapat meningkatkan respons kapasitas fungsional lansia.^{7,8,9,10,11,12}

Hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia

Dukungan kelompok berhubungan dengan status depresi lansia dalam batas kepercayaan 5% ($p=0,050$). Berdasarkan studi bahwa salah satu yang berpengaruh terhadap status depresi lansia adalah dukungan kelompok.¹³ Dukungan kelompok sebagai dukungan sosial (*social support*) merupakan salah satu konsep yang penting dalam PRBK. Batasan dukungan sosial sebagai suatu interaksi antara anggota keluarga, sahabat, kelompok sepadan, dan petugas kesehatan yang dapat memberikan tambahan berbagai informasi, menghargai, memberi bantuan dan ikatan saling percaya.¹⁴ Dukungan sosial yang diistilahkan sebagai “dukungan sosial yang diterima” oleh lansia memerlukan penilaian kognitif di saat berhubungan dengan orang atau anggota kelompok lain. Dua dimensi pokok tersebut adalah ketersediaan (*perceived availability*) dan kecukupan (*perceived adequacy*) ikatan yang mendukung. Dukungan sosial dalam tiga pengertian, yaitu : (1) frekuensi kontak dengan orang lain (*social embeddedness*), (2) menerima dukungan (*received support*) atau jumlah dukungan nyata yang diberikan oleh orang lain, dan (3) merasakan dukungan (*perceived support*) atau persepsi subyektif terhadap penerimaan dukungan dari orang lain.¹⁵

Hubungan dukungan kelompok dengan kapasitas fungsional lansia

Dukungan kelompok tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan skor kapasitas fungsional lansia dalam batas kepercayaan 5% ($p=0,999$). Dukungan kelompok yang diimplementasikan dalam kelompok terapeutik tidak secara langsung berhubungan dengan perubahan kapasitas fungsional lansia. Namun, melalui kelompok terapeutik ini diharapkan individu akan lebih mudah meningkatkan kapasitas fungsionalnya secara optimal. Kelompok terapeutik dapat memberikan dukungan sosial yang positif bagi proses perawatan restoratif, karena adanya komunikasi dan kebersamaan klien dapat membantu mengatasi stress emosional yang berkaitan dengan penurunan kapasitas fungsional fisik, meningkatkan kapasitas fungsional fisik atau penyesuaian sosial pada lansia.¹⁶

Dukungan sosial tidak saja berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan saja, namun juga berpengaruh terhadap perilaku yang sehat dan status kesehatan lansia. Dukungan dari lingkungan sekitar lansia dapat mempercepat pencapaian tujuan intervensi keperawatan, dimana anggota kelompok saling memberi dan menerima umpan balik dan dukungan positif dalam menjalani proses perawatan restoratif. Dukungan sosial juga dapat membantu lansia mencapai keberhasilan coping, kepuasan sekaligus membuat kehidupan menjadi efektif. Dukungan sosial juga dapat memberikan pengertian seseorang kepada kesehatan, sebagai sumber informasi, membentuk coping, meningkatkan kepercayaan diri, atau menyediakan akses terhadap bahan yang dibutuhkan.^{17,18} Dukungan sosial memfasilitasi perilaku sehat, menurunkan stress dalam menjalani kehidupan, menghindari efek negatif dari stres yang dialami dan menyediakan umpan balik serta menghibur tergantung dari tujuan masing-masing.

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi, umur, dan status depresi lansia

Variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 64,9%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi. Kondisi awal lansia sangat mempengaruhi perubahan kapasitas fungsional yang terjadi. Variabel umur lansia bukan salah satu sumber pengganggu dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok.

Variabel depresi lansia merupakan salah satu sumber pengganggu yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 36,2%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel depresi lansia. Variabel demensia lansia juga merupakan salah satu sumber pengganggu yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 28,3%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel demensia lansia.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang perawatan restoratif berbasis kelompok sebagai model intervensi keperawatan untuk meningkatkan kapasitas fungsional lansia dapat disimpulkan sebagai berikut: (1) Perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif individu tidak berbeda secara signifikan; (2) Perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif berkelompok berbeda secara signifikan; (3) Perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif individu berbeda secara signifikan dengan perawatan restoratif berkelompok; (4) Dukungan kelompok berhubungan dengan status depresi lansia; (5) Dukungan kelompok tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan skor kapasitas fungsional lansia; (6) Kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif individu tidak berbeda secara signifikan; (7) Kapasitas fungsional sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif berkelompok berbeda secara signifikan; (8) Variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok; (9) Variabel umur lansia bukan salah satu sumber pengganggu dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok; (10) Variabel depresi lansia merupakan salah satu sumber pengganggu dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok; (11) Variabel demensia lansia merupakan salah satu sumber pengganggu yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok.

Model Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok (PRBK) merupakan salah satu bentuk praktik keperawatan berbasis komunitas (*community-based nursing*). Intervensi tersebut diharapkan dapat meningkatkan kapasitas fungsional fisik kelompok lansia sehingga memiliki kemandirian dan produktifitas hidup yang lebih optimal terutama fokus utama keperawatan, yaitu: klien, lingkungan, dan kesehatan.

RUJUKAN

1. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). *Prosiding Seminar Dan Lokakarya Pengembangan Pusat Pelayanan Lanjut Usia Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia* di Jakarta tanggal 2 Oktober 2001
2. Waidmann, T.A., & Liu, K. (2000). Disability Trends among Elderly Persons and Implications for the Future. *Journals of Gerontology*, 55B(5):S298–307.
3. Freedman, V.A., & Martin, L.G. (1998). Understanding Trends in Functional Limitations among Older Americans. *American Journal of Public Health*, 88:1457–1462.
4. Crimmins, E.M., Y. Saito, and D. Ingegneri. 1997. Trends in Disability-Free Life Expectancy in the United States, 1970–90. *Population Development Review* 23(3):555–72, 689–690.
5. Jagger, C., Spiers, N.A. & Clarke, M. (1993). Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality in older people. *Age Ageing*, 22: 190-197.
6. Bebbington, A.C. (1991). The expectation of life without disability in England and Wales 1976-1988. *Population Trends*, 66: 26-29.
7. Manton, K.G., & Gu, X. (2001). Changes in the Prevalence of Chronic Disability in the United States Black and Nonblack Population above Age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 98:6354–6359.
8. Jitapunkul, S., Kuanusont, C., Phoolcharoen, W., Suriyawongpaisal, P., & Ebrahim, S. (2003). Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and epidemiologic transition. *Age and Ageing*, 32: 401-405.
9. Palestin, B., Olfah, Y., & Winarso, M.S. (2005). Pengaruh Terapi Okupasional Terhadap Penurunan Tingkat Depresi dan Peningkatan Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari pada Lansia di PSTW. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 1(1): 41-54.
10. Setiabudhi, T. & Hardywinoto. (1999). *Panduan Gerontologi Tinjauan Dari Berbagai Aspek, Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para Lanjut Usia*, Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
11. Boyle, P.A., Paul, R., Moser, D., Zawacki, T., Gordon, N., & Cohen, R. (2003). Cognitive and Neurologic Predictors of Functional Impairment in Vascular Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11:103–106.
12. Lueckenotte, A.G. (2000). *Gerontologic Nursing*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
13. Hall, K.A. & Hassett, A.M. (2002). MJA Practice Essentials — Mental Health : 13. Assessing and managing old age psychiatric disorders in community practice, *Med. Jou. of Australia*. <http://www.mja.com.au>. Diunduh pada tanggal 14 November 2003.
14. Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., & Strawbridge, W.J. (1997). Does growing old increase the risk for depression?. *Am J Psychiatry*, 154(10):1384-1390.

15. Liang, J., Bennet, J., Whitelaw, N. et al. (1991). The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan. *Med Care*, 29: 1161-1173.
 16. Johnson, R.J. & Wolinsky, F.D. (1993). The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. *J. Health Soc Behav*, 34: 105-121.
 17. Moum, T. (1997). Self-assessed health among Norwegian adults. *Soc Sci Med*, 35: 935-947.
 18. Ebly, E.M., Hogan, D.B. & Fung, T.S. (1996). Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: results from the Canadian study of health and ageing. *Can J Publ Health*, 87: 28-31.
 19. Hoeymans, N., Feskens, E.J., Kromhout, D. et al. (1997). Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc Sci Med*, 45: 1527-1536.
 20. Mulsant, B.H., Ganguli, M. & Seaberg, E.C. (1997). The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*, 45: 954-958.
 21. Kempen, G.I., Miedema, I., van den Bos, G.A. et al., Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. *J Clin Epidemiol*, 51: 11-18.
 22. Oida, Y., Kitabatake, Y., Nishijima, Y. et al. (2003). Effects of a 5-year exercise-centered
 23. health-promoting programme on mortality and ADL impairment in the elderly. *Age and Ageing*, 32(6): 585-592.
 24. Noveria, M. (2001). Studi Penjajagan Kebutuhan Program Lansia PKBI di Daerah Bali. *Prosiding Seminar Dan Lokakarya Pengembangan Pusat Pelayanan Lanjut Usia Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia* di Jakarta tanggal 2 Oktober 2001.
 25. Faturochman & Kusumasari, B. (2001). Alternatif Kebijakan terhadap Lansia. *Policy Brief Center for Population and Policy Studies*, 7: 1-4.
 26. Brubaker, B.H. (1996). Self-care in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(7): 22-30.
 27. Stanley, M., Blair, K.A., & Beare, P.G. (2005). *Gerontological Nursing: Promoting Successful Aging with Older Adults* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
 28. Tinetti, M.E., Baker, D.I., Gottschalk, M., Garrett, P., McGeary, S., Pollack, D. & Charpentier, P. (1997). Systematic home-based physical and functional therapy for older persons after hip fracture. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 78: 1237-1247.
 29. Beck, C., Heacock, P, Rapp, C. & Mercer, S. (1993). Assisting cognitively impaired alders with activities of daily living. *Am J of Alzheimer's Care and Related Disorder and Research*, 8(6): 11-20.
-

30. Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., Lee, I.M., Jung, D.L. & Kampert, J.B. (1993). The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med*, 328: 538–545.
 31. Bijnen, F.C.H., Caspersen, C.J., Feskens, E.J.M., Saris, W.H.M., Mosterd, W.L. & Kromhout, D. (1998). Physical activity and 10-year mortality from cardiovascular diseases and all causes, the Zutphen Elderly Study. *Arch Intern Med*, 158: 1499–1505.
 32. Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. & Walker, M. (1998). Change in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men. *Lancet*, 351: 1603–1608.
 33. Bijnen, F.C.H., Feskens, E.M., Caspersen, C.J., Nagelkerke, N., Mosterd, W.L. & Kromhout, D. (1999). Baseline and previous physical activity in relation to mortality in elderly men. *Am J Epidemiol*, 150: 1289–1296.
 34. Ferrucci, L., Izmirlian, G., Leveille, S., et al. (1999). Smoking, physical activity, and active life expectancy. *Am J Epidemiol*, 149: 645–53.
 35. Spillman, B.C. (2004). Changes in Elderly Disability Rates and the Implications for Health Care Utilization and Cost. *The Milbank Quarterly*, 82(1): 157–194.
 36. Nitz, J.C. & Choy, N.L. (2004). The efficacy of a specific balance-strategy training programme for preventing falls among older people: a pilot randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 33(1): 52–58.
 37. Shanti, C., Johnson, J., Meyers, A.M., Jones, G.R., Fitzgerald, C., Lazowski, D.A., et al. (2005). Evaluation of the restorative care education and training program for nursing homes. *Can J Aging*, 24(2):115-126.
 38. Hung, L.C., Liu, C.C., Hung, H.C. & Kuo, H.W. (2003). Effects of a nursing intervention program on disabled patients and their caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 36(3): 259-272.
 39. Wieland D, Ferrell BA, Rubenstein LZ. (1991). Geriatric home health care. Conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med*, 7(4):645-664.
 40. Tinetti, M.E, Baker, D., Gallo, W.T., Nanda, A., Charpentier, P. & O’Leary, J. (2002). Evaluation of Restorative Care vs Usual Care for Older Adults Receiving an Acute Episode of ome Care. *JAMA*, 287(16): 2098-2105.
 41. Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby Inc.
 42. Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
 43. Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton-Lange.
 44. Resnick, B., Rensburg, R., Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A. & Berkovitz, A. (2004). Restorative Care in Nursing Home: Where We Are and Where We Need to Go. *The Gerontologist*, 44(1): 287.
-

45. Stewart, M.J. (1995). *Integrating Social Support in Nursing*. Newbury Park: SAGE Publications.
 46. Lundy, K.S. & Janes, S. (2001). *Community health nursing: caring for the public's health*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
 47. Cook, A. S., & Dworkin, D. S. (1992). *Helping the bereaved: Therapeutic interventions for children, adolescents, and adults*. New York: Harper Collins., p.6.
 48. Roback, H.B. (2000). Adverse Outcomes in Group Psychotherapy Risk Factors, Prevention, and Research Directions. *J Psychother Pract Res*, 9(3): 113–122.
 49. Svidén, G.A., Tham, K. & Borell, L. (2004). Elderly participants of social and rehabilitative day centres. *Scand J Caring Sci*, 18: 402–409.
 50. Callaghan, D.M. (2003). Health-Promoting Self-Care Behaviors, Self-Care Self-Efficacy, and Self-Care Agency. *Nursing Science Quarterly*, 16(3): 247-254.
 51. Fogler, J. & Edwards, S. (2004). Using a Cognitive Behavioral Therapy Group to Treat Depression and Anxiety in Older Adults. *Clinical Geriatrics*, 12(10): 29-32.
 52. Tillitski, L. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments. *Int J Group Psychother*, 40:215–224.
 53. Travis, S.S. & McAuley, W.J. (1998). Mentally restorative experiences supporting rehabilitation of high functioning elders recovering from hip surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 977-985.
 54. Lenze, E.J., Rogers, J.C., Martire, L.M., Mulsant, B.H., Rollman, B.L., Dew, M.A., Schulz, R. & Reynolds III, C.F. (2001). The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability A Review of the Literature and Prospectus for Future Research. *Am J Geriatr Psychiatry*; 9:113–135.
 55. Stewart, M.J. (1995). *Integrating Social Support in Nursing*. Newbury Park: SAGE Publications.
 56. Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
 57. Deale, A., Chalder, T. & Wessely, S. (1998). Illness beliefs and treatment outcome in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 45:77–83.
 58. Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
 59. Weber, M.L. (1998). *She stands alone: A review of the recent literature on women and social support*. Winnipeg, Manitoba: Prairie Women's Health Centre of Excellence
-