



UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis

**PERBEDAAN KARAKTERISTIK LANSIA
DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TIPE
DEMENSIA PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS GATAK SUKOHARJO
TAHUN 2009**

Oleh

Ros Endah Happy Patriyani

NPM : 0706194910

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis

**PERBEDAAN KARAKTERISTIK LANSIA DAN
DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TIPE
DEMENSIA PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS GATAK SUKOHARJO TAHUN 2009**

**Diajukan sebagai persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan Keperawatan Komunitas**

Oleh

Ros Endah Happy Patriyani

NPM : 0706194910

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
TAHUN 2009**

SURAT PERNYATAAN PLAGIARISME

Saya yang bertanggungjawab di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindak plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 13 Juli 2009

Ros Endah Happy Patriyani

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan tim penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2009

Pembimbing I :

Dra. Junaiti Sahar, Ph.D

Pembimbing II :

Dewi Gayatri, S.Kp., MKes.

**PANITIA SIDANG TESIS
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PROGRAM
PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, Juli 2009

Ketua

Dra. Junaiti Sahar, Ph.D

Anggota

Dewi Gayatri, S.Kp., MKes.

Anggota

Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN

Anggota

Ns. Purwadi, SKep., MKep. Sp. Kom

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2009
Ros Endah Happy Patriyani

Perbedaan Karakteristik Lansia dan Dukungan Keluarga Terhadap Tipe Demensia
Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

xv + 136 halaman + 2 skema + 15 tabel +10 lampiran

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Tahun 2009. Desain penelitian menggunakan analitik korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan metode acak sederhana (*simple random sampling*) dengan teknik acak bertahap (*multistage random sampling*), yang berjumlah 109 lansia demensia berumur ≥ 60 tahun (demensia diukur dengan MMSE) dan anggota keluarga yang paling dominan bersama dan merawat lansia, yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo, dapat membaca dan menulis, tidak mengalami gangguan jiwa, dan bersedia menjadi responden. Uji statistik dengan menggunakan *t test independent*. Dengan menggunakan regresi linier berganda didapatkan karakteristik lansia yang dominan mempengaruhi tipe demensia adalah usia lansia ($p=0,000$), dan tingkat pendidikan lansia ($p=0,000$). Jika dilihat dari empat bentuk dukungan keluarga hanya tiga bentuk dukungan keluarga yang mempunyai perbedaan secara signifikan terhadap tipe demensia, yaitu dukungan psikologis ($p=0,011$), dukungan penghargaan ($p=0,013$), dan dukungan instrumental ($p=0,030$). Dukungan keluarga yang paling dominan terhadap tipe demensia adalah dukungan psikologis. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan dukungan keluarga khususnya psikologis dapat meningkatkan semangat dan motivasi lansia untuk bersikap dan berperilaku hidup sehat. Penelitian ini merekomendasikan pemberian pelayanan keperawatan pada lansia baik upaya promotif dan preventif berupa pemeriksaan deteksi dini, pendidikan kesehatan tentang demensia, kemampuan keluarga merawat lansia demensia, pemberian dukungan keluarga meliputi dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi kepada lansia demensia, perawatan demensia serta penyebaran leaflet kepada masyarakat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup lansia demensia (*Quality of Live/ QOL*) supaya tidak bertambah berat demensia yang dialami.

Kata kunci : karakteristik lansia, dukungan keluarga, tipe demensia
Daftar Pustaka : 99(1986-2009)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
MAGISTER OF NURSING PROGRAM
SPECIALIZATION COMMUNITY HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING**

Thesis, July 2009
Ros Endah Happy Patriyani

The Difference of Elder's Characteristics and Family Support To Types of Dementia
At Gatak's Public Health Centre Working Area, Sukoharjo in 2009

xv + 136 pages + 2 schemas + 15 tables + 10 enclosures

Abstract

This study purposes to know the difference of elder's characteristics and family support to types of dementia for elderly at Gatak's Public Health center working area Sukoharjo. Study's design was analytic correlation that applied cross sectional approach. Sampling technique was simple random sampling with multistage random sampling. There were 109 elderly with dementia in the age of 60 years old or more. Types of dementia was measured by Mini Mental State Examination (MMSE). Inclusion criteria of respondents were the elders have family member who became her/his primary caregiver, live in Gatak's Public Health center working area Sukoharjo, able to read and write, mentally healthy, and available to be a respondent. T test independent was used as statistical test. A multiple regression linier used to get elderly 's characteristics that influence dominantly types of dementia. There were the elder's age ($p=0,000$) and the elder's educational background ($p=0,000$). Based on the type of support, this study found significant differences on phsycological support ($p=0,011$), appraisal support ($p=0,013$), instrumental support ($p=0,030$). Type of family's support that dominantly influence type of dementia was phsycological support. It can be cloncluded that phsycological support can increase elder's spirit and motivation to have healthy life. This study recommended that to prevent dementia become worse needs nursing care that includes promotion and prevention such as ealrly detection, health education about dementia, family's ability to care the elders, family's that support consists of psychological support, appraisal support, instrumental support, and informational support to elders and delivering brochure about taking care of elderly to the community. These intervention many increase the elder's *Quality of Live/ QOL* at last.

Key Words: elder's characteristics, family support, types dementia
Bibliography : 99 (1986-2009)

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena berkat, rahmat dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Perbedaan Karakteristik Lansia dan Dukungan Keluarga Terhadap Tipe Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo”.

Dalam penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Krisna Yetti, SKp.,M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Dra. Junaiti Sahar, Ph.D, selaku pembimbing I yang telah membimbing dengan cermat memberikan masukan-masukan, motivasi, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya tesis ini.
4. Dewi Gayatri, S.Kp., MKes, selaku pembimbing II yang telah membimbing dengan sabar, jeli memberikan masukan, dan perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya tesis ini.
5. Tim Dosen Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan bimbingan dengan sabar dan wawasannya serta ilmu yang bermanfaat

6. Tim Dosen Kekhususan Keperawatan Komunitas Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan bimbingan dengan semangat , penuh kesabaran, dan wawasannya serta ilmu yang bermanfaat
7. Wiwin Wiarsih,SKp,MN, selaku pembimbing akademik Program Kekhususan Keperawatan Komunitas angkatan 2007 yang selalu memberikan motivasi dan semangat.
8. Rita Benya Adriani, SKp, MKes, selaku Direktur Poltekkes Surakarta dan Satino,SKM,MScN, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Surakarta yang telah memberikan kesempatan untuk melanjutkan studi.
9. Rekan-rekan mahasiswa khususnya Program Magister Keperawatan Komunitas 2007, yang telah saling mendukung dan membantu selama proses pendidikan.
10. Orang tuaku, budhe Ninin, pakdhe Pram, mbak Ajeng, mas Nino, om Itong, tante Cici, dik Lia, dan mbak Ai yang senantiasa memberikan dukungan doa, motivasi dan mengasuh anak-anak selama peneliti mengikuti pendidikan.
11. Suamiku Antonius Agus Wardoyo, buah cinta kasih kami Christhoper Nathaniela Yoppy Widyadhana (Nathan), dan Lusua Zerlina Yona Widyadhana (Dhana) yang selalu menjadi inspirasi dan memberikan semangat untuk menyelesaikan pendidikan.
12. Teman-teman Jurusan Keperawatan Poltekkes Surakarta dan khususnya Dewi, Yuyun, dan Endang Catur, terimakasih atas persahabatan kita yang tulus selama ini
13. Mbak Yuli dan mbak Oktri, teman seperjuangan belajar, mengerjakan tugas dalam suka dan duka satu atap di kost Pondok Bhayangkara
14. Lansia dan keluarga di dusun III kelurahan Trangsan Gatak Sukoharjo yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

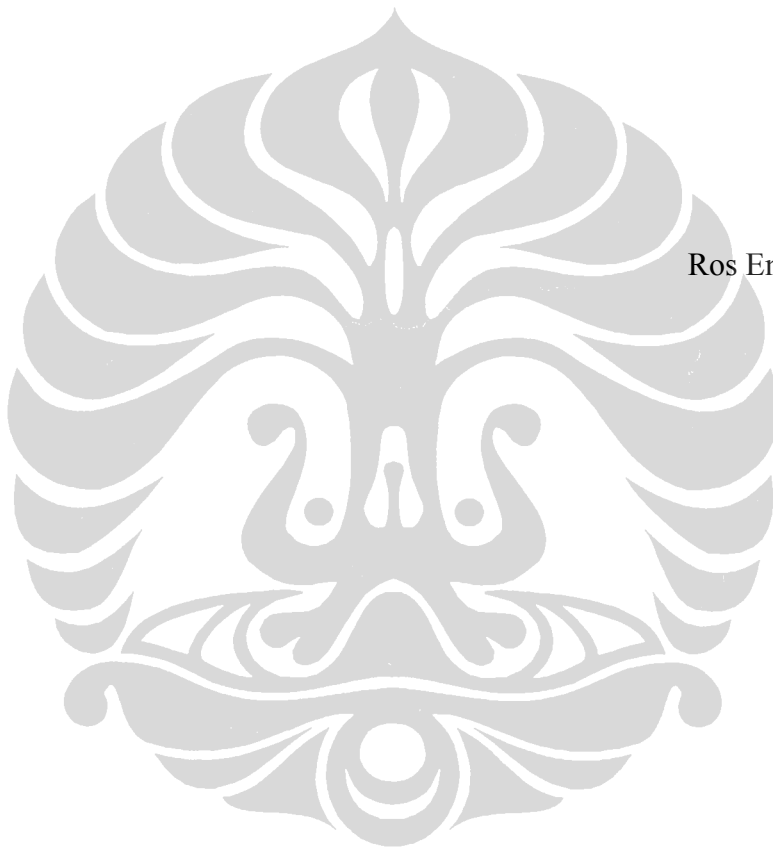
15. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari tesis ini masih belum sempurna, saran yang bersifat membangun demi sempurnanya tesis ini sangat diharapkan. Semoga tesis ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan. Amin

Depok , Juli 2009

Peneliti

Ros Endah Happy Patriyani



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN PLAGIARISME.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
PANITIA SIDANG TESIS.....	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Demensia Pada Lansia.....	12
1. Lansia	12
2. Demensia.....	21
B. Karakteristik Lansia Demensia	31
C. Dukungan Keluarga	32
1. Pengertian Dukungan Keluarga	32
2. Bentuk Dukungan Keluarga Pada Lansia Demensia.....	34
D. Faktor yang Mungkin Mengganggu Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tipe Demensia Pada Lansia	43
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	47
A. Kerangka Konsep	47
B. Hipotesis	49
C. Definisi Operasional	50
BAB IV METODE PENELITIAN	55
A. Desain Penelitian	55
B. Populasi dan Sampel	56
C. Tempat penelitian	61
D. Waktu penelitian	62
E. Etika Penelitian	62
F. Alat Pengumpul Data	65
G. Uji Coba Alat Pengumpul Data.....	69
H. Prosedur Pengumpulan Data	73
I. Pengolahan dan Analisis Data	74

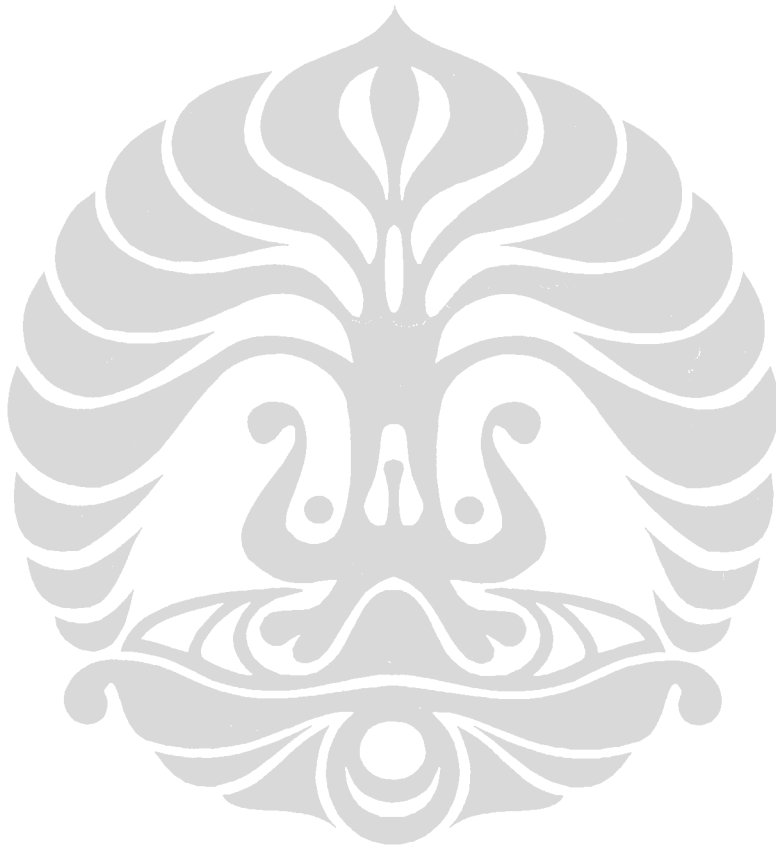
BAB V	HASIL PENELITIAN	81
	A. Analisis Univariat.....	81
	B. Analisis Bivariat	85
	C. Analisis Multivariat	93
BAB VI	PEMBAHASAN	99
	A. Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	99
	B. Keterbatasan Penelitian	125
	C. Implikasi Keperawatan	127
BAB VII	SIMPULAN DAN SARAN	130
	A. Simpulan	130
	B. Saran	133

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN-LAMPIRAN



DAFTAR SKEMA

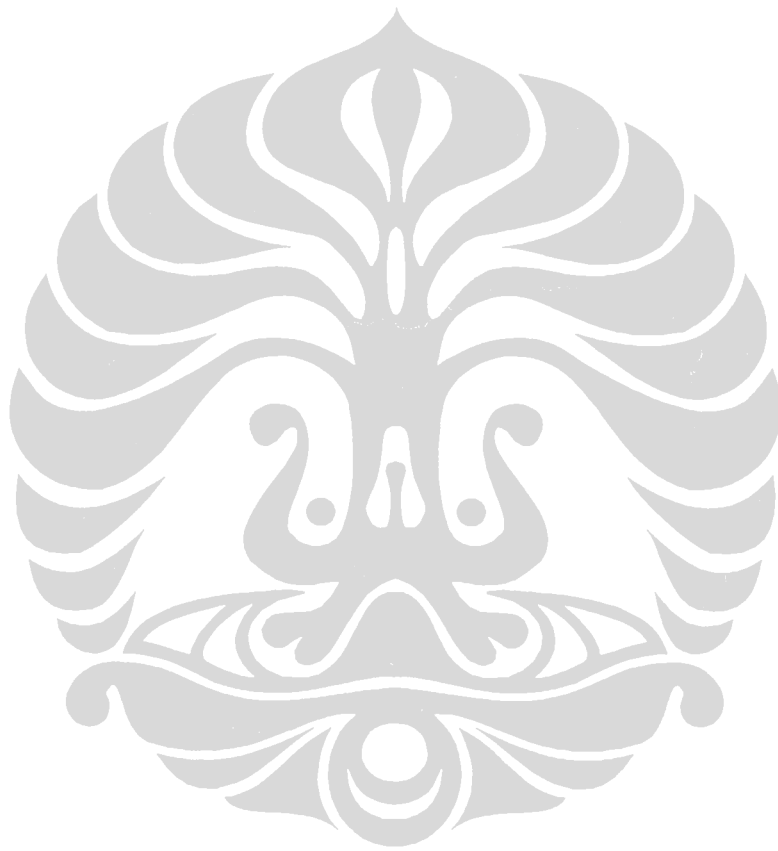
	Halaman
Skema : 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	48
Skema : 4.1 Prosedur Pengambilan Sampel Acak Bertahap	60



DAFTAR TABEL

	Halaman	
Tabel : 3.1	Definisi operasional	51
Tabel : 4.1	Hasil uji validitas kuisioner penelitian perbedaan dukungan keluarga terhadap tipe demensia	71
Tabel : 4.2	Hasil uji reliabilitas kuisioner penelitian perbedaan dukungan keluarga terhadap tipe demensia	72
Tabel : 5.1	Distribusi frekuensi karakteristik lansia menurut jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan dan tipe demensia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	82
Tabel : 5.2	Distribusi skor MMSE lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei Juni 2009	83
Tabel : 5.3	Distribusi frekuensi karakteristik responden menurut jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga, status ekonomi dengan tipe demensia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	84
Tabel : 5.4	Distribusi frekuensi responden menurut dukungan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	85
Tabel : 5.5	Distribusi rata-rata skor MMSE menurut jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	86
Tabel : 5.6	Distribusi rata-rata skor MMSE lansia menurut jenis kelamin responden, umur responden, tingkat pendidikan responden, pekerjaan responden, hubungan keluarga dan sttus ekonomi responden di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	88
Tabel : 5.7	Distribusi rata-rata skor MMSE lansia menurut dukungan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	91
Tabel : 5.8	Seleksi bivariat variabel	93
Tabel : 5.9	Analisis regresi skor MMSE lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	94

Tabel	:	5.10	Pemodelan akhir regresi linier berganda skor MMSE lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	95
Tabel	:	5.11	Persamaan garis regresi linier berganda skor MMSE lansia wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	96
Tabel	:	5.12	Hasil uji asumsi persamaan garis regresi linier berganda skor MMSE lansia wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni tahun 2009	97



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 Analisa Data
- Lampiran 3 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)
- Lampiran 5 Kisi-kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 6 Penilaian Demensia dengan MMSE dan Kuesioner penelitian
- Lampiran 7 Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 8 Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 9 Persetujuan Ijin Penelitian
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

Studi pendahuluan pada bab ini membahas tentang latar belakang yang menjadi dasar dari penelitian, perumusan masalah penelitian, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

A. Latar Belakang

Indonesia saat ini berada dalam masa transisi demografi. Pada tahun 2005-2010 jumlah penduduk lansia adalah 8,5% dari jumlah penduduk atau sekitar 19 juta jiwa. Pada tahun 2020 diperkirakan akan menjadi 29 juta jiwa atau 11,4 %. Persentase ini akan melonjak menjadi 12,8% di tahun 2025, yang artinya 13 di antara 100 penduduk akan berusia 60 tahun ke atas (Pusat Komunikasi Publik, 2007). Pertambahan jumlah penduduk lansia merupakan dampak dari proses menua.

Proses menua merupakan proses alami yang mencakup fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Salah satu masalah fisik dan psikologis akibat proses menua adalah menurunnya kemampuan daya ingat mulai dari tahap ringan sampai dengan tahap berat atau disebut demensia (Burke, 2000).

Demensia dapat terjadi pada setiap lansia baik pada lansia berjenis kelamin perempuan ataupun laki-laki. Namun ada kecenderungan perempuan mengalami lebih besar demensia daripada laki-laki. Semakin tua umur lansia maka kemungkinan mengalami demensia semakin besar dan semakin rendah tingkat pendidikan yang dimiliki maka semakin besar besar juga lansia yang mengalami demensia.

Lansia demensia memperlihatkan banyak gejala. Pada umumnya gejala yang tampak pada demensia adalah : 1) terganggunya fungsi daya ingat dan daya pikir yang makin lama makin berat terutama daya ingat jangka pendek, sehingga dapat menimbulkan gangguan fungsi kehidupan sehari-hari (mandi, berpakaian, kebersihan diri, buang air besar/kecil, dll), 2) ingatan masa lalu masih tetap baik dan bertahan, namun terjadi gangguan fungsi berfikir antara lain : *aphasia*, *apraxia*, *agnosia*, atau gangguan fungsi eksekutif (Kuntjoro, 2002a. <http://www.epsikologi.com>, diperoleh 10 Februari 2009). Pada tahap lanjut demensia memunculkan perubahan tingkah laku yang semakin mengkhawatirkan seperti delusi, halusinasi, depresi, kerusakan fungsi tubuh, cemas, disorientasi spasial, ketidakmampuan melakukan tindakan yang berarti, tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, melawan, marah, agitasi, apatis, dan kabur dari rumah (Volicer, Hurley, & Mahoney, 1998; Mondrego & Ferrandez, 2004). Kondisi tersebut yang menyebabkan meningkatnya ketergantungan lansia demensia.

Lansia demensia yang mengalami peningkatan bantuan untuk memenuhi kebutuhan dan aktifitas sehari-hari, memerlukan perawatan dari tenaga profesional dan non profesional, termasuk keluarga. Keluarga merupakan sumber dukungan yang terbesar. Menurut Bomar (2004), dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perilaku pelayanan yang dilakukan oleh keluarga, baik dalam bentuk dukungan emosional (perhatian, kasih sayang), dukungan penghargaan (menghargai dan umpan balik), dukungan informasi (saran, nasihat, informasi), maupun bentuk dukungan instrumental (bantuan tenaga, uang, dan waktu). Hasil penelitian Zulfitri (2006) dan Listiowati (2006) membuktikan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya, dan pemantapan sikap hidup sehat lansia demensia. Dukungan keluarga juga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang melalui pengaruhnya terhadap pembentukan emosional (Krause, Ellison, & Marcum, 2002; Gale et. al, 2001, dalam Bomar, 2004), peningkatan kognitif (Chin, Monroe & Fiscella, 2000; Ellison, et al; 2001 dalam Bomar, 2004), dan perubahan perilaku (Young, et.al, dalam Bomar 2004).

Menurut Darmojo & Martono (1999) dan Lueckenotte (2000), serta survei *Health and Welfare Statistic Association* di Jepang, lansia demensia memerlukan perawatan, dan 75% dirawat di rumah oleh anggota keluarganya sendiri. Sedangkan Asosiasi Alzheimer Amerika memperkirakan 70% dari 4 juta penderita demensia alzheimer di Amerika menjalani perawatan di rumah (Emon, 2007, <http://www.bkkbn.go.id>

diperoleh 22 Maret 2009). Pemberi perawatan pada lansia demensia 75% adalah perempuan dan anak perempuan, serta berumur lebih muda dibandingkan lansia (Darmojo & Martono, 1999; Lueckenotte, 2000). Berdasarkan hasil penelitian dari Universitas Gajah Mada tahun 2003 di DIY, alasan yang diajukan keluarga merawat orang tua adalah suatu kewajiban dan perwujudan dari bakti anak, serta orang tua lebih senang tinggal bersama anak/keluarga (Pariani, 2005).

Lansia yang mengalami demensia yang tinggal bersama keluarga dapat menjadi beban ekonomi dan beban emosional/stres anggota keluarga, bila mereka tidak memahami bahwa problem perilaku (agresif, galak, kasar, kerap menyerang orang lain secara fisik, bingung, keluyuran tanpa tujuan, menghilang dari rumah, tersesat, gelisah, suka mondar-mandir, senang menimbun barang dan sering berteriak-teriak di tengah malam) dan problem psikologi antara lain waham, kecemburuan yang tidak masuk akal, kecurigaan yang berlebihan, ketakutan merasa dirinya akan dicelakai, halusinasi, seperti melihat anak-anak kecil masuk kamarnya atau melihat seseorang duduk di ranjangnya, salah identifikasi, salah mengenali orang atau bahkan tidak mengenali bayangan dirinya di cermin, depresi, cemas dan tidur terganggu yang terjadi adalah akibat demensia (Cullagh, 2001; Emon, 2007, <http://www.bkkbn.go.id>, diperoleh 22 Maret 2009). Sehingga lansia memerlukan bantuan orang yang merawat yakni keluarga.

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan lansia penderita demensia yang tinggal di rumah. Lansia yang mengalami demensia harus tetap menjaga kesehatan baik fisik maupun kejiwaannya agar dengan melakukan aktivitas-aktivitas yang berguna bagi kehidupannya (Kusumoputro, 2003, <http://www2.kompas.com>, diperoleh 1 Maret 2009). Penanganan pada prinsipnya adalah *use it or lose it*, artinya bahwa otak harus terus diaktifkan kalau tidak hendak kehilangan fungsinya. Aktivitas atau paduan dari aktivitas yang dipergunakan antara lain aktivitas orientasi nyata, pemberian stimulasi (fisik, sensoris, kognitif, dan sosial spiritual), aktivitas seni musik, dan dansa. Setiap program dapat disusun sendiri sesuai kebutuhan, kemampuan, situasi, dan kondisi lansia (Kusumoputro, 2003, <http://www2.kompas.com>, diperoleh 1 Maret 2009). Seluruh anggota keluarga pun diharapkan aktif dalam membantu lansia agar dapat seoptimal mungkin melakukan aktifitas sehari-harinya secara mandiri dengan aman (Wati, 2007).

Penelitian tentang dukungan keluarga terhadap klien yang mengalami penyakit kronis telah banyak dilakukan, termasuk demensia. Ada yang memberi dampak positif maupun negatif. Dampak positif dilaporkan oleh Rubin (2000), bahwa 77% klien dengan penyakit jantung memperoleh dukungan dari keluarganya dalam perawatan. Penelitian yang dilakukan Rahmawati (2005) menyebutkan kebersamaan lansia dalam keluarga sangat mendukung terhadap perawatan kesehatan, dan suatu kondisi yang dapat mempengaruhi emosional lansia yang dapat meningkatkan sikap dan perilaku positif pada lanjut usia. Penelitian Saadah (2003)

mengidentifikasi bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kesejahteraan psikologi lansia yang dapat mempengaruhi perilaku lansia sehari-hari adalah faktor dukungan sosial dari keluarga.

Dukungan positif dapat juga menghasilkan dampak negatif terhadap adaptasi penyakit kronik. Beberapa peneliti berpendapat bahwa penerimaan dukungan sosial positif yang terlalu banyak seperti selalu mengingatkan tentang perawatan yang harus dilakukan atau dihindari dapat dirasakan berlebihan dan mengikis autonomi pasien (Ellard & Smith, 1990; Coyne Fisher, et al. 1997).

Griffin, et al. (2001) melakukan studi longitudinal untuk menyelidiki peran pemberian dukungan keluarga pada adaptasi psikologis dan status penyakit. Studi dilakukan pada pasien dewasa (42 tahun) dengan *rheumatoid arthritis*. Griffin et al. (2001) menemukan korelasi yang kuat antara afek negatif pasien dan keluarga yang tidak mendukung seperti pemberian hukuman. Penelitian ini menemukan interaksi sosial yang negatif antara pasien dan pemberi dukungan adalah prediktor yang signifikan terhadap afek negatif pasien dan menyebabkan status penyakit klien lebih buruk.

Berdasarkan data sekunder pada bulan Januari – Desember 2008 jumlah lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo adalah 8.353 lansia, namun belum ada data berapa dari jumlah tersebut yang mengalami demensia. Data lansia yang mengalami demensia di wilayah kerja

Puskesmas Gatak Sukoharjo belum dilaporkan seperti penyakit lainnya yang terjadi pada lansia. Hal ini juga dapat dilihat program pelayanan kesehatan khususnya pada lansia belum menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan secara keseluruhan di Indonesia. Program kesehatan lansia tidak termasuk dalam enam program utama (*basic six*) di Puskesmas, tetapi hanya termasuk program pengembangan dalam melayani kesehatan pada masyarakat (Depkes RI, 2001).

Berdasarkan uraian diatas, penelitian terkait untuk mengetahui perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia perlu dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Hasil wawancara peneliti dengan salah satu petugas Puskesmas yang mengelola kesehatan lansia di Puskesmas Gatak Sukoharjo menunjukkan data kegiatan yang dibina oleh petugas kesehatan untuk lansia meliputi kegiatan Posyandu lansia yang dilakukan setiap satu bulan sekali, berupa kegiatan rutin seperti penimbangan berat badan pengukuran tekanan darah, pengobatan, penyuluhan kesehatan secara umum dan pemberian makanan tambahan untuk lansia. Perawatan lansia yang mengalami demensia dan keterlibatan keluarga dalam pelayanan kesehatan lansia belum banyak dilakukan.

Hasil pengamatan peneliti pada beberapa lansia dan keluarga yang merawat lansia demensia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

menunjukkan sebagian besar lansia tinggal bersama dengan keluarga besarnya. Keluarga menganggap keadaan lansia demensia hal yang biasa terjadi pada orang yang sudah lansia, keluarga merawat dengan kemampuan yang dimilikinya secara alami. Sementara menurut Watson (2003) lansia demensia yang dirawat oleh keluarga dengan baik dapat menunda tingkat perubahan demensia lebih lanjut. Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Keluarga merupakan orang yang paling dekat bagi lansia yang dapat meningkatkan semangat dan motivasi lanjut usia untuk berperilaku sehat, yaitu dengan menjaga dan memperhatikan kesehatan, serta merasakan pentingnya kesehatan pada lansia.

Terdapat fenomena yang menarik tentang dukungan keluarga dapat meningkatkan atau mengganggu kesehatan lansia demensia. Fenomena ini belum tergali secara optimal di Indonesia melalui penelitian. Penelitian tentang perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia sejauh ini belum banyak dikembangkan. Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian : Apakah ada perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengetahui perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penelitian ini adalah teridentifikasi :

- a. Karakteristik lansia demensia mencakup umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- b. Karakteristik responden mencakup umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, dan hubungan keluarga dengan lansia demensia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- c. Dukungan keluarga meliputi dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dan dukungan instrumental pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- d. Perbedaan karakteristik lansia terhadap tipe demensia
- e. Perbedaan dukungan keluarga meliputi dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dan dukungan instrumental terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo
- f. Variabel bebas (karakteristik lansia dan dukungan keluarga) yang paling dominan mempengaruhi tipe demensia pada lansia di

wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo setelah dikontrol variabel perancu.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan memberi manfaat bagi :

1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan gerontik di komunitas, khususnya dalam meningkatkan derajat kesehatan lansia yang mengalami demensia, melalui upaya *promotif* dan *preventif* pada lansia dan keluarga yang merawat lansia demensia mengenai pentingnya dukungan keluarga dan kemampuan keluarga mempertahankan daya ingat pada lansia yang mengalami demensia.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Dapat memberikan kontribusi dalam mengembangkan ilmu keperawatan komunitas, khususnya keperawatan gerontik di masyarakat, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan pada lansia secara umum dan pada lansia demensia secara khusus.

3. Penelitian Selanjutnya

Sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya terkait faktor-faktor lain yang mempengaruhi karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia .

4. Lansia

Mempertahankan kegiatan atau aktivitas yang dilakukan meliputi aktivitas orientasi nyata, pemberian stimulasi (fisik, sensoris, kognitif, dan sosial spiritual), aktivitas seni musik, membaca, berkomunikasi dengan orang lain, mengisi teka teki silang, bermain catur, berolahraga dan menjalankan hobi seperti pada waktu muda (berkebun, menyulam, menjahit) atau dansa, supaya demensia tidak bertambah parah. Setiap program kegiatan dapat disusun sesuai kebutuhan, kemampuan, situasi, dan kondisi lansia dengan bantuan keluarga.

5. Keluarga yang merawat

Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang pentingnya dukungan keluarga bagi lansia demensia, sehingga diharapkan keluarga termotivasi merawat dengan baik dan dapat berupaya mempertahankan daya ingat pada lansia yang mengalami demensia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka pada bab ini menguraikan tentang konsep teori yang berhubungan dengan demensia pada lansia dan dukungan keluarga pada lansia demensia.

A. Demensia Pada Lansia

1. Lansia

a. Pengertian dan Batasan Lansia

Menurut Depkes RI (1999), pengertian lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas. Sedangkan menurut UU Kesejahteraan Lanjut Usia No 13 tahun 1998, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas, baik pria maupun wanita, masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa ataupun tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain. Dari dua pengertian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa pengertian lansia adalah seorang pria atau wanita yang berusia 60 tahun ke atas baik secara fisik masih berkemampuan maupun karena sesuatu hal tidak lagi mampu berperan aktif dalam kegiatan sehingga memerlukan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

Batasan usia yang digunakan untuk patokan sebagai lansia berbeda-beda. Menurut Hurlock (1980, dalam Nugroho, 2008), lansia dibagi dalam 2 tahap, yaitu *early old age* (usia 60 -70 tahun), *advanced old age* (usia 70 tahun ke atas). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lansia menjadi 4 yaitu : usia pertengahan (*middle age*) adalah 45 -59 tahun, lanjut usia (*elderly*) adalah 60 -74 tahun, lanjut usia tua (*old*) adalah 75 – 90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun (Nugroho, 2008). Sedangkan Burnside (1979, dalam Nugroho, 2008) membagi lansia menjadi 4 tahap, yaitu : *young old* (usia 60-69 tahun), *middle age old* (usia 70-79 tahun), *old-old* (usia 80-89 tahun), dan *very old-old* (usia 90 tahun ke atas). Dari beberapa batasan usia lansia diatas dapat disimpulkan bahwa batasan usia lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas, dibagi ke dalam tiga kategori yakni lansia muda, lansia tua dan lansia sangat tua.

b. Proses Menua

Penuaan adalah suatu proses yang terjadi secara terus menerus dan berkesinambungan. Selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Depkes RI, 2001). Proses menua dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Nugroho (2008) dan Tyson (1999), faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya proses menua adalah : *hereditas*/herediter, genetik, nutrisi /makanan, status kesehatan fisik dan mental, pengalaman hidup, lingkungan, stres, tipe kepribadian, dan filosofi hidup seseorang. Faktor-faktor ini tidak sama dimiliki oleh

setiap orang, sehingga mengakibatkan status kesehatan dan pola penyakit pada lansia berbeda satu dengan yang lain yang dapat mempengaruhi proses menua seseorang. Secara individu, pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah atau kemunduran dalam berbagai aspek, baik aspek fisik, biologis, psikologis, sosial, spiritual maupun ekonomis (Tyson, 1999; Miller, 2004).

c. Perubahan-perubahan yang Terjadi Pada Lansia

1) Perubahan Biologis dan Fisik

Kemunduran biologis terlihat dari gejala kemunduran fisik yang disebabkan oleh perubahan fungsi sel-sel tubuh akibat proses penuaan atau akibat kerusakan permanen dari sel-sel tubuh akibat penyakit tertentu semasa muda. Perubahan biologis meliputi perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem organ tubuh, diantaranya sistem persarafan, sistem pernafasan, sistem pendengaran, sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem pengaturan temperatur tubuh, sistem respirasi, muskuloskeletal, gastrointestinal, sistem reproduksi, sistem genitourinaria, sistem endokrin, dan sistem integumen (Miller, 2004; Nugroho, 2006).

Perubahan fisik yang dapat terjadi pada lansia antara lain : kulit mengendur, dan pada wajah timbul keriput, garis-garis yang menetap, rambut mulai berubah dan menjadi putih, gigi mulai ompong, penglihatan dan pendengaran berkurang, kerampingan tubuh menghilang, terjadi penimbunan lemak, terutama di bagian perut dan

pinggul mudah lelah, gerakan menjadi lamban dan kurang lincah. Perubahan yang terjadi pada semua organ tubuh pada lansia, menyebabkan kemunduran fungsinya dan tubuh menjadi kurang efisien (Nugroho, 2006).

Perubahan biologis dan fisik berpengaruh pada status kesehatan mental dan sosial lansia di masyarakat. Keadaan ini akan menyebabkan lansia tergantung pada orang lain dan lansia merasa tidak diperlukan lagi masyarakat disekitarnya (Setiabudhi & Hardywinoto, 1999).

2) Perubahan Mental

Perubahan mental yang dapat terjadi pada lansia adalah muncul penolakan karena kenyataan ketuaan, tidak mampu menyesuaikan diri dengan perubahan dalam hidup rutinnnya, keras kepala, tidak mau mendengarkan perkataan orang lain, suka menentang, perasaan takut, dan khawatir, bahkan cemas dengan datangnya masa tua (Inderayati, 2002, <http://digital.lib.itb.ac.id>, diperoleh 17 Maret 2009).

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadi perubahan mental pada lansia adalah : perubahan fisik, khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan (pengetahuan), keturunan (*hereditas*), dan lingkungan (Nugroho, 2008). Perubahan fisik yang terjadi pada lansia dapat mengakibatkan perubahan kepribadian, perubahan konsep diri

perubahan terhadap gambaran diri, perubahan/kemunduran kognitif dan memori (daya ingat).

a) Perubahan/kemunduran fungsi kognitif

Menurut Miller (2004), penurunan fungsi kognitif pada lansia dibagi dalam 2 tahap yaitu : *Age Associated Memory Impairment* (AAMI) atau *Benign Senescent Forgetfulness* (BSF) atau *Age Associated Cognitive Decline* (AACD) dan *Mild Cognitive Impairment* (MCI).

(1) *Age Associated Memory Impairment* (AAMI)

AAMI merupakan gangguan mental ringan yang terjadi pada lansia, yang ditandai dengan penurunan memori jangka pendek. Pada lansia ditemukan perlambatan dalam belajar, sering membutuhkan pemicu untuk mengingat dan mengalami lupa.

Menurut kriteria diagnosis menua terkait penurunan kognitif dari Asosiasi Psychogeriatric bekerjasama dengan WHO yaitu : 1) Adanya laporan yang dapat dipercaya bahwa fungsi kognitifnya mulai menurun, proses berpikir yang lamban, kesulitan memusatkan perhatian dan konsentrasi, dan memerlukan waktu lebih lama untuk belajar sesuatu yang baru, memerlukan lebih banyak isyarat (*cues*) untuk mengingat sesuatu, 2) Timbulnya kemunduran tersebut terjadi bertahap minimal dalam enam bulan, 3) Dijumpai adanya

gangguan pada salah satu fungsi yaitu memori dan belajar, kurang menggunakan strategi memori yang tepat, perhatian dan konsentrasi, penyelesaian masalah, abstraksi, bahasa, mencari kata yang tepat atau memvisualisasi dengan tepat, kesulitan menghindari hal yang tidak perlu (distraktor), 4) Pada tes neuropsikologis dan *Mini Mental Status Examination* (MMSE), memberikan hasil minimal satu standar deviasi di bawah normal, 5) Kriteria eksklusif: penyakit serebral, sistemik, depresi, cemas, delirium, pasca ensefalitis, kontusio serebral dan pengaruh obat-zat.

(2) *Mild Cognitive Impairment* (MCI)

MCI ini mempunyai risiko tinggi untuk menderita penyakit Alzheimer, yaitu 10-15% per tahun atau sekitar 50% penderita MCI akan berkembang menjadi Alzheimer dalam kurun waktu tiga tahun dan sekitar 80% dalam kurun waktu delapan tahun. Dengan mengadakan skrining dan pengobatan terhadap MCI, jumlah penderita Alzheimer dapat dikurangi.

Diagnosis MCI ditegakkan pada seseorang dengan kriteria : 1) Adanya gangguan memori-terutama memori jangka pendek (abnormal untuk usia dan pendidikan), 2) Tidak dapat memanfaatkan semantik *cue* dalam pembelajaran maupun *recall*, 3) Fungsi kognisi umum normal, 4) Aktivitas sehari-hari normal, dan 5) Tidak ada gejala demensia.

Selain menggunakan AAMI dan MCI, kriteria lain yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kemunduran kognitif pada lansia telah dibuat oleh Depkes RI (1999). Adapun kriterianya adalah sebagai berikut : 1) Pelupa, ingatan tidak berfungsi dengan baik, 2) Ingatan kepada hal-hal di masa muda lebih baik daripada kepada hal-hal yang baru terjadi, yang pertama dilupakan adalah kemampuan penamaan (*naming*) serta kecepatan mencari kembali informasi yang telah tersimpan dalam pusat memori, 3) Orientasi umum dan persepsi terhadap waktu dan ruang atau tempat juga mundur, erat hubungannya dengan daya ingat yang sudah mundur dan juga karena pandangan biasanya sudah menyempit, dan 4) Tidak mudah menerima hal-hal/ide-ide baru.

b) Perubahan memori/daya ingat

Perubahan memori yang terjadi sejalan dengan bertambahnya usia pada lansia merupakan suatu rangkaian kesatuan (*continuum*) dari yang ringan hingga menjadi keadaan yang patologis (Kusumoputro & Sidiarto, 2001). Otak dapat kehilangan banyak sel neuron setiap harinya, sesuai dengan bertambahnya usia. Berat otak akan mengalami penurunan secara berangsur-angsur. Setiap dekade hipotalamus sebagai salah satu pusat memori kehilangan sel neuron sebanyak 5% sejak usia pertengahan. Hal ini menjelaskan mengapa peningkatan usia dapat diiringi penurunan kemampuan memori/mudah lupa (Kusumoputro, 1997).

Adapun kriteria mudah lupa (*forgetfulness*) adalah : 1) Mudah lupa nama benda, nama orang dan sebagainya, 2) Gangguan dalam mengingat kembali (*Retrieval*), 3) Gangguan dalam mengambil kembali informasi yang telah tersimpan dalam memori (*Recall = Active retrieval*), 4) Memerlukan isyarat (cue) untuk *retrieval*, 5) Lebih sering menjabarkan fungsi atau bentuk daripada menyebut namanya (*circumlocation*).

Penurunan fungsi memori melalui 3 tahap, yaitu : 1) Memori deklaratif episodik, yaitu mengingat kembali masalah yang berkaitan dengan waktu dan tempat (kapan dan di mana peristiwa itu terjadi), 2) Penurunan memori deklaratif semantik (masalah yang berkaitan dengan pengetahuan dan pengalaman), dan 3) Penurunan memori prosedural (ketrampilan motorik yang pernah dipelajari).

3) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial dapat dilihat dari 2 aspek, yaitu aspek psikologis dan aspek sosial. Perubahan psikososial mempunyai pengaruh timbalbalik dan berpotensi menimbulkan stres psikososial (Depkes RI, 2005). Menurut Nugroho (2008), nilai seseorang sering diukur melalui produktifitasnya dan identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pensiun (purnatugas), seseorang akan mengalami kehilangan antara lain : 1) Kehilangan finansial (pendapatan berkurang), 2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua

fasilitas), 3) Kehilangan hubungan dengan teman-teman/kenalan atau relasi, 4) Kehilangan pekerjaan/kegiatan dan merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit), kemampuan ekonomi berkurang akibat pemberhentian dari jabatan, biaya hidup meningkat, biaya pengobatan bertambah, adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan, timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial, adanya gangguan saraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian, gangguan nutrisi akibat kehilangan jabatan, rangkaian kehilangan : kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, dan perubahan konsep diri).

4) Perubahan Spiritual

Lansia semakin tertarik dengan kegiatan keagamaan karena hari kematiannya yang sangat dekat (Hurlock, 1980). Agama/kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupannya (Maslow, 1970, dalam Nugroho, 2008). Blank (1976, dalam Hurlock, 1980) mengatakan sikap terhadap kegiatan keagamaan dan agama pada lansia membuktikan adanya fakta-fakta yang menunjukkan meningkatnya minat terhadap agama seiring dengan penambahan usia. Lansia juga semakin matur dalam kehidupan keagamaan, yang terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari (Murray & Zentner, 1970, dalam Nugroho, 2008). Hal ini terjadi karena kegiatan keagamaan memberi bantuan pada lansia untuk mempunyai coping yang kuat

sesuai dengan penambahan usia. Namun peningkatan terjadi juga pada penurunan minat pemanfaatan kegiatan keagamaan pada lansia.

5) Perubahan Ekonomi

Masalah ekonomi yang dialami lansia adalah pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari seperti kebutuhan sandang, pangan, perumahan, kesehatan, rekreasi, dan sosial. Dengan kondisi fisik dan psikis yang menurun menyebabkan mereka kurang mampu menghasilkan pekerjaan yang produktif. Status ekonomi lansia pada umumnya berada dalam lingkungan kemiskinan. Keadaan tersebut akan mengakibatkan lansia tidak mandiri, secara finansial tergantung kepada keluarga atau masyarakat bahkan pemerintah (Depsos, RI, 1998, dalam Setiabudhi & Hardywinoto, 1999).

2. Demensia

a. Pengertian Demensia

Menurut Burke (2000) dan Miller (1995), demensia adalah gangguan kognitif yang ditandai dengan penurunan daya ingat jangka pendek dan panjang yang timbul secara bertahap seiring dengan bertambahnya usia. Depkes RI (2005) menjelaskan demensia adalah kemunduran fungsi mental seseorang, terutama intelegensia yang disebabkan oleh kerusakan jaringan otak yang tidak dapat sempurna lagi. Demensia adalah penurunan kemampuan kognitif dan non kognitif karena berbagai sebab yang dapat mengganggu aktifitas hidup sehari-hari dan aktifitas sosial (Nugroho, 2008). Berdasarkan ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan

bahwa demensia adalah penurunan kemampuan kognitif dan non kognitif karena berbagai sebab yang ditandai dengan penurunan daya ingat jangka pendek dan panjang yang timbul secara bertahap seiring dengan bertambahnya usia, yang dapat mengganggu aktifitas hidup sehari-hari dan aktifitas sosial.

b. Insiden dan Prevalensi Demensia Pada Lansia

Menurut Nies (2001) dan hasil Survei Kesehatan Republik Indonesia (2001), didapatkan data 25% lansia mengalami gangguan mental diantaranya adalah depresi, cemas, dan demensia. Data Badan Kesehatan Dunia tahun 2000 menunjukkan, jumlah lansia 580 juta orang, dari jumlah tersebut, 40 juta (0.069%) diantaranya mengalami demensia (Gilang, 2002, <http://pdpersi.co.id>, diperoleh 28 Maret 2009). Demensia terjadi pada lansia usia 55 – 64 tahun (7.9%), prevalensi demensia terjadi pada 1 dari 10 lansia yang berumur di atas 65 tahun (12.3%), dimana insiden demensia mencapai 15%, dan meningkat dua kali setiap kenaikan umur lima tahun. Pada usia 85 tahun ke atas diperkirakan 50% lansia akan mengalami demensia.

Sampai saat ini diperkirakan kurang lebih 30 juta penduduk dunia mengalami demensia dengan berbagai sebab. Diperkirakan tahun 2020 prevalensi ini meningkat menjadi 1.016.800 orang dengan insiden sebanyak 314.100 orang. Pada tahun 2050, jumlah penderita demensia diproyeksikan akan meningkat menjadi 64,6 juta orang (Anoname, 2007, <http://www.koalisi.org>, diperoleh 17 Februari 2009).

c. Penyebab Demensia

Menurut Lueckenotte (2000) dan Miller (2004,) penyebab demensia adalah sebagai berikut :

- 1) Penyakit degeneratif : *Alzheimer*, Penyakit *Pick*, Penyakit *Huntington*
- 2) Penyakit vaskuler : *Infarct multiple* (demensia multi infark), CVA
- 3) Infeksi : HIV, penyakit *Creutzfeldt Jakob*, syphilis
- 4) *Mechanical disorders* : trauma (cedera kepala), *Normal Pressure Hydrocephalus* (NPH), subdural hematoma
- 5) Tumor : massa intrakranial, massa subdural, abses otak, glioma, meningioma

d. Tipe dan Tanda Demensia

Tipe atau kategori dan tanda demensia menurut Lueckenotte (2000) dan Miller (2004) adalah sebagai berikut :

- 1) Berdasarkan penyakit degeneratif/*Primary degenerative dementia*, yang dialami lansia : Penyakit *Alzheimer*, *Lewy Body Disease*, dan *frontotemporal dementia* (contohnya penyakit *Pick's*).

Lebih dari 50% penderita demensia, menderita demensia tipe Alzheimer (Gilang, 2002, <http://pdpersi.co.id>, diperoleh 28 Maret 2009). *Dementia Alzheimer* (DA) mempunyai ciri terjadi kemunduran memori yaitu : kehilangan orientasi waktu, kehilangan memori jangka panjang dan pendek (tidak selalu tampak jelas pada konversasi), kehilangan informasi yang diperoleh, tidak dapat mengingat lima item

atau nomor telepon, kemunduran pemahaman, kemunduran kemampuan bicara dan bahasa, serta kemunduran komunikasi sosial.

Demensia with Lewy Body Disease mempunyai manifestasi parkinsonism, halusinasi terutama halusinasi lihat, dan terjadi fluktuasi dalam ketrampilan kognitif. Sedangkan manifestasi klinik dari *frontotemporal dementia* hampir sama dengan demensia yang lain, namun ada tambahan terjadinya gangguan perilaku (apati/hiperaktif, impulsif, bingung, emosi labil), penurunan memori yang lebih parah, berhubungan dengan fungsi eksekutif (berpikir abstrak, pengaturan perilaku, sulit berkonsentrasi, gangguan dalam kemampuan untuk merencanakan, mengorganisasikan, tidak tepat pemilihan kata, suara menggema), inkontensia uri, perubahan kepribadian, terputusnya kontak sosial, menurunnya kepekaan terhadap perilaku sosial, mencurigai/menganiaya pengasuh, gangguan dalam kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik meskipun fungsi organ motorik masih utuh (*apraxia*), dan banyak makan/minum.

- 2) *Vascular dementia*, yang termasuk dalam tipe ini adalah *Multi Infarct Dementia* (MID) karena *arteriosclerosis, blood dyscrasias, cardiac decompensation, hypertension, atrial fibrillation, cardiac valve replacements, systemic emboli for other reason, diabetes mellitus, peripheral vascular disease, obesity, smoking, vasospasm in segment of brain* (termasuk TIA).

Manifestasi klinis pada demensia vaskuler adalah efek dari iskemik, berupa gangguan kemunduran kognitif, perubahan perilaku, dan

penurunan sensori motorik. Sebanyak 80% pasien demensia akan mengalami berbagai gangguan kognitif dan memori, problem perilaku (mengganggu ataupun tidak mengganggu) dan psikologi sepanjang perjalanan penyakitnya (Mantyselka, 2004; Emon, 2007, <http://www.bkkbn.go.id>, diperoleh 22 Maret 2009).

Kemunduran kognitif yang terjadi adalah gangguan memori, termasuk ketidakmampuan untuk mempelajari informasi yang baru atau merecall informasi yang telah dipelajari sebelumnya, gangguan berbahasa (*aphasia*). Perubahan perilaku yang terlihat adalah apatis, depresi, dan emosi yang labil. Sedangkan penurunan sensori motorik yang terjadi adalah hemiparesis, gangguan berjalan, kehilangan sensori, gangguan dalam mengenali objek, meskipun fungsi organ sensorik masih utuh (*agnosia*), gangguan dalam kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik meskipun fungsi organ motorik masih utuh (*apraxia*), dan inkontinensia uri.

- 3) Berdasarkan etiologi dan perjalanan penyakit demensia dibagi menjadi 2 yaitu *reversible* dan *partially irreversible dementia*. Etiologi *reversible dementia* adalah gangguan kelebihan atau kekurangan hormon tiroid, kekurangan vitamin B12, ketidakseimbangan kadar kalsium atau lesi desakan di dalam intrakranial, intoksikasi eksogen (alkohol, karbon monoksida, timbal, merkuri, arsenik, mangan), dan obat-obatan (antikolenergik, antikonvulsi, antihipertensi, psikotropiks). Sedangkan etiologi

partially irreversible dementia adalah karena infeksi dan gangguan metabolik.

- 4) *Neurologic disorder*, yang termasuk dalam tipe ini adalah penyakit Parkinson.
- 5) Berdasarkan usia yang terkena demensia dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: Demensia pra senilis (≤ 60 tahun) dan demensia senilis (≥ 60 tahun). Demensia senilis terjadi karena melemahnya fungsi-fungsi organik yang terjadi secara beruntun. Melemahnya fungsi organik dapat mengakibatkan terjadinya kemunduran intelektual dan juga menyebabkan terjadinya desintegrasi kepribadian (Kuntjoro, 2002a, <http://www.epsikologi.com>, diperoleh 10 Februari 2009).

e. Faktor Risiko Terjadinya Demensia

Menurut Miller (2004) dan Corneliu(1993, dalam Iswadi, 2000), faktor risiko terjadinya demensia adalah sebagai berikut :

- 1) Proses berpikir yang menjadi lambat, karena tidak ada perhatian pada sesuatu yang dianggap tidak berhubungan dengan diri lansia.
- 2) Sering mengalami kebingungan akan mempengaruhi kemampuan untuk berkonsentrasi, sehingga dapat mengakibatkan kekuatiran atau kecemasan.
- 3) Mempunyai penyakit fisik seperti mempunyai penyakit non rematik atrial fibrillasi, hipertensi, kekurangan folat atau vitamin B12, menderita DM, dan *malnutrisi*

- 4) Mempunyai gangguan penglihatan, pendengaran, atau gangguan fungsi lain yang mempengaruhi kemampuan untuk memperoleh informasi
- 5) Perasaan stres, perasaan depresi, atau adanya sesuatu yang hilang dan perasaan berduka.
- 6) Strategi daya ingat yang tepat kurang dipergunakan, kesulitan untuk perhatian dan pengabaian hal yang tidak perlu, sehingga untuk mempelajari hal yang baru membutuhkan waktu yang lebih lama.
- 7) Tidak adanya isyarat atau memerlukan lebih banyak isyarat (*clues*) untuk mengingat kembali pada yang pernah diingatnya
- 8) Tidak adanya stimulasi intelektual (*use it or lose it*)/motivasi, dan tidak adanya pengorganisasian informasi yang memudahkan untuk retensi, tidak digunakan dalam kehidupan sehari-hari.
- 9) Sedang dalam proses pengobatan atau menggunakan alkohol sehingga mempengaruhi kemampuan mental
- 10) Penurunan memori dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Pada orang yang mempunyai pendidikan tinggi, penurunan memori akan berlangsung lambat (Corneliu, 1993, Walter, 1990 dalam Iswadi, 2000).

f. Dampak Demensia

Menurut Miller (2004) dampak demensia ada dua, yaitu dampak pada lansia dan pada keluarga.

1) Dampak pada lansia

Dampak pada stadium awal adalah terjadinya kesulitan dalam berbahasa, mengalami kemunduran daya ingat secara bermakna,

disorientasi waktu dan tempat, sering tersesat di tempat yang biasa dikenal, kesulitan membuat keputusan, kehilangan inisiatif dan motivasi, menunjukkan gejala depresi dan agitasi, kehilangan minat dalam hobi dan aktifitas. Pada stadium selanjutnya lansia akan mengalami kesulitan melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari karena mundurnya secara progresif kognisi yang melibatkan banyak aspek fungsi luhur. *Afasia, agnosia, aprasia* dan disorientasi waktu dan tempat lambat laun menjadi lebih nyata.

Lansia menjadi mudah bingung dan mungkin memperlihatkan episode psikotik dan masalah perilaku seperti agresif dan ingin mengembara. Sering tersesat, walaupun jalan tersebut telah dikenal (di rumah sendiri). Defisit memori demikian berat sehingga lansia tidak mampu menyelesaikan satu kegiatan sampai selesai. Membutuhkan bantuan untuk kebersihan diri (ke toilet, mandi dan berpakaian) dan salah mengenali anggota keluarga, mungkin menyangkal sudah menikah, yang dapat menyulitkan suami/istrinya, nama anak tidak ingat dan tidak dikenal lagi.

Dampak setelah 6-12 tahun sakit, intelek dan memori berdeteriorasi terus, sampai lansia menjadi hampir vegetatif, menjadi akinetik dan membisu. Lansia menjadi tergantung kepada orang lain mengenai hal-hal yang dasar dan kebutuhan dasar dari kehidupan. Kontrol spinter menghilang, lansia menjadi inkontinensia urin dan alvi. Kebersihan diri dan kebutuhan nutrisi tidak diperhatikan lagi, jalan dengan

langkah yang pendek-pendek dan kurang pasti. Bila lansia terpaksa berbaring karena penyakit lain atau oleh apati, fleksi dari tungkai mulai terjadi. Kematian terjadi oleh penyebab yang tidak spesifik, misalnya pneumonia atau sepsis.

2) Dampak pada keluarga

Dampak demensia pada keluarga adalah lansia menjadi beban bagi keluarga untuk merawat lansia demensia secara intensif sepanjang kehidupan lansia. Beban keluarga (*caregiver burden*) yang sering terjadi berfokus pada permasalahan keuangan, fisik, dan psikososial. Beberapa peneliti mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh pemberi perawatan pada lansia demensia adalah depresi, kesulitan tidur, isolasi sosial, perselisihan keluarga, kegagalan dalam berkarir, kesulitan keuangan, sedikit waktu untuk diri sendiri, kesehatan fisik lemah, gangguan fungsi kekebalan, terjadinya ketegangan mental, fisik dan emosional, perasaan marah, berdosa, berduka, kecemasan, putus asa, tidak berdaya, dan kelelahan kronik (Acton, 2002; Larrimore, 2003; Narayan et al., 2001 dalam Miller, 2004).

g. Penilaian Demensia

Deteksi sederhana yang digunakan untuk mengetahui lansia demensia adalah dengan skrining kognitif dengan *Mini Mental State Examination* (MMSE). Mini Mental State Examination (MMSE) yang merupakan suatu tes skrining yang valid terhadap gangguan kognisi yang berkorelasi cukup baik dengan tes standard *Wechsler Adult Intelligence Scale*

(WAIS). MMSE juga dinilai cukup cermat dan teliti terutama aspek kognitif dari fungsi mental dan menyingkirkan pertanyaan-pertanyaan mengenai suasana hati, pengalaman mental abnormal dan bentuk pikiran (Tufts University School of Medicine, 2000, Harsono, 1996, Folstein et.,al.,1975 dalam Husni, 2003).

Penggunaan MMSE di Indonesia telah dicobaterapkan oleh Tedjasukmana dkk, dengan tingkat sensitivitas 100% dan spesifitas 90% (Tedjasukmana et.,al, 1998). Penilaian MMSE membutuhkan waktu 5-10 menit dan dapat dikerjakan oleh dokter, perawat atau tenaga sukarelawan (*volunteer*). Pada penelitian ini peneliti menggunakan MMSE untuk melakukan skrining pada lansia demensia. Dalam MMSE digunakan formulir baku yang terstruktur atas 11 pertanyaan dengan skor yang telah ditetapkan untuk setiap pertanyaan. Tes ini terdiri atas dua bagian, bagian pertama merupakan respons vokal yang meliputi pemeriksaan orientasi, memori dan atensi dengan jumlah skor 21. Bagian kedua meliputi kemampuan untuk menyebutkan nama, mengikuti perintah verbal dan tulisan, menuliskan kalimat dan mengkopi gambar poligon serupa gambar Bender-Gestalt dengan jumlah skor 9. Skor maksimal seluruhnya adalah 30, skor ini harus dikurangi 1 angka pada setiap kenaikan satu dekade di atas umur 50 tahun dan setengah angka untuk setiap pendidikan kurang dari tahun ke-13 (tamat SMU/SMA). Hasil penelitian Liu et al (1994) di Taiwan didapatkan tingkat pendidikan kurang dari 6 tahun akan menghasilkan skor MMSE lebih rendah (Husni, 2003). Skor total = 30. Kategori hasil skrining : skor 0-10 termasuk

demensia berat, skor 11-17 termasuk demensia sedang, skor 18-23 termasuk kategori demensia ringan, dan skor 24-30 adalah normal.

B. Karakteristik Lansia Demensia

1. Jenis kelamin lansia

Hasil penelitian Rekawati (2002) dan Japardi (2002) yang menyatakan bahwa perempuan mempunyai risiko terjadinya kepikunan sebesar 1,393 kali atau tiga kali lipat dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini mungkin disebabkan karena usia harapan hidup perempuan lebih lama dibandingkan dengan laki-laki.

2. Umur lansia

Peningkatan usia harapan hidup akan meningkatkan kasus penyakit degeneratif termasuk demensia. Sekitar 15 persen penduduk lanjut usia menderita demensia. Roan (2009) menyatakan demensia dapat terjadi pada setiap umur, tetapi lebih banyak pada lansia untuk rentang umur 65-74 tahun (5%) dan 40% bagi yang berumur >85 tahun.

Menurut Logan & Dawkins (1986) umur lansia berhubungan dengan dukungan keluarga. Semakin bertambah umur, maka semakin besar dukungan keluarga yang diperlukan.

3. Pendidikan lansia

Hasil penelitian Rekawati (2002) yang menyatakan bahwa lansia yang berpendidikan \leq rendah mempunyai risiko terjadinya demensia sebesar 2,025 kali lebih dibandingkan dengan usia lanjut yang berpendidikan $>$ tinggi.

C. Dukungan Keluarga

1. Pengertian Dukungan Keluarga

Social support adalah suatu perasaan dukungan dari suatu jaringan yang kompleks dari hubungan pertalian interpersonal dan dari dukungan sistem pemeliharaan, diperlukan untuk penyembuhan kesehatan dan lingkungan (Hitchcock et al., 1999). *Social support* dapat berupa informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkahlaku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya, yang dapat memberikan keuntungan emosional (kenyamanan, perhatian, kepedulian, penghargaan atau menolong dengan sikap menerima kondisinya) atau berpengaruh pada tingkahlaku penerimanya (Sarason, 1983 dalam Kuntjoro, 2002b, <http://www.e-psikologi.com> diperoleh 10 Februari 2009). Dukungan sosial tersebut dapat diperoleh dari individu maupun kelompok sosial (Gottlieb, 1983 dalam Kuntjoro, 2002b, <http://www.e-psikologi.com> diperoleh 10 Februari 2009). House (2000, dalam Smet, 2004) mengatakan salah satu kelompok sosial adalah keluarga.

Menurut Pender, Murdaugh dan Parson (2002), *family support system* (sistem dukungan keluarga) merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh

keluarga kepada anggota keluarga untuk mempertahankan identitas sosial anggota keluarga dalam bentuk dukungan emosional, bantuan materi, memberikan informasi dan pelayanan, serta memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial baru dengan masyarakat. Lueckenotte (2000) menyatakan bahwa keluarga merupakan pemberi perawatan utama dan sangat baik dalam memenuhi kebutuhan lansia yang mengalami penurunan kemampuan fungsional. Keluarga sangat berperan penting dalam meningkatkan kesehatan anggotanya. Menurut Tjakrawiralaksana (2003), keluarga adalah sebagai *caregiver* terhadap lansia yang memahami kondisi fisik, psikologis lansia, sebelum memberikan bantuan atau jasa kepada lansia. Hal ini disebabkan karena keluarga mempunyai tanggungjawab yang sangat penting bagi anggota keluarga yang tinggal didalamnya.

Manifestasi dari menurunnya status kesehatan pada lanjut usia adalah adanya penyakit kronis yang diderita. Masalah kesehatan kronis dapat mempengaruhi kemampuan fungsional dari lansia. Hal ini dapat mengganggu kesehatan fisik, emosional, kemampuan merawat diri, dan kemandiriannya (Akkar et al., 1998 dalam Lueckenotte, 2000).

Berdasarkan beberapa penelitian, sumber dukungan dari keluarga berperan dalam meningkatkan kesehatan tubuh/kesejahteraan fisik sehingga akan memberikan kenyamanan fisik, psikologis, dan psikososial sehingga menciptakan efek positif pada orang yang menerimanya, serta berperan meningkatkan semangat dan motivasi lanjut usia dengan penyakit kronis, termasuk demensia dalam membuat keputusan untuk melakukan perawatan secara optimal. Lansia akan memperoleh manfaat dari dukungan keluarga

seperti kesehatan fisik, kepuasan diri, kesejahteraan emosional, dan penyesuaian. Lebih lanjut, dukungan keluarga juga melindungi lansia dari dampak stress yang merugikan (Rose, 1997 dalam Riasmini, 2002; Kuntjoro, 2002b; Jang et al., 2002, dalam Miller, 2004; Baron & Byrne, 1991, dalam Taylor 2006).

Dukungan juga akan memperkuat ikatan kekeluargaan dengan cara mengakomodasi lansia untuk tetap tinggal bersama anak dan keluarga sehingga kebutuhan material maupun spiritual dapat terpenuhi (Wirakartakusumah, 2001, dalam Riasmini, 2002; Miller, 2004).

2. Bentuk Dukungan Keluarga Pada Lansia Demensia

Bentuk dukungan keluarga yang dapat diberikan pada lansia demensia adalah dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi (Oxford, 1992; House, 2000 dalam Smet, 2004; Bomar, 2004; Miller, 2004).

a. Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis berhubungan dengan afeksi, emosi, ekspresi, cinta, kasih sayang, kehangatan, empati, perhatian, dorongan dan keprihatinan (Oxford, 1992; Bomar, 2004). Dukungan emosi adalah dukungan mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan yang dapat membuat seseorang merasa nyaman, tenang, dan rasa dimiliki disaat sedang stress (Oxford, 1992; House, 2000 dalam Smet, 2004). Kerekatan emosional (*Emotional Attachment*) memungkinkan seseorang memperoleh kerekatan (kedekatan) emosional

sehingga menimbulkan rasa aman bagi yang menerima. Orang yang menerima dukungan semacam ini merasa tenteram, aman dan damai yang ditunjukkan dengan sikap tenang dan bahagia. Setelah seseorang memasuki masa lansia, maka dukungan dari orang lain menjadi sangat berharga dan akan menambah ketenteraman hidupnya. Sumber dukungan yang paling sering dan umum adalah diperoleh dari pasangan hidup, atau anggota keluarga/teman dekat/sanak keluarga yang akrab dan memiliki hubungan yang harmonis (Weiss, Cutrona dkk,1994 dalam Kuntjoro, 2002b, <http://www.e-psikologi.com>, diperoleh 10 Februari 2009).

Pendekatan pemenuhan kebutuhan psikologis lansia menekankan pada pemeliharaan dan pengembangan fungsi kognitif, afektif, konatif (psikomotor), dan kepribadian lansia secara optimal. Keluarga dapat memberi kesempatan untuk mempelajari hal-hal baru dengan memberikan kegiatan yang berhubungan dengan proses belajar yang disesuaikan dengan kondisi dari masing-masing lansia (Miller, 2004; Kuntjoro, 2002c, <http://www.dilibrary.net>, diperoleh 17 Februari 2009).

Tindakan yang dapat dilakukan untuk membantu memenuhi kebutuhan psikologis pada lanjut usia adalah memperhatikan dan menghargai kekuatan, kemampuan, dan keinginan yang dimiliki lansia, berbicara dengan sopan, menjaga kontak mata dan sentuhan, curahkan kasih sayang dan berusaha untuk tenang dan sabar dalam menghadapi penderita, berusaha memahami apa yang dirasakan penderita, menceritakan kehidupan masa lalu lansia yang menyenangkan, memberi

kesempatan pada lansia untuk menyelesaikan masalahnya sendiri, mendukung lansia mengembangkan hobi dan memberikan kesempatan pada lansia untuk melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuannya (Anoname, 2008, www.mayoclinic.com & www.medicastore.com, diperoleh tanggal 17 Februari 2009; Kuntjoro, <http://www.dilibRARY.net>, diperoleh 17 Februari 2009). Tujuan dari aktifitas yang dilakukan tersebut dapat melawan pikiran-pikiran yang berpusat kepada kemunduran-kemunduran fisiknya (Kuntjoro, 2002c, <http://www.dilibRARY.net>, diperoleh 17 Februari 2009).

Meningkatkan harga diri pada lansia perlu dilakukan oleh keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikologisnya (Miller, 2004). Dalam mencapai kesehatan mental pada lansia, terdapat beberapa kebutuhan yang harus dipenuhi, diantaranya adalah ; kebutuhan ekonomi, kebutuhan fisik, kebutuhan emosional berupa kasih sayang dari anggota keluarga, kebutuhan lingkungan atau tempat tinggal yang nyaman bersama keluarga serta kebutuhan spritual (Anoname, 2005, <http://www.suaramerdeka.com>, diperoleh 17 Februari 2009).

Karakteristik lansia yang telah mencapai kesejahteraan psikologis adalah mempunyai hubungan yang positif dengan orang lain, identitas diri positif, menerima diri sendiri, menyadari kegunaan diri, mempunyai arti dan tujuan hidup, otonomi, mempunyai persepsi yang nyata dan sensitive pada situasi orang lain, mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah, dapat mengatur kebutuhannya sehari-hari dan menghasilkan

sesuatu dalam hidup sesuai dengan keinginan dan kapasitasnya (Blazer, 2002, Ryff & Kwan, 2001 dalam Miller, 2004).

Hasil penelitian yang mendukung pernyataan tersebut adalah bahwa dukungan keluarga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang melalui pengaruhnya terhadap pembentukan emosional (Krause, Ellison, & Marcum, 2002; Gale et. al; 2001, dalam Bomar, 2004). Hasil penelitian lain yang juga mendukung mengatakan bahwa kebersamaan lansia dalam keluarga sangat mendukung terhadap perawatan kesehatan dan suatu kondisi yang mempengaruhi emosional lansia yang dapat meningkatkan sikap dan perilaku positif pada lansia (Rachmawati, 2005, <http://www.jiptunair.co.id>, peroleh 17 Maret 2009).

b. Dukungan Penghargaan

Bomer (2004) menyebutkan dukungan penghargaan meliputi pemberian penghargaan dan umpan balik. Dukungan penghargaan terjadi melalui ungkapan penghargaan positif untuk orang lain, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, perlakuan penderita demensia sebagaimana biasa, tetap hormati dan usahakan untuk tidak berdebat dengan penderita (House, 2000 dalam Smet, 2004; Anonim, 2008, www.mayoclinic.com & www.medicastore.com, diperoleh 17 Februari 2009).

Melalui dukungan penghargaan, lansia mendapat pengakuan (*reassurance of worth*) atas kemampuan dan keahliannya serta mendapat penghargaan dari orang lain atau lembaga (Kuntjoro, 2002b, <http://www.e-psikologi.com>, diperoleh 10 Februari 2009). Sumber dukungan ini dapat berasal dari keluarga atau lembaga/instansi atau perusahaan/organisasi dimana sang lansia pernah bekerja. Karena jasa, kemampuan dan keahliannya maka ia tetap mendapat perhatian dan santunan dalam berbagai bentuk penghargaan. Uang pensiun mungkin dapat dianggap sebagai salah satu bentuk dukungan penghargaan juga. Bentuk lain dukungan berupa pengakuan adalah mengundang para lansia pada setiap event / hari besar untuk berpartisipasi dalam perayaan tersebut bersama-sama dengan para pegawai yang masih berusia produktif. Contoh: Setiap hari besar TNI maka para mantan pejabat yang telah pensiun / memasuki masa lansia biasa diundang hadir dalam upacara atau pun resepsi yang diadakan oleh instansi tersebut (Weiss, Cutrona dkk, 1994, dalam Kuntjoro, 2002b, <http://www.e-psikologi.com>, diperoleh 10 Februari 2009).

Lansia akan merasa hidupnya sudah lengkap dan merasa bahagia apabila berhasil menjadi orangtua, dapat berfungsi baik bagi anak dan cucu, serta menjadi bagian dalam keluarga besar (Hendraely, 2003). Hutapea (2005) mengatakan bahwa yang dibutuhkan lansia adalah *feeling being needed* (perasaan tetap dibutuhkan).

c. Dukungan Instrumental

Menurut Miller (2004) dukungan untuk memberikan perawatan pada lansia dan fasilitas yang dibutuhkan merupakan jenis dukungan instrumental (*instrumental support*). Dukungan instrumental mencakup bantuan nyata (*tangible aid*) atau alat (*instrumental aid*), secara langsung seperti ketika anggota keluarga lain memberikan bantuan pinjaman uang, tenaga, waktu atau menolong dengan membantu menyelesaikan pekerjaan orang lain, ketika berada pada situasi yang menekan. Keluarga berperan sebagai pemberi jaminan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada lansia (bantu dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang lambat laun akan mengalami penurunan, menjalani kegiatan mandi, makan, tidur dan aktivitas lainnya secara rutin) dapat memberikan rasa keteraturan kepada penderita, menyembunyikan kunci mobil dan memasang detektor pada pintu bisa membantu mencegah terjadinya kecelakaan pada penderita yang senang berjalan-jalan (Anoname, 2008, www.mayoclinic.com & www.medicastore.com, diperoleh 17 Februari 2009).

Sedangkan untuk mempertahankan lingkungan yang sudah dikenal lansia dan membantu daya ingat lansia, serta tetap memiliki orientasi, sebaiknya di tempat-tempat yang strategis seperti kamar tidur atau ruang keluarga ditulis hari, tanggal dan sebagainya dengan huruf ukuran besar dan jelas atau dipasang kalender yang besar, jam dinding dengan angka-angka yang besar atau mendengarkan radio, dan cahaya yang terang juga membantu penderita tetap memiliki orientasi. Biasakan pada lansia untuk memiliki

kebiasaan positif misalnya membuang sampah, meludah dan lain sebagainya di tempat yang disediakan (Wiarsih, 1999; Kuntjoro, 2002c, <http://www.dilibrary.net> diperoleh 17 Februari 2009; Anoname, 2008, www.mayoclinic.com & www.medicastore.com, diperoleh 17 Februari 2009).

Memberikan fasilitas yang cukup pada lansia, berujud benda/materi (makanan, minuman, uang, tempat tinggal yang layak), jasa layanan tertentu, misalnya meminta bantuan organisasi yang memberikan pelayanan dan perawatan, akan sangat membantu agar terpenuhi kebutuhannya (Anoname, 2008, www.mayoclinic.com & www.medicastore.com, diperoleh 17 Februari 2009; Oxford, 1992; House, 2000 dalam Smet, 2004; Bomar, 2004; Suyudi, 2004, <http://www.binkes.net>, diperoleh 17 Februari 2009).

d. Dukungan Informasi

Dukungan informasi mencakup pemberian nasihat, petunjuk, saran dan umpan balik (Bomer, 2004; House, 2000 dalam Smet, 2004). Menurut Weiss, Cutrona dkk(1994, dalam Kuntjoro,2002b, <http://www.e-psikologi.com> diperoleh 10 Februari 2009). Yang termasuk dukungan informasi adalah adanya bimbingan (*guidance*) berupa hubungan kerja atau pun hubungan sosial yang memungkinkan lansia mendapatkan informasi, saran, atau nasihat yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan dan mengatasi permasalahan yang dihadapi.

Schamall (1994, dalam Lueckenotte, 2000) mengategorikan 6 informasi umum yang dibutuhkan oleh keluarga sebagai pemberi perawatan, yaitu : pengetahuan keluarga tentang kondisi fisik lansia, peningkatan kemampuan coping, persetujuan dengan keluarga, komunikasi yang efektif dengan lansia, memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat dan perencanaan perawatan pada lansia dalam jangka waktu yang panjang.

Depkes RI (2005) menyatakan keluarga perlu pemberian informasi tentang perawatan lansia secara berkesinambungan agar dapat memberikan dukungan kepada kegiatan lansia didalam dan diluar. Sekitar 80% lansia tinggal di rumah dan dirawat oleh pasangannya, saudara atau anak tertua. Oleh karena itu, pemberian dukungan dan edukasi kepada keluarga sangat penting. Keluarga sering menganggap perawat sebagai petugas kesehatan yang mudah dihubungi dan yang memahami hubungan, konflik, kebutuhan, dan sumber daya keluarga. Pendidikan pada keluarga berhubungan dengan proses normal penuaan, dinamika keluarga dan system keluarga, dan stress (Stuart & Sundeen, 1995).

Pengetahuan keluarga tentang kondisi fisik diberikan karena keluarga perlu mengetahui tentang tanda dan gejala bila lansia menderita penyakit tertentu, pengobatan yang dilakukan, penurunan kemampuan fungsional lansia dan implikasi pada keluarga. Informasi ini penting untuk menghilangkan mitos, informasi yang salah dan harapan yang tidak realistis pada keluarga (Schamall,1994, dalam Lueckenotte, 2000).

Keluarga perlu juga mempelajari lebih dalam tentang bagaimana merawat lansia demensia. Pengetahuan yang dapat diberikan pada keluarga adalah cara perawatan dan melatih mempertahankan daya ingat pada lansia demensia yang mengalami penurunan daya ingat. Cara perawatan yang diajarkan adalah bagaimana keluarga dapat melakukan : komunikasi verbal, komunikasi non verbal, memodifikasi lingkungan, menjamin keamanan lansia demensia, menyediakan fasilitas yang tepat untuk melakukan ADL, dan prinsip dasar untuk mengurangi stres (Miller, 1995; Miller, 2004). Sedangkan untuk melatih mempertahankan daya ingat pada lansia demensia yang mengalami penurunan daya ingat, dilakukan : latihan, ulangan, perhatian, dan asosiasi (Corneliu, 1993 dalam Iswadi, 2000).

Latihan, dalam hal ini pada lansia demensia diajarkan untuk menghafal item yang sederhana dan tidak terlalu banyak. Kecemasan serta sifat tergesa-gesa harus dihindari. Ulangan, informasi yang masuk dianjurkan untuk disusun dalam kelompok yang sama dan diulang-ulang. Dengan demikian daya ingat akan selalu digunakan dan akan membuat pengeluaran kembali daya ingat (*recall*) tidak banyak menemui kesulitan. Perhatian, untuk mengefisiensikan informasi yang masuk, maka seseorang harus mempunyai perhatian dan konsentrasi yang baik terhadap informasi tersebut. Asosiasi, informasi yang akan masuk dapat diasosiasikan dengan informasi yang lain sehingga dapat membantu untuk mempermudah mengambil kembali ataupun mengingat kembali informasi-informasi yang sudah masuk ke dalam memori sekunder.

D. Faktor-faktor yang Mungkin Mengganggu Perbedaan Dukungan Keluarga Terhadap Tipe Demensia Pada Lansia

Literatur secara khusus yang membahas tentang faktor-faktor yang mungkin mengganggu perbedaan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia belum banyak dikembangkan. Sebagai acuan yang digunakan dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang secara umum mungkin mempengaruhi perbedaan dukungan keluarga dalam perawatan lansia di rumah, yaitu jenis kelamin responden, umur responden, pendidikan responden, pekerjaan responden, status ekonomi keluarga, dan hubungan keluarga dengan lansia.

1. Jenis kelamin responden, umur responden dan hubungan keluarga dengan lansia

Menurut Darmojo & Martono (1999) dan Lueckenotte (2000) pemberi perawatan pada lansia 75% adalah perempuan dan anak perempuan, serta berumur lebih muda dibandingkan lansia. Mayoritas keluarga yang memberi dukungan perawatan pada lansia termasuk kriteria umur produktif (Rahmawati, 2005).

Pembagian umur responden pada penelitian dibagi 2 yaitu umur 18-40 tahun dan >40 tahun. Menurut Hurlock (1981) umur 20-40 tahun merupakan masa dewasa dini, dimana pada masa ini banyak sekali penyesuaian yang harus dilaksanakan baik yang prioritas pada diri sendiri maupun orang lain. Berubahnya peran dan pola kehidupan pada masa ini menuntut seseorang untuk dapat mengatasi permasalahan yang terjadi pada dirinya.

Keikutsertaan lansia dengan keluarganya ini naik persentasenya dengan bertambahnya usia (Darmojo & Martono, 1999). Berdasarkan hasil penelitian dari UGM Yogyakarta tahun 2003 di DI Yogyakarta didapatkan data 73,7% lansia dirawat oleh anaknya (Pariani, 2005). Alasan responden merawat lansia adalah lansia lebih senang tinggal bersama anak/keluarga, merawat lansia adalah suatu kewajiban dan bakti anak kepada orang tua. Keluarga merupakan orang yang paling dekat bagi lansia yang dapat meningkatkan semangat dan motivasi lansia untuk berperilaku sehat, yaitu dengan menjaga dan memperhatikan kesehatan, serta merasakan pentingnya kesehatan pada lansia. Lansia lebih suka dan nyaman menjalani perawatan dilingkungan sekeliling yang tidak asing baginya dan dirawat serta diperhatikan oleh orang-orang yang ia kenal (Watson, 2003).

2. Pendidikan responden

Tingkat pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendengar, menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan system nilai, perilaku, serta gaya hidup (Lueckenotte, 2000). Hasil penelitian Purwanto (2002) dan Erawati (2002) menyatakan tingkat pendidikan keluarga mempunyai hubungan dengan perawatan keluarga dan dukungan keluarga pada lansia di rumah. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka perawatan keluarga dan dukungan keluarga pada lansia semakin baik. Hal ini disebabkan karena seseorang yang mempunyai pendidikan tinggi akan menjadi lebih mengerti, mampu menyelesaikan masalah, lebih trampil dan cakap serta mempunyai sikap kearah positif pada lansia (Purwanto, 2002).

Hasil penelitian lain didapatkan bahwa pendidikan, pekerjaan, sikap dan pengetahuan keluarga tentang perawatan lansia juga saling berhubungan (Purwanto, 2002; Erawati, 2002; Rahmawati, 2005; Anoname, 2004, [http : //cpps.or.id/upload//policy brief lansia](http://cpps.or.id/upload//policy_brief_lansia), diperoleh 17 Maret 2009). Pengetahuan dan sikap terhadap pemenuhan kebutuhan lansia di rumah juga berhubungan dengan kemampuan keluarga merawat lansia. Keluarga dengan tingkat pengetahuan kurang, belum dapat mengidentifikasi kebutuhan dari lansia. Hal ini menunjukkan dengan perhatian dan dukungan yang negatif terhadap pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada lansia, sehingga ada kebutuhan yang terabaikan keluarga (Purwanto, 2002). Sikap negatif keluarga akan menimbulkan penurunan kondisi fisik, mental, dan social. Sikap yang positif dari keluarga cenderung menimbulkan kondisi yang nyaman pada lansia (Setiabudhi & Hardywinoto, 1999).

3. Pekerjaan responden

Penelitian Erawati (2002) tentang dukungan keluarga pada lansia mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara pekerjaan kepala keluarga dengan dukungan yang diberikan pada lansia yang ada di rumah. Jenis pekerjaan akan berdampak pada kemampuan keluarga untuk memberikan fasilitas perawatan yang lebih baik pada lansia. Namun pekerjaan juga dapat menurunkan perhatian keluarga pada lansia bila pasangan suami istri bekerja diluar rumah karena desakan ekonomi keluarga ([http: //cpps.or.id/upload//policy brief lansia](http://cpps.or.id/upload//policy_brief_lansia), 2004, diperoleh 17 Maret 2009).

4. Status ekonomi keluarga

Kemampuan ekonomi keluarga mempunyai pengaruh terhadap biaya perawatan kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diperoleh, kemampuan memenuhi kebutuhan pendidikan, transportasi, rekreasi, dan perumahan (Stanhope & Lancaster, 2002). Kurangnya ekonomi pada keluarga dapat berdampak pada kesehatan, yaitu kurangnya perawatan diri, peningkatan keterbatasan aktifitas, peningkatan terjadinya penyakit kronis, dan peningkatan ketidakmampuan (Friedman, Bowdens & Jones, 2003).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Boedhi dkk tahun 1991, menggambarkan bahwa keadaan sosial ekonomi keluarga mempengaruhi kemampuannya dalam merawat lansia. Pemenuhan kebutuhan fisik sehari-hari pada lansia memerlukan dukungan finansial dari keluarga. Produktifitas yang menurun pada lansia akan menyebabkan bertambahnya biaya yang harus dikeluarkan oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhannya (Purwanto, 2002). Menurut Sutarno (2001), hanya sebagian kecil keluarga yang telah berpikir alokasi pengaturan dana untuk perawatan lansia.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka dapat disimpulkan dukungan keluarga meliputi dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasi yang baik sangat berperan dan dibutuhkan oleh lansia dalam upaya mempertahankan tingkat daya ingat lansia yang mengalami demensia.

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab tiga ini, peneliti membahas tentang kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional.

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini dibuat untuk memberikan gambaran alur penelitian yang dikembangkan berdasarkan kerangka teori dari uraian tinjauan pustaka tentang hubungan variabel-variabel yang akan diteliti, sehingga dapat menjawab tujuan umum penelitian ini, yaitu untuk mengetahui perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia.

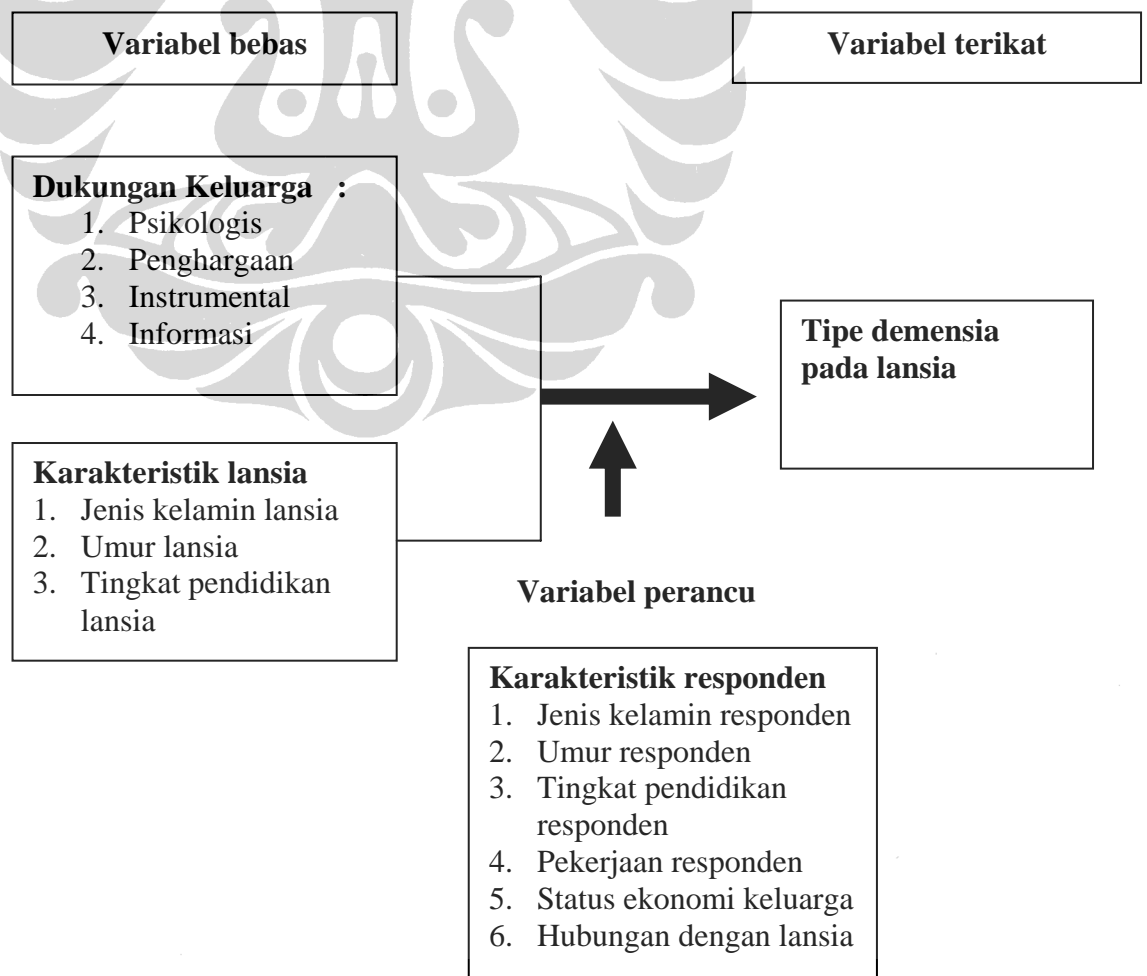
Dukungan keluarga sangat berperan dalam menjaga atau mempertahankan integritas lansia yang mengalami demensia baik secara fisik ataupun psikologis. Bentuk dukungan keluarga yang dapat diberikan pada lansia yang mengalami demensia untuk mempertahankan daya ingat adalah dukungan psikologis,

dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi (Oxford, 1992; House, 2000 dalam Smet, 2004; Bomar,2004; Weiss, Cutrona dkk,1994 dalam Kuntjoro, 2002b).

Demensia yang dimaksud dalam penelitian ini adalah penurunan kemampuan kognitif dan non kognitif karena berbagai sebab yang ditandai dengan penurunan daya ingat jangka pendek dan panjang yang timbul secara bertahap seiring dengan bertambahnya usia, yang dapat mengganggu aktifitas hidup sehari-hari dan aktifitas sosial, yang mencakup demensia ringan, sedang, dan berat (Burke, 2000; Miller, 1995; Depkes RI, 2005; Nugroho, 2008).

Adapun kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



B. Hipotesis

Hipotesis merupakan pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya (Sabri & Hastono, 2006). Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas maka hipotesis penelitian perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia adalah sebagai berikut :

1. Hipotesis Mayor

Ada perbedaan antara karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.

2. Hipotesis Minor

- a. Ada perbedaan antara jenis kelamin lansia terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- b. Ada perbedaan antara umur lansia terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- c. Ada perbedaan antara tingkat pendidikan lansia terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- d. Ada perbedaan antara jenis kelamin responden terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- e. Ada perbedaan antara umur responden terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- f. Ada perbedaan antara tingkat pendidikan responden terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- g. Ada perbedaan antara pekerjaan responden terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.

- h. Ada perbedaan antara status ekonomi keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- i. Ada perbedaan antara hubungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- j. Ada perbedaan antara dukungan psikologis terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- k. Ada perbedaan antara dukungan penghargaan terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- l. Ada perbedaan antara dukungan instrumental terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.
- m. Ada perbedaan antara dukungan informasi terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi mengenai variabel yang dirumuskan berdasarkan karakteristik-karakteristik variabel tersebut yang dapat diamati (Azwar, 1998). Definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1. Definisi operasional

Variabel/sub variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Bebas				
Karakteristik lansia a. Umur lansia	Umur lansia sekarang berdasarkan ulang tahun terakhir.	Kuisisioner item pertanyaan dalam kuisisioner demografi tentang umur	Yang dinyatakan dalam tahun 0 = 60-74 tahun 1 = > 75 tahun	Nominal
b. Jenis kelamin lansia	Ciri biologis yang dimiliki lansia	Kuisisioner item pertanyaan dalam kuisisioner demografi tentang jenis kelamin	0 = laki-laki 1 = perempuan	Nominal
c. Pendidikan lansia	Pendidikan formal terakhir yang dimiliki lansia	Kuesioner item pertanyaan dalam kuisisioner demografi tentang pendidikan responden	0 = rendah (Tidak tamat SD, SD, SLTP/ sederajat) 1 = tinggi (SMA, Akademi / PT)	Nominal
Dukungan keluarga	Dukungan yang diberikan oleh keluarga pada lansia yang mengalami demensia	Kuisisioner tentang dukungan keluarga lansia yang mengalami demensia terdiri dari 58 item pertanyaan menggunakan pernyataan : 1. Ya 2. Kadang-kadang 3. Tidak pernah	0 = Tidak mendukung bila < <i>cut of point score</i> mean 1 = Mendukung bila > <i>cut of point score</i> mean	Nominal

a. Dukungan psikologis	Dukungan yang diberikan oleh keluarga secara emosi yang meliputi penerimaan, komitmen, keterlibatan sosial, afektif, dan timbal balik keluarga pada lansia	Kuisisioner tentang dukungan psikologis terdiri dari 15 item pertanyaan	0 =Tidak mendukung bila $< \textit{cut of point score mean}$ 1 =Mendukung bila $> \textit{cut of point score mean}$	Nominal
b. Dukungan penghargaan	Dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk menghargai, mendengarkan dan berbicara dengan lansia, dan meningkatkan motivasi lansia dalam menjaga kesehatan	Kuisisioner tentang dukungan penghargaan yang terdiri dari 14 item pertanyaan	0 =Tidak mendukung bila $< \textit{cut of point score mean}$ 1 =Mendukung bila $> \textit{cut of point score mean}$	Nominal
c. Dukungan instrumental	Dukungan keluarga yang diberikan dalam bentuk bantuan waktu, tenaga, sumber, pemenuhan kebutuhan asuhan, sokongan dan aktifitas	Kuisisioner tentang dukungan instrumental yang terdiri dari 14 item pertanyaan	0 =Tidak mendukung bila $< \textit{cut of point score mean}$ 1 =Mendukung bila $> \textit{cut of point score mean}$	Nominal
d. Dukungan informasi	Dukungan yang	Kuisisioner tentang	0 =Tidak mendukung	Nominal

	diberikan keluarga dalam bentuk saran, nasihat untuk meningkatkan pemahaman dan motivasi lansia untuk mengontrol perilaku	dukungan informasi yang terdiri dari 15 item pertanyaan	<p>bila $< cut\ of\ point\ score\ mean$</p> <p>1 = Mendukung bila $> cut\ of\ point\ score\ mean$</p>	
Terikat				
Skor MMSE untuk menentukan Tipe demensia	Nilai MMSE lansia sewaktu dilakukan skrining	Diukur dengan MMSE	<p>Skor 18-23 demensia ringan</p> <p>Skor 11-17 demensia sedang</p> <p>Skor 0-10 demensia berat</p> <p>Untuk analisis digunakan bentuk skor 0-23</p>	Interval
Perancu				
Umur responden	Umur responden sekarang berdasarkan ulang tahun terakhir.	Kuisisioner item pertanyaan dalam kuisisioner demografi tentang umur	<p>Yang dinyatakan dalam tahun</p> <p>0 = 18-40 tahun</p> <p>1 = > 40 tahun</p>	Nominal
Jenis kelamin responden	Ciri biologis yang dimiliki responden	Kuisisioner item pertanyaan dalam kuisisioner demografi tentang jenis kelamin	<p>0 = laki-laki</p> <p>1 = perempuan</p>	Nominal

Pendidikan responden	Pendidikan formal terakhir yang dimiliki responden	Kuesioner item pertanyaan dalam kuisisioner demografi tentang pendidikan responden	0 = rendah (Tidak tamat SD, SD, SLTP/ sederajat) 1 = tinggi (SMA, Akademi / PT)	Nominal
Pekerjaan responden	Jenis pekerjaan terakhir yang dimiliki responden	Kuisisioner item pertanyaan dalam kuisisioner demografi tentang pekerjaan responden	0 = Tidak bekerja 1 = Bekerja	Nominal
Status Ekonomi keluarga	Tingkat status ekonomi keluarga dilihat dari pendapatan per bulan	Penghasilan perbulan keluarga dengan mengisi pada kuesioner	0 = rendah jika pendapatan < UMR Rp. 71000,00 1 = tinggi jika pendapatan > UMR Rp. 710.000,00	Nominal
Hubungan keluarga	Status hubungan keluarga dengan lansia	Kuisisioner item pertanyaan hubungan keluarga	0 = Tidak ada hubungan keluarga 1 = Ada hubungan keluarga (orang tua/suami/istri/saudara kandung)	Nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

Pada bab empat ini, peneliti menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisis data.

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasi. Penelitian korelasi merupakan proses investigasi sistematis untuk mengetahui hubungan antara 2 atau lebih variabel (Danim, 2003). Penelitian ini dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan *cross sectional* adalah pengukuran atau observasi (pengumpulan data) variabel bebas dan variabel terikat dilakukan satu kali pada satu saat dan tidak ada *follow up* (Notoatmojo, 2005; Sastroasmoro & Ismael, 2002). Penelitian ini untuk mengetahui perbedaan antara karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2008). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga yang mempunyai anggota keluarga lansia yang mengalami demensia dan lansianya, berada di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2008). Wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo mempunyai daerah binaan 14 kelurahan. Mengingat populasi dalam penelitian ini sangat menyebar dan mencakup area yang luas maka metode pengambilan sampel yang digunakan adalah pengambilan sampel acak bertahap (*multistage random sampling*). Cara ini merupakan salah satu model pengambilan sampel secara acak yang pelaksanaannya dilakukan dengan membagi populasi menjadi beberapa fraksi kemudian diambil sampelnya (Ariawan, 1998; Budiarto, 2002; Sabri & Hastono, 2006). Sampel fraksi yang dihasilkan dibagi lagi menjadi fraksi-fraksi yang lebih kecil kemudian diambil sampelnya. Pembagian menjadi fraksi ini dilakukan terus sampai pada unit sampel yang diinginkan. Keuntungan menggunakan *multistage random sampling* adalah pengambilan sampel dapat dilakukan secara merata pada seluruh populasi, kontrol terhadap kesalahan sampel

menjadi lebih baik, kontrol terhadap liputan penelitian lebih mudah dilakukan, waktu dan biaya yang digunakan untuk penelitian relatif lebih rendah (Budiarto, 2002).

Unit sampel primer (*primary sampling unit/PSU*) dalam penelitian ini adalah Puskesmas Gatak Sukoharjo dan sebagai kelompok adalah keluarga yang mempunyai lansia demensia di tingkat dukuh. Responden dalam penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai lansia demensia dalam wilayah sampel.

Perkiraan besar sampel dihitung berdasarkan rumus Ariawan (1998):

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P (1 - P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = perkiraan jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai Z berdasarkan derajat kemaknaan yang diinginkan, pada penelitian ini nilai Z yang akan digunakan adalah 1,96 atau dengan derajat kemaknaan 95%

P = proporsi pada populasi yang diinginkan, pada penelitian ini nilai P yang akan digunakan adalah insiden terjadinya demensia pada lansia, yaitu 0,069%

d = tingkat kesalahan yang dipilih, dalam penelitian ini adalah 5%, jadi $d = 0,05$

Berdasarkan rumus sampel yang dipilih, maka besar sampel dalam penelitian ini adalah 98,7 dibulatkan 99 sampel. Mengantisipasi terhadap kemungkinan terjadinya *droup out* maka ditambah 10% dari jumlah sampel, sehingga total sampel seluruhnya adalah 109.

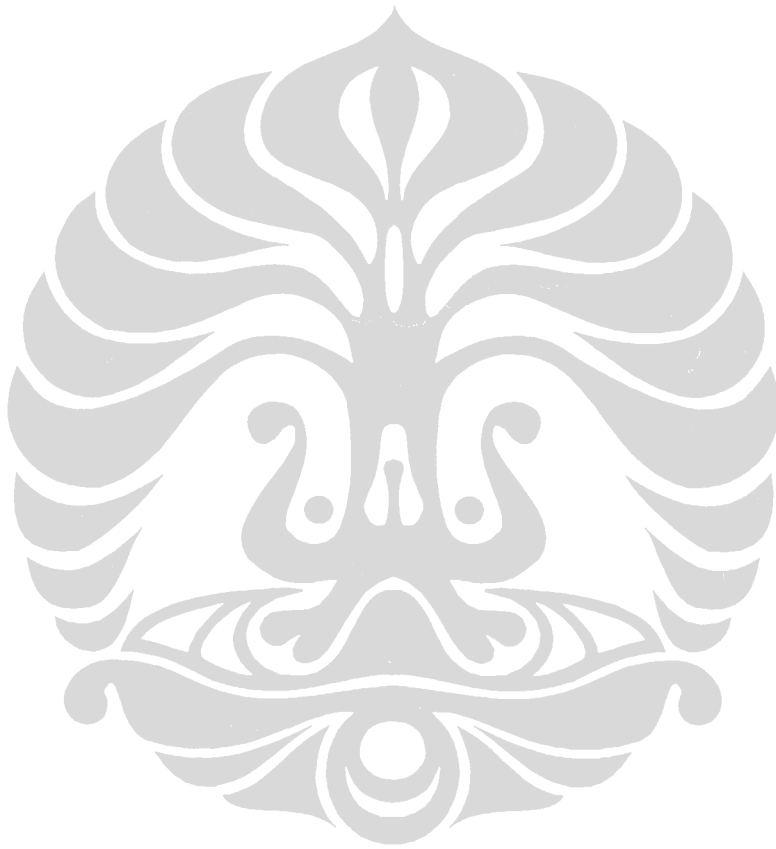
Prosedur pengambilan sampel dilakukan melalui tiga tahapan, dengan langkah sebagai berikut :

- a. Tahap 1 : Memilih kelurahan secara acak 1 dari 14 kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo. Kelurahan yang terpilih adalah Trangsari.
- b. Tahap 2 : Memilih secara acak 1 dari 5 dusun yang ada di kelurahan Trangsari. Dusun yang terpilih adalah Dusun III.

Dusun III terdiri dari 5 dukuh (Gadingan, Gledok, Tegal Terik, Terik Warung, Terik Lo), untuk memudahkan pengambilan sampel, pada tahap selanjutnya dilakukan pengambilan sampel secara acak sederhana (*simple random sampling*) untuk menentukan jumlah responden pada setiap dukuh.

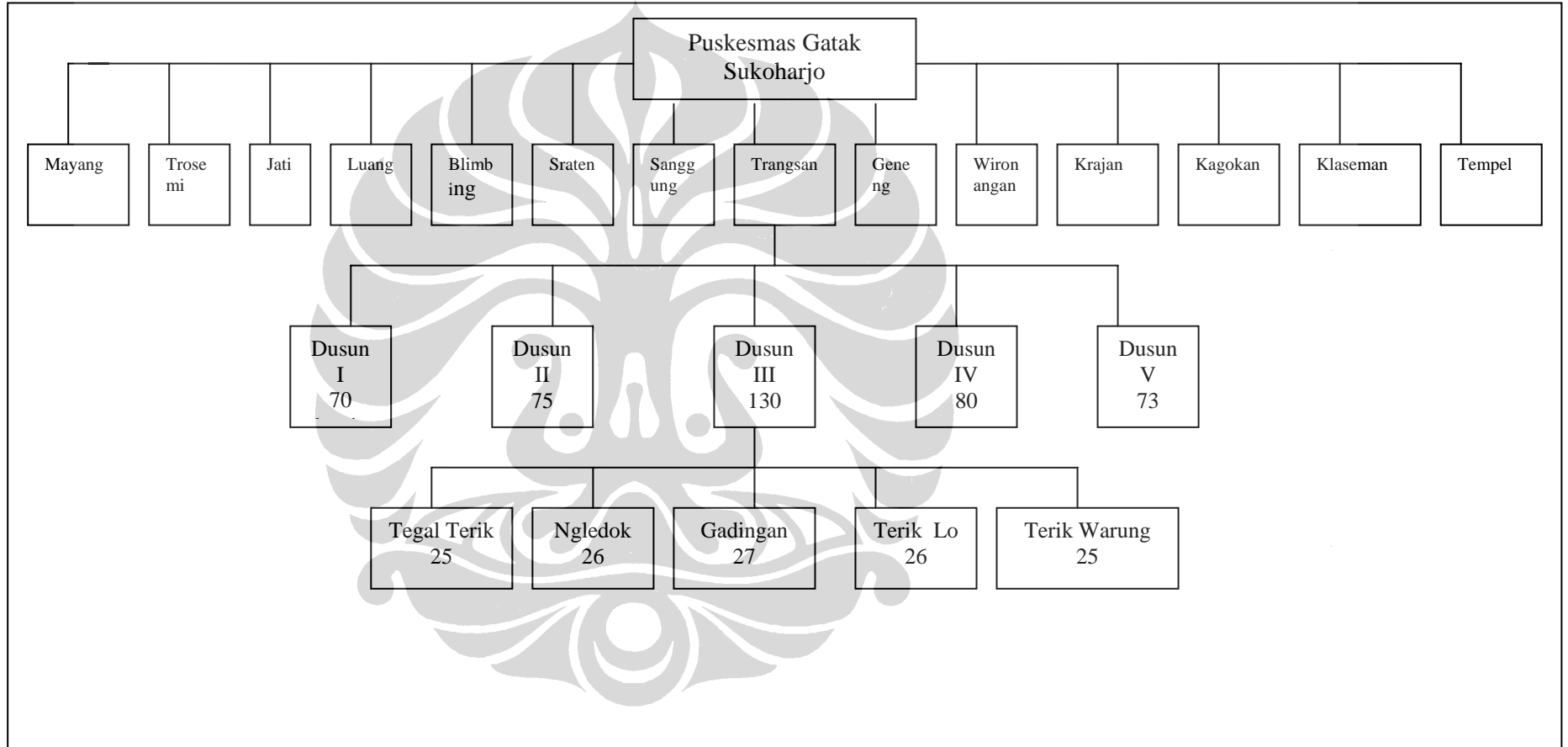
Pengambilan sampel secara acak sederhana (*simple random sampling*) yang dilakukan adalah pengambilan secara lotre. Tahap pengambilan lotre adalah sebagai berikut : 1) dibuat daftar semua unit sampel, disusun dan diberi nomor secara berurutan, 2) semua unit sampel ditulis pada gulungan kertas dengan bentuk, ukuran, dan warna yang sama, kemudian dimasukkan ke dalam kotak dan diaduk sampai rata, dan 3) gulungan kertas diambil sesuai dengan jumlah sampel yang diinginkan, kemudian

dicocokkan dengan nomor urut daftar unit sampel. Dari hasil lotre setiap dukuh diambil 21 – 22 keluarga yang mempunyai lansia demensia dan lansianya untuk dijadikan responden. Adapun skema pengambilan sampel adalah sebagai berikut :



Skema 4.1

Prosedur pengambilan sampel acak bertahap (*multistage random sampling*)



Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga lansia yang mengalami demensia, dan lansianya, yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo, yang memenuhi kriteria. Keluarga yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang paling dominan merawat lansia demensia. Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subyek agar dapat diikutsertakan dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2002).

Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Lansia berumur ≥ 60 tahun dan demensia (demensia diukur dengan MMSE)
- 2) Keluarga yang paling dominan merawat lansia dan tinggal serumah dengan lansia.
- 3) Keluarga dapat membaca dan menulis
- 4) Keluarga tidak mengalami gangguan jiwa
- 5) Bersedia menjadi responden

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Dusun III kelurahan Trangsan (Tegal Terik, Ngedok, Gadingan, Terik Lo, dan Terik Warung) wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.

Alasan dilakukan penelitian di wilayah ini adalah karena terdapat fenomena yang menarik tentang dukungan keluarga dapat meningkatkan atau mengganggu kesehatan lansia demensia, hasil pengamatan peneliti pada beberapa lansia dan keluarga yang merawat lansia demensia di wilayah kerja

Puskesmas Gatak Sukoharjo sebagian besar lansia tinggal bersama dengan keluarga besarnya, dimana keluarga menganggap keadaan lansia demensia hal yang biasa terjadi pada orang yang sudah lansia, keluarga merawat dengan kemampuan yang dimilikinya secara alami dan jumlah lansia paling besar di wilayah ini.

D. Waktu Penelitian

Waktu penelitian terdiri dari tiga bagian yaitu persiapan, pelaksanaan dan penyusunan laporan. Persiapan meliputi penyusunan proposal penelitian sampai sidang proposal yaitu pada bulan Februari sampai dengan awal April 2009. Pelaksanaan penelitian dilaksanakan mulai dengan melakukan uji coba instrumen pada pertengahan April sampai akhir April 2009 dan dilanjutkan dengan pengambilan data mulai 8 Mei sampai dengan 4 Juni 2009. Penyusunan laporan penelitian, presentasi hasil sampai sidang tesis pada bulan Juni sampai dengan Juli 2009 (jadual penelitian lampiran 1).

E. Etika Penelitian

Penelitian ini telah menempuh lolos kaji etik dari komite etik penelitian keperawatan FIK-UI pada tanggal 21 April 2009. Penelitian ini hanya melibatkan sampel atau responden yang mau terlibat secara sadar dan tanpa paksaan. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian kepada responden. Selanjutnya peneliti meminta persetujuan responden untuk terlibat dalam penelitian. Responden yang setuju

diminta untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden. Peneliti menerapkan prinsip-prinsip etik dalam melakukan penelitian ini. Etika penelitian yang diterapkan pada penelitian ini adalah prinsip dasar etik dan komite etik penelitian Depkes (2005) yang meliputi *self determinant*, *privacy*, *anonimity*, *confidentiality*, *protection from discomfort*, *nonmaleficence*/tidak merugikan, *beneficence*/berbuat baik, *respect for persons*/ menghormati harkat martabat manusia, dan *justice*/keadilan (Polit & Hungler, 1999; Komisi Nasional Etik Penelitian DepKes RI, 2005).

1. *Autonomy*

Sebelum menyatakan kesediaannya menjadi responden, peneliti memberi waktu dan kesempatan berpikir bagi responden untuk memahami tujuan penelitian sehingga keputusan yang diambilnya benar-benar mencerminkan kesadaran dirinya tanpa paksaan. Peneliti juga menjelaskan bahwa responden berhak mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa ada sanksi apapun (*autonomy*, *self determinant*, dan *respect for persons*). Setelah responden menandatangani lembar *informed consent* maka responden diminta mengisi kuisisioner. Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Peneliti menerapkan prinsip *anonimity* dengan tanpa mencantumkan nama responden dalam laporan penelitian. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan informasi diberikan kode penomoran.

Data pada penelitian ini disimpan oleh peneliti di tempat yang aman sampai peneliti menyelesaikan laporan penelitian. Data yang sudah selesai diteliti dan tidak diperlukan lagi dalam proses penelitian akan

dimusnahkan untuk tetap mempertahankan kerahasiaan informasi yang telah diberikan responden (*confidentiality*).

2. *Beneficence* dan *non maleficence*

Penelitian yang dilaksanakan tidak membahayakan atau merugikan kepada responden, baik fisik maupun psikis. Dalam penelitian ini responden diberikan kuesioner dan diminta untuk mengisinya. Pada penelitian ini, peneliti juga menjaga dan mengantisipasi ketidaknyamanan selama mengikuti penelitian dengan menunjukkan sikap positif, memberikan reward psikologis dan selalu melakukan komunikasi selama responden mengisi kuisisioner.

Partisipasi responden dalam penelitian, dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Responden diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam hal apapun.

Peneliti juga mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada responden. Dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun karena responden tidak diberikan perlakuan/tindakan tertentu. Peneliti memberikan informasi kepada responden bahwa responden tidak mendapatkan keuntungan secara langsung dari penelitian ini, namun informasi yang diberikan akan sangat bermanfaat bagi keluarga yang merawat lansia demensia dalam memberikan dukungan keluarga.

3. *Justice*

Responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian, tanpa adanya diskriminasi. Saat pengisian kuesioner, responden yang ditemui tidak ada yang menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian dan tidak ada diskriminasi apapun terhadap responden.

F. Alat Pengumpulan Data

1. Pengumpul Data

Pengumpulan data adalah peneliti sendiri dengan cara melakukan pemeriksaan MMSE pada lansia, membagikan kuisisioner langsung kepada responden dan setelah didisi diserahkan kembali kepada peneliti.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuisisioner yang berisi pernyataan-pernyataan yang berkaitan dengan dukungan keluarga dan tipe demensia. Berdasarkan tujuan penelitian, peneliti menggunakan empat jenis kuisisioner sebagai berikut :

a. Bagian A

MMSE digunakan untuk melakukan skrining demensia pada lansia. MMSE dinilai cukup cermat dan teliti terutama aspek kognitif dari fungsi mental dan menyingkirkan pertanyaan-pertanyaan mengenai suasana hati, pengalaman mental abnormal dan bentuk pikiran (Tufts

University School of Medicine, 2000, Harsono, 1996, Folstein et.,al.,1975 dalam Husni, 2003).

Penggunaan MMSE di Indonesia telah dicobaterapkan oleh Tedjasukmana dkk, dengan tingkat sensitivitas 100% dan spesifitas 90% (Tedjasukmana et.,al, 1998). Penilaian MMSE membutuhkan waktu 5-10 menit. Pada penelitian ini penilaian MMSE menggunakan formulir baku yang terstruktur atas 11 pertanyaan dengan skor yang telah ditetapkan untuk setiap pertanyaan. Tes ini terdiri atas dua bagian, bagian pertama merupakan respons vokal yang meliputi pemeriksaan orientasi, memori dan atensi dengan jumlah skor 21. Bagian kedua meliputi kemampuan untuk menyebutkan nama, mengikuti perintah verbal dan tulisan, menuliskan kalimat dan mengkopi gambar poligon serupa gambar Bender-Gestalt dengan jumlah skor 9. Skor total = 30. Kategori hasil skrining : skor 0-10 termasuk demensia berat, skor 11-17 termasuk demensia sedang, skor 18-23 termasuk kategori demensia ringan, dan skor 24-30 adalah normal.

Hasil penilaian MMSE pada lansia menunjukkan sebagian besar lansia memiliki orientasi rendah, memori rendah, atensi tinggi, mengikuti perintah verbal tinggi, perintah tulisan rendah, menuliskan kalimat rendah, dan mengkopi gambar poligon rendah. Hal ini dapat dipahami karena sebagian besar lansia tidak dapat membaca dan menulis.

b. Bagian B

Bagian ini berkaitan dengan karakteristik lansia yang terdiri dari empat pertanyaan yaitu nama, jenis kelamin, umur, dan tingkat pendidikan. Nama lansia dalam penelitian ini hanya untuk memudahkan pada saat pengambilan data, selanjutnya untuk analisa data yang dipergunakan adalah data jenis kelamin, umur, dan tingkat pendidikan lansia.

c. Bagian C

Bagian ini berkaitan dengan karakteristik responden yang merawat lansia yang merupakan variabel perancu yang terdiri dari tujuh pertanyaan yaitu nama, jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, dan hubungan responden dengan lansia. Nama responden dalam penelitian ini hanya untuk memudahkan pada saat pengambilan data, selanjutnya untuk analisa data yang dipergunakan adalah data jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, dan hubungan responden dengan lansia.

d. Bagian D

Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuisisioner gabungan dari hasil penelitian Zulfitri (2006), Nancye (2007) dan Wijayanti (2005) serta pengembangan peneliti sendiri mengacu dan modifikasi teori yang telah diuraikan di tinjauan pustaka. Kuisisioner dukungan keluarga ini terdiri dari empat sub variabel dengan jumlah pernyataan 58 yang meliputi dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi.

Kuisisioner menggunakan pernyataan yang terdiri dari tiga pilihan dengan kriteria jawaban sebagai berikut : 3 = ya, 2= kadang-kadang, dan 1= tidak pernah, untuk pernyataan positif dan sebaliknya 1=ya, 2= kadang-kadang, dan 3= tidak pernah, untuk pernyataan negatif. Alasan peneliti menggunakan tiga alternatif jawaban karena responden sebagian besar berpendidikan rendah, sehingga tiga alternatif jawaban dianggap sudah dapat mewakili jawaban yang diberikan. Berikut ini perincian kuisisioner dukungan keluarga :

1) Dukungan psikologis

Dukungan psikologis, pernyataan berjumlah 15 nomor. Rentang nilai 15 - 45. Pernyataan dalam bentuk pernyataan positif nomor 1, 2, 3, 5, 7, 11 dan 13. Pernyataan dalam bentuk pernyataan negatif nomor 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, dan 15.

2) Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan, pernyataan berjumlah 14 nomor. Rentang nilai 14- 42. Pernyataan dalam bentuk pernyataan positif nomor 16, 19, 21, 23, 24, 27, dan 29. Pernyataan dalam bentuk pernyataan negatif nomor 17, 18, 20, 22, 25, 26 dan 28.

3) Dukungan instrumental

Dukungan instrumental, pernyataan berjumlah 14 nomor. Rentang nilai 14- 42. Pernyataan dalam bentuk pernyataan positif nomor 30,

31, 33, 34, 35, 37, 39, dan 42 . Pernyataan dalam bentuk pernyataan negatif nomor 32, 36, 38, 40, 41, dan 43.

4) Dukungan informasi

Dukungan informasi, pernyataan berjumlah 15 nomor. Rentang nilai 15 - 45. Pernyataan dalam bentuk pernyataan positif nomor 44, 45, 47, 48, 53, 54, 56, dan 57. Pernyataan dalam bentuk pernyataan negatif nomor 46, 49, 50, 51, 52, 55, dan 58.

G. Uji Coba Instrumen

Kuisisioner yang digunakan untuk penelitian telah diujicobakan pada 30 responden yang mempunyai lansia yang mengalami demensia yang memiliki kriteria yang sama dengan sampel di Dusun I kelurahan Trangsan yang merupakan bagian dari wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo. Tujuan dari uji coba instrumen adalah untuk mengetahui tingkat validitas (kesahihan) dan reliabilitas (konsistensi) instrumen atau alat ukur yang digunakan dalam penelitian. Berikut dijelaskan uji validitas dan reliabilitas yang digunakan dalam penelitian ini.

1. Metode Uji Validitas

Uji validitas yang dilakukan dalam penelitian berupa :

a. Validitas Isi (*Content Validity*)

Validitas isi berkaitan dengan kemampuan suatu instrumen mengukur isi (konsep) yang harus diukur. Suatu alat ukur memenuhi validitas isi

jika cukup atau adekuat mengukur area yang diteliti. Validitas isi dapat dicapai jika pertanyaan dalam alat ukur dapat mengukur apa yang ingin diukur atau diteliti. Penentuan validitas isi terutama berkaitan dengan proses analisis logis, dengan dasar ini, validitas isi berbeda dengan validitas rupa yang kurang menggunakan analisis logis yang sistematis, sebuah instrumen yang punya validitas isi biasanya juga mempunyai validitas rupa, sedang keadaan sebaliknya belum tentu benar. Validitas isi dapat ditentukan dengan meminta pendapat para ahli yang sesuai dengan area yang diteliti (Polit & Beck, 2004; Sarwono, 2006).

Validitas isi yang dilakukan dalam alat ukur yang berupa kuisioner bagian D pada penelitian ini ditentukan dengan meminta pendapat para pembimbing yang sesuai dengan area yang diteliti.

b. Validitas Kriteria (*Criterion Related Validity*)

Validitas kriteria adalah validasi suatu instrumen dengan membandingkannya dengan instrumen-pengukuran lainnya yang sudah valid dan reliabel dengan cara mengkorelasikannya, bila korelasinya signifikan maka instrumen tersebut mempunyai validitas kriteria. Validitas ini diukur dengan menggunakan rumus tertentu yang menghubungkan nilai atau skor instrumen dengan skor variabel (Polit & Beck, 2004; Sarwono, 2006).

Uji validitas yang digunakan pada alat ukur yang berupa kuisioner bagian D penelitian ini, adalah uji validitas koefisien dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment (r)*. Adapun caranya adalah dengan melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu pertanyaan dikatakan valid jika skor masing-masing item pertanyaan tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Keputusan uji bila r hitung lebih besar dari r tabel maka item pertanyaan tersebut valid dan dapat dilanjutkan untuk uji reliabilitas (Hastono, 2007).

2. Hasil Uji Validitas

Setelah dilakukan uji validitas *Pearson Product Moment (r)*, dari 60 pernyataan ditemukan 2 pernyataan yang nilai r -nya lebih kecil dari r tabel ($< 0,361$) pada pernyataan sub variabel dukungan psikologis dan dukungan penghargaan. Sedangkan pernyataan pada sub variabel dukungan instrumental (p27) dan dukungan informasi (p39) nilai r setiap item pernyataan memiliki nilai $r > 0,361$. Dengan demikian dapat disimpulkan terdapat 58 pernyataan yang dapat dianggap valid dan dua pernyataan yang tidak valid dan pernyataan tersebut dihilangkan. Hasil uji validitas terhadap kuisioner penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut ini :

Tabel 4.1

Hasil Uji Validitas Kuisioner Penelitian Perbedaan Dukungan Keluarga Terhadap Tipe Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei- Juni 2009 (n=30)

Sub Variabel	Jumlah Item	Validitas (r)
Dukungan Psikologis	15	0,367 – 0,744
Dukungan Penghargaan	14	0,425 – 0,670
Dukungan Instrumental	14	0,415 – 0,884
Dukungan Informasi	15	0,420 – 0,880

Berdasarkan table 4.1 terlihat bahwa nilai validitas seluruh item pernyataan pada kuisisioner yang digunakan berada diatas nilai (r) tabel (0,361), hal ini menunjukkan bahwa seluruh item pernyataan dinyatakan valid.

3. Metode Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007; Arikunto, 2006). Cara menguji reliabilitas ada dua, yaitu dengan *repeat measure* atau uji ulang dan *one shot* atau diukur satu kali (Hastono, 2007). Uji reliabilitas kuisisioner bagian D menggunakan *one shot* dengan membandingkan nilai r *alpha Chronbach* dengan r tabel. Alat ukur yang berupa kuisisioner bagian D dikatakan reliabel jika nilai r *alpha* lebih besar dari nilai r tabel (Hastono, 2007; Pratisto, 2004; Santoso, 2004).

4. Hasil Uji Reliabilitas

Setelah semua pernyataan dalam kuisisioner dinyatakan valid, analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas. Dari hasil uji reliabilitas, nilai r *alpha* masing-masing sub variabel dapat dilihat pada tabel 4.2 sebagai berikut :

Tabel 4.2
Hasil Uji Reliabilitas Kuisisioner Penelitian Perbedaan Dukungan Keluarga Terhadap Tipe Demensia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei- Juni 2009 (n=30)

Sub Variabel	Jumlah Item	Reliabilitas (<i>Alpha Chronbach</i>)
Dukungan Psikologis	15	0,890
Dukungan Penghargaan	14	0,870
Dukungan Instrumental	14	0,894
Dukungan Informasi	15	0,897

Berdasarkan tabel 4.2 terlihat bahwa nilai reliabilitas seluruh item pernyataan pada kuisisioner yang digunakan berada diatas 0,700. Uji reliabilitas instrumen yang telah diuji validitasnya menunjukkan nilai *alpha Cronbach* = 0,890-0,897, sehingga dapat disimpulkan kuisisioner tersebut reliabel. Semakin besar nilai *alpha* berarti pernyataan tersebut memiliki konsistensi yang kuat (Hastono,2007).

H. Prosedur Pengumpulan Data

Adapun langkah langkah pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

1. Prosedur Administratif

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan ijin dari pembimbing penelitian, uji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan setelah mendapat jawaban ijin pelaksanaan penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo. Selanjutnya peneliti melakukan koordinasi dengan pihak terkait (Puskesmas Gatak, Kelurahan Trangsan sampai tingkat dukuh). Peneliti menghubungi penanggungjawab lansia wilayah kerja Puskesmas Gatak untuk mengidentifikasi keluarga yang mempunyai lansia demensia sesuai dengan kriteria inklusi untuk menjadi responden penelitian.

2. Prosedur Teknis

Pengumpulan data melalui tahapan sebagai berikut :

- a. Melakukan pertemuan dengan penanggungjawab wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo untuk menyampaikan maksud dan tujuan penelitian.

- b. Menentukan lansia dan responden yang memenuhi kriteria inklusi sesuai dengan teknik pengambilan sampel.
- c. Meminta kesediaan responden untuk menjadi sampel dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian terlebih dahulu.
- d. Meminta dengan sukarela kepada responden untuk menandatangani lembar *informed consent*.
- e. Meminta responden mengisi kuesioner yang telah disiapkan. Saat pelaksanaan penelitian sebagian kuisisioner tidak langsung diisi oleh responden. Hal ini karena beberapa responden yang didatangi akan berangkat bekerja shift siang di pabrik, pergi ke sawah, atau punya kesibukan lain, sehingga selang satu hari kuisisioner baru diambil peneliti.
- f. Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis.

I. Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data yang telah terkumpul menggunakan uji univariat, bivariat, dan multivariat yang sebelumnya dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Pengolahan data menurut Hastono (2007) meliputi:

a. *Editing*

Editing data untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah terisi lengkap, tulisan cukup jelas terbaca, jawaban relevan dengan pertanyaan, dan konsisten. Dilakukan dengan cara mengoreksi data yang telah diperoleh meliputi kebenaran pengisian, kelengkapan jawaban terhadap lembar kuesioner setelah responden selesai mengisi kuisisioner. Proses

editing dilakukan segera setelah kuisioner dikembalikan responden dan jika ada yang belum lengkap responden diminta untuk melengkapi.

b. *Coding*

Coding dilakukan untuk mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Setiap data diberikan kode untuk memudahkan pengolahan data. Pemberian kode 0 dan 1 sesuai pada definisi operasional untuk memudahkan *entry* data pada komputer.

c. *Entry data*

Entry data dilakukan dengan memasukkan data kedalam komputer dengan menggunakan perangkat lunak dan fasilitas yang ada pada komputer.

d. *Scoring*

Untuk masing-masing variabel bebas maupun terikat masing-masing diberi skor sesuai dengan kategori data dan jumlah butir pernyataan dari setiap variabel. Hasil scoring dari setiap variabel dijumlahkan, sehingga setiap responden mempunyai skor tersendiri sesuai dengan butir-butir pernyataan dari setiap variabel.

e. *Processing*

Setelah semua kuisioner terisi penuh dan benar, langkah selanjutnya adalah memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuisioner ke paket program computer.

f. *Cleaning*

Cleaning (pembersihan data) dilakukan untuk meyakinkan bahwa data yang dianalisis benar merupakan data yang sebenarnya. Langkah ini merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah

ada kesalahan atau tidak pada saat memasukkan data agar dapat segera diperbaiki sehingga nilai yang ada sesuai hasil pengumpulan data. Data yang didapatkan tidak ada yang drop out.

2. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk memperoleh gambaran karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, dengan melihat distribusi data pada semua variabel (bebas, terikat, dan perancu). Data yang dilakukan analisis univariat pada penelitian ini adalah data kategorik. Yang termasuk data kategorik adalah jenis kelamin lansia, umur lansia, tingkat pendidikan lansia, jenis kelamin responden, umur responden, tingkat pendidikan responden, pekerjaan responden, status ekonomi keluarga, hubungan keluarga, dukungan keluarga, dan tipe demensia, dijelaskan dengan distribusi frekuensi dengan persentase, serta diinterpretasikan.

Analisis univariat juga digunakan untuk uji kenormalan data. Data numerik (berskala interval dan rasio) sebagai hasil pengukuran pada umumnya mengikuti asumsi distribusi normal, namun tidak menutup kemungkinan sekumpulan data numerik tersebut tidak mengikuti asumsi distribusi normal. Untuk mengetahui sebaran data yang diperoleh pada penelitian ini dilakukan uji kenormalan uji *Kolmogorov-Smirnov* (KS), hasil uji nilai $p > 0.05$ maka distribusi normal. Nilai tersebut dijadikan

dasar penentuan *cut of point* untuk pengolahan data secara kategorik (Hastono, 2007).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan atau perbedaan antara kedua variabel bebas dan variabel terikat, serta variabel perancu dan variabel terikat. Dimana karakteristik lansia dan dukungan keluarga sebagai variabel bebas, datanya berbentuk kategorik. Demikian juga semua variabel perancu (jenis kelamin responden, umur responden, tingkat pendidikan responden, pekerjaan responden, status ekonomi keluarga, dan hubungan keluarga) datanya berbentuk kategorik. Skor MMSE untuk menentukan tipe demensia pada lansia datanya berbentuk numerik. Maka uji statistik yang digunakan adalah *t test independent*.

Tujuan uji *t test independent* adalah untuk mengetahui perbedaan mean dua kelompok data independen (Hastono, 2007). Data penelitian ini telah memenuhi syarat data berdistribusi normal, kedua kelompok data bebas, dan variabel yang dihubungkan berbentuk kategorik dan numerik.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan bentuk analisis yang digunakan untuk melakukan analisis hubungan antara beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat (Hastono, 2007). Analisis multivariat pada penelitian ini digunakan untuk menganalisis hubungan variabel karakteristik lansia, dukungan keluarga (sub variabel dukungan psikologis, dukungan

penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi), dan karakteristik responden (jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, dan hubungan dengan lansia) yang paling berhubungan terhadap tipe demensia. Analisis yang digunakan adalah regresi linier berganda, karena data yang dihasilkan dari variabel terikat berupa data numerik.

Menurut Sabri & Hastono (2006) analisis regresi linier berganda merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui model yang paling sesuai untuk menggambarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan variabel terikat. Selain itu digunakan pula koefisien determinan (r^2) yang berguna untuk mengetahui seberapa besar variasi variabel terikat dapat dijelaskan oleh variabel bebas.

Adapun langkah-langkah penting yang harus dilakukan dalam tahapan analisis regresi linier berganda menurut Hastono (2007) adalah sebagai berikut :

- 1) Melakukan analisis bivariat, untuk menentukan variabel/faktor yang menjadi kandidat model. Masing-masing dari keenam faktor dihubungkan dengan variabel dependent. Bila didapatkan nilai $p > 0,25$, maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat.
- 2) Melakukan analisis variabel/faktor yang masuk dalam model bersamaan. Variabel yang dapat masuk dalam model multivariat ini, apabila didapatkan $p \text{ value} \leq 0,05$. Selanjutnya dilakukan pengeluaran variabel yang nilai $p \text{ value}$ -nya $> 0,05$ dari model satu persatu, hingga pada akhirnya terbentuk model multivariat terakhir.

Dalam pemilihan/penentuan variabel bebas yang masuk model digunakan metode *enter*.

- 3) Melakukan uji asumsi dan diagnostik regresi linier, setelah pemodelan terakhir telah didapatkan yaitu melakukan uji asumsi ekstensi, asumsi independensi, asumsi linieritas, asumsi *homoscedascity*, asumsi normalitas, dan pengujian adanya kolinearitas. Berikut dijelaskan satu persatu :

a) Asumsi eksistensi (variabel random)

Cara mengetahui asumsi eksistensi dengan melakukan deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan adanya mean dan sebaran (varian atau standar deviasi) maka asumsi eksistensi terpenuhi.

b) Asumsi independensi

Untuk mengetahui asumsi ini dilakukan dengan cara mengeluarkan uji *Durbin Watson*, bila nilai *Durbin Watson* -2 sampai dengan $+2$ berarti asumsi independensi terpenuhi.

c) Asumsi linieritas

Untuk mengetahui asumsi linieritas dapat diketahui dari uji *ANOVA (Overall F Test)*, bila hasilnya signifikan ($pvalue < \alpha$) maka model berbentuk linier.

d) Asumsi *homoscedascity*

Homoscedascity dapat diketahui dengan melakukan pembuatan plot residual. Bila titik tebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata disekitar garis titik nol maka dapat disebut varian homogen.

e) Asumsi normalitas

Normalitas dapat diketahui dari normal P-P Plot residual, bila menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi.

f) Pengujian adanya kolinearitas

Kolinearitas terjadi bila antar variabel independent terjadi saling hubungan yang kuat. Untuk mengetahui adanya kolinearitas dapat dilihat dari nilai koefisien korelasi r, bila nilai r lebih tinggi dari 0,8, maka terjadi kolinearitas. Selain itu dapat diketahui dari nilai VIF atau tolerance, bila nilai VIF < 10, atau tolerance sekitar satu maka model terjadi kolinearitas.

g) Model persamaan regresi linier ganda yaitu :

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n$$

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menjelaskan hasil penelitian perbedaan karakteristik lansia (umur lansia, jenis kelamin lansia, tingkat pendidikan lansia) dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo dan faktor perancu (jenis kelamin responden, umur responden, tingkat pendidikan responden, pekerjaan, status ekonomi keluarga, dan hubungan keluarga) yang dibagi dalam tiga bagian, yaitu analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat. Penelitian dilakukan mulai tanggal 8 Mei sampai dengan 4 Juni 2009. Jumlah sampel yang didapatkan dalam penelitian ini sesuai dengan yang ditetapkan pada besar sampel yaitu 109. Penyajian data menggunakan tabel dan diikuti dengan interpretasi data. Berikut disajikan data penelitian.

A. Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, dengan melihat distribusi data pada semua variabel (bebas, terikat, dan perancu). Data yang dilakukan analisis univariat pada penelitian ini adalah karakteristik lansia (jenis kelamin

lansia, umur lansia, dan tingkat pendidikan lansia), karakteristik responden (jenis kelamin responden, umur responden, tingkat pendidikan responden, pekerjaan responden, status ekonomi keluarga, dan hubungan keluarga lansia dengan responden), skor MMSE, dan dukungan keluarga, dijelaskan dengan distribusi frekuensi dengan persentase, serta diinterpretasikan. Analisis univariat diuraikan di bawah ini :

1. Karakteristik Lansia Demensia

Gambaran karakteristik lansia demensia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo diuraikan berdasarkan jenis kelamin, umur, dan tingkat pendidikan lansia dapat dilihat pada tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Lansia Menurut Jenis Kelamin Umur, Tingkat Pendidikan, dan Tipe Demensia Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei – Juni Tahun 2009 (n = 109)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	11	10,1
Perempuan	98	89,9
Umur		
60 – 75 tahun	61	56,0
>76 tahun	48	44,0
Tingkat Pendidikan		
Rendah	105	96,3
Tinggi	4	3,7
Tipe Demensia		
Ringan	51	46,8
Sedang -Berat	58	53,2

Berdasarkan tabel 5.1, tergambar bahwa sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan (89,9 %), umur 60 – 75 tahun (56%),

tingkat pendidikan rendah (96,3 %), dan mengalami tipe demensia Sedang -Berat (53,2 %).

Tabel 5.2
Distribusi Skor MMSE Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei – Juni Tahun 2009 (n = 109)

Variabel	Mean	SD	Min-Maks	95% CI
MMSE	17,59	4,10	7-23	16,81-18,37

Berdasarkan analisis didapatkan bahwa rata-rata skor MMSE lansia adalah 17,59 (95%CI : 16,81-18,37), dengan standar deviasi 4,10. Skor MMSE terendah 7 dan tertinggi 23. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor MMSE lansia adalah diantara 16,81 – 18,37.

2. Karakteristik Responden yang Merawat Lansia

Gambaran deskriptif karakteristik responden yang merawat lansia meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga, dan status ekonomi terkait dukungan keluarga dengan tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini.

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi Keluarga, dan Hubungan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei – Juni Tahun 2009 (n = 109)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	18,3
Perempuan	89	81,7
Umur		
18-40 tahun	77	70,6
> 40 tahun	32	29,4
Tingkat Pendidikan		
Rendah	67	61,5
Tinggi	42	38,5
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	24	22,0
Bekerja	85	78,0
Hubungan keluarga dengan lansia		
Tidak ada	2	1,8
Ada	107	98,2
Status Ekonomi Keluarga		
Rendah (< Rp 710.000,00)	68	62,4
Tinggi (> Rp 711.000,00)	41	37,6

Berdasarkan tabel 5.3 diatas terlihat bahwa karakteristik responden yang merawat lansia demensia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan (81,7 %), umur 18-40 tahun (70,6%), tingkat pendidikan rendah (61,5 %), bekerja (78,0%), status ekonomi rendah (62,4%), dan mempunyai hubungan keluarga dengan lansia (98,2 %).

3. Dukungan Keluarga

Gambaran deskriptif variabel dukungan keluarga meliputi dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi dengan tipe demensia pada lansia di wilayah

kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini :

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Dukungan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei – Juni Tahun 2009 (n = 109)

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Dukungan Psikologis		
Tidak Mendukung	34	31,2
Mendukung	75	68,8
Dukungan Penghargaan		
Tidak Mendukung	33	30,3
Mendukung	76	69,7
Dukungan Instrumental		
Tidak Mendukung	43	39,4
Mendukung	66	60,6
Dukungan Informasi		
Tidak Mendukung	52	47,7
Mendukung	57	52,3
Dukungan Keluarga		
Tidak Mendukung	34	31,2
Mendukung	75	68,8

Berdasarkan tabel 5.4 diatas terlihat bahwa sebagian besar responden mendukung pemberian dukungan keluarga (68,8%), dukungan psikologis (68,8%), dukungan penghargaan (69,7%), dukungan instrumental (60,6%), dan dukungan informasi (52,3%).

B. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dimaksudkan untuk mengetahui hubungan atau perbedaan variabel yang diteliti yaitu dukungan keluarga dengan tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo serta variabel perancu karakteristik responden yang digambarkan pada tabel dibawah ini.

1. Perbedaan karakteristik lansia terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

Tabel 5.5
Distribusi Rata-rata Skor MMSE Lansia Menurut Jenis Kelamin Lansia, Umur Lansia, dan Tingkat Pendidikan Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei – Juni Tahun 2009 (n=109)

Karakteristik	N	Mean	SD	T	df	p value	95% CI
Jenis Kelamin							
Laki-laki	11	18,09	3,562	0,428	107	0,669	(-2,035-3,155)
Perempuan	98	17,53	4,170				
Umur							
60-75 tahun	61	19,59	3,201	6,868	107	0,000*	(3,236-5,861)
>76 tahun	48	15,04	3,707				
Tingkat Pendidikan							
Rendah	105	17,41	4,073	-10,308	31,529	0,000*	(-5,798-3,883)
Tinggi	4	22,25	0,500				

* Bermakna pada $\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 5.5 dapat dilihat rata-rata skor MMSE lansia yang berjenis kelamin laki-laki adalah 18,09 dengan standar deviasi 3,563, sedangkan untuk yang berjenis kelamin perempuan adalah 17,53 dengan standar deviasi 4,170. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan ($p=0,669$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.5 menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang berumur 60-75 adalah 19,59 dengan standar deviasi 3,201 sedangkan untuk lansia yang berumur >76 tahun adalah 15,04 dengan standar deviasi 3,707. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan ada

perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang berumur 60-75 tahun dengan lansia yang berumur >76 tahun ($p=0,000$; $\alpha = 0,005$).

Tabel 5.5 juga menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang mempunyai tingkat pendidikan rendah adalah 17,41 dengan standar deviasi 4,073 sedangkan untuk lansia yang mempunyai pendidikan tinggi adalah 22,25 dengan standar deviasi 0,500. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang berpendidikan rendah dengan lansia yang berpendidikan tinggi ($p=0,000$; $\alpha = 0,05$).

2. Perbedaan karakteristik responden terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

Tabel 5.6
Distribusi Rata-rata Skor MMSE Lansia Terhadap Jenis Kelamin Responden, Umur Responden, Tingkat Pendidikan Responden, Pekerjaan Responden, Hubungan Keluarga Dengan Responden dan Status Ekonomi Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei – Juni Tahun 2009 (n=109)

Karakteristik	N	Mean	SD	t	Df	p value	95%CI
Jenis Kelamin							-1,017-3,008
Laki-laki	20	18,40	2,981	0,981	107	0,329	
Perempuan	89	17,40	4,306				
Umur							
18-40 tahun	77	17,83	4,284	0,963	107	0,388	-0,879-2,5542
>40 tahun	32	17,00	3,619				
Tingkat Pendidikan							
Rendah	67	17,43	3,623	-0,464	69,94	0,644	-2,122-1,321
Tinggi	42	17,83	4,803				
Pekerjaan							
Tidak Bekerja	24	17,92	3,833	0,444	107	0,658	-1,464-2,309
Bekerja	85	17,49	4,191				
Hubungan Keluarga							
Tidak ada hubungan	107	17,55	4,117	0,664	107	0,508	-3,869-7,766
Ada hubungan	2	19,50	3,536				
Status Ekonomi Keluarga							
Rendah (\geq Rp 710.000,00)	68	17,34	3,976	-0,815	107	0,471	-2,272-0,948
Tinggi (\geq Rp 711.000,00)	41	18,00	4,319				

* Bermakna pada $\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 5.6 dapat dilihat rata-rata skore MMSE lansia yang dirawat oleh responden berjenis kelamin laki-laki adalah dengan 18,40 standar deviasi 2,981, sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden berjenis kelamin perempuan adalah 17,40 dengan standar deviasi 4,306. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan ($p=0,329$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.6 menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden berumur 18-40 adalah 17,83 dengan standar deviasi 4,284 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden berumur >40 tahun adalah 17,00 dengan standar deviasi 3,619. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden berumur 18-40 tahun dengan responden yang berumur >40 tahun ($p=0,388$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.6 juga menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang mempunyai tingkat pendidikan rendah adalah 17,43 dengan standar deviasi 4,282 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang mempunyai pendidikan tinggi adalah 17,83 dengan standar deviasi 3,619. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden berpendidikan rendah dengan yang berpendidikan tinggi ($p=0,662$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.6 juga menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak bekerja adalah 17,92 dengan standar deviasi 3,833 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang bekerja adalah 17,49 dengan standar deviasi 4,191. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden yang tidak bekerja dengan yang bekerja ($p=0,658$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.6 juga menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak ada hubungan keluarga adalah 17,55 dengan standar deviasi 4,117 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang ada hubungan keluarga adalah 19,50 dengan standar deviasi 3,536. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden yang tidak ada hubungan keluarga dengan yang ada hubungan keluarga ($p=0,508$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.6 juga menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang status ekonomi keluarga rendah adalah 17,34 dengan standar deviasi 3,976 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang status ekonomi keluarga tinggi adalah 18,00 dengan standar deviasi 4,319. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden yang status ekonomi keluarga rendah dengan yang tinggi ($p=0,471$; $\alpha = 0,05$).

3. Perbedaan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

Tabel 5.7
Distribusi Rata-rata Skor MMSE Lansia Menurut Dukungan Keluarga Di
Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei – Juni
Tahun 2009 (n=109)

Karakteristik	N	Mean	SD	t	df	p value	95%CI
Dukungan psikologis							
Tidak Mendukung	34	15,91	4,852	-2,974	107	0,011*	(-4,058--0,812)
Mendukung	75	18,35	3,480				
Dukungan penghargaan							
Tidak Mendukung	33	16,95	4,076	2,533	107	0,013*	(0,459-3,767)
Mendukung	76	19,06	3,824				
Dukungan instrumental							
Tidak Mendukung	43	16,53	4,548	-2,200	107	0,030*	(-3,304--0,172)
Mendukung	66	18,27	3,657				
Dukungan informasi							
Tidak Mendukung	52	16,95	4,219	1,721	107	0,088	(-0,204-2,886)
Mendukung	57	18,29	3,887				
Dukungan keluarga							
Tidak Mendukung	34	17,32	3,952	1,266	107	0,035*	(-0,606-2,746)
Mendukung	75	18,25	4,150				

* Bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.7 menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan psikologis adalah 15,91 dengan standar deviasi 4,852 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang mendukung pemberian dukungan psikologis adalah 18,35 dengan standar deviasi 3,480. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan psikologis dengan yang mendukung pemberian dukungan psikologis ($p=0,011$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.7 menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan penghargaan adalah 16,95 dengan standar deviasi 4,076 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang mendukung pemberian dukungan penghargaan adalah 19,06

dengan standar deviasi 3,824. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan penghargaan dengan yang mendukung pemberian dukungan penghargaan ($p=0,013$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.7 menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan instrumental adalah 16,53 dengan standar deviasi 4,548 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang mendukung pemberian dukungan instrumental adalah 18,27 dengan standar deviasi 3,657. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan instrumental dengan yang mendukung pemberian dukungan instrumental ($p=0,030$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.7 menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan informasi adalah 16,05 dengan standar deviasi 4,219 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang mendukung pemberian dukungan informasi adalah 18,29 dengan standar deviasi 3,887. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan informasi dengan yang mendukung pemberian dukungan informasi ($p=0,088$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.7 menggambarkan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan keluarga adalah 17,32

dengan standar deviasi 3,952 sedangkan untuk lansia yang dirawat oleh responden yang mendukung pemberian dukungan keluarga adalah 18,25 dengan standar deviasi 4,150. Berdasarkan analisis lebih lanjut dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE antara lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mendukung pemberian dukungan keluarga dengan yang mendukung pemberian dukungan keluarga ($p=0,035$; $\alpha = 0,05$).

C. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui variabel bebas dan perancu yang paling berhubungan dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan dalam analisis multivariat pada penelitian ini adalah regresi linier berganda.

Sebelum masuk pada tahapan multivariat, terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat untuk menguraikan hubungan antara umur lansia, tingkat pendidikan lansia, dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi dengan skor MMSE.

Tabel 5.8
Seleksi bivariat variabel $n = 109$

Variabel	P value	Keterangan
Dukungan psikologis	0,011	Semua variabel mempunyai p value <0,25 sehingga dapat masuk tahap multivariat
Dukungan penghargaan	0,013	
Dukungan instrumental	0,030	
Dukungan informasi	0,088	
Umur lansia	0,000	
Pendidikan lansia	0,000	

Berdasarkan seleksi bivariat pada tabel 5.8 dapat diketahui bahwa dari 6 variabel diatas, terdapat satu variabel yang memiliki nilai p value > 0,05, yaitu dukungan informasi. Namun karena secara substansi dukungan informasi ini penting dalam

mepengaruhi skor MMSE, maka variabel dukungan informasi dimasukkan dalam tahapan multivariat. Setelah itu secara bersama-sama variabel dimasukkan kedalam analisis menggunakan regresi linier berganda, dengan metode *enter*. Adapun hasil analisis regresi linier dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9
Analisis regresi skor MMSE lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni 2009 (n=109)

Variabel	B	SE	p value	R	R Square	Adjusted R Square
Konstanta	18,088	0,918		0,631	0,399	0,363
Dukungan psikologis	1,959	0,731	0,009			
Dukungan penghargaan	-0,548	0,771	0,479			
Dukungan instrumental	0,631	0,722	0,384			
Dukungan informasi	-0,403	0,689	0,560			
Umur lansia	-3,974	0,662	0,000			
Pendidikan lansia	3,069	1,767	0,085			

Variabel terikat : skor MMSE

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa nilai koefisien determinan (*R Square*) sebesar 0,399, artinya keenam variabel bebas dapat menjelaskan skor MMSE sebesar 39,9%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel yang lain. Sedangkan nilai *Adjusted R Square* sebesar 0,363, hal ini bermakna bahwa persamaan model yang diperoleh mampu menjelaskan variabel skor MMSE sebesar 36,3%, dan sisanya dijelaskan oleh faktor lain.

Setelah tahapan bivariat selesai dilakukan, maka tahapan berikutnya adalah melakukan analisis multivariat bersama-sama. Variabel yang valid dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai *p value* < 0,05. Oleh karena itu variabel yang nilai *p valuenya* > 0,05 harus dikeluarkan dalam model dimulai

dari *p value* yang terbesar. Variabel yang mempunyai *p value* > 0,05 adalah dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan instrumental. Variabel yang nilai *p value*nya terbesar adalah dukungan informasi, sehingga harus dikeluarkan dari pemodelan. Setelah variabel dukungan informasi dikeluarkan, maka dilihat perubahan nilai koefisien B. Apabila terjadi perubahan koefisien B > 10%, maka variabel dimasukkan kembali pada model. Hasil yang didapatkan koefisien B berubah < 10%. Tahap kedua mengeluarkan variabel dukungan penghargaan dari pemodelan. Hasil yang didapatkan koefisien B berubah < 10%. Tahap ketiga mengeluarkan variabel dukungan instrumental dari pemodelan. Hasil yang didapatkan tidak terdapat perubahan koefisien B > 10%. Setelah tiga variabel yang mempunyai *p value* > 0,05 dikeluarkan, maka didapatkan pemodelan akhir seperti yang ada pada tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10
Pemodelan akhir regresi linier berganda skor MMSE lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni 2009 (n=109)

Variabel	B	SE	p value	R	R Square	Adjusted R Square
Konstanta	17,796	0,662		0,619	0,383	0,365
Dukungan psikologis	2,182	0,681	0,002			
Umur lansia	-4,163	0,643	0,000			
Pendidikan lansia	3,363	1,698	0,050			

Variabel terikat : skor MMSE

Berdasarkan analisa *output* pada ringkasan tabel koefisien seperti tabel 5.10 diatas, dapat diketahui bahwa variabel yang pada akhirnya dapat digunakan untuk memprediksi skor MMSE pada lansia adalah variabel dukungan psikologis, umur lansia, dan pendidikan lansia. Hasil koefisien determinasi (*R Square*) adalah 0,383, hal ini berarti bahwa variabel dukungan psikologis, umur lansia, dan pendidikan lansia dapat menjelaskan variabel terikat (skor MMSE) sebesar

38,3%, dan sisanya dijelaskan oleh faktor lain. Sedangkan nilai *Adjusted R Square* sebesar 0,365, hal ini bermakna bahwa persamaan model akhir yang diperoleh ini mampu menjelaskan variabel terikat (skor MMSE) sebesar 36,5%, sisanya dijelaskan oleh faktor lain. Selanjutnya pemodelan terakhir persamaan garis regresi linier yang didapatkan dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut :

Tabel 5.11
Persamaan garis regresi linier berganda skor MMSE lansia di wilayah kerja
Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni 2009

$$Y = \text{konstanta} + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3$$

$$\text{Skor MMSE} = 17,796 + 2,182 \text{ dukungan psikologis} - 4,163 \text{ umur lansia} + 3,363 \text{ pendidikan lansia}$$

Berdasarkan pemodelan akhir persamaan garis regresi yang didapatkan diatas dapat diketahui bahwa nilai konstanta adalah sebesar 17,796, hasil ini menunjukkan bahwa apabila tidak ada dukungan psikologis, pengurangan umur lansia dan peningkatan pendidikan, maka skor MMSE lansia adalah sebesar 17,796.

Nilai koefisien (b_1) merupakan *slope* untuk variabel dukungan psikologis yaitu sebesar 2,182. Hasil ini menunjukkan bahwa setiap ada penambahan 1 satuan dukungan psikologis, maka akan dapat meningkatkan skor MMSE sebesar 2,182 satuan setelah dikontrol umur dan pendidikan lansia.

Sedangkan nilai koefisien (b_2) merupakan *slope* untuk untuk variabel umur lansia yaitu sebesar -4,163. Hasil ini menunjukkan bahwa setiap ada penurunan umur 1 tahun, maka akan dapat menurunkan skor MMSE pada lansia sebesar -4,163, setelah dikontrol dukungan psikologis dan pendidikan lansia.

Selanjutnya nilai koefisien (b_3) merupakan *slope* untuk variabel tingkat pendidikan lansia yaitu sebesar 3,363. Hasil ini menunjukkan bahwa setiap ada penambahan 1 satuan tingkat pendidikan lansia, maka akan dapat meningkatkan skor MMSE pada lansia sebesar 3, 363, setelah dikontrol dukungan psikologis, dan penurunan umur lansia.

Dari persamaan garis regresi yang dihasilkan dapat diinterpretasikan bahwa apabila lansia itu berumur 60 – 75 tahun, tingkat pendidikan tinggi, dan mendapat dukungan psikologis, maka diprediksikan dapat menaikkan skor MMSE lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo. Hal ini berarti lansia semakin ringan tipe demensianya.

Selanjutnya setelah dihasilkan persamaan garis linier, maka langkah berikutnya adalah menilai kualitas persamaan yang dihasilkan serta melakukan uji asumsi persamaan yang dihasilkan, agar persamaan yang digunakan untuk memprediksi menghasilkan angka yang valid. Hasil uji asumsi dapat dilihat pada tabel 5.12 berikut ini.

Tabel 5.12

Hasil uji asumsi persamaan garis regresi linier berganda skor MMSE lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Mei-Juni 2009

Model	Sig Anova	Mean Residual	Durbin Watson	VIF	Histogram	Scatter Plot
Konstan	0,0005	0,00	1,727	1,016-1,041	Kurva normal	Tersebar acak

Berdasarkan hasil enam pengujian asumsi yang dilakukan maka dapat diketahui bahwa model persamaan regresi yang dihasilkan seperti tabel 5.12 diatas, telah memenuhi asumsi eksistensi, yakni sampel yang diambil telah dilakukan secara

acak (mean residual adalah 0,00), selain itu persamaan juga telah memenuhi asumsi independensi, yakni masing-masing variabel bebas satu sama lain (nilai Durbin Watson +1,727).

Pengujian selanjutnya adalah didasarkan pada hasil signifikan uji F/Anova yaitu sebesar 0,0005, hal ini berarti pemodelan persamaan garis regresi ini cocok/fit dengan data yang ada, serta berbentuk linier, dan disimpulkan bahwa asumsi linieritas terpenuhi. Analisis hasil gambar *scatter plot* dapat disimpulkan bahwa titik tebaran tidak berpola tertentu, dan pada analisis grafik histogram didapatkan kurva normal, hasil ini menunjukkan bahwa asumsi *homoscedalitas* dan asumsi normalitas terpenuhi. Dan terakhir model garis regresi telah memenuhi asumsi tidak adanya *multicolinearitas* (nilai VIF = 1,016-1,041).

Keseluruhan asumsi regresi linier berganda telah terpenuhi, maka dapat dikatakan bahwa pada selang kepercayaan 95%, maka model persamaan garis linier yang tertulis di tabel 5.11 diatas dapat digunakan secara layak untuk memprediksi skor MMSE lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas dan menjelaskan makna hasil penelitian, membandingkan dengan teori dan penelitian terkait, mendiskusikan hasil penelitian yang diuraikan pada bab sebelumnya, menjelaskan keterbatasan penelitian serta implikasinya bagi pelayanan keperawatan, pendidikan, dan penelitian keperawatan.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Perbedaan karakteristik lansia terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

Pada bagian ini diuraikan mengenai perbedaan karakteristik lansia terhadap tipe demensia meliputi jenis kelamin, umur, dan tingkat pendidikan lansia.

a. Jenis kelamin lansia

Berdasarkan hasil penelitian ini jumlah lansia yang mengalami demensia lebih banyak berjenis kelamin perempuan dibandingkan laki-laki. Rata-rata skor MMSE pada lansia berjenis kelamin perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki. Hal ini berarti perempuan lebih berat tipe demensianya dibandingkan laki-laki.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Rekawati (2002) dan Japardi (2002) yang menyatakan bahwa perempuan mempunyai risiko terjadinya kepikunan sebesar 1,393 kali atau tiga kali lipat dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini mungkin disebabkan karena usia harapan hidup perempuan lebih lama dibandingkan dengan laki-laki. Semakin tinggi usia harapan hidup perempuan maka semakin lama kesempatan lansia perempuan untuk hidup, sehingga semakin besar kemungkinan mengalami demensia.

Meskipun demikian berdasarkan analisis statistik disimpulkan tidak ada perbedaan signifikan rata-rata skor MMSE lansia yang berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan. Hal ini dapat disebabkan tipe demensia dapat terjadi pada semua jenis kelamin.

b. Umur lansia

Berdasarkan hasil penelitian ini jumlah lansia yang mengalami demensia lebih besar pada umur 60-75 tahun. Rata-rata skor MMSE pada lansia umur 60-75 tahun lebih besar dibandingkan lansia umur >76 tahun. Hal ini berarti semakin tua umur lansia semakin berat tipe demensia yang dialami. Hasil penelitian ini sesuai dengan *Federal Government's National Institutes of Health* (NIH) (2002), Marhamah (2009) dan Lindsay, Laurin, Verreault, dkk, (2002) yang dilakukan pada 6434 responden yang berumur

65 tahun atau lebih yang menyatakan bahwa bertambahnya umur merupakan faktor risiko mayor terjadinya demensia.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Rekawati (2002) yang menyatakan bahwa lansia berumur 74-80 tahun mempunyai risiko terjadinya demensia sebesar 3,369 kali lebih dibandingkan dengan lansia yang berumur 60-74 tahun dan umur > 80 tahun mempunyai peluang 6,436 kali lebih, untuk terjadinya demensia dibandingkan umur 76-80 tahun. Roan (2009) juga menyatakan demensia dapat terjadi pada setiap umur, tetapi lebih banyak pada lansia untuk rentang umur 65-74 tahun (5%) dan 40% bagi yang berumur >85 tahun.

Data dari *World Health Organization* tahun 1992, memperlihatkan demensia dialami oleh lansia yang berumur 60-74 tahun sebesar 5-8%, umur 75-85 tahun sebesar 15-20%. Menurut Katzman (1993), prevalensi demensia meningkat 2 kali lipat setiap 5 tahun pada umur antara 65- 85 tahun. Sedangkan menurut Cummings (1995), pada umur 60-64 tahun, prevalensinya 1% dan pada umur di atas 85 tahun mencapai 30-40%.

Berdasarkan analisis statistik disimpulkan ada perbedaan signifikan rata-rata skor MMSE lansia umur 60-75 tahun dengan umur > 76 tahun. Semakin bertambah umur maka semakin besar prevalensi dan semakin berat tipe demensia yang dialami lansia.

Hal dapat disebabkan karena umur merupakan faktor risiko mayor terjadinya demensia.

c. Tingkat pendidikan lansia

Berdasarkan hasil penelitian ini jumlah lansia yang mempunyai tingkat pendidikan rendah lebih besar dibandingkan tingkat pendidikan tinggi. Rata-rata skor MMSE pada lansia dengan tingkat pendidikan rendah lebih rendah dibandingkan lansia yang berpendidikan tinggi. Hal ini berarti lansia dengan pendidikan rendah semakin berat tipe demensia yang dialami. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Rekawati (2002) yang menyatakan bahwa lansia yang berpendidikan \leq rendah mempunyai risiko terjadinya demensia sebesar 2,025 kali lebih dibandingkan dengan usia lanjut yang berpendidikan $>$ tinggi.

Hasil penelitian lain yang mendukung dilakukan oleh Lindsay, Laurin, Verreault, dkk, (2002) yang dilakukan pada 6434 responden yang berumur 65 tahun atau lebih tentang salah satu faktor risiko pada demensia adalah lamanya pendidikan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Coffey (1999) menemukan bahwa semakin banyak pendidikan yang dikenyam seseorang, maka semakin kecil kemungkinan terjadinya demensia. Setiap tahun jenjang pendidikan seseorang akan memperlambat penurunan daya ingat hingga 2,5 bulan. Tetapi ketika penyakit demensia

mulai menyerang, penurunan daya ingat yang dialami oleh orang yang berpendidikan tinggi justru meningkat dengan cepat.

Berdasarkan analisis statistik disimpulkan ada perbedaan signifikan rata-rata skor MMSE lansia yang mempunyai tingkat pendidikan rendah dengan tinggi. Semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin rendah rata-rata skor MMSE lansia, sehingga tipe demensia semakin berat. Setiap tahun jenjang pendidikan akan memperlambat penurunan daya ingat hingga 2,5 bulan, yang berarti demensia dapat dihambat.

2. Perbedaan karakteristik responden yang merawat lansia terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

Pada bagian ini diuraikan mengenai karakteristik responden yang merawat lansia demensia meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, dan hubungan keluarga.

a. Jenis kelamin responden

Responden yang merawat lansia demensia lebih banyak berjenis kelamin perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini dapat dipahami karena responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak yang tidak bekerja dan tinggal di rumah. Ditunjang pula dengan hasil pengamatan peneliti bahwa lebih banyak laki-laki yang bekerja. Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan Darmojo & Martono (1999) dan Lueckenotte (2000) bahwa

pemberi perawatan pada lansia 75% adalah perempuan dan anak perempuan. Hasil penelitian ini juga didukung pernyataan Caplan (1996) wanita sifatnya lebih sensitif dan sikapnya lebih didasarkan pada penghayatan.

Rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat responden berjenis kelamin laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan, hal ini berarti lansia yang dirawat responden laki-laki lebih ringan tipe demensianya dibandingkan lansia yang dirawat responden perempuan. Responden laki-laki yang merawat lansia sebagian besar adalah pasangannya. Hal ini sesuai pendapat Stuart & Sundeen (1995) bahwa sekitar 80% lansia (termasuk lansia demensia) tinggal di rumah dan dirawat oleh pasangannya, saudara atau anak tertua. Sumber dukungan dari keluarga berperan dalam meningkatkan kesehatan tubuh/kesejahteraan fisik sehingga akan memberikan kenyamanan fisik, psikologis, dan psikososial sehingga menciptakan efek positif pada orang yang menerimanya, serta berperan meningkatkan semangat dan motivasi lanjut usia dengan penyakit kronis, termasuk demensia dalam membuat keputusan untuk melakukan perawatan secara optimal (Rose, 1997 dalam Riasmini, 2002; Kuntjoro, 2002b; Jang et al., 2002, dalam Miller, 2004; Baron & Byrne, 1991, dalam Taylor 2006).

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan. Stuart & Sundeen (1995) mengemukakan merawat dan berperilaku caring tidak dapat diturunkan secara genetik antar generasi, tetapi ditentukan oleh aspek waktu, energi, ketrampilan dan dapat ditingkatkan melalui budaya, serta dengan mengembangkan pengetahuan dan meningkatkan kualitas hubungan interpersonal melalui peningkatan kemampuan dalam keterbukaan. Dengan demikian merawat lansia demensia dapat dilakukan dengan baik oleh laki-laki ataupun perempuan, karena merawat lansia demensia dapat dipelajari. Laki-laki maupun perempuan yang mempelajari cara merawat demensia, melatih dan mempraktekkan merawat dalam kehidupan sehari-hari, maka ia akan dapat memahami dan melaksanakan cara merawat lansia demensia dengan baik.

b. Umur responden

Responden yang merawat lansia demensia lebih banyak berumur 18-40 tahun dibandingkan umur >40 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Rahmawati (2005) yang menyatakan bahwa mayoritas keluarga yang memberi dukungan perawatan pada lansia termasuk kriteria umur produktif.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pernyataan Darmojo & Martono (1999) dan Lueckenotte (2000) bahwa pemberi perawatan pada lansia 75% berumur lebih muda dibandingkan lansia.

Rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat responden umur 18-40 tahun lebih tinggi dibandingkan umur > 40 tahun, hal ini berarti lansia yang dirawat responden umur 18-40 tahun tipe demensianya lebih ringan. Menurut Hurlock (1981) umur 20-40 tahun merupakan masa dewasa dini, dimana pada masa ini banyak sekali penyesuaian yang harus dilaksanakan baik yang prioritas pada diri sendiri maupun orang lain. Berubahnya peran dan pola kehidupan pada masa ini menuntut seseorang untuk dapat mengatasi permasalahan yang terjadi pada dirinya.

Produktifitas menurun dengan bertambahnya umur (Robbin, 2002). Bertambahnya umur tidak menambah kemampuannya dalam melakukan perawatan pada lansia demensia. Pada umur responden > 40 tahun ada kecenderungan kemampuan fisik menurun seperti kekuatan, kelenturan, kecepatan dan koordinasi menurun sesuai dengan pertambahan umur. Dengan merawat lansia demensia maka beban kerja bertambah, sehingga risiko terjadinya *caregiver burden* tinggi. Beberapa peneliti mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh pemberi perawatan pada lansia demensia (*caregiver*) adalah depresi,

kesulitan tidur, isolasi sosial, perselisihan keluarga, kegagalan dalam berkarir, kesulitan keuangan, sedikit waktu untuk diri sendiri, kesehatan fisik lemah, gangguan fungsi kekebalan, terjadinya ketegangan mental, fisik dan emosional, perasaan marah, berdosa, berduka, kecemasan, putus asa, tidak berdaya, dan kelelahan kronik (Acton, 2002; Larrimore, 2003; Narayan et al., 2001 dalam Miller, 2004).

Meskipun demikian analisis statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden umur 18-40 tahun dengan > 40 tahun. Hal ini dapat terjadi karena merawat lansia (termasuk lansia demensia) tidak hanya berhubungan dengan umur responden yang merawat tetapi berhubungan juga dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan responden yang merawat (Purwaningsih, 2002).

c. Tingkat pendidikan responden

Responden yang merawat lansia demensia lebih banyak berpendidikan rendah dibandingkan berpendidikan tinggi. Hal ini dapat dipahami karena responden berasal dari sosial ekonomi rendah, sehingga pendidikan bukan prioritas. Rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat responden tingkat pendidikan rendah lebih rendah dibandingkan tingkat pendidikan tinggi, semakin rendah tingkat pendidikan responden maka semakin berat tipe demensia pada lansia.

Tingkat pendidikan umumnya akan berpengaruh terhadap kemampuan mengolah informasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin baik kemampuan untuk mengolah informasi atau pengetahuan yang didapatkan. Pernyataan ini diperkuat oleh Lueckenotte (2004) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan mempunyai hubungan kuat dengan faktor kesehatan, khususnya dengan perilaku hidup sehat.

Status pendidikan keluarga merupakan salah satu input dalam proses terbentuknya suatu keluaran perilaku baru. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan keluarga melakukan tindakan sesuai yang diharapkan. Pernyataan senada disampaikan oleh Friedman, Bowden, & Jones (2003) bahwa pendidikan keluarga berhubungan dengan status kesehatan karena pendidikan akan membentuk pengetahuan dan pola perilaku seseorang terhadap kesehatan. Menurut Green (1984) dan Notoatmojo (2003) pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi pada seseorang dalam pembentukan perilaku kesehatan untuk melakukan tindakan terkait dengan kesehatan diri serta memberikan dukungan keluarga pada lansia yang mengalami demensia. Sehingga tindakan yang dilakukan keluarga pada lansia sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Rubin (2000) menyatakan bahwa pasien dengan pendidikan baik memiliki persepsi kesehatan yang lebih baik dibandingkan yang lainnya. Tingkat pendidikan keluarga dapat mempengaruhi sikap ke arah

positif pada lansia, berhubungan dengan perawatan keluarga yang diberikan terhadap lansia, dan berhubungan dengan dukungan keluarga pada lansia. (Lueckenotte, 2000; Purwanto, 2002; Erawati, 2002).

Berdasarkan analisis statistik disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat responden tingkat pendidikan rendah dengan tinggi. Hal ini dapat terjadi karena pendidikan terkait dengan kognisi, namun tidak selalu pendidikan mempengaruhi motivasi seseorang untuk merawat lansia demensia. Pengetahuan dan kemampuan responden merawat lansia demensia tidak selalu diukur dari tingkat pendidikan seseorang. Menurut Wahjusumijo (1996, dalam Pokja Gender PP PPNI, 2009) pengetahuan bisa didapatkan dari pendidikan formal, pelatihan atau secara mandiri, sehingga pendidikan bukan faktor utama pengetahuan seseorang. Pengetahuan merawat lansia demensia dapat juga diperoleh dari berbagai sumber media informasi, tidak hanya melalui pendidikan formal.

d. Pekerjaan responden

Responden yang merawat lansia demensia sebagian besar bekerja. Rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak bekerja lebih besar dibandingkan dengan yang bekerja. Hal ini berarti lansia yang dirawat responden tidak bekerja, tipe

demensianya lebih ringan. Hasil observasi di lapangan didapatkan bahwa responden yang merawat lansia lebih banyak tidak bekerja, sehingga lebih banyak di rumah dan mempunyai kesempatan lebih untuk merawat lansia daripada yang responden yang bekerja.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa pekerjaan dapat menurunkan perhatian keluarga pada lansia bila pasangan suami istri bekerja diluar rumah karena desakan ekonomi keluarga ([http://cpps.or.id/upload//policy brief lansia, 2004](http://cpps.or.id/upload//policy%20brief%20lansia%202004.pdf), diperoleh 17 Maret 2009).

Berdasarkan analisis statistik disimpulkan tidak ada perbedaan signifikan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat responden yang tidak bekerja dengan bekerja. Kemungkinan hal ini disebabkan responden yang tidak bekerja dan bekerja secara kualitas mempunyai waktu untuk merawat lansia demensia. Pekerjaan responden sebagian besar petani, wiraswasta, buruh pabrik sehingga mempunyai waktu banyak untuk merawat lansia.

e. Status ekonomi responden

Responden lansia yang merawat sebagian besar status ekonomi rendah. Rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat responden dengan sosial ekonomi rendah lebih rendah dibandingkan dengan responden dengan sosial ekonomi tinggi. Semakin tinggi tingkat

sosial ekonomi keluarga semakin rendah tipe demensia pada lansia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Boedhi dkk (1991) yang menggambarkan bahwa keadaan sosial ekonomi keluarga mempengaruhi kemampuannya dalam merawat lansia. Sosial ekonomi keluarga yang memadai diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis lansia, meningkatkan semangat, dan motivasi lansia demensia untuk selalu bersikap dan berperilaku sehat.

Pemenuhan kebutuhan fisik sehari-hari pada lansia memerlukan dukungan finansial dari keluarga. Hasil penelitian Rubin (2000) memperkuat hasil penelitian ini yang melaporkan bahwa pasien (dalam hal ini termasuk lansia demensia) dengan penghasilan keluarga baik berpengaruh positif dan memiliki persepsi kesehatan yang lebih baik dibandingkan yang lainnya terhadap kesehatannya. Masalah demensia memerlukan pendekatan holistik karena umumnya lansia mengalami gangguan berbagai fungsi organ dan mental, maka masalah demensia memerlukan penanganan lintas profesi yang melibatkan: Internist, Neurologist, Psikiater, Spesialist Gizi, Spesialis Rehabilitasi Medis dan Psikolog Klinis (Kuntjoro, 2002, <http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia> 5 februari 2009).

Dengan tingginya biaya perawatan dan pengobatan maka sangat memungkinkan bila lansia demensia yang tidak menjalankan pengobatan. Menurut Sutarno (2001), hanya sebagian kecil keluarga yang telah berpikir alokasi pengaturan dana untuk perawatan lansia, termasuk lansia demensia.

Berdasarkan analisis statistik disimpulkan tidak ada perbedaan signifikan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat responden yang berstatus ekonomi rendah dengan tinggi. Hal ini kemungkinan karena responden yang mempunyai status ekonomi rendah maupun tinggi merawat lansia dengan sepenuh hati, sabar, telaten, melibatkan lansia dalam kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki sehingga tipe demensianya tidak berat.

f. Hubungan keluarga responden dengan lansia

Responden yang merawat lansia sebagian besar mempunyai hubungan keluarga, yaitu anak, menantu, atau istri/suami dengan lansia. Sekitar 80% lansia tinggal di rumah dan dirawat oleh pasangannya, saudara atau anak tertua. Rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang mempunyai hubungan keluarga lebih besar dibandingkan dengan responden yang tidak mempunyai hubungan keluarga. Hubungan keluarga akan memperkecil risiko terjadinya demensia. Menurut Worly (1997) keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan perawat utama bagi klien. Hasil penelitian ini sesuai

dengan hasil penelitian dari UGM Yogyakarta tahun 2003 di DI Yogyakarta didapatkan data 73,7% lansia dirawat oleh anaknya (Pariyani, 2005). Pendapat Watson (2003) memperkuat hasil penelitian ini, dimana lansia lebih suka dan nyaman menjalani perawatan dilingkungan sekeliling yang tidak asing baginya dan dirawat serta diperhatikan oleh orang-orang yang ia kenal.

Meskipun demikian hubungan keluarga dalam penelitian ini tidak ada perbedaan signifikan rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat oleh responden yang tidak mempunyai hubungan keluarga dengan yang ada hubungan keluarga. Hal ini kemungkinan responden baik yang mempunyai hubungan keluarga atau tidak merawat lansia dengan baik sehingga tipe demensia yang dialami tidak berat.

3. Perbedaan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

Rata-rata skor MMSE lansia yang dirawat responden yang tidak mendukung pemberian dukungan keluarga lebih rendah dibandingkan yang mendukung. Semakin besar dukungan keluarga maka semakin ringan tipe demensia yang dialami lansia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tipe demensia.

Dukungan keluarga dapat bertindak segera sebagai *buffer* terhadap stres dan akibatnya terhadap kerusakan tubuh. Dukungan keluarga dapat membantu untuk mencegah stres dan sesuatu yang berbahaya atau mengancam (Lazarus & Folkman, 1984, dalam Friedman & Jones, 2003). Pernyataan tersebut ditambahkan oleh Stuart & Larai (2005) bahwa dukungan sosial mempunyai pengaruh yang sangat besar dalam membantu lansia menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan, baik fisik maupun mental.

Selanjutnya diuraikan tentang hubungan variabel utama dukungan keluarga yaitu dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi dengan skor MMSE.

a. Dukungan psikologis

Responden yang memberikan dukungan psikologis lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendukung. Lansia yang mendapat dukungan psikologis memiliki rata-rata skor MMSE lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan dukungan psikologis. Semakin besar dukungan psikologis yang didapatkan, maka semakin ringan tipe demensia yang dialami lansia. Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan signifikan antara dukungan psikologis dengan tipe demensia.

Pernyataan pada kuisioner dukungan psikologis yang besar pengaruhnya terhadap tipe demensia adalah pernyataan no 1 (menerima lansia apa adanya), no 7 (menggunakan kalimat yang pendek saat berbicara dengan lansia), no 11 (memberi kebebasan

lansia mengikuti kegiatan keagamaan), dan no 13 (melibatkan lansia dalam kegiatan sehari-hari di rumah sesuai dengan kemampuannya).

Pernyataan-pernyataan tersebut diatas memperkuat bahwa dukungan psikologis berhubungan dengan afeksi, emosi, ekspresi, cinta, kasih sayang, kehangatan, empati, perhatian, dorongan dan keprihatinan (Oxford, 1992; Bomar, 2004). Menurut Sarafino (1994) perilaku keluarga dalam memberikan dukungan psikologis meliputi kasih sayang pada lansia, bersikap ramah, tidak bersitegang atau konfrontasi dan menunjukkan penampilan yang selalu siap untuk membantu lansia. Pernyataan ini diperkuat oleh Friedman (1998) bahwa pemberian dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk kepada lansia dengan demensia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Zulfitri (2006) yang didapatkan hubungan bermakna antara dukungan emosional dengan perilaku lansia Hipertensi. George & Krouse (2001, dalam Miller, 2004) memperkuat hasil penelitian ini bahwa keluarga sebaiknya memberikan dukungan emosional pada lansia berupa kenyamanan, mempertahankan komunikasi, dan saling memberi kasih sayang.

Hasil penelitian lain yang mendukung penelitian ini adalah penelitian Listiowati (2006) menyatakan bahwa dukungan keluarga menyebabkan semangat hidup yang tinggi pada lansia dan menambah ketenteraman hidup lansia. Ketenangan, ketenteraman hidup, rasa bahagia yang ada pada lansia diperoleh dengan adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga lansia.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Krause, Ellison, & Marcum (2002), Gale et. al (2001, dalam Bomar, 2004), dan Rachmawati (2005) memperkuat penelitian ini bahwa dukungan keluarga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang melalui pengaruhnya terhadap pembentukan emosional dan kebersamaan lansia dalam keluarga sangat mendukung terhadap perawatan kesehatan dan suatu kondisi yang mempengaruhi emosional lansia yang dapat meningkatkan sikap dan perilaku positif pada lansia, termasuk lansia demensia.

b. Dukungan penghargaan

Responden yang memberikan dukungan penghargaan lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendukung. Lansia yang mendapat dukungan penghargaan memiliki rata-rata skor MMSE lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan dukungan penghargaan. Semakin besar dukungan penghargaan yang didapatkan, maka semakin ringan tipe demensia yang

dialami lansia. Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan signifikan antara dukungan penghargaan dengan tipe demensia.

Pernyataan pada kuisisioner dukungan penghargaan yang besar pengaruhnya terhadap tipe demensia adalah pernyataan no 19 (mengikutsertakan lansia untuk merencanakan setiap acara keluarga), no 21 (memberi kesempatan kepada lansia untuk memilih sendiri tempat berobat/memeriksakan kesehatannya), no 23 (memberi kebebasan kepada lansia untuk menggunakan uang sendiri (pensiun/pendapatan), no 27 (memberikan kebebasan kepada lansia untuk melakukan kesenangannya), dan no 29 (menganggap lansia tetap dibutuhkan).

Menurut Chafetz (1991, dalam Stuart & Sundeen, 1995) menyatakan dukungan penghargaan dari keluarga kepada klien (termasuk lansia demensia) sangat penting dilakukan dalam upaya meningkatkan semangat, motivasi, dan peningkatan harga diri sehingga dapat mempengaruhi perilaku dalam upaya meningkatkan kesehatannya. Tindakan keluarga untuk memberikan kesempatan pada lansia mengerjakan aktifitas yang ringan di rumah mendukung studi yang menggambarkan bahwa aktifitas mempunyai hubungan yang positif pada kesehatan fisik dan mental pada lansia. Memberikan kesempatan untuk melakukan suatu aktivitas atau latihan merupakan komponen yang memberikan kontribusi optimal kesehatan fisik, mental, dan

kesejahteraan pada lansia (Hunt, 2005; Stone, Mc Guire & Eigsti, 2002; Stanly, Blair & Beare, 2005).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Zulfritri (2006) yang didapatkan hubungan bermakna antara dukungan penghargaan dengan perilaku lansia Hipertensi. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Listiowati (2006), yang menyatakan dukungan keluarga yang maksimal akan menambah ketenteraman hidup lansia sehingga lansia merasa dihargai dan dihormati. Sebaliknya dukungan keluarga yang negatif merupakan prediktor terkuat dalam mempengaruhi hasil kesehatan pasien, utamanya dengan penyakit kronis (Ellard & Smith, 1990).

Lansia akan merasa hidupnya sudah lengkap dan merasa bahagia apabila berhasil menjadi orangtua, dapat berfungsi baik bagi anak dan cucu, serta menjadi bagian dalam keluarga besar (Hendraely, 2003). Hutapea (2005) juga mengatakan bahwa yang dibutuhkan lansia adalah *feeling being needed* (perasaan tetap dibutuhkan).

c. Dukungan instrumental

Responden yang memberikan dukungan instrumental lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendukung. Lansia yang mendapat dukungan instrumental memiliki rata-rata skor MMSE lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan dukungan instrumental. Semakin besar dukungan instrumental yang didapatkan, maka semakin ringan tipe demensia yang

dialami lansia. Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan signifikan antara dukungan instrumental dengan tipe demensia.

Pernyataan pada kuisioner dukungan instrumental yang besar pengaruhnya terhadap tipe demensia adalah pernyataan no 30 (menyediakan biaya kebutuhan sehari-hari lansia), no 33 (menyediakan kalender dengan tulisan yang besar/jam dinding dengan angka yang besar), no 35 (membantu lansia melakukan aktifitas (mandi, bab, bak, makan, minum) jika lansia tidak mampu melakukan sendiri karena sakit), dan no 44 (mengingatnkan jadwal pemeriksaan dan kontrol kesehatan pada lansia).

Hasil penelitian ini mendukung teori bahwa ekonomi keluarga merupakan salah satu dukungan sosial yang penting diberikan pada lansia untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan fungsi ekonomi keluarga merupakan faktor yang menentukan perawatan kesehatan (Miller, 2004; Nelson, 1994, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Fasilitas yang disediakan keluarga di rumah merupakan dukungan instrumental yang bermanfaat untuk perawatan dan pemeliharaan kesehatan pada lansia, sehingga akan berpengaruh terhadap status kesehatan lansia (Miller, 2004). Oleh karena itu keluarga perlu mengupayakan sumber dana untuk pemeriksaan kesehatan, pengobatan, perawatan atau alat bantu yang diperlukan lansia (Depkes RI, 2005).

Hasil penelitian ini diperkuat oleh hasil penelitian Diah (2007) yang menyatakan keluarga bertanggungjawab penuh atas pengeluaran dan biaya lansia yang berhubungan dengan kebutuhan sehari-hari dan perawatan kesehatan. Menurut Chafetz (1991, dalam Struat & Sundeen, 1995) menyatakan dukungan instrumental dari keluarga memungkinkan klien beraktifitas dan memenuhi kebutuhan aktifitasnya secara optimal. Sehingga pemenuhan kebutuhan fisik seluruh anggota keluarga termasuk pada lansia merupakan upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Zulfitri (2006) yang didapatkan tidak ada hubungan bermakna antara dukungan instrumental dengan perilaku lansia Hipertensi. Stanhope & Lancaster (2002) mengungkapkan ketidakadekuatan ekonomi keluarga akan menyebabkan risiko terjadinya ketidakadekuatan perumahan, pakaian, makanan, dan perawatan kesehatan.

d. Dukungan informasi

Responden yang memberikan dukungan informasi lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendukung. Lansia yang mendapat dukungan informasi memiliki rata-rata skor MMSE lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan dukungan informasi. Semakin besar dukungan informasi yang

didapatkan, maka semakin ringan tipe demensia yang dialami lansia.

Dukungan informasi merupakan suatu dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk memberikan saran, arahan, nasihat, dan informasi penting yang dibutuhkan oleh klien (termasuk lansia) dalam meningkatkan kesehatannya (Bomar, 2004). Sehingga keluarga memerlukan pendidikan kontiyu untuk melakukan perawatan pada lansia (Moreover, Fortinsky & Hathaway, 1990 dalam Lueckenotte, 2000). Salah satu cara adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan yang berkesinambungan pada keluarga, sehingga dapat menumbuhkan sikap dan perilaku yang akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat lansia (Depkes RI, 2005).

Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Zulfitri (2006) yang didapatkan hubungan bermakna antara dukungan informasi dengan perilaku lansia Hipertensi dan hasil penelitian Listiowati (2006) yang menyatakan dukungan informasi diperlukan karena lansia membutuhkan informasi tentang keadaan dirinya dan keluarganya, kepedulian, perhatian, empati dari keluarga sebagai rasa cinta dan hormat pada orang tua. Selain itu keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan serta membantu penguasaan emosi dan tempat memberikan informasi. Informasi ini penting untuk

menghilangkan mitos, informasi yang salah dan harapan yang tidak realistis pada keluarga (Schamall,1994, dalam Lueckenotte, 2000). Hasil penelitian ini juga bertentangan dengan pernyataan Wiarsih (1999) bahwa keluarga yang mengetahui dan memahami tentang cara merawat lansia akan dapat membahagiakan dan mensejahterakan lansia di lingkungan keluarga. Ketersediaan media informasi baik media cetak maupun elektronik dapat meningkatkan pengetahuan seseorang sehingga dapat mengubah perilaku ke arah yang positif terhadap kesehatan (Notoatmojo,2005).

Pernyataan pada kuisisioner dukungan informasi yang besar pengaruhnya terhadap tipe demensia adalah pernyataan no 44 (mengingatkan jadwal pemeriksaan dan kontrol kesehatan pada lansia), no 45 (mengingatkan lansia untuk berolahraga secara teratur), no 48 (mengingatkan lansia pentingnya minum obat secara teratur bagi kesehatan lansia), no 56 (mengingatkan lansia untuk beribadah), dan no 57 (memberi petunjuk saat lansia kebingungan).

Namun hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara dukungan informasi dengan tipe demensia. Hal ini dapat dimengerti karena sebagian besar responden berpendidikan rendah, belum pernah mendapat penyuluhan tentang perawatan lansia demensia dan keterlibatan keluarga

dalam pelayanan kesehatannya, serta keluarga menganggap keadaan lansia demensia adalah hal yang biasa terjadi pada lansia.

4. Karakteristik lansia dan dukungan keluarga yang paling dominan mempengaruhi tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

a. Umur lansia

Umur lansia merupakan variabel dominan yang mempengaruhi terhadap tipe demensia. Semakin bertambah umur lansia maka semakin besar prevalensi terjadinya demensia. Semakin tua lansia semakin berat tipe demensia yang dialami lansia. Hasil penelitian ini sesuai dengan *Federal Government's National Institutes of Health* (NIH) (2002), Marhamah (2009) dan Lindsay, Laurin, Verreault, dkk, (2002) yang dilakukan pada 6434 responden yang berumur 65 tahun atau lebih yang menyatakan bahwa bertambahnya umur merupakan faktor risiko mayor terjadinya demensia.

b. Tingkat pendidikan lansia

Tingkat pendidikan lansia merupakan variabel dominan yang mempengaruhi terhadap tipe demensia. Lansia yang berpendidikan \leq rendah mempunyai risiko terjadinya demensia sebesar 2,025 kali lebih dibandingkan dengan lansia lebih tinggi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Coffey (1999) menemukan bahwa semakin banyak pendidikan yang dikenyam seseorang,

maka semakin kecil kemungkinan terjadinya demensia. Setiap tahun jenjang pendidikan seseorang akan memperlambat penurunan daya ingat hingga 2,5 bulan.

c. Dukungan psikologis

Dukungan psikologis dalam penelitian ini mempunyai hubungan yang paling dominan dengan tipe demensia. Dapat diartikan bahwa semakin besar dukungan psikologis yang diberikan maka semakin ringan tipe demensia yang dialami oleh lansia. Dampak demensia pada lansia dari tahun ke tahun akan semakin berat jika tidak ditangani, seperti sakit secara fisik, gangguan intelek dan memori berdetriorasi terus, sampai lansia menjadi hampir vegetatif, menjadi akinetik dan membisu. Lansia menjadi tergantung kepada orang lain mengenai hal-hal yang dasar dan kebutuhan dasar dari kehidupan. Kerekatan emosional (*Emotional Attachment*) memungkinkan seseorang memperoleh kerekatan (kedekatan) emosional sehingga menimbulkan rasa aman bagi yang menerima. Lansia demensia yang menerima dukungan psikologis ini merasa tenteram, aman, dan damai yang ditunjukkan dengan sikap tenang dan bahagia (Weiss, Cutrona dkk, 1994 dalam Kuntjoro, 2002b, <http://www.e-psikologi.com>, diperoleh 10 Februari 2009).

B. Keterbatasan Penelitian

1. Data Responden

Variasi data yang terkumpul dari penelitian ini belum semuanya homogen. Seperti pada jumlah data lansia pada jenis kelamin, perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, responden perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, hubungan keluarga lebih banyak dibandingkan tidak ada hubungan. Namun secara klinis hasil penelitian ini sudah dapat menggambarkan hubungan variabel bebas dan perancu dengan variabel terikat.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen MMSE dapat menghasilkan false positif pada individu normal, dan hal ini berkaitan dengan peningkatan umur, tingkat pendidikan rendah, dan status ekonomi rendah (Nadler et al, 1994, dalam Husni 2003). Pada penelitian ini ada atau tidaknya false positif tidak dicermati.

Solis et al (2000, dalam Husni, 2003) mengemukakan skor MMSE orang buta huruf akan sesuai dengan klasifikasi gangguan kognitif berat (rerata skor 17,67), skor dari subyek dengan pendidikan rendah (1-4 tahun) sesuai dengan klasifikasi gangguan kognitif sedang (rerata skor 20,61). MMSE adalah instrumen dengan kegunaan diagnostik kecil bila diterapkan untuk orang dengan tingkat pendidikan rendah. Namun secara klinis hasil pengukuran MMSE dalam penelitian ini sudah dapat menggambarkan tipe demensia yang dialami lansia.

3. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini berdasarkan pada *self-report* dengan kuisisioner sehingga persepsi keluarga sangat bersifat individual. Pengukuran dukungan keluarga bersifat rentang kemungkinan responden mengalami kesulitan untuk memilih jawaban yang tersedia, meskipun rentang yang disediakan hanya tiga, yaitu selalu, kadang-kadang, dan tidak pernah. Kebenaran pengisian kuisisioner ini sangat dipengaruhi oleh kejujuran dan pemahaman responden terhadap dukungan keluarga yang sudah diberikan pada lansia. Meskipun peneliti telah memberikan pendampingan selama pengisian kuisisioner akan tetapi tidak semua responden dilakukan pendampingan. Ada beberapa kuisisioner yang tidak langsung diisi oleh responden saat peneliti datang ke rumah, karena beberapa alasan, sehingga diambil peneliti selang satu hari.

4. Variabel perancu (*confounding*)

Keterbatasan variabel perancu yang peneliti gunakan, sehingga kurang dapat mengontrol hubungan antar variabel utama yang diteliti (Sugiyono,2005). Variabel perancu pada karakteristik lansia diharapkan lebih bervariasi misalnya status perkawinan, riwayat penyakit lansia (terutama Stroke), status rural urban, perilaku merokok, dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan semakin banyak karakteristik lansia yang diteliti, maka hasil penelitian yang diperoleh lebih mampu menjelaskan hubungan yang sebenarnya dari variabel utama yang diteliti.

C. Implikasi Penelitian

1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa pemberian dukungan keluarga meliputi dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi berdampak terhadap tipe demensia yang dialami oleh lansia, sehingga dapat digunakan sebagai dasar untuk pelayanan keperawatan komunitas khususnya keperawatan gerontik serta pelaksanaan program kegiatan keperawatan komunitas dalam memberikan pelayanan keperawatan pada lansia baik secara *promotif* maupun *preventif* dengan melibatkan keluarga yang merawat lansia demensia, pemeriksaan deteksi dini demensia dengan menggunakan MMSE, pemberian pendidikan kesehatan tentang demensia, kemampuan dan pemberian dukungan keluarga dalam merawat lansia demensia, serta penyebaran leaflet kepada masyarakat luas.

Diperlukan kolaborasi inter dan antar disiplin ilmu untuk merawat lansia demensia, karena masalah demensia memerlukan pendekatan holistik. Umumnya lansia demensia mengalami gangguan berbagai fungsi organ dan mental, sehingga memerlukan penanganan lintas profesi yang melibatkan: internist, neurologist, psikiater, spesialis gizi, spesialis rehabilitasi medis, perawat dan psikolog klinis, dengan kualitas pelayanan yang profesional. Jenis pelayanan yang diberikan dapat disesuaikan dengan kebutuhan lansia terutama aktifitas yang berhubungan stimulasi otak dengan biaya terjangkau oleh lansia dan

keluarga, agar kualitas hidup lansia demensia (*Quality of Live/ QOL*) meningkatnya, sehingga tidak bertambah berat demensia yang dialami lansia.

2. Pengembangan Ilmu Keperawatan

Perlu dikembangkan kurikulum keperawatan gerontik bagi perawat spesialis komunitas tentang perawatan lansia demensia dan dukungan keluarga secara khusus, karena di masa yang akan datang terjadi peningkatan jumlah lansia dengan meningkatnya usia harapan hidup. Meningkatnya usia harapan hidup akan berdampak pada peningkatan jumlah lansia demensia, sehingga perlu disiapkan perawat yang profesional untuk dapat mengantisipasi hal ini.

3. Penelitian Selanjutnya

Manifestasi pengetahuan, sikap dan ketrampilan keluarga dalam memberikan dukungan keluarga pada lansia demensia sebenarnya tidak cukup diteliti hanya dengan *cross sectional* dan menggunakan kuisioner. Metode observasi adalah metode yang cocok untuk menilai perilaku (Budiarto, 2004). Metode observasi memerlukan pengamatan yang lebih intensif dengan kriteria yang jelas, obyektif, dan baku sehingga sulit dilaksanakan dalam penelitian ini.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi untuk melakukan penelitian lebih lanjut (studi longitudinal) karena penelitian ini memberikan gambaran nyata tentang perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia. Dapat dilakukan

penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang belum diteliti dalam penelitian ini yang mempengaruhi karakteristik lansia dan dukungan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup lansia yang mengalami demensia yaitu status perkawinan, riwayat penyakit (terutama stroke), status rural urban, perilaku merokok, dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan bagian akhir dari laporan penelitian yang mencakup simpulan hasil pembahasan yang terkait menjawab tujuan dan hipotesis penelitian. Terdapat pula beberapa saran peneliti berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan.

A. Simpulan

1. Karakteristik lansia demensia sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan, berumur 60-74 tahun, tingkat pendidikan rendah, dan mengalami demensia sedang berat.
2. Karakteristik responden yang merawat lansia demensia sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan, berumur 18-40 tahun, tingkat pendidikan rendah, bekerja, mempunyai hubungan keluarga, dan berstatus ekonomi rendah.
3. Sebagian besar responden memberikan dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi.
4. Dukungan psikologis yang besar pengaruhnya terhadap tipe demensia adalah menerima lansia apa adanya, menggunakan kalimat yang

pendek saat berbicara dengan lansia, memberi kebebasan lansia mengikuti kegiatan keagamaan, dan melibatkan lansia dalam kegiatan sehari-hari di rumah sesuai dengan kemampuannya.

5. Dukungan penghargaan yang besar pengaruhnya terhadap tipe demensia adalah mengikutsertakan lansia untuk merencanakan setiap acara keluarga, memberi kesempatan kepada lansia untuk memilih sendiri tempat berobat/memeriksakan kesehatannya, memberi kebebasan kepada lansia untuk menggunakan uang sendiri (pensiun/pendapatan, memberikan kebebasan kepada lansia untuk melakukan kesenangannya, dan menganggap lansia tetap dibutuhkan.
6. Dukungan instrumental yang besar pengaruhnya terhadap tipe demensia adalah menyediakan biaya kebutuhan sehari-hari lansia, menyediakan kalender dengan tulisan yang besar/jam dinding dengan angka yang besar, membantu lansia melakukan aktifitas (mandi, bab, bak, makan, minum) jika lansia tidak mampu melakukan sendiri karena sakit), dan mengingatkan jadwal pemeriksaan dan kontrol kesehatan pada lansia.
7. Dukungan informasi yang besar pengaruhnya terhadap tipe demensia adalah mengingatkan jadwal pemeriksaan dan kontrol kesehatan pada lansia), mengingatkan lansia untuk berolahraga secara teratur, mengingatkan lansia pentingnya minum obat secara teratur bagi kesehatan lansia, mengingatkan lansia untuk beribadah, dan memberi petunjuk saat lansia kebingungan.
8. Terdapat perbedaan yang signifikan pemberian dukungan keluarga dalam bentuk dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dan

dukungan instrumental terhadap tipe demensia, artinya semakin besar dukungan keluarga yang diberikan kepada lansia demensia maka semakin ringan tipe demensia yang dialami lansia.

9. Berdasarkan analisa statistik dukungan informasi tidak mempunyai hubungan yang signifikan terhadap tipe demensia. Namun secara substansi dukungan informasi sama pentingnya dengan dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dan dukungan instrumental.
10. Bentuk dukungan keluarga yang paling dominan mempengaruhi tipe demensia adalah dukungan psikologis. Bentuk dukungan psikologis yang diberikan berupa menerima lansia apa adanya, menggunakan kalimat yang pendek saat berbicara dengan lansia, memberi kebebasan lansia mengikuti kegiatan keagamaan, dan melibatkan lansia dalam kegiatan sehari-hari di rumah sesuai dengan kemampuannya.
11. Dari tiga karakteristik lansia meliputi jenis kelamin, umur, dan tingkat pendidikan hanya dua yang mempunyai perbedaan signifikan terhadap tipe demensia, yaitu umur dan tingkat pendidikan lansia. Hal ini disebabkan karena umur dan tingkat pendidikan merupakan faktor risiko mayor terjadinya demensia pada lansia.
12. Dari enam karakteristik responden meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, dan hubungan keluarga semuanya tidak mempunyai perbedaan yang signifikan terhadap tipe demensia. Namun demikian secara substansi keenam karakteristik tersebut mempengaruhi keluarga dalam merawat lansia demensia. Faktor lain yang mungkin mempengaruhi dukungan keluarga terhadap

tipe demensia adalah kekuatan spiritual, kekuatan dukungan sosial, tipe kepribadian, norma keluarga, dan sosial budaya, namun tidak diteliti pada penelitian ini.

13. Dukungan keluarga lebih utama dukungan psikologis, dukungan penghargaan, dan dukungan instrumental, dengan tidak mengesampingkan dukungan informasi sangat dibutuhkan lansia demensia agar dapat meningkatkan kualitas hidup lansia demensia (Quality of Live/ QOL) sehingga tidak bertambah berat demensia yang dialami.

B. Saran

1. Pelayanan keperawatan komunitas
 - a. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan komunitas pada lansia baik upaya *promotif* maupun *preventif* perlu melakukan pemeriksaan deteksi dini demensia dengan menggunakan MMSE, pemberian pendidikan kesehatan tentang demensia, kemampuan dan pemberian dukungan keluarga dalam merawat lansia demensia, serta penyebaran leaflet kepada masyarakat luas.
 - b. Bagi penentu kebijakan kesehatan perlu melakukan pendekatan secara holistik untuk lansia demensia karena lansia demensia biasanya mengalami gangguan berbagai fungsi organ dan mental, sehingga penanganan lintas profesi melibatkan : Internist, Neurologist, Psikiater, Spesialist Gizi, Spesialis Rehabilitasi Medis, Perawat, dan Psikolog Klinis. Kebijakan perawatan yang

dapat dikembangkan misalnya didirikan rumah jompo (*Nursing Home*), layanan harian untuk lansia (*Day Service*), pusat rehabilitasi dan atau rumah sakit khusus lansia.

2. Perkembangan ilmu keperawatan komunitas

- a. Dijadikan informasi dasar untuk penelitian selanjutnya mengenai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian demensia dengan desain longitudinal maupun quasi eksperimen dengan menggunakan lebih dari satu metode (observasi dan atau wawancara), melibatkan jumlah responden dan lansia yang proporsional.
- b. Perlu diteliti lebih lanjut dengan menambah variabel perancu lansia yang mungkin mempengaruhi terjadinya demensia seperti status perkawinan, riwayat penyakit (terutama stroke), status rural urban, perilaku merokok, dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Lansia

Perlu memeriksakan kesehatan secara rutin di pelayanan kesehatan terdekat, khususnya melakukan pemeriksaan terhadap penyakit demensia di pelayanan kesehatan bila sudah dirasakan terdapat gejala-gejala demensia, dan tetap melakukan kegiatan atau beraktivitas sesuai kemampuan, seperti melakukan aktivitas orientasi nyata, pemberian stimulasi (fisik, sensoris, kognitif, dan sosial spiritual), aktivitas seni musik, membaca, berkomunikasi dengan orang lain,

mengisi teka teki silang, bermain catur, berolahraga/senam otak dan menjalankan hobi seperti pada waktu muda (berkebun, menyelam, menjahit) dan dansa. Setiap program dapat disusun sendiri sesuai kebutuhan, kemampuan, situasi, dan kondisi lansia.

4. Keluarga

Keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan keluarga seoptimal mungkin, dengan membantu lansia yang menderita demensia dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan adalah :

a. Dukungan psikologis

Menerima lansia apa adanya, menggunakan kalimat yang pendek saat berbicara dengan lansia, memberi kebebasan lansia mengikuti kegiatan keagamaan, dan melibatkan lansia dalam kegiatan sehari-hari di rumah sesuai dengan kemampuannya.

b. Dukungan penghargaan

Mengikutsertakan lansia untuk merencanakan setiap acara keluarga, memberi kesempatan kepada lansia untuk memilih sendiri tempat berobat/memeriksakan kesehatannya, memberi kebebasan kepada lansia untuk menggunakan uang sendiri (pensiun/pendapatan, memberikan kebebasan kepada lansia untuk melakukan kesenangannya, dan menganggap lansia tetap dibutuhkan.

c. Dukungan instrumental

Menyediakan biaya kebutuhan sehari-hari lansia, menyediakan kalender dengan tulisan yang besar/jam dinding dengan angka yang besar, membantu lansia melakukan aktifitas (mandi, bab, bak, makan, minum) jika lansia tidak mampu melakukan sendiri karena sakit), dan mengingatkan jadwal pemeriksaan dan kontrol kesehatan pada lansia.

d. Dukungan informasi

Mengingatkan jadwal pemeriksaan dan kontrol kesehatan pada lansia), mengingatkan lansia untuk berolahraga secara teratur, mengingatkan lansia pentingnya minum obat secara teratur bagi kesehatan lansia, mengingatkan lansia untuk beribadah, dan memberi petunjuk saat lansia kebingungan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anoname. (2004). Pekerjaan dan Pendidikan Hindarkan Kepikunan
[http : //cpps.or.id/upload // policy brief lansia](http://cpps.or.id/upload//policy_brief_lansia) , diperoleh 17 Maret 2009.
- Anoname, (2005). Buku pedoman kesehatan jiwa usia lanjut tahun 2005,
<http://www.suaramerdeka.com> diperoleh tanggal 17 Februari 2009).
- Anoname. (2007). Mudah Lupa, Pertama Terserang Alzheimer
<http://www.koalisi.org/detail.php?m=4&sm=14&id=562> diperoleh 17 Februari 2009.
- Anoname. (2008). Demensia itu dapat dicegah, www.mayoclinic.com & www.medicastore.com diperoleh 17 Februari 2009
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan . FKM UI.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Edisi Revisi 6. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Azwar, S. (1998). *Metode penelitian*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. (2001) . *Survei Kesehatan Rumah Tangga Tahun 2001*. Jakarta : Depkes RI
- Bomar, (2004). *Promoting Healthin Families : Applying Family Research and Theory to Nursing practice*, Philadelphia : W.B. Saunders Company
- Budiarto, E. (2004). *Metodologi penelitian kedokteran sebuah pengantar*. Cetakan I. Jakarta : EGC
- Burke, MM,. (2000). *Primary care of the olderaAdult : Multidisciplinary approach*. USA : Mosby
- Caplan, H.I. (1996). *Synopsis psychiatric*. New York : William & Wilkin.
- Coffey, C.E.; Saxton, J.A.; Ratcliff, G.; Bryan, R.N.; Lucke, J.F. (1999). Relation of education to brain size in normal aging: implication for the reserve hypothesis. *Neurology*. 53(1):189-96
- Coyne Fisher, J., La Greca,A.M., Greco, T. Arfken, S.,&Schneiderman, A.J.(1997).

Social support, life events and depression. *Health Psychology*,9,.
<http://www.proquest.umi.com>, diperoleh tanggal 17 Maret 2009

- Danim, S. (2003). *Riset keperawatan : sejarah dan metodologi*. Jakarta : EGC.
- Darmojo, B., & Martono, H. (1999). *Geriatrici*. Jakarta : FKUI
- Depkes RI, (1999). *Pedoman Pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan jilid 1* . Jakarta : Direktorat pembina kesehatan masyarakat.
- Depkes RI. (2001). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2001*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2005). *Pedoman pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Diah, I (2007). Pengaruh stress sosio lingkungan pada kelangsungan hidup janda/duda di kabupaten Lamongan. [http : www.library@unair.ac.id](http://www.library@unair.ac.id). Diperoleh 15 Juni 2009
- Ellard, T. & Smith, K.S. (1990). Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung or colorectal cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7. <http://web.ebscohost.com>, diperoleh 17 Maret 2009.
- Emon, 2007, Membenahi penyakit demensia pada lansia.
http://www.bkkbn.go.id/article_detail.php?aid=942 diperoleh 22 Maret 2009.
- Erawati, N.K. (2002). *Hubungan dukungan keluarga dan tingkat depresi pada lansia di wilayah Puskesmas Denpasar Selatan Kota Denpasar Bali*. Laporan penelitian tidak dipublikasikan.
- Friedman, M.M., Bowden, D., & Jones, M. (2003). *Family nursing: Theory and practice*. Ed. 3rd. Philadelphia: Appleton & Lange.
- Gilang (2002). Sekitar 40 juta lansia di dunia menderita demensia.
<http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=1306&tbl=cakrawala> 28
Maret 2009
- Griffin, K.W., Friend, R., Kaell, A.T., & Bennett, R.S. (2001). Distress and disease status among patients with rheumatoid arthritis: Roles of coping styles and perceived responses from support providers. *Annals of Behavioral Medicine*, 23. <http://www.annals.org>, diperoleh 17 Maret 2009
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM UI
- Hendraely, M. (2003). *Gambaran masalah pria yang berpoligami menginjak lansia. Paradoxical paradigm toward active ageing*. (Kumpulan makalah abstrak/makalah kongres gerontologi). Jakarta
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: caring in action*. Albani: Delmas Publisher.

- Hutapea, R. (2005). *Sehat dan ceria diusia senja*. Jakarta : Rineke Cipta.
- Hurlock E.B.(1980). *Developmental Psycology: A life span approach*, fifth edition alih bahasa Istiwidayanti & Soedjarwo. Jakarta : Erlangga.
- Husni A,(2003), Memori penderita usia lanjut di poliklinik saraf RS dr Karyadi Semarang, *Jurnal kedokteran Yarsi* vol. 11 no 1 hal 13-20.
- Inderayati, L.H., (2002). Identifikasi masalah-masalah yang dihadapi lansia saat pensiun di kelurahan Kepanjin kabupaten Sumenep. <http://digital.lib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jiptumm-gdl-s3-2002-liput-5330-2002&q=LANSIA> diperoleh 17 Maret 2009.
- Iswadi, S., (2000). Daya ingat pada usia lanjut. *Jurnal kedokteran Yarsi*, vol. 8 no. 1 tahun 2000 hal 101-121.
- Kuntjoro, Z.S.(2002a). Gangguan psikologis dan perilaku pada demensia <http://www.e-psikologi.com/usia/170602b.htm> diperoleh 10 Februari 2009.
- Kuntjoro,Z.S.(2002b). Dukungan sosial pada lansia. http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia_detail.asp?id=183 diperoleh 10 Februari 2009.
- Kuntjoro, Z.S. (2002c). Pendekatan-pendekatan dalam pelayanan psikogeriatri <http://www.dilibrary.net> diperoleh 17 Februari 2009.
- Kuntjoro,(2002d) *Gangguan Psikologis dan Perilaku Pada Demensia* Kategori Lanjut Usia <http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusiadetail.asp?id=185> diperoleh 5 Februari 2009.
- Kusumoputro, S., (1997). *Perbedaan fungsi memori fisiologis dan pathologis*. Makalah disampaikan dalam seminar neurology RS Ongko Mulyo, Jakarta.
- Kusumoputro, S., Sidiarto LD. (2001). Otak menua dan Alzheimer stadium ringan. *Neurona* 18 (3) : 4-8.
- Kusumoputro, S. (2002). Pengaruh dini demensia. Jakarta : FKUI .
- Kusumoputro, S. (2003). Kelemahan kognisi ringan sebagai awal pikun Alzheimer pada lanjut usia <http://www2.kompas.com/kompas-cetak/0307/01/opini/401780.htm> diperoleh 1 Maret 2009.
- Listiowati, I, (2006). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemantapan Sikap Hidup Sehat Lansia Mengalami Dimensia Di Beberapa Panti Panti Werdha Surabaya Tahun 2006. Library@Lib.Unair.Ac.Id diperoleh 5 Februari 2009.
- Logan, BB., & Daukins, C.E.(1986). Family centered nursing in the community. California : Addison-Wesley Publishing, Co.

- Lueckenotte, AG. (2000). *Gerontologic Nursing*. St Louis: Mosby.
- Mantyselka, P., (2004). Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people : a population based study. <http://www.oupjournal.org> diperoleh 20 Maret 2009.
- Marhamah (2009), Asam Folat Berpotensi Kurangi Gangguan Kognitif pada Lansia <http://www2.kompas.com/kompas-cetak/0410/28/ilpeng/1352062.htm> diperoleh 5 Februari 2009.
- Mc. Cullagh CD,. (2001). Risk factor for dementia. <http://www.MSN.com> diperoleh 12 Maret 2009.
- Miller AC. (1995). *Nursing care of older adults, theory and practice second edition*, Clinical Faculty. Philadelphia USA: Lippincott.
- Miller AC. (2004). *Nursing for wellness in older adults : Theory and practice fourth edition* , Clinical Faculty, Philadelphia,USA:Lippincott William & Wilkins.
- Mondrego PJ, Ferrandez J,. (2004). Depression in patient with mild cognitif impairment increase the risk of developing dementia of alzheimer type : a prospective cohort study. <http://www.oupjournal.org> diperoleh 20 Maret 2009.
- Nancye, PM., Yani, ASH., Eryando T., Helena N., (2007). *Pengaruh terapi keluarga terhadap dukungan keluarga dalam merawat klien dengan masalah perilaku kekerasan di kota Surabaya*, tesis FIK UI Jakarta tidak dipublikasikan.
- Nies, A.M,. (2001). *Community nursing: promoting the health of population third edition*. USA: WB Saunder,Company.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi kesehatan teori dan aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, W. (2008). *Keperawatan gerontik dan geriatrik*, edisi 3.Jakarta : EGC.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Edisi 1. Jakarta : Salemba Medika.
- Oxford, J.(1992). *Community Psycology : Theory & Practice*. New York : John Willey & Son Inc.

- Pariani, S.S., (2005). DIY : Propinsi Lansia. <http://www.indonesia.com> diperoleh 17 Februari 2009.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Purwanto, H. (2002). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan yang dilakukan keluarga pada lansia di kecamatan pesisir Lamongan. *Jurnal penelitian Poltekkes Surabaya* Tahun I volume 1 hal 33-39.
- Pusat Komunikasi Publik. (2007).Menyongsong Lanjut Usia Tetap Sehat dan Berguna. <http://www.mediaindonesia.com/berita.asp?id=134451> diperoleh 23 April 2008.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research principle and methods* (6th ed.), Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research principle and methods* (7th ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pratiknya, A.W. (2007). *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran & kesehatan*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Pratisto, S. (2004). *Cara mudah mengatasi masalah statistic dan rancangan percobaan SPSS*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Rahmawati, I. (2005). Hubungan dukungan sosial keluarga dengan perilaku kunjungan lansia di posyandu di wilayah Mojoanyar Mojokerto. <http://www.jiptunair.co.id> peroleh tanggal 17 Maret 2009.
- Reuters (2009) Makin Berpendidikan Makin Cepat Pikun Kompas Group http://kulinerkita.multiply.com/reviews?&=&page_start=540 diperoleh 10 Maret 2009.
- Riasmini, N, (2002). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan usia lanjut dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari di kalurahan Palmeriam kecamatan Matraman Jakarta Timur*, tesis magister FIK UI Jakarta, tidak dipublikasikan.
- Rekawati, E, (2002) *Faktor-faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan terjadinya kepikunan pada usia lanjut di Indonesia berdasarkan data Susenas tahun 2001*, tesis magister FKM UI, Jakarta, tidak dipublikasikan.
- Rubin, R.R. (2000). Psychotherapy and counseling in diabetes mellitus. *Psychology in Diabetes Care* (pp. 235-263). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Roan W, (2009) Simposium Sehari Kesehatan Jiwa Dalam Rangka Menyambut Hari Kesehatan Jiwa Sedunia <http://www.idijakbar.com/prosiding/delirium.htm> 5 Februari 2009

- Saadah, H. (2003). *Peran dimensi komitmen beragama dan faktor lain dalam mempengaruhi terciptanya kesejahteraan psikologis lansia*. Paradoxical Paradigm Towards Active Ageing (Kumpulan abstraks/makalah kongres nasional Gerontologi). Jakarta.
- Sabri L. & Hastono S.P. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta : Rajawali.
- Sarafino, E.P. (2004). *Health psychology: Biopsychosocial interaction* (2nd ed.), New York: John Willey & Sons Inc.
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Santoso, S. (2004). *Buku Latihan SPSS statistic parametric*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Santoso, S. (2006). *Menggunakan SPSS untuk statistic parametric*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Sarwono, J. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiabudhi, T & Hardywinoto. (1999). *Panduan gerontologi tinjauan dari berbagai aspek*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Smet, K.G. (2004). Social support survey. *Social Science and Medicine*, 32 (6), 705-706.
- Sugiyono, (2005). *Statistik untuk Penelitian* .Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono, (2008). *Metode Penelitian Pendidikan : Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D* , edisi keempat .Bandung : Alfabeta.
- Sutarno, I.M. (2002). *Alternatif model asuhan keperawatan keluarga dengan lansia*. Tesis Magister tidak dipublikasikan. Universitas Airlangga Surabaya.
- Suyudi, (2004). Hari Lanjut Usia Nasional, 29 Mei 2004. <http://www.binkes.net.info.detail> diperoleh 17 Februari 2009.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2002). *Foundation of community health nursing : Community oriented practice*, Philadelphia: Mosby.
- Stuart & Sundeen. (1995). *Buku saku keperawatan jiwa : Pocket guide to Psychiatric Nursing* alih bahasa Achir Yani S.Hamid edisi 3 Jakarta : EGC.
- Stuart & Larai . (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing Fifth Edition*. St Louis : Mosby.
- Taylor, S.E. (2006). *Health psychology* (6th.Ed.), Singapore: Mc. Graw Hill Book Company.

Tedjasukmana R, Wendra A, Sutji H, Sidiarto K., (1998). The mini mental state examination in healthy individuals in Jakarta. A preliminary study. *Neurona*. 15 (3-4): 4-8.

Tim pasca sarjana FIK UI. (2008). *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta : FIK UI.

Tim Pokja Gender PP PPNI (2009). *Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perempuan untuk menjadi ketua PPNI*, penelitian, tidak dipublikasikan.

Tjakrawiralaksana, M.A., (2003). *Gambaran stres dan perilaku koping pada anak perempuan usia tengah baya yang bertindak sebagai caregiver bagi orangtuanya yang sudah lansia*. Paradoxical paradigm towards active ageing (kumpulan abstrak makalah kongres nasional gerontogi. Jakarta .

Tyson, S.R. (1999). *Gerontologi nursing care*. Philadelphia : WB. Saunder Company.

UU no 13 tahun 1998 Tentang *Kesejahteraan Lanjut Usia*.

Watson R., (2003). *Perawatan pada lansia*. Jakarta: EGC.

Wati,DNK. (2007). Mengenal demensia pada lanjut usia. <http://www.beritaipetek.com> diperoleh 5 April 2008.

Wiarsih, W. (1999). Peran Keluarga dalam Meningkatkan Kesehatan Jiwa Lansia Di Rumah. *Jurnal Keperawatan Indonesia* volume II (7) hlm 253-257.

Wijayanti, R (2005) *Hubungan antara dukungan keluarga dengan respons kehilangan pada lansia di Desa Pekaja, Kalibagor kabupaten Banyumas Jawa Tengah Tahun 2005*
<http://ebursa.depdiknas.go.id/pustaka/harvester/index.php/record/view/87924>
diperoleh 5 februari 2009

Worly, N.K.(1997). *Mental health nursing the community*. St Louis Mosby.

Volicer, L., Hurley, A.C., Mahoney, E. (1998). *Behavioral symptom of dementia. Hospice care for patients with advance progressive dementia*. New York: Springer Publishing Company.

Zulfitri, R.,Yetti K., Tuti RSH., (2006). *Hubungan dukungan Keluarga dengan Perilaku Usia Lanjut Hipertensi dalam Mengontrol Kesehatannya di Wilayah Kerja Puskesmas Melur Pekan Baru*, tesis FIK UI Jakarta, tidak dipublikasikan.

ANALISIS DATA

Analisis Univariat

No	Variabel	Analisis
1	Jenis kelamin lansia	Persentase
2	Umur lansia	Persentase
3	Tingkat pendidikan lansia	Persentase
4	Umur responden	Persentase
5	Jenis kelamin responden	Persentase
6	Tingkat pendidikan responden	Persentase
7	Pekerjaan responden	Persentase
8	Status ekonomi keluarga	Persentase
9	Hubungan dengan lansia	Persentase
10	Dukungan keluarga (psikologis, penghargaan, informasi dan instrumental)	Persentase

Analisis Bivariat

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat	Uji Statistik
1	Umur lansia	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
2	Jenis kelamin lansia	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
3	Tingkat pendidikan lansia	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
4	Umur responden	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
5	Jenis kelamin responden	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
6	Tingkat pendidikan responden	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
7	Pekerjaan	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
8	Status ekonomi keluarga	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
9	Hubungan keluarga dengan lansia	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
10	Dukungan psikologis	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
11	Dukungan penghargaan	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
12	Dukungan informasi	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>
13	Dukungan instrumental	Skor MMSE lansia	<i>t test independent</i>

Analisis Multivariat

Analisis multivariat variabel bebas, terikat, dan perancu	Regresi linier berganda
---	-------------------------

JADUAL KEGIATAN PENELITIAN TESIS

PERBEDAAN KARAKTERISTIK LANSIA DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TIPE DEMENSIA PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GATAK SUKOHARJO TAHUN 2009

No	Kegiatan	Februari				Maret					April				Mei				Juni					Juli				
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	
1	Penyusunan proposal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																	
2	Ujian proposal										x	x																
3	Uji coba instrument												x	x														
4	Perbaikan instrumen penelitian													x														
5	Pengambilan data														x	x	x	x										
6	Pengolahan data															x	x	x	x									
7	Analisis dan penafsiran data																			x	x	x						
8	Penulisan hasil penelitian																			x	x	x						
9	Ujian hasil penelitian																			x	x	x	x					
10	Sidang tesis																						x	x				
11	Perbaikan tesis																								x	x		
12	Pengumpulan tesis																										x	

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tipe Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo

Peneliti : Ros Endah Happy Patriyani

NPM : 0706194910

Mahasiswa : Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui tentang Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tipe Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo. Hasil dari penelitian yang dilakukan digunakan sebagai landasan dalam memberikan perawatan pada lansia kepikunan sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan berkualitas.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang negatif bagi keluarga maupun lansia yang dirawat. Informasi yang bapak/ibu/saudara berikan selama penelitian akan peneliti jamin kerahasiaannya. Dalam pelaporan nama bapak/ibu/saudara tidak akan disebutkan.

Melalui penjelasan ini peneliti sangat mengharapkan partisipasi dari bapak/ibu/saudara. Peneliti mengucapkan terimakasih atas partisipasi dan kesediaannya menjadi responden penelitian.

Depok, April 2009

Peneliti

Ros Endah Happy Patriyani

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____
Telp _____

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tipe Demensia pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo."

Saya telah memahami bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saya dan lansia yang saya rawat. Dengan ini saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya tanda tangani tanpa ada paksaan dari siapapun dan saya menyatakan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui
Peneliti,

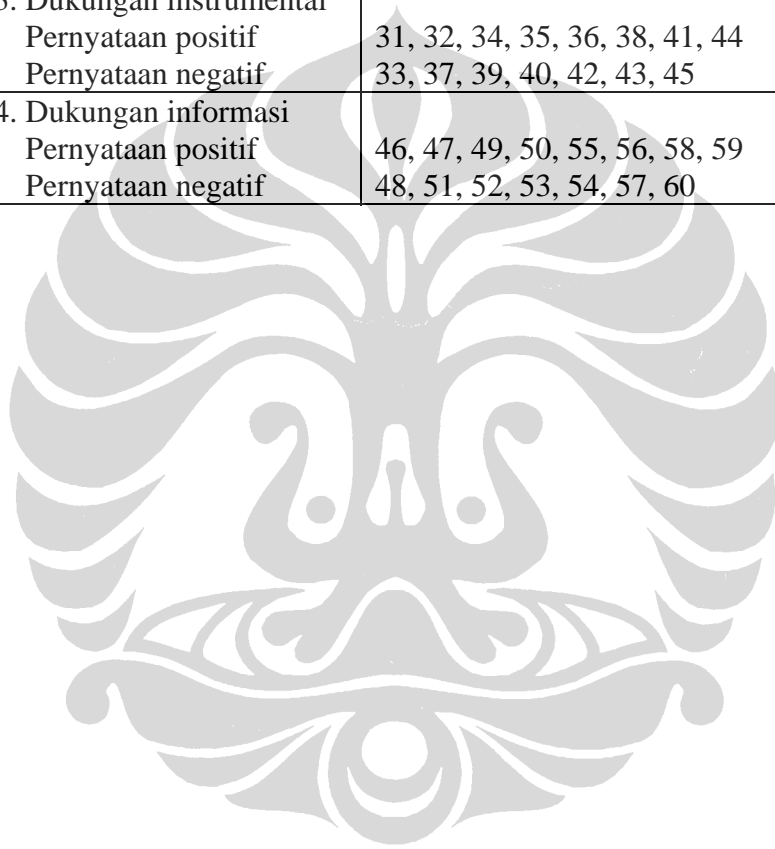
Sukoharjo, April 2009
Yang membuat pernyataan,

Ros Endah Happy Patriyani

Nama & Tanda tangan

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

Variable/ Sub variable	No Pernyataan	Jumlah Pernyataan
Dukungan keluarga		
1. Dukungan psikologis		
Pernyataan positif	1, 2, 3, 5, 7, 11, 13	7
Pernyataan negatif	4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15	8
2. Dukungan penghargaan		
Pernyataan positif	16, 19, 21, 23, 24, 27, 28, 30	8
Pernyataan negatif	17, 18, 20, 22, 25, 26, 29	7
3. Dukungan instrumental		
Pernyataan positif	31, 32, 34, 35, 36, 38, 41, 44	8
Pernyataan negatif	33, 37, 39, 40, 42, 43, 45	7
4. Dukungan informasi		
Pernyataan positif	46, 47, 49, 50, 55, 56, 58, 59	8
Pernyataan negatif	48, 51, 52, 53, 54, 57, 60	7



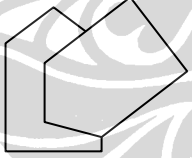
Untuk Responden

KUISIONER PENELITIAN

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TIPE DEMENSIA PADA
LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GATAK SUKOHARJONomor Responden

A. Penilaian Status Mental Mini (Mini Mental State Examination /MMSE)

No	Penilaian	Skor Tertinggi	Dicapai
Orientasi			
1.	Sebutkan tahun berapa sekarang ? musim apa sekarang ? tanggal berapa sekarang ? bulan apa sekarang ? hari apa sekarang ?	1 1 1 1 1	
2.	Dimana kita sekarang ? Apa negara kita ? Nama propinsi Apa nama kota kita? Apa nama kecamatan kita ? Apa nama Desa ini ?	1 1 1 1 1	
Registrasi motorik			
3.	Periksa menyebutkan 3 nama benda. Misalnya piring, mangkok, payung Beri angka 1 tiap jawaban yang betul. Tiap obyek 1 detik Piring Mangkok Payung	1 1 1	
Perhatian dan Kalkulasi			
4.	Hitungan kurang 7 100-7 93 - 7 86 - 7 79 - 7 72 - 7 Bisa diganti dengan mengeja terbalik kata misalnya "wahyu" menjadi "uyhaw" U Y H A W	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	

Pengenalan kembali (Recalling)			
5.	Tanyakan nama benda yang telah disebutkan pada pertanyaan no 3 Piring Mangkok Payung	1 1 1	
Bahasa			
6.	Pemeriksa menunjuk pada pensil dan kertas. Lansia diminta menyebut 2 benda yang ditunjukkan pemeriksa Pensil Kertas	1 1	
7.	Lansia diminta mengulangi ucapan kata pemeriksa : namun, tanpa, apabila	1	
8.	Lansia diminta untuk melakukan 3 perintah: Ambil kertas itu dengan tangan kanan Lipatlah kertas menjadi 2 Letakkan kertas tersebut di lantai.	1 1 1	
9.	Lansia diminta untuk membaca dan melakukan perintah. Berikan tulisan : pejamkan mata anda Lansia memejamkan mata	1	
10.	Lansia diminta menulis kalimat secara spontan. Kalimat terdiri dari 2 kata (subjek dan predikat).	1	
11	Lansia diminta menggambar segilima dan perpotongan segi lima membentuk segi empat di samping gambar ini. 	1	
Total Skor		30	

Interpretasi

- skor 0-10 : Demensia berat
 skor 11-17 : Demensia sedang
 skor 18-23 : Demensia ringan
 skor 24-30 : Normal.

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan !

B. Data Demografi Lansia

Identitas Lansia yang dirawat

1. Nama :
2. Umur : tahun
2. Jenis Kelamin :
 - Laki-laki
 - Perempuan
3. Pendidikan :
 - Tidak sekolah
 - Tidak tamat SD
 - Tamat SD
 - Tamat SMP
 - Tamat SMA
 - Perguruan Tinggi

C. Data Demografi Responden

Identitas Responden

1. Nama :
2. Umur : tahun
3. Jenis Kelamin :
 - Laki-laki
 - Perempuan
4. Pendidikan :
 - Tidak sekolah
 - Tidak tamat SD
 - Tamat SD
 - Tamat SMP
 - Tamat SMA
 - Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan :
 - Tidak bekerja
 - Bekerja

Sebutkan jenis pekerjaan
.....
6. Hubungan keluarga :
 - Orang tua
 - Saudara kandung
 - Suami/istri
 - Lain-lain
7. Pendapatan rata-rata setiap bulan :
 - ≤ Rp 710.000,00
 - ≥ Rp 711.000,00
8. Alamat :

D. Dukungan Keluarga Pada Lansia

Jawablah pernyataan di bawah dengan memberi tanda (√) sesuai yang dilakukan oleh keluarga !

Ya : Jika keluarga melakukan tindakan tersebut secara rutin
 Kadang-kadang : Jika keluarga melakukan tindakan tersebut namun tidak rutin
 Tidak pernah : Jika keluarga tidak pernah melakukan tindakan tersebut

No	Keluarga	Pernyataan		
		Ya	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Menerima lansia apa adanya			
2	Menunjukkan wajah yang menyenangkan saat berdekatan dengan lansia			
3	Duduk berhadapan saat berbicara dengan lansia			
4	Tidak memandang mata saat berbicara dengan lansia			
5	Memberi sentuhan/memegang tangan saat berbicara			
6	Berbicara dengan suara yang membentak			
7	Menggunakan kalimat yang pendek saat berbicara dengan lansia			
8	Mengabaikan keluhan-keluhan yang dirasakan lansia			
9	Tidak meluangkan waktu untuk mendengarkan cerita yang ingin disampaikan oleh lansia			
10	Tidak memberi kesempatan untuk menyelesaikan masalah sendiri			
11	Memberi kebebasan lansia mengikuti kegiatan keagamaan (menggaji/persekutuan)			
12	Melarang lansia mengikuti kegiatan sosial di masyarakat			
13	Melibatkan lansia dalam kegiatan sehari-hari di rumah sesuai dengan kemampuannya			
14	Membiarkan lansia untuk berolahraga sendiri			
15	Jengkel pada lansia karena sering lupa menaruh barang keperluannya sendiri			
16	Menghargai lansia meskipun sudah pikun			
17	Tidak melibatkan lansia dalam musyawarah keluarga.			
18	Berdebat dengan lansia			
19	Mengikutsertakan lansia untuk merencanakan setiap ada acara keluarga			
20	Menganjurkan lansia di rumah saja, jika ada acara keluarga di luar rumah.			

Lampiran 6

21	Memberikan kesempatan kepada lansia untuk memilih sendiri tempat berobat/memeriksakan kesehatannya.			
22	Melarang lansia menghadiri undangan dari instansi tempat bekerja dahulu			
23	Memberi kebebasan kepada lansia untuk menggunakan uang sendiri (pensiun/pendapatan)			
24	Memberikan pujian pada lansia saat dapat melakukan sendiri kegiatannya			
25	Menganggap lansia sebagai beban			
26	Menyuruh lansia untuk bekerja memenuhi kebutuhannya			
27	Memberikan kebebasan pada lansia untuk melakukan kesenangannya			
28	Menjengkelkan hidup bersama lansia			
29	Menganggap lansia tetap dibutuhkan			
30	Menyediakan biaya kebutuhan sehari-hari lansia			
31	Menyiapkan makan dan minuman yang dibutuhkan lansia sehari-hari			
32	Tidak menyiapkan kamar tersendiri untuk lansia			
33	Menyediakan kalender dengan tulisan yang besar/jam dinding dengan angka yang besar			
34	Menyediakan tempat sampah untuk lansia			
35	Membantu lansia melakukan aktifitas (mandi, bab, bak, makan, minum) jika lansia tidak mampu melakukan sendiri karena sakit			
36	Membiarkan lantai rumah dan kamar mandi licin untuk melakukan kegiatan sehari-hari			
37	Menyediakan alat-alat bantu yang dibutuhkan oleh lansia seperti kaca mata, tongkat untuk berjalan			
38	Membiarkan lansia melakukan pemeriksaan kesehatan sendiri jika lansia sakit			
39	Menyediakan biaya untuk berobat jika lansia sakit			
40	Tidak mengantar lansia mengikuti kegiatan Posyandu lansia meskipun lansia tidak mampu pergi sendiri			
41	Membiarkan lansia mengisi waktu, berekreasi atau bersantai sendiri			
42	Menyediakan tempat meludah untuk lansia			
43	Jika lansia mempunyai pinjaman uang keluarga tidak mengembalikannya			
44	Mengingatkan jadwal pemeriksaan dan kontrol kesehatan pada lansia.			
45	Mengingatkan lansia untuk berolahraga secara			

Lampiran 6

	teratur			
46	Tidak berusaha mencari tahu tentang keadaan yang dialami lansia.			
47	Mengingatkan kepada lansia pentingnya latihan untuk mempertahankan ingatan sesuai kesenangannya (misalnya main catur, mengisi TTS, dan berkebun)			
48	Mengingatkan lansia pentingnya minum obat secara teratur bagi kesehatan lansia.			
49	Tidak mengetahui obat yang diminum lansia			
50	Membiarkan lansia untuk tidak rutin mengikuti kegiatan di Posyandu lansia.			
51	Membiarkan lansia makan tidak teratur			
52	Tidak mengajarkan lansia untuk menghafal kegiatan yang diberikan			
53	Menganjurkan lansia untuk mengulang apa yang diajarkan			
54	Meminta penjelasan tentang tentang penyakit yang dialami lansia pada petugas kesehatan			
55	Tidak mempelajari cara merawat lansia kepikunan			
56	Mengingatkan lansia untuk beribadah			
57	Memberi petunjuk saat lansia kebingungan			
58	Membiarkan lansia melakukan kegiatan tanpa dibantu			

Terima kasih atas partisipasinya !

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Ros Endah Happy Patriyani
- Tempat/tanggal lahir : Surakarta, 18 Mei 1973
- Alamat Rumah : Jln Mawar III no 16 Perumahan Tiara Ardi Purbayan Baki
Sukoharjo
- Telepon rumah/HP : (0271) 726475/08122624668
- Email : ros_happy_p@yahoo.co.id
- Riwayat pendidikan : 1. S2 Keperawatan Komunitas FIK UI angkatan tahun 2007
2. Akta Mengajar Universitas Negeri Semarang, lulus tahun 2002
3. S1 Keperawatan PSIK UNDIP Semarang, lulus tahun 2002
4. Akper Panti Kosala Surakarta, lulus 1995
5. SMA Regina Pacis Surakarta, lulus tahun 1991
6. SMP Negeri 2 Gatak Sukoharjo, lulus tahun 1988
7. SD Negeri 1 Mayang Gatak Sukoharjo, lulus tahun 1982
- Riwayat pekerjaan : 1. Perawat RS Panti Waluyo Surakarta, 1995
2. Perawat RS Telogorejo Semarang, 1995 – 1998
3. Guru SPK Depkes Surakarta, 1998 -1999
4. Dosen Akper Depkes Surakarta, 1999-2001
5. Dosen Jurusan Keperawatan Keperawatan Poltekkes
Surakarta, 2001- sekarang