

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TERJADINYA
DEMENSIA PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TEMANGGUNG**

SKRIPSI



YENNY WIDOWATY

11.0603.0055

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2018**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TERJADINYA
DEMENSIA PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TEMANGGUNG**

Skripsi

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang



YENNY WIDOWATY
11.0603.0055

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TERJADINYA
DEMENSIA PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TEMANGGUNG**

Telah disetujui oleh Pembimbing I dan II
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, Februari 2018
Pembimbing I



Ns. Sigit Priyanto, M.Kep
NIDN. 0611127601

Pembimbing II



Ns. Priyo, M.Kep
NIDN. 0611107201

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : YENNY WIDOWATY
NPM : 11.0603.0055
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Terjadinya Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep (.....)

Penguji II : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....)

Penguji III : Ns. Priyo, M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal :

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Yenny Widowaty
NPM : 11.0603.0055
Tanggal : Februari 2018



Yenny Widowaty
11.0603.0055

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yenny Widowaty
NPM : 11.0603.0055
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Kesehatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (Non Exclusive-Royalty-Fee Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Terjadinya Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung. Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Magelang
Pada tanggal : Februari 2018

Yang menyatakan



(Yenny Widowaty)
11.0603.0055

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, kemudahan atas segala hal sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.

Skripsi ini penulis persembahkan kepada kedua orang tua saya yang selalu memberikan dukungan moril dan materiil, kepada adik dan kakak serta keluarga besar

Tak lupa penulis ucapkan terima kasih kepada kedua pembimbing skripsi Bapak Ns. Sigit Priyanto, M.Kep dan Bapak Ns. Priyo, M.Kep yang selalu sabar membimbing, memotivasi serta memberikan arahan supaya skripsi ini menjadi tulisan yang lebih baik 😊

Terima kasih buat Rama Ghana yang tak bosan menyemangati setiap hari

Terima kasih buat sahabatku yang selalu menyemangati, menghibur, dan siap membantu penulis dalam setiap kesulitan (Sherlynita, Alifa, Arni, Anindya)

Temen-temen seperjuangan SI Keperawatan terima kasih buat dukungannya

*Terima kasih untuk dekan, kaprodi, Tata Usaha, penguji dan dosen UMMgl
Terima kasih juga untuk Puskesmas Temanggung, sudah mengijinkankan untuk penelitian sehingga skripsi bisa berjalan dengan lancar*

Terima kasih semua pihak yang tidak disebutkan satu-persatu yang mendukung dalam bentuk apapun itu

Nama : YENNY WIDOWATY
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Magelang
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Terjadinya demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung

Abstrak

Latar belakang : Lanjut usia merupakan proses menjadi tua yang kemampuan fisik dan mental hidupnya pun perlahan-lahan menurun. Lanjut usia yang berusia di atas 60 tahun berisiko terkena penyakit demensia. Peran keluarga sangat diperlukan sebagai bentuk dukungan bagi lansia. Dukungan keluarga memungkinkan mempunyai pengaruh yang besar dalam kehidupan lansia demensia. **Tujuan** : Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga terhadap terjadinya demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Temanggung. **Metode** : Rancangan penelitian yang digunakan di dalam penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan desain yang digunakan adalah *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling* dengan teknik *puposive sampling* dengan jumlah sampel 96 responden. Analisis uji hubungan menggunakan uji *spearman rank*. **Hasil** : Uji statistik analisis antara dukungan keluarga dengan demensia (gangguan kognitif) dengan uji statistik *spearman rank* bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan demensia (gangguan kognitif) dengan nilai $\rho = 0,000$ dengan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang sangat kuat sebesar $r = 0,808$.

Kesimpulan : Lansia yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik maka lansia yang mengalami demensia semakin baik/normal **Saran** : Diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan yang baik untuk lansia agar dapat meminimalisir angka kejadian demensia.

Kata kunci : lansia, demensia, gangguan kognitif, dukungan keluarga

Name : YENNY WIDOWATY
Study Program : S1 Nursing Science, University of Muhammadiyah Magelang
Title : The Relationship of Family Support to The Occurrence of Dementia in The Elderly in the working Area of Puskesmas Temanggung

Abstract

Background: The elderly is a process of growing old that the physical and mental abilities of his life are slowly declining. Elderly people aged over 60 years at risk of dementia disease. The role of the family is needed as a form of support for the elderly, family support may have a great influence in the elderly life, because they feel emotionally supportive families because they feel cared for so as to minimize dementia.

Objective: To Identify Family Support Relationship To Occurrence Of Dementia In The Elderly In Work Area of Puskesmas Temanggung. **Method:** The research design used in this research using quantitative method and design used is cross sectional. Sampling technique in this study using non-probability sampling method with purposive sampling technique with a sample of 96 respondents. Analysis of the relationship test using spearman rank test. **Results:** The statistical test of the analysis between family support and dementia (cognitive impairment) and spearman rank test showed that there was a relationship between family support and dementia (cognitive disorder) and $\rho = 0,000$ with positive correlation direction with a very strong correlation strength of $r = 0.808$.

Conclusion: Elderly who get good family support then the elderly who experience dementia the better / normal. **Suggestion:** It is expected that family can provide good support for the elderly in order to minimize the incidence of dementia.

Keywords: elderly, dementia, cognitive impairment, family support

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat, taufik, hidayah, dan inayah-Nya serta junjungan kaum muslim yaitu Muhammad Rasulullah SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi : “Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Terjadinya Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung” ini dengan baik. Skripsi ini dibuat untuk memenuhi persyaratan mencapai gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis mengalami banyak hambatan dan kesulitan. Akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak maka Skripsi ini dapat terselesaikan. Untuk itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Puguh Widiyanto, S.Kep, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Bapak Ns. Sigit Priyanto, M.Kep, selaku Kaprodi S-1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan sekaligus menjadi dosen pembimbing pertama dalam penyusunan Skripsi.
3. Bapak Ns. Priyo, M.Kep, selaku dosen pembimbing kedua dalam penyusunan Skripsi ini.
4. Ibu Ns. Sambodo Sriadi Pimilih, M.Kep selaku dosen penguji dalam penyusunan Skripsi ini.
5. Kepala Dinas Badan Kesehatan Bangsa Politik dan Lingkungan Masyarakat Provinsi Kabupaten Temanggung, yang telah memberikan ijin dalam melakukan studi pendahuluan.
6. Kepala Puskesmas Temanggung yang telah memberi ijin melakukan dalam melakukan penelitian ini.

7. Seluruh Dosen dan Staff Fakultas ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
8. Kedua Orang Tuaku tercinta, Ayahanda Tri Winaryanto, ibunda Erna Erawatie yang senantiasa memberikan semangat dan doa sebagai kekuatan yang tidak terkalahkan untuk kelancaran penyusunan Skripsi ini.
9. Responden penelitian ini yaitu bapak/ibu lansia.
10. Rekan-rekan angkatan ketiga S-1 Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian Skripsi ini.
11. Rekan sepejuangan yang mempunyai tujuan yang sama berkat dukungan dan doanya.

Semoga semua kebaikan, dukungan dan bimbingan mereka mendapat balasan dari Allah SWT. Amin. Manusia tidak ada yang sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari seluruh pembaca. Semoga Skripsi ini dapat bermanfaat dan menjadi inspirasi bagi pembaca untuk meningkatkan dan mengembangkan ilmu keperawatan kearah yang lebih maju baik untuk diri sendiri maupun kepentingan golongan.

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Magelang, Februari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
ABSTRAK BAHASA INDONESIA	vii
ABSTRACT	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	7
1.6 Keaslian Penelitian	8
2. TINJAUAN TEORI.....	10
2.1 Lanjut Usia	10
2.2 Demensia	14
2.3 Konsep Dukungan Keluarga	20
2.4 Kerangka Teori	29
2.5 Hipotesis	30
3. METODOLOGI PENELITIAN	31
3.1 Jenis Penelitian	31
3.2 Kerangka Konsep	31
3.3 Definisi Operasional	32
3.4 Populasi dan Sampel	33
3.5 Tempat dan Waktu Penelitian	35
3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data	35
3.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data	39
3.8 Etika Penelitian	40
4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	43
4.1 Hasil Penelitian	43
4.2 Pembahasan	46
4.3 Keterbatasan Penelitian	54

5. PENUTUP	55
5.1 Kesimpulan	55
5.2 Saran	55
DAFTAR PUSTAKA	57

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Keaslian Penelitian	8
Tabel 3.1	Definisi Operasional	32
Tabel 3.2	Perhitungan Sampel Proporsional	34
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Agama, Pekerjaan dan Pendidikan Responden di Wilayah kerja Puskesmas Temanggung , Februari 2018	42
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan keluarga responden di Wilayah kerja Puskesmas Temanggung, Februari 2018	44
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Demensia (Gangguan Kognitif) responden di Wilayah kerja Puskesmas Temanggung , Februari 2018	44
Tabel 4.4	Distribusi Silang Menurut Dukungan Keluarga dan Gangguan Kognitif (Demensia) di Wilayah kerja Puskesmas Temanggung, \ Februari 2018 (N=96)	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori	29
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	31

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Informed Consent
- Lampiran 2 Kuesioner
- Lampiran 3 Output SPSS
- Lampiran 4 Tabulasi Data
- Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 6 Dokumentasi
- Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Memasuki usia tua (lanjut usia) berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran berkurang, penglihatan memburuk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proposional (Nugroho, 2008).

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang dan menua. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial. Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Maryam dkk, 2008). Menurut WHO, Lanjut usia meliputi, usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) yaitu usia antara 60–74 tahun, lanjut usia tua (*old*) yaitu usia antara 75–90 tahun, Usia sangat tua (*very old*) yaitu kelompok usia diatas 90 tahun (Setianto, 2004).

Perkembangan jumlah penduduk lanjut usia di dunia, menurut perkiraan *World Health Organisation* (WHO) akan meningkat pada tahun 2025 dibandingkan tahun 1990 dibeberapa Negara dunia seperti China 220%, India 242%, Thailand 337%, dan Indonesia 440% (Wiwin 2011). Asia merupakan wilayah yang paling banyak mengalami perubahan komposisi penduduk dan diperkirakan pada tahun 2025, populasi lanjut usia akan bertambah sekitar 82%. Pada tahun 2014, jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia menjadi 18,781 juta jiwa dan diperkirakan pada

tahun 2025, jumlahnya akan mencapai 36 juta jiwa (Departemen Kesehatan RI, 2015). Jika dilihat sebaran penduduk lansia menurut provinsi, persentase penduduk lansia di atas 10% sekaligus paling tinggi ada di Provinsi DI Yogyakarta (13,04%), Jawa Timur (10,40%) dan Jawa Tengah (10,34%). Jawa Tengah menjadi peringkat ke-3 dengan jumlah lansia terbanyak (Kemenkes RI, 2013). Prevalensi lansia di Kabupaten Temanggung pada tahun 2014 sebanyak 2546 jiwa.

Setiap orang akan bertambah tua, kemampuan fisik dan mental hidupnya pun perlahan-lahan menurun. Semua perubahan tersebut khususnya pada perubahan fisik misalnya perubahan pada sistem penglihatan, persarafan, dan muskuloskeletal. Dampak dari perubahan tersebut, lansia akan mengakibatkan aktifitas lansia menjadi menurun. Perubahan tersebut mengakibatkan kelambanan bergerak, langkah pendek-pendek, penurunan irama, kaki tidak dapat menapak dengan kuat dan cenderung gampang terpeleset atau tersandung sehingga lansia mudah terjatuh (Nugroho, 2009).

Lanjut usia yang berusia di atas 60 tahun berisiko terkena penyakit demensia. Penyakit ini dapat dialami semua orang tanpa membedakan gender, status sosial, ras, bangsa, etnis, ataupun suku. Demensia sering menimpa sekitar 10 % kelompok usia di atas 60 tahun dan 47 % kelompok usia di atas 85 tahun, Permasalahan yang ditemukan disini adalah cukup tingginya angka kejadian demensia pada lansia di Indonesia tahun 2013 (Nugroho, 2009).

Lansia juga mengalami gangguan demensia (pikun) yang perlu diketahui bahwa pikun bukanlah hal yang normal pada proses penuaan. Sebagian besar orang mengira bahwa demensia merupakan penyakit yang diderita oleh lansia, tetapi kenyataan demensia dapat dialami oleh siapa saja dari semua usia dan jenis kelamin (Azizah, 2011). Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktivitas sosial dan okupasi yang normal juga aktivitas

kehidupan sehari-hari (AKS). Demensia biasanya dimulai secara perlahan dan makin lama makin parah, sehingga keadaan ini pada mulanya tidak disadari. Penderita akan mengalami penurunan dalam ingatan, kemampuan untuk mengingat waktu dan kemampuan untuk mengenali orang, tempat dan benda. Penderita mengalami kesulitan dalam menemukan dan menggunakan kata yang tepat dan dalam pemikiran abstrak misalnya dalam pemakaian angka (Mickey & Patricia, 2007).

Estimasi jumlah penderita penyakit demensia jenis alzhemeir di Indonesia pada tahun 2013 mencapai satu juta orang. Jumlah itu diperkirakan akan meningkat drastis menjadi dua kali lipat pada tahun 2030, dan menjadi empat juta orang pada tahun 2050. Bukannya menurun, di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya. Berdasarkan data Deklarasi Kyoto, tingkat prevalensi dan insidensi demensia di Indonesia menempati urutan keempat setelah China, India, dan Jepang yaitu sebanyak 606.100 orang dan insidensi sebanyak 191.400 orang dan diperkirakan pada tahun 2020, diperkirakan sebanyak 314.100 orang akan mengalami demensia (*Access Economics*, 2006). Pada demensia akan mengakibatkan terjadi penurunan pengendalian emosi atau motivasi, atau perubahan perilaku sosial, berdampak setidaknya ada salah satu antara lain seperti: emosi yang labil, lekas marah, apatis dan perilaku sosial yang kasar.

Peningkatan insiden dan prevalensi demensia merupakan tantangan bagi pemberi pelayanan kesehatan di Indonesia khususnya, karena dampak demensia yang dapat menimbulkan perubahan perilaku pada lansia. Kondisi ini menyebabkan lansia demensia memerlukan perhatian dan perawatan yang khusus dari keluarganya. Demensia yang tidak diatasi atau dibiarkan saja akan memperburuk keadaan penderitanya. Pada sebagian besar demensia stadium lanjut, terjadi penurunan fungsi otak yang hampir menyeluruh. Penderita menjadi lebih menarik dirinya dan tidak mampu mengendalikan perilakunya. Suasana hatinya sering berubah-ubah dan senang berjalan-jalan (berkelana). Hal ini akan menimbulkan masalah dalam keluarga (Miller, 2004).

Keluarga menghendaki lansia tinggal bersama agar dapat dirawat oleh keluarga, hal ini memberi manfaat bagi kedua belah pihak sehingga lansia dapat merasakan kedamaian berada di tengah-tengah keluarga. Keluarga mendapatkan manfaat kepuasan batin dalam memberikan pengabdian, balas budi dan membahagiakan orang tua. Cara ini sesuai dengan agama, maupun budaya yang mengikat mereka. Permasalahan bagi lansia adalah permasalahan kesehatan, oleh karena itu peran keluarga sangat diperlukan sebagai bentuk dukungan bagi lansia. Dukungan keluarga mempunyai pengaruh yang besar dalam kehidupan lansia, karena merasa memperoleh dukungan keluarga, secara emosional karena merasa diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya dan perilaku suatu kegiatan atau aktifitas yang dapat diamati maupun tidak (Rahayu, 2008).

Studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Temanggung 1 menunjukkan jumlah angka lansia yang cukup diperhitungkan. Jumlah lansia yang menempati di desa tersebut dan masuk dalam area binaan Puskesmas Temanggung 1 sejumlah 2166 dimulai usia 60 tahun keatas. Lansia tersebut mengalami banyak keluhan penyakit, baik penyakit fisik maupun psikologis. Untuk penyakit fisik terkait dengan penyakit penuaan serta keturunan, seperti hipertensi, diabetes mellitus, anemi, asam urat dan lain sebagainya. Untuk gejala psikologis dialami oleh masyarakat disamping gangguan fisik tersebut. Spesifik pada gangguan demensia peneliti melakukan observasi kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami demensia, dukungan keluarga sangat minimal. Survei yang dilakukan kepada 15 lansia yang mengalami demensia dengan diberikannya pertanyaan seputar demensia ditemukan bahwa 10 (60%) lansia menunjukkan tidak adanya dukungan keluarga yang maksimal. Dukungan tersebut dikarenakan banyak factor seperti keadaan ekonomi, tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan. Penderita dementia akan bertambah parah seiring dukungan keluarga yang minimal, sebaliknya pada anggota yang memberikan dukungan yang penuh setidaknya penderita akan menunjukkan tanda-tanda secara umum yang sehat walaupun tanda-tanda dementia masih sulit dihilangkan. Terkait hal tersebut beberapa lansia yang menjadi objek observasi mengemukakan dan

menunjukkan dukungan yang minimal menunjukkan demensia yang parah di Temanggung. Akibat demensia juga akan mempengaruhi lini kehidupan lain seperti emosi, apatis, perilaku social, bahkan pada fisik klien seperti personal hygiene, *activity daily livings*. Berdasarkan kasus tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Terjadinya Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

1.2 Rumusan Masalah

Lanjut usia merupakan bagian dari proses tumbuh kembang dan menua. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua. Seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial. Seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 60 tahun keatas. Lansia sangat rentan terkena demensia. Demensia merupakan istilah untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktivitas sosial dan okupasi yang normal juga aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS). Demensia biasanya dimulai secara perlahan dan makin lama makin parah, sehingga keadaan ini pada mulanya tidak disadari. Penderita akan mengalami penurunan dalam ingatan, kemampuan untuk mengingat waktu dan kemampuan untuk mengenali orang, tempat dan benda. Penderita demensia ini akan mengalami kesulitan dalam menemukan dan menggunakan kata yang tepat dan dalam pemikiran abstrak misalnya dalam pemakaian angka, karena dampak demensia yang dapat menimbulkan perubahan perilaku pada lansia. Kondisi ini menyebabkan lansia demensia memerlukan perhatian dan perawatan yang khusus dari keluarganya. Pada observasi yang dilakukan oleh peneliti mengenai keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami demensia, dukungan keluarga sangat minimal. Dukungan tersebut dikarenakan banyak factor seperti keadaan ekonomi, tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan. Penderita demensia akan bertambah parah seiring dukungan keluarga yang minimal, sebaliknya pada anggota yang memberikan dukungan yang penuh setidaknya penderita akan menunjukkan tanda-tanda secara umum yang sehat walaupun tanda-tanda demensia masih sulit dihilangkan. Terkait hal tersebut beberapa lansia yang menjadi objek observasi

mengemukakan dan menunjukkan dukungan yang minimal demensia tidak tertangani secara optimal di Temanggung. Akibat demensia juga akan mempengaruhi lini kehidupan lain seperti emosi, apatis, perilaku social, bahkan pada fisik klien seperti personal hygiene, *activity daily livings*. Berdasarkan uraian identifikasi di atas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian adakah Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Terjadinya Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Terjadinya Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik responden pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

1.3.2.2 Mengidentifikasi demensia pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

1.3.2.3 Mengidentifikasi dukungan keluarga demensia pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

1.3.2.4 Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan demensia pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan dari latar belakang dan perumusan masalah di atas maka manfaat penelitian ini adalah :

1.4.1 Bagi Lansia dan Keluarga

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan petunjuk untuk keluarga agar dapat memberikan dukungan yang maksimal kepada anggota keluarganya yang menderita demensia dengan cara memberikan dukungan semaksimal mungkin agar tanda-tanda demensia menurun.

1.4.2 Bagi Puskesmas

Diharapkan dengan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tolak ukur terjadinya demensia di wilayah puskesmas, sehingga dengan hasil ini diharapkan puskesmas dapat melakukan tindak lanjut seperti memberikan program-program puskesmas yang diberikan kepada penderita agar demensia dapat diminimalisir.

1.4.3 Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi sumbangsih ilmu keperawatan komunitas dan dapat diaplikasikan kepada seluruh kegiatan asuhan keperawatan pada lansia dan dimasukkan dalam kegiatan intervensi dan implementasi keperawatan pada kasus demensia.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Menambah ilmu, wawasan dan pengalaman bagi peneliti tentang hubungan dukungan keluarga terhadap terjadinya demensia pada lansia di wilayah kerja puskesmas temanggung.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

1.5.1 Lingkup Masalah

Lingkup Masalah dalam penelitian ini adalah pada pasien lansia yang mengalami demensia di wilayah kerja puskesmas temanggung.

1.5.2 Lingkup Subyek

Sasaran dari penelitian ini ditujukan kepada lansia yang mengalami demensia dan keluarganya yang merawat.

Sasaran dari penelitian ini

1.5.3 Lingkup Tempat dan Waktu

Penelitian ini akan dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

1.6 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan Dengan Penelitian yang akan Diteliti
1	Dwi Handayani, 2012	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Lansia Dalam Mengikuti Posyandu Lansia Di Posyandu Lansia Jetis Desa Krajan Kecamatan Weru Kabupaten Sukoharjo	Penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Hasil analisa univariat menunjukkan bahwa sebagian responden memiliki kepatuhan yang rendah (71%), dan sebagian besar memiliki dukungan keluarga yang rendah (60%). Analisa bivariat dengan menggunakan <i>chi square</i> didapatkan hasil tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan lansia dalam mengikuti posyandu lansia dengan P value = 0.393, OR=1.615 dan CI 95% (0,674 - 3,871).	<ul style="list-style-type: none"> - Penelitian tersebut variable terikatnya adalah Kepatuhan lansia dalam mengikuti posyandu lansia. Sedangkan peneliti yang akan dilakukan untuk mengetahui hubungan terjadinya demensia pada lansia. - Sampel berbeda - Variabel berbeda yaitu dukungan keluarga dengan demensia - Penelitian menggunakan desain korelatif
2	Tahan P. Hutapea, 2009	Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis	Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan <i>cross sectional</i> .	Analisis regresi ordinal menunjukkan adanya pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat antituberkulosis. Hasil analisis menunjukkan nilai $F=5,502$ dan $p=0,001$ ($p<0,05$) dan koefisien korelasi sebesar $r=0,210$. Hasil analisis tersebut menunjukkan semakin tinggi dukungan keluarga, semakin tinggi pula tingkat kepatuhan penderita minum OAT.	<ul style="list-style-type: none"> - Penelitian tersebut variable terikatnya adalah kepatuhan minum obat anti tuberkulosis, Sedangkan peneliti yang akan dilakukan untuk mengetahui hubungan terjadinya demensia pada lansia. - Sampel berbeda - Variabel berbeda yaitu dukungan keluarga dengan demensia - Penelitian menggunakan desain korelatif

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan Dengan Penelitian yang akan Diteliti
3	Dwiyani Kartikasari, 2012	Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Pada Lansia Demensia Oleh Keluarga	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan fisiologis sebanyak 59,4% terpenuhi, kebutuhan keamanan dan keselamatan sebanyak 56,2% tidak terpenuhi, kebutuhan mencintai dan dicintai sebanyak 56,2% terpenuhi, kebutuhan harga diri sebanyak 59,4% terpenuhi dan kebutuhan aktualisasi diri sebanyak 46,9% tidak terpenuhi. Dibutuhkan peran keluarga sebagai <i>support system</i> dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia pada lansia demensia oleh keluarga di Posyandu Lansia Kelurahan Tembalang.	Penelitian tersebut variable bebasnya adalah pemenuhan kebuhan dasar manusia, sedangkan penelitian yang akan dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga.
4	Ria Karmita, 2012	Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Peningkatan Kesehatan Lansia Di Rw 07 Kelurahan Kayu Manis Kecamatan Jakarta Timur.	Penelitian ini menggunakan metode uji korelatif dengan pendekatan <i>cross section</i> , analisa data menggunakan uji analisis chi square.	- lansia dukungan instrumental baik 60%, - dukungan informasi baik 52%, - dukungan emosional baik 55%, - dukungan harga diri baik 57% - dukungan sosial keluarga baik sebanyak 60%. - Uji statistik menyatakan ada pengaruh antara dukungan sosial keluarga terhadap peningkatan kesehatan lansia ($t=14.764$, $p<0,05$).	Penelitian tersebut variable bebasnya adalah peningkatan kesehatan lansia, sedangkan penelitian yang akan dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga. Uji korelasi yang akan digunakan adalah spearman rank

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Lanjut Usia

2.1.1 Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia adalah kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas. Ada beberapa pembagian lansia, antara lain menurut WHO, Depkes RI, dan menurut pasal 1 undang – undang No.4 tahun 1965. Departemen Kesehatan RI membagi lansia sebagai berikut : kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun) sebagai masa vibrilitas, kelompok usia lanjut (55-64 tahun) sebagai presenium, kelompok usia lanjut (≥ 65 tahun) sebagai senium (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Menurut pasal 1 Undang- Undang No. 4 tahun 1965 : “Seseorang dinyatakan sebagai orang jompo atau usia lanjut setelah yang bersangkutan mencapai usia 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari, dan menerima nafkah dari orang lain”.

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO), usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut : usia pertengahan (*middle age*) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun, usia lanjut (*elderly*) antara 60-74 tahun, usia tua (*old*) antara 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang memasuki usia dengan tingkat kemandirian yang minimal untuk keperluan pribadinya serta memerlukan bantuan orang disekitarnya yang dimulai usia 45 tahun.

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Batasan-batasan lanjut usia menurut WHO, dikelompokkan menjadi 4 meliputi Usia pertengahan (*middle age*) usia 45 – 59 tahun, Usia lanjut (*elderly*) usia 60 – 74 tahun, lansia tua (*old*) usia 75 – 90 tahun dan Lansia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun (*World Health Organization*, 2016). Sedangkan menurut Departemen

Kesehatan RI (2009) mengklasifikasikan lansia menjadi beberapa klasifikasi yaitu: masa lansia awal usia 46 sampai dengan 55 tahun, masa lansia akhir usia 56 sampai dengan 65 tahun dan masa manula usia 65 keatas (Depkes RI, 2009).

2.1.3 Tipe-Tipe Lansia

Tipe lansia dibagi menjadi 5 tipe yaitu tipe arif bijaksana, tipe mandiri, tipe tidak puas, tipe pasrah dan tipe bingung.

1. Tipe arif bijaksana, yaitu kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
2. Tipe mandiri, yaitu mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.
3. Tipe tidak puas, yaitu konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.
4. Tipe pasrah, yaitu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.
5. Tipe bingung yaitu kaget, kehilangan, kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh (Nugroho, 2008).

2.1.4 Perubahan Proses Menua

Dengan makin lanjutnya usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan anatomik dan fungsional atas organ-organya makin besar. Penurunan anatomik dan fungsi organ tersebut tidak dikaitkan dengan umur kronologik akan tetapi dengan umur biologiknya (Darmojo 2009). Perubahan ini terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis (Maryam, 2008).

2.1.4.1 Perubahan fisik

Perubahan fisik yang dapat di temukan pada lansia ada berbagai macam yang antara lain :

- a. Kardiovaskuler : kemampuan memompa darah menurun, elastis pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

- b. Respirasi : elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, dan terjadi penyempitan bronkus.
- c. Persyarafan : saraf panca indra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stres.
- d. Muskuloskeletal : cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (*osteoporosis*), bungkuk (*kifosis*), persendiaan membesar dan menjadi kaku.
- e. Gastrointestinal : esofagus membesar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltik menurun.
- f. Vesika urinaria : otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan retensi urine.
- g. Kulit : keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, rambut memutih (*uban*), dan kelenjar keringat menurun (Nugroho, 2011).

2.1.4.2 Perubahan sosial

Perubahan fisik yang dialami lansia seperti berkurangnya fungsi indera pendengaran, penglihatan, gerak fisik dan sebagainya menyebabkan gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia, misalnya badanya membungkuk, pendengaran sangat berkurang, penglihatan kabur sehingga sering menimbulkan keterasingan. Keterasingan ini akan menyebabkan lansia semakin depresi, lansia akan menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain (Darmojo, 2009).

2.1.4.3 Perubahan psikologis

Pada lansia pada umumnya juga akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia semakin lambat. sementara fungsi psikomotorik meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi menurun, yang berakibat lansia menjadi kurang cekatan (Nugroho, 2011). Beberapa perubahan psikologis yang terjadi pada lansia adalah:

- 1) Kecemasan dan Ketakutan

Kecemasan dan ketakutan yang muncul misalnya cemas akan perubahan fisiknya dan fungsi anggota tubuh, cemas akan kekuatan sosial, cemas akan tersingkir dari kehidupan sosial, takut penyakit, takut mati, takut kekurangan uang. Keadaan ini disertai rasa sedih, bimbang dan terancam sampai kedalam batinnya. Bila yang ditakutkan menjadi kenyataan, maka lansia akan menjadi penakut, penuh duka dan curiga. Bila lansia berhasil menguasai rasa takut, lansia akan mengupayakan menghadapi diri apa adanya dengan segala kelemahan dan keunggulannya.

2) Mudah Tersinggung

Suasana hati lansia cenderung peka, mudah tersinggung dan cepat berubah. Perasaan penuh dengan ketegangan, gelisah dan sikap banyak menuntut, bahkan kadang kala terjadi ledakan emosional yang penuh kecurigaan.

3) Rasa Kesepian

Bagi lansia yang sudah janda atau duda kesadaran akan kesendirian sering menjadi pengalaman yang menakutkan. Teman dekat satu persatu meninggal, selain itu anak-anak meninggalkan rumah untuk membentuk keluarga sendiri. Rasa sepi ini dapat menimbulkan kesangsian akan makna nilai dirinya dan guna bagi masyarakat.

4) Hilangnya Kepercayaan Diri

Lansia sering merasa tidak yakin akan dirinya dan menjalani hidup dengan perasaan iri dan benci. Kadang kala ia gembira bila melihat kegagalan generasi muda.

5) Bermimpi Masa Lampau

Sebagian lansia suka bermimpi hayalan kosong mengenai masa lampau. Lansia berusaha melarikan diri dari masa kini yang tidak menyenangkan dan masa mendatang yang kurang memberikan harapan, ke masa lampau dengan kenang-kenanganyang menyenangkan.

6) Egois

Lansia merasa bahwa kekuatannya makin surut. Sebagai kompensasi, munculnya pelampiasan dalam bentuk kesombongan, keras kepala, mementingkan diri sendiri dan merasa dirinya paling benar.

2.2 Demensia

2.2.1 Definisi Demensia

Demensia adalah suatu sindroma klinik yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan ingatan / memori sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari ditandai dengan adanya gangguan mengingat jangka pendek dan mempelajari hal-hal baru, gangguan kelancaran berbicara (sulit menyebutkan nama benda dan mencari kata-kata untuk diucapkan), keliru mengenai tempat, waktu, orang atau benda, sulit hitung menghitung, tidak mampu lagi membuat rencana, mengatur kegiatan, mengambil keputusan, dan lain-lain (Sumijatun, 2005).

Demensia adalah sindroma klinis yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Demensia merupakan keadaan ketika seseorang mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir lain yang secara nyata mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari (Nugroho, 2008).

Berdasarkan definisi para ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa demensia merupakan salah satu gangguan yang terjadi pada lansia sebagai efek dari perubahan fisiologis yang berupa kemunduran kognitif.

2.2.2 Klasifikasi demensia

Demensia terbagi atas 2 dimensi menurut umur dan menurut level kortikal. Demensia menurut umur terbagi atas, Demensia senilis lansia yang berumur > 65 tahun dan demensia presenilis lansia yang berumur < 65 tahun. Sedangkan demensia menurut level kortikal terbagi atas, Demensia kortikal terjadi karena adanya gangguan fungsi luhur; afasia, agnosia, apraksia sedangkan demensia subkortikal terjadi gangguan yaitu apatis, *forgetful*, lamban, adanya gangguan gerak (Sjahrir, 2004).

2.2.3 Penyebab demensia

Beberapa penyebab demensia antara lain adanya tumor pada jaringan otak atau metastasis tumor dari luar jaringan otak, mengalami trauma atau benturan yang

mengakibatkan perdarahan dan terjadinya infeksi kronis kelainan jantung dan pembuluh darah. Demensia juga disebabkan oleh kelainan kongenital seperti penyakit Huntington, dan penyakit *Metachromatic leukodystrophy* (kelainan dari bagian putih jaringan otak) (Atun, 2010). Menurut Nugroho (2008) penyebab umum demensia digolongkan menjadi 2 antara lain:

2.2.3.1 Faktor Internal

Menurut Wreksoatmodjo (2014), pada factor internal ditunjukkan beberapa penyebab yang menyebabkan terjadinya demensia yang berasal dari dalam seseorang, antara lain:

1. Degenerasi yang berhubungan dengan proses menua.
2. Infeksi yang Menyerang Sistem Kekebalan Tubuh

Orang yang mengalami infeksi yang menyerang pada bagian sistem kekebalan tubuh juga bisa terkena demensia. Gejala ini awalnya memang sangat ringan seperti jenis demam biasa. Ketika tubuh Anda demam maka sebenarnya terjadi perlawanan infeksi yang sangat kuat dari tubuh itu sendiri. Kemudian dalam kondisi tertentu demam juga bisa menjadi pertanda ada infeksi yang muncul pada bagian otak. Beberapa penyakit infeksi yang paling sering menyebabkan kerusakan otak misalnya meningitis, ensefalitis, sifilis dan penyakit multiple sclerosis.

3. Primary dementia yang disebabkan kerusakan jaringan otak.

Di dalamnya termasuk penyakit Alzheimer, demensia lobus frontal, dan penyakit Pick. Demensia lobus frontal disebabkan oleh gangguan genetik, di mana gen bermutasi dan mempengaruhi bagian dari otak depan. Penyakit Pick adalah jenis yang cukup jarang dari tipe demensia primer yang dikarakteristikan sebagai suatu penyebab hilangnya kemampuan sosial, bahasa, dan memori secara progresif dan akhirnya mengarah pada perubahan kepribadian.

4. Usia

Dapat dipahami jika angka kejadian demensia meningkat sesuai dengan pertambahan usia; peningkatannya sekitar dua kali lipat setiap pertambahan usia 5 tahun. Suatu meta analisis menghasilkan angka insidensi demensia sedang-berat di AS sebesar 2.4, 5.0, 10.5, 17.7 dan 27.5 per 1000 person-years

pada kelompok usia berturut-turut 65-69, 70-74, 75- 79, 80-84 dan 85-89 tahun. Untuk demensia Alzheimer, angkanya berturut-turut 1.6, 3.5, 7.8, 14.8 dan 26.0 per 1000 person-years. Angka tersebut akan dua-tiga kali lipat jika kasus-kasus ringan juga dihitung. Penelitian LEILA75+ di Jerman menghasilkan annual incidence rate demensia antara 45.8–47.4 per 1000 personyears. Studi EURODEM dari 8 negara Eropa menghasilkan prevalensi demensia mulai dari 0.4% pada pria dan perempuan usia 60- 64 tahun sampai 22.1% pada pria dan 30.8% pada wanita berusia lebih dari 90 tahun.

5. Gender

Tidak terdapat perbedaan insidensi demensia akibat semua penyebab antara laki-laki dan perempuan. Beberapa studi besar tidak menemukan perbedaan insiden demensia Alzheimer maupun demensia vaskuler di kalangan laki-laki dan perempuan. Meskipun demikian, dua meta analisis menyimpulkan bahwa perempuan lebih cenderung menderita demensia Alzheimer, khususnya di usia sangat lanjut. Asosiasi ini menetap sekalipun dikoreksi mengingat perempuan mempunyai harapan hidup lebih panjang. Sebaliknya laki-laki cenderung lebih berisiko menderita demensia vaskuler dibandingkan perempuan, terutama di usia lebih muda. Hal ini dapat karena ada faktor risiko seperti penyakit kardiovaskuler yang lebih sering dijumpai di kalangan laki-laki

6. Ras

Beberapa studi di AS menunjukkan bahwa insiden demensia dan Alzheimer kira-kira dua kali lebih tinggi di kalangan Afrika-amerika dan Hispanik dibandingkan dengan kulitputih. Prevalensi demensia dan Alzhemier agaknya lebih rendah di negara-negara Asia dibandingkan dengan di AS selain itu prevelensi demensia di kalangan orang Jepang di Jepang lebih rendah daripada di kalangan Jepang-Amerika yang tinggal di Hawaii. Penelitian di Singapura yang sebagian besar penduduknya etnis Cina, mendapatkan prevalensi demensia sebesar 1.26%, etnis Melayu dua kali lebih berisiko Alzheimer dibandingkan dengan etnis Cina, sedangkan etnis India dua kali lebih berisiko Alzheimer dan demensia vaskuler dibandingkan dengan etnis Cina. Perbedaan ini dapat lebih dipengaruhi oleh faktor lingkungan daripada oleh faktor genetik; diperlukan penelitian lanjutan untuk mencari faktor utama penyebab perbedaan tersebut.

7. Genetik

Penyakit Alzheimer (AD) merupakan penyakit genetik heterogen; dikaitkan dengan satu susceptibility (risk) gene dan tiga determinative (disease) genes.²³ Susceptibility (risk) gene yang diketahui ialah alel apolipoprotein E ϵ 4 (APOE ϵ 4) di khromosom 19 pada q13.2. meskipun adanya alel tersebut di individu asimtomatik tidak memprediksi AD di kemudian hari. Ada satu jenis penyakit Alzheimer early-onset yang sangat jarang; jenis yang diturunkan secara autosomal dominan ini dikaitkan dengan mutasi di khromosom 1 (gen presenilin 2 –PS2) atau di khromosom 14 (gen presenilin 1 – PS1), atau lebih jarang lagi, di khromosom.

2.2.3.2 Faktor Eksternal

Sindroma demensia dengan etiologi penyakit yang dapat diobati atau bagian luar, dalam golongan ini diantaranya :

1. Penyakit cerebro kardiofaskuler
2. Penyakit- penyakit metabolic
3. Gangguan nutrisi
4. Akibat intoksikasi menahun
5. Hidrosefalus komunikans
6. Sindroma demensia dengan penyakit yang etiologi dasarnya tidak dikenal, Sering pada golongan ini tidak ditemukan atrofia serebri, mungkin kelainan terdapat pada tingkat subseluler atau secara biokimiawi pada sistem enzim, atau pada metabolisme seperti yang ditemukan pada penyakit alzheimer dan demensia senilis.
7. Sindroma demensia dengan etiologi yang dikenal tetapi belum dapat diobati, Penyebab utama dalam golongan ini diantaranya :
 - a. penyakit degenerasi spino-serebelar.
 - b. subakut leuko-ensefalitis sklerotik van bogaert
 - c. khorea huntington
 - d. penyakit jacob-creutzfeld dan lain-lain.

2.2.4 Tanda dan Gejala

Gejala klasik penyakit demensia alzheimer adalah kehilangan memori (daya ingat) yang terjadi secara bertahap, termasuk kesulitan menemukan atau menyebutkan kata yang tepat, tidak mampu mengenali objek, lupa cara menggunakan benda biasa dan sederhana, seperti pensil, lupa mematikan kompor, menutup jendela atau menutup pintu, suasana hati dan kepribadian dapat berubah, agitasi, masalah dengan daya ingat, dan membuat keputusan yang buruk dapat menimbulkan perilaku yang tidak biasa.

Gejala ini sangat bervariasi dan bersifat individual. Gejala bertahap penyakit alzheimer dapat terjadi dalam waktu yang berbeda-beda, bisa lebih cepat atau lebih lambat. Gejala tersebut tidak selalu merupakan penyakit alzheimer, tetapi apabila gejala tersebut berlangsung semakin sering dan nyata, perlu dipertimbangkan kemungkinan penyakit alzheimer (Nugroho, 2008).

2.2.5 Kriteria Derajat Demensia

2.2.5.1 Demensia Ringan

Walaupun terdapat gangguan berat daya kerja dan aktivitas sosial, kapasitas untuk hidup mandiri tetap dengan higiene personal cukup dan penilaian umum yang baik.

2.2.5.2 Demensia Sedang

Hidup mandiri berbahaya diperlukan berbagai tingkat suportivitas.

2.2.5.3 Demensia Berat

Aktivitas kehidupan sehari-hari terganggu sehingga tidak berkesinambungan, inkoheren

2.2.6 Stadium Demensia

Stadium demensia di bagi menjadi 3 yaitu stadium awal, stadium menengah, stadium akhir.

2.2.6.1 Stadium awal

Gejala stadium awal yang dialami lansia menunjukkan gejala sebagai yaitu kesulitan dalam berbahasa dan komunikasi mengalami kemunduran daya ingat serta disorientasi waktu dan tempat.

2.2.6.2 Stadium menengah

Pada stadium menengah, demensia ditandai dengan mulai mengalami kesulitan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dan menunjukkan gejala seperti mudah lupa, terutama untuk peristiwa yang baru dan nama orang. Tanda lainnya adalah sangat bergantung dengan orang lain dalam melakukan sesuatu misalnya ke toilet, mandi dan berpakaian.

2.2.6.3 Stadium lanjut

Pada stadium lanjut, lansia mengalami ketidakmandirian dan in aktif yang total serta tidak mengenali lagi anggota keluarga (disorientasi personal). Lansia juga sukar memahami dan menilai peristiwayang telah dialaminya (Nugroho, 2008).

2.2.7 Alat Ukur Demensia

Untuk mengetahui ada tidaknya demensia pada lansia digunakan tes Mini Mental state Examination (tes mini mental) yang dikemukakan oleh Tedjasukmana dalam Patriyani (2009) untuk mendeteksi adanya dan tingkat kerusakan kognitif. Pemeriksaan status mental singkat yang telah terstandarisasi ini bertujuan untuk mengkristalkan pemeriksaan fungsi-fungsi kognitif kompleks melalui satu atau dua pertanyaan. MMSE ini adalah salah satu pemeriksaan mental mini yang cukup populer digunakan sebagai alat untuk mendeteksi adanya gangguan kognitif pada seseorang/individu, mengevaluasi perjalanan suatu penyakit yang berhubungan dengan proses penurunan kognitif dan memonitor respon terhadap pengobatan. MMSE sangat reliabel untuk menilai gangguan fungsi kognitif dan dapat digunakan secara luas sebagai pemeriksaan yang sederhana untuk penapisan adanya gangguan fungsi kognitif. Nilai MMSE dipengaruhi dipengaruhi oleh faktor sosiodemografik, behavior dan lingkungan. MMSE menilai fungsi-fungsi kognitif secara kuantitatif dengan skor maksimal adalah 30. Kuesioner ini berisikan 30 item pertanyaan yang pertanyaan tersebut diajukan oleh peneliti kemudian pasien menjawab untuk diberikan skor apabila jawaban tepat dan sesuai. Skor MMSE dapat dikategorikan baik/normal apabila total skor 25-30, gangguan kognitif

ringan dengan total skor 21-24, gangguan kognitif sedang dengan total skor 10-20 dan gangguan kognitif berat dengan total skor < 10.

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiawati, 2008). Keluarga adalah satu atau lebih dari dua individu yang tinggal bersama tergabung menjadi ikatan karena adanya hubungan darah atau perkawinan dan hidup dalam satu rumah tangga.

2.3.2 Ciri – Ciri Keluarga

Robert macler dan Charles morton page menjelaskan ciri-ciri keluarga :

- a) Keluarga merupakan hubungan perkawinan
- b) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang disengaja dibentuk atau dipelihara
- c) Keluarga mempunyai suatu system tata nama (nomenclature), termasuk perhitungan garis keturunan
- d) Keluarga yang mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak
- e) Keluarga mempunyai tempat tinggal bersama, rumah, atau rumah tangga.

2.3.3 Struktur keluarga menurut Mubarak (2009) antara lain :

2.3.3.1 Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila: jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai dan ada hirarki kekuatan, komunikasi keluarga bagi pengirim: memberikan pesan, memberikan umpan balik dan valid.

2.3.3.2 Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Jadi pada struktur peran bisa bersifat formal atau informal.

2.3.3.3 Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk, mengontrol, mempengaruhi atau mengubah perilaku orang lain.

2.3.3.4 Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

Adapun tipe keluarga menurut Suprajitno (2004) dikelompokkan menjadi dua yaitu:

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- b. Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakeknenek, paman-bibi).

2.3.4 Dukungan Keluarga

Friedman dalam Murniasih (2007) menyatakan Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika di perlukan. Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan (Setiadi, 2008).

Menurut Smet dalam Christine (2010) Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional

dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya tersebut bersifat reprobabilitas (timbang balik) (Friedman, 2010).

WHO mendefinisikan keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (Mubarak, 2006). Menurut Dep. Kes RI keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiawati, 2008). Keluarga adalah satu atau lebih dari dua individu yang tinggal bersama tergabung menjadi ikatan karena adanya hubungan darah atau perkawinan dan hidup dalam satu rumah tangga.

Keluarga juga menjadi kunci untuk penyembuhan gangguan jiwa dan keluarga menjadi yang paling terpenting dalam penyembuhan, meskipun keluarga tidak selalu menjadi sumber positif kesehatan jiwa. (Videbeck, 2008 dan Murwani, 2008).

2.3.5 Fungsi Dukungan Keluarga

Caplan (1976) dalam Friedman (2010) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional.

- a. Dukungan informasional dalam keluarga memfungsikan keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang

dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

- b. Dukungan penilaian dalam keluarga menjadikan keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.
- c. Dukungan instrumental dalam suatu keluarga membuat keluarga dianggap sebagai sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan.
- d. Dukungan emosional dalam keluarga memiliki fungsi bahwa keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

2.3.6 Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 2010).

2.3.7 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010).

Wills dalam Friedman (2010) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan dan Austin dalam Friedman, 2010).

2.3.8 Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa factor baik dari internal maupun eksternal. Menurut Purnawan (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

1) Faktor Internal

a. Tahap Perkembangan

Artinya dukungan dapat di tentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia

(bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b. Pendidikan atau Tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termaksud kemampuan untuk memahami faktor-faktor berhubungan dengan penyakit dan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c. Faktor Emosi

Faktor emosi juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respons emosional yang kecil selama ia sakit. Seseorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengalaman.

d. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang mengalami kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2) Faktor Eksternal

a. Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberi dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya.

b. Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

c. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.3.9 Komponen Dukungan Keluarga

Komponen-komponen dukungan keluarga menurut Sarafino dalam Christine (2010), terdiri dari :

a. Dukungan pengharapan

Dukungan pengharapan meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan

perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi coping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

b. Dukungan nyata

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

c. Dukungan informasi

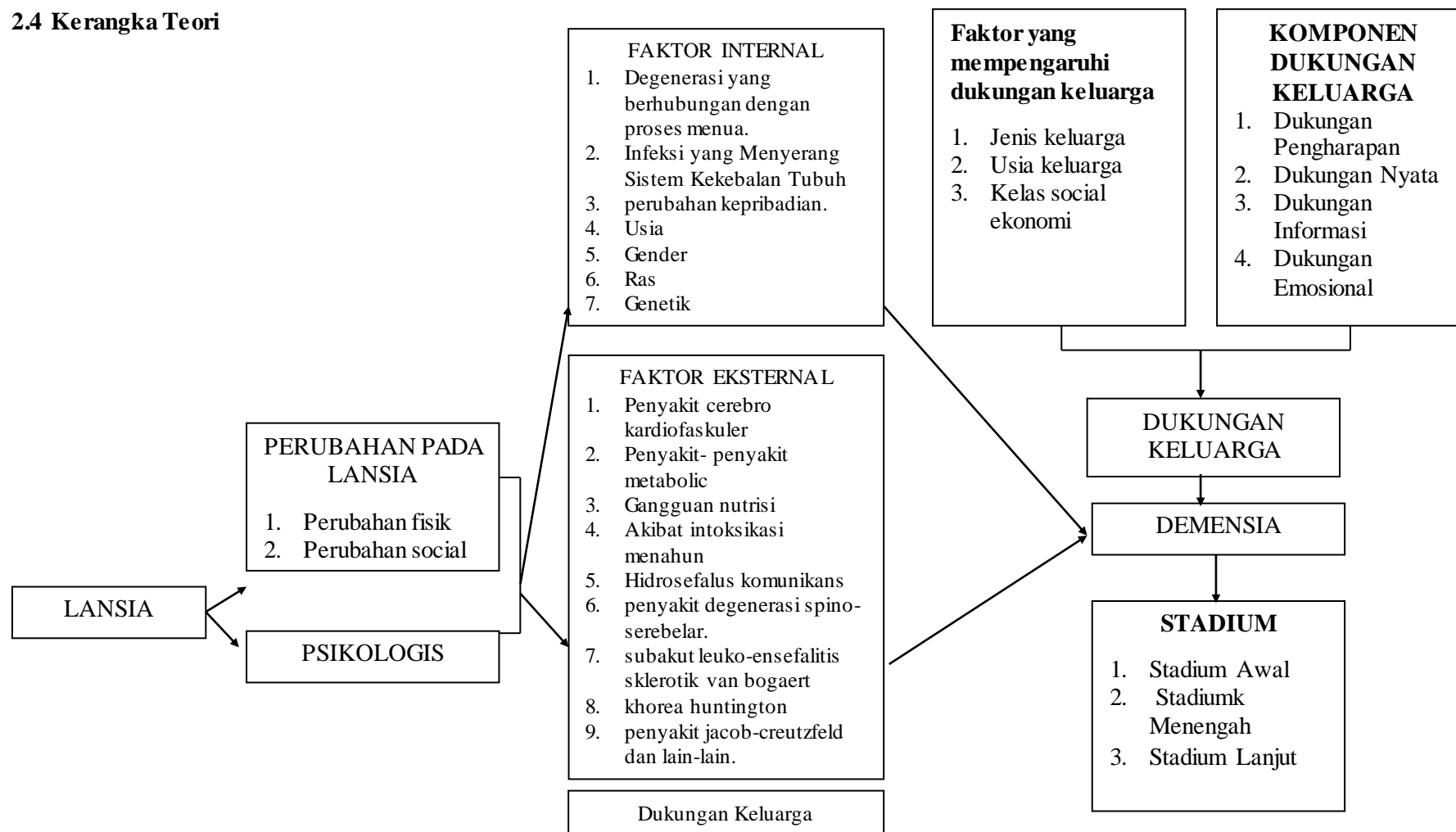
Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya, dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan feed back. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk

semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

(Nugroho (2011), Atun (2010), Setiawati (2008), Christine (2010))

2.5 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Ha: Terdapat hubungan dukungan keluarga terhadap terjadinya demensia pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

Ho: Tidak terdapat hubungan dukungan keluarga terhadap terjadinya demensia pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Temanggung.

BAB 3

METODOLOGI

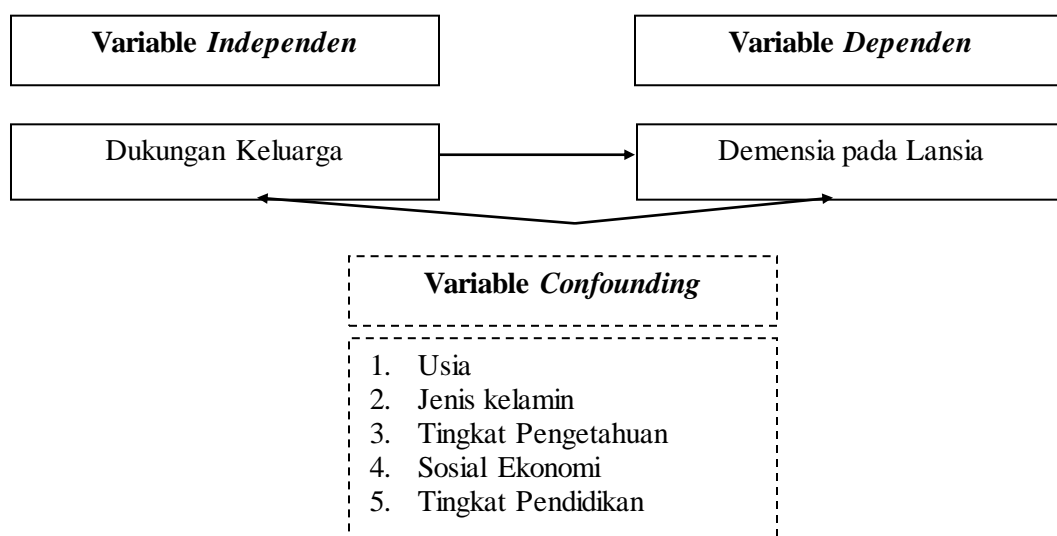
Pada sub bab ini dijelaskan mengenai metodologi penelitian yang akan digunakan dalam penelitian yang akan dilakukan di daerah binaan wilayah kerja Puskesmas Temanggung.

3.1 Jenis Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan di dalam penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan desain yang digunakan adalah *cross sectional*. Jenis *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menggunakan waktu pengukuran/observasi data variable independen dan dependen hanya satu kali pada satu waktu (Nursalam, 2008). Pengukuran dilakukan secara bersama kemudian dianalisa korelasi dari semua variabel yang akan diteliti. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara variabel bebas yaitu dukungan keluarga dengan variabel terikat yaitu demensia pada lansia di daerah binaan wilayah kerja Puskesmas Temanggung.

3.2 Kerangka Konsep

Menurut Nursalam (2008) konsep adalah abstraksi dari suatu realita agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterikatan antara variable (baik variable yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori. Kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

: Variabel yang diteliti

: Variabel tidak diteliti

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan hal-hal yang berkaitan dengan variable yang diteliti dalam penelitian ini. Diantaranya menjelaskan definisi, cara ukur, alat ukur, hasil ukur dan skala. Variable independent pada penelitian ini adalah dukungan keluarga, dan pada variable dependent pada penelitian ini adalah demensia pada lansia.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Independen

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Dukungan Keluarga	Adalah bentuk support atau dukungan yang diberikan oleh keluarga baik dari anak atau saudaranya yang diberikan untuk lansia yang akan mempengaruhi keadaan lansia tersebut, dukungan yang diberikan dapat berupa penghargaan, dukungan nyata non material.	Kuesioner dukungan Keluarga oleh Karmita (2012)	Kuesioner berisi 24 pertanyaan dengan cara memberi penilaian dari 1-4	1. 24-38: Kurang 2. 39-53: Sedang 3. 54-96: Baik	Ordinal

Variabel Dependen

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Demensia pada lansia	Demensia merupakan gangguan yang biasa terjadi pada lansia dengan ciri-ciri lansia menjadi cepat lupa dan daya ingat menjadi turun sebagai akibat dari perubahan beberapa fungsi tubuh.	Tes MMSE (Mini Mental state Examination) tes mini mental untuk mendeteksi adanya dan tingkat kerusakan intelektual.	Kuesioner dengan jumlah 19 pernyataan	1. Baik/normal : 25-30 2. Gangguan kognitif ringan : 21-24 3. Gangguan kognitif sedang : 10-20 4. Gangguan kognitif berat : < 10	Ordinal

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia di daerah binaan wilayah kerja Puskesmas Temanggung sejumlah 2546 lansia sesuai hasil data statistik Pukesdmas Temanggung tahun 2016.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah sebuah bagian dari jumlah populasi yang diambil dengan cara tertentu yang mewakili karakteristik tertentu jelas, lengkap, serta dapat mewakili suatu populasi (Sarwono, 2010). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. *Non Probability Sampling* adalah teknik sampling yang memberi peluang atau kesempatan tidak sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Pemilihan elemen-elemen sampel didasarkan pada kebijaksanaan peneliti sendiri. Pada prosedur ini, masing-masing elemen tidak diketahui apakah berkesempatan menjadi elemen-elemen sampel atau tidak. Sugiyono (2009) menyatakan bahwa *purposive sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Pemilihan sekelompok subjek dalam *purposive sampling*, didasarkan atas ciri-ciri tertentu yang dipandang mempunyai sangkut paut yang erat dengan ciri-ciri populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Dengan kata lain unit sampel yang dihubungi disesuaikan dengan kriteria-kriteria tertentu yang diterapkan berdasarkan tujuan penelitian. Kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Lansia adalah warga daerah binaan wilayah kerja Puskesmas Temanggung berusia lebih dari 65 tahun.
2. Lansia yang tidak mengalami demensia, demensia ringan dan sedang
3. Lansia bersedia dijadikan responden

Sedangkan untuk kriteria eklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Lansia yang mengalami masalah psikologis jiwa atau mental
2. Lansia yang menderita penyakit kronis

Untuk jumlah populasi yang telah diketahui dapat menggunakan rumus Taro Yamane dalam Rakhmad (2001) untuk menghitung jumlah sampel yang diperlukan:

$$n = \frac{N}{N d^2 + 1}$$

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = level signifikansi yang diinginkan (umumnya 0,05 untuk bidang non-eksak dan 0,01 untuk bidang eksakta).

Adapun penentuan sampel mengambil presisi ditetapkan sebesar 10% dengan tingkat kepercayaan 90%, maka ukuran sampelnya dapat ditetapkan sebagai berikut:

$$n = \frac{2546}{2546 (0,10)^2 + 1}$$

$$n = \frac{2546}{2546 (0,01) + 1}$$

$$n = \frac{2546}{25,46 + 1}$$

$$n = \frac{25,66}{26,46}$$

$$n = 96,22 \text{ dibulatkan } 96$$

Adapun perhitungan sampel secara proporsional yang mewakili responden di tiap dusun yang masuk dalam daerah binaan puskesmas Temanggung adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2
Perhitungan Sampel Proporsional

No.	Nama Desa	Jumlah Lansia	Perhitungan Sampel	Jumlah
1.	Temanggung I	252	$(252/2546) \times 96$	10
2.	Temanggung II	261	$(261/2546) \times 96$	10
3.	Jampiroso	290	$(290/2546) \times 96$	11
4.	Kertosari	301	$(301/2546) \times 96$	11
5.	Banyuurip	233	$(233/2546) \times 96$	9
6.	Jurang	188	$(188/2546) \times 96$	7
7.	Tlogorejo	176	$(176/2546) \times 96$	7

8.	Joho	28	$(28/2546) \times 96$	1
9.	Kebonsari	96	$(96/2546) \times 96$	4
10.	Manding	165	$(165/2546) \times 96$	6
11.	Gilingsari	65	$(65/2546) \times 96$	2
12.	Sidorejo	161	$(161/2546) \times 96$	6
13.	Walitelon Selatan	198	$(198/2546) \times 96$	7
14.	Walitelon Utara	132	$(132/2546) \times 96$	5
TOTAL				96

3.5 Waktu dan Tempat

3.5.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Juli 2017 dengan diawali dengan studi pendahuluan, pengajuan proposal, pengambilan data, pelaporan hasil dan dokumentasi

3.5.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Temanggung.

3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Alat Pengumpul Data

Penelitian ini menggunakan alat berupa kuesioner yang berisikan beberapa pertanyaan yang sinkron atau mengacu pada tinjauan teori sebelumnya. Kuesioner terdiri dari beberapa bagian, diantaranya: kuesioner data diri lansia, kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner demensia pada lansia. Untuk mengetahui ada tidaknya demensia pada lansia digunakan tes Mini Mental state Examination (tes mini mental) yang dikemukakan oleh Tedjasukmana dalam Patriyani (2009) untuk mendeteksi adanya dan tingkat kerusakan kognitif. Kuesioner ini berisikan 30 item pertanyaan yang pertanyaan tersebut diajukan oleh peneliti kemudian pasien menjawab untuk diberikan skor apabila jawaban tepat dan sesuai. Skor MMSE dapat dikategorikan baik/normal apabila total skor 25-30, gangguan kognitif ringan dengan total skor 21-24, gangguan kognitif sedang dengan total skor 10-20 dan gangguan kognitif berat dengan total skor < 10 . Untuk pengukuran dukungan keluarga menggunakan kuesioner yang valid dan reliable menurut Karmita (2012)

yang mengukur dukungan keluarga melalui 4 elemen yaitu dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan harga diri, kesehatan fisik dan kesehatan mental. Kuesioner berisikan 24 pertanyaan dengan penilaian skor 1-4, cara pengisian adalah responden membaca pernyataan pada setiap nomornya untuk kemudian memberikan skor 1 sampai dengan 4 sesuai yang dirasakan disetiap pernyataannya dengan keterangan bawah skor 1 apabila tidak pernah, 2 apabila jarang, 3 apabila sering dan 4 apabila selalu. Langkah alur pengisian kuesioner adalah peneliti mendatangi responden dan melakukan informed consent. Peneliti memilih dan menetapkan sampel penelitian sesuai prosedur cara pengambilan sampel. Peneliti melakukan wawancara dengan responden untuk memperoleh data sesuai dengan kuesioner serta melakukan pengukuran status kognitif demensia dan dukungan keluarga. Data yang diperoleh dikelompokkan dan kemudian dilakukan analisa statistik.

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan menggunakan metode survei, yaitu cara penelitian yang diadakan untuk memperoleh fakta atau gejala yang ada dan mencari keterangan secara faktual. Pengambilan data dilakukan dengan cara survei dengan melalui kuesioner yang diberikan langsung kepada responden untuk kemudian diisi oleh setiap responden. Kuesioner adalah suatu teknik pengumpulan data dengan cara menyerahkan atau mengirimkan daftar pertanyaan kepada responden secara langsung untuk diisi sendiri oleh responden. Peneliti melakukan pengambilan data melalui posbindu di desa masing-masing. Kuesioner merupakan tehnik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2008) Metode kuesioner ini bersifat tertutup di mana responden diminta untuk memilih jawaban yang telah disediakan oleh peneliti. Kuesioner diberikan kepada lansia dan dilakukan dengan cara memberikan suatu daftar pertanyaan tentang pokok permasalahan yang akan dibahas. Kuesioner yang telah diisi oleh para responden dijadikan sebagai sumber dari penelitian ini. Peneliti menyebarkan kuesioner

kepada responden dengan memberikan langsung kepada lansia sesuai kriteria yang ditentukan.

3.6.3 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini dalam teknik pengumpulan datanya di bantu oleh asisten peneliti yaitu rekan mahasiswa yang memiliki bidang keilmuan yang sama, dengan cara mendatangi langsung ke kelas-kelas para responden yang akan diteliti. Peneliti melakukan apersepsi kepada asisten peneliti yang telah ditunjuk sehingga dalam penyebaran kuesioner kepada responden mempunyai maksud dan tujuan yang sama dan menghasilkan data yang benar agar tidak terjadi bias dengan hasil yang tidak diharapkan. Asisten peneliti tentunya harus memiliki kualifikasi yang mumpuni terhadap keilmuan yang akan diteliti. Beberapa syarat yang harus dimiliki oleh asisten peneliti adalah memiliki tingkat pendidikan atau sedang menempuh pendidikan keperawatan minimal S1 keperawatan dan memahami bidang ilmu yang akan diteliti. Peran asisten peneliti adalah membantu proses pengambilan data dalam pengisian kuesioner kepada lansia agar proses pengambilan data dapat terlaksana dengan cepat dan tepat.

3.6.4 Validitas

Validitas merupakan indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur sesuai dengan apa yang akan diukur (Notoatmodjo, 2012). Alat ukur yang akan digunakan untuk mengukur dukungan keluarga. Pengujian kuesioner dilakukan dengan uji korelasi antar item pertanyaan dengan menggunakan *uji product moment*, karena variabel berjenis numerik. Pengujian dilakukan dengan bantuan paket program komputer yang menghasilkan nilai korelasi dan signifikansi. Suatu pertanyaan dikatakan valid apabila memiliki nilai signifikansi r hitung lebih besar dari r tabel dan memiliki korelasi positif. Untuk mengetahui validitasnya dengan membandingkan hasil r hitung tabel *product moment*. Bila r hitung lebih besar dari r tabel maka pertanyaan tersebut valid dan dapat digunakan

sebagai alat ukur. Bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka pertanyaan tersebut tidak valid sehingga pertanyaan tersebut diperbaiki, digugurkan atau tidak digunakan. Pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dikarenakan menggunakan kuesioner MMSE dan dukungan keluarga yang sudah valid dan sudah dipergunakan dalam penelitian sebelumnya sehingga kuesioner tersebut sudah valid untuk digunakan sebagai alat ukur. Untuk kuesioner dukungan keluarga seluruh pertanyaan sudah dilakukan uji validitas oleh Karminta (2012) pada 40 responden dengan nilai validitas diatas 0,449 dengan nilai kesalahan 1% pada seluruh pertanyaan pada kuesioner dukungan keluarga. Pada dukungan instrumental memiliki nilai validitas 0,845; 0,813 dan 0,918. Pada dukungan informasi memiliki nilai validitas 0,677; 0,770; 0,898; dan 0,765. Pada dukungan emosional memiliki nilai validitas 0,778; 0,818; 0,743; 0,719 dan 0,831. Pada dukungan harga diri memiliki nilai validitas sejumlah 0,860; 0,833, 0,819 dan 0,876.

3.6.5 Reliabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana alat pengukuran tersebut dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tersebut tetap konsisten atau tetap ajeg bila digunakan dua kali maupun lebih dengan gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2012). Teknik reliabilitas yang digunakan adalah teknik *Alpha Cronbach*. Kriteria suatu instrument penelitian dikatakan reliabel dengan menggunakan teknik ini, bila koefisien reliabilitas (r_{11}) $>$ 0.6 atau dengan dibandingkan dengan r tabel (*product moment*), jika nilai koefisien reliabilitas *Alpha Cronbach* lebih besar dari r tabel, maka dikatakan reliabel, begitu juga sebaliknya. Untuk kuesioner dukungan keluarga menggunakan kuesioner yang valid dan reliabel menurut Karminta (2012) yang mengukur dukungan keluarga melalui 4 elemen yang reliabel dengan nilai reliabilitas yaitu dukungan instrumental 0,903, dukungan informasi 0,838, dukungan emosional 0,820 dan dukungan harga diri 0,883.

3.7 Metode Pengolahan dan Analisa Data

3.7.1 Metode Pengolahan

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pengolahan data dibagi menjadi 4 macam yaitu:

3.7.1.1 Editing

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isi formulir atau kuesioner apakah jawaban yang berada di kuesioner sudah terisi lengkap, jawaban dan tulisan jelas untuk dibaca, relevan dengan pertanyaan serta konsisten. Kuesioner yang disebar adalah 96 kuesioner dan seluruh kuesioner terkumpul seluruhnya.

3.7.1.2 Coding

Merupakan kegiatan mengubah data dari bentuk huruf menjadi data yang berbentuk bilangan, sehingga mempermudah saat analisa data dan juga mempercepat pada saat entry data. Pengkodean pada penelitian ini adalah:

- a. Untuk variabel dukungan keluarga: 1 untuk “kurang”, 2 untuk “sedang” dan 3 untuk “baik”
- b. Untuk variabel demensia: 1 untuk “gangguan kognitif berat”, 2 untuk “gangguan kognitif sedang”, 3 untuk “gangguan kognitif ringan” dan 4 untuk “Baik/normal.”

3.7.1.3 Processing

Merupakan langkah pemrosesan data agar dapat dianalisis, yaitu dilakukan dengan cara memasukan data dari kuesioner ke paket program computer menggunakan *software* SPSS versi 19.

3.7.1.4 Clearing

Membersihkan dan merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dentry di computer kemudian seluruh data tersebut dilakukan analisis.

3.7.2 Analisis Data

Seluruh kuesioner yang diisi dikumpulkan oleh para responden, kemudian dilakukan beberapa prosedural analisis. Semua analisis di olah menggunakan aplikasi SPSS versi 19. Analisis yang digunakan dalam penelitian meliputi:

3.7.2.1 Analisis Univariat

Uji univariat digunakan untuk membuat gambaran distribusi frekuensi setiap variabel penelitian. Distribusi frekuensi dilakukan untuk menggambarkan atau menunjukkan berapa kali suatu nilai hasil pengukuran terjadi dalam seluruh pengukuran sampel dapat berupa tabel, diagram dan naratif. Analisis univariat dilakukan pada faktor-faktor yang mempengaruhi, analisis univariat meliputi gambaran kategori berbentuk distribusi frekuensi dan persentasenya serta deskriptif penjelasannya (Hastono, 2007). Pada analisis univariat data yang akan dianalisis antara lain: jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan dan status ekonomi.

3.7.2.2 Analisis Bivariat

Pada proses analisis bivariate data yang akan dianalisis adalah data dukungan keluarga dan demensia pada lansia. Data yang telah terkumpul diseleksi terlebih dahulu untuk menentukan data tersebut sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Kemudian, data tersebut yang telah terkumpul ditabulasi dan diberi kode. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan demensia pada lansia, peneliti menggunakan perhitungan dengan rumus koefisien korelasi peringkat *Spearman Rank*. Teknik ini digunakan untuk mencari hubungan dan menguji hipotesis antara dua variabel atau lebih, bila datanya berbentuk ordinal atau ranking. Untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu dukungan keluarga dan demensia digunakan uji hipotesis statistik non parametrik dengan uji statistik *Spearman Rank*. Uji ini untuk mengukur tingkat atau eratnya hubungan atau korelasi antara dua variabel yang berskala ordinal (Sopiyudin, 2011). Seluruh data akan dianalisis dengan sistem komputerisasi dengan aplikasi yang mendukung untuk pengujian korelasinya menggunakan SPSS vers 19. Dikatakan uji hubungan kedua variabel terdapat hubungan dan korelasi apabila taraf signifikansi uji tersebut harus kurang dari 0,05 ($p\text{-value} < 0,05$).

3.8 Etika Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa etika penelitian adalah kode etik yang di dalamnya mengandung pedoman etika yang berlaku untuk setiap

kegiatan penelitian yang melibatkan pihak peneliti dan yang diteliti dan tujuan akhir kepada masyarakat yang akan mendapatkan dampak positif atas penelitian yang dibuat. Etika penelitian dibuat dengan tujuan untuk menjamin hak-hak asasi manusia sebagai responden seperti yang disebutkan berikut ini:

3.8.1 *Self Determination*

Yaitu kebebasan kepada responden untuk mau terlibat atau tidak terlibat dalam proses penelitian. Apabila ada calon responden yang mau terlibat dalam penelitian akan dicatat oleh peneliti sebagai responden tetap.

3.8.2 *Privacy*

Kebebasan individu untuk menentukan waktu, cara/alat dan kebebasan memberikan informasi. Peneliti menjelaskan informasi yang disampaikan oleh responden yang pada lembar kuesioner. Sebelum pengisian kuesioner, peneliti maupun asisten saat memberikan kuesioner kepada para lansia menyampaikan bahwa seluruh informasi yang diberikan dalam bentuk jawaban adalah hanya untuk kepentingan penelitian saja.

3.8.3 *Confidentiality (Menyimpan Rahasia)*

Kesanggupan peneliti untuk menyimpan rahasia responden, dengan cara menjamin kerahasiaan akan jawaban yang diberikan atas pertanyaan yang tertulis di dalam kuesioner dengan menjelaskan bahwa jawaban responden digunakan hanya untuk kepentingan penelitian.

3.8.4 *Prinsip Keadilan (Justice)*

Justice merupakan keadilan peneliti terhadap semua responden tanpa harus membedakan mereka, karena setiap responden mempunyai hak yang sama dalam penelitian ini.

3.8.5 Informed Consent

Yaitu surat perjanjian antara pihak peneliti dan pihak responden sebagai bukti ketersediaan sebagai responden, dengan tujuan supaya responden mengerti maksud dan tujuan dari penelitian dan dampak yang diperoleh dari penelitian. Peneliti menghormati hak responden apabila responden yang dipilih tidak nyaman dan tidak bersedia (Notoatmodjo, 2012).

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Wilayah kerja Puskesmas Temanggung, peneliti mendapatkan beberapa kesimpulan yang menjadi tujuan dari penelitian ini, antara lain:

5.1.1 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin didominasi oleh jenis kelamin perempuan, agama yang dianut responden terbanyak yaitu agama Islam, pendidikan responden yaitu terbanyak dengan pendidikan SD serta untuk pekerjaan responden terbanyak dengan jenis pekerjaan petani.

5.1.2 Karakteristik dukungan keluarga terbanyak didominasi oleh kategori sedang.

5.1.3 Karakteristik demensia (gangguan kognitif) responden didominasi oleh kategori gangguan kognitif ringan.

5.1.4 Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan demensia (gangguan kognitif) di Wilayah kerja Puskesmas Temanggung berdasarkan analisis menggunakan uji *spearman rank* dengan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang sangat kuat yaitu 0,808.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Keluarga Lansia

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi panduan untuk keluarga lansia agar dapat meminimalisir kejadian demensia pada anggota keluarganya dengan cara memberikan dukungan kepada lansia secara menyeluruh.

5.2.2 Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan agar dapat menjadi pedoman untuk perawat agar dapat menjalankan perannya sebagai perawat yaitu sebagai educator dan seorang pembaharu (*change of agent*) untuk dapat memberikan edukasi berupa pendidikan kesehatan pentingnya dukungan keluarga dengan cara memasukkan intervensi tersebut dalam asuhan keperawatan.

5.2.3 Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi tambahan ilmu keperawatan gerontologi sehingga kepada seluruh elemen yang terkait dapat menjadikan hasil ini sebagai media untuk mempelajari ilmu perkembangan lansia.

5.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya

Dengan hasil penelitian ini diharapkan menjadi acuan dan pedoman untuk mengembangkan keilmuan keperawatan lansia secara lebih luas sehingga dapat memberikan hasil yang lebih signifikan mengenai dukungan keluarga dan demensia, disarankan untuk penelitian selanjutnya dapat meneliti pengaruh stimulasi kognitif terhadap penurunan demensia.

DAFTAR PUSTAKA

- Atun M. 2010. *Lansia sehat dan bugar*. Yogyakarta: Kreasi Wacana.
- Azizah, Lilik Ma' rifatul, (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Edisi 1. Yogyakarta : GrahaIlmu
- Boedhi-Darmojo, 2009. *Geriatric (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*, Edisi 4, Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Christine, Merlyn. (2010) *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Respon Cemas Anak Usia Sekolah terhadap Pemasangan Intravena di Rumah Sakit Advent Medan*. Diambil pada tanggal 04 April 2013 dari <http://repository.usu.ac.id/>
- Dahlan, S. Sopiudin. 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan, Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat dilengkapi dengan menggunakan SPSS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Darmojo & Martono, 2004. *Buku Ajar Geriatric (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. FKUI: Jakarta, 9, 22,
- Depkes RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Depkes RI. 2015. *Pelayanan dan Peningkatan Kesehatan Usia Lanjut*. Dipublikasikan Pada : Rabu, 27 Mei 2015 00:00:00, Dibaca : 69.602 Kali - See more at: <http://www.depkes.go.id/article/view/15052700010/pelayanan-dan-peningkatan-kesehatan-usia-lanjut.html#sthash.HA8GtvZF.dpuf>
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC
- Yanti, Gustri. 2012. *Demensia*. Tersedia: <https://gustriag.wordpress.com/2012/11/16/makalah-demensia/> Posted on November 16, 2012
- Karmita, Ria. 2012. *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Peningkatan Kesehatan Lansia Di Rw 07 kelurahan Kayu Manis kecamatan Matraman Jakarta Timur*. Mahasiswa keperawatan Universitas Esa unggul
- Kartikasari, Dwiyani & Fitria Handayani. 2012. *Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Pada Lansia Demensia Oleh Keluarga*. *Jurnal Nursing Studies*,

Volume 1, Nomor 1 Tahun 2012, Halaman 175 – 182 Online di :
<http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnursing>

- Kartinah, Eni. 2016. *Dukungan untuk si Pikun*. Tersedia:
<http://mediaindonesia.com/index.php/news/read/41395/dukungan-untuk-si-pikun/2016-04-20> Dipostkan pada Rabu, 20 April 2016 09:35 WIB Penulis:
- Kemenkes RI. 2013. *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI: ISSN 2088-270X Semester I, 2013
- Maryam, R. Siti, dkk. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Miller, C.A. 2004. *Nursing for Wellness in Older Adults: Theory and practice* (\$th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika.
- Mubarak, Wahit Iqbal, 2005. *Pengantar Keperawatan Komunitas*. Jakarta : CVSagung seto.
- Mubarak, Wahit Iqbal, 2006. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Murniasih, Erni & Rahmawati, Andhika. *Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah di bangsal I rsup dr. soeradji tirtonegoro klaten tahun 2007, Jurnal Kesehatan Surya Medika : Yogyakarta*. Dapat diakses di <http://www.skripsistikes.wordpress.com>
- Murwani, Setyowati. (2008). *Asuhan Keperawat Keluarga*. Jogjakarta : Mitra Cendik
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nugraheni, Vera Rakhmawati. 2013. *Dukungan Keluarga pada Lansia yang Mengalami Demensia* K UI 2013

- Nugroho, Wahjudi. 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Edisi III. Editor Monica Ester dan Estu Tiar. Jakarta: EGC, 2008.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan (edisi kedua)*, Jakarta ; Salemba Medika.
- Nursalam. 2008. *Pendekatan praktis metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta. Info Medika
- Patriyani, Ros Endah H. 2009. *Perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Tahun 2016*. Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Tahan P. Hutapea. 2009. *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis*. RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
- Rahayu W, Ferani Nusi, Eva Rahayu. (2010). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Respon Sosial pada Lansia di Desa Sukaraja Lor Kecamatan Sukaraja*. Diunduh 28 Oktober 2014 dari <http://jos.unsoed.ac.id>.
- Rakhmat, Jalaluddin. 2001. *Metode Penelitian Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Setiawati. 2008. *Proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan*, Jakarta: TIM.
- Setianto. (2004). *Pengaruh Aktifitas Sehari-hari Terhadap Keseimbangan Pada Lansia*, Jakarta : Unit Press.
- Sjahrir, H., Anwar, Y.,Kadri, A.,2009. *Depresi Pada Penyakit Pembuluh Darah Otak. Neurologi Update II*. PIT Medan 19-21Juli 2009. Badan Penerbit USU; 253-61.
- Stanley Mickey & Patricia Gautlett Bare. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, (Edisi 2). Jakarta: EGC
- Sumijatun. (2005). *Gambaran kebutuhan dasar manusia pada lansia di kelurahan cawang*,. Jakarta.

- Sundariyati, I Gusti Ayu Harry, dkk. 2014. *Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Kognitif Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kubu II , JANUARI-FEBRUARI 2014*. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
- Suprajitno, (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dan Praktik*. Jakarta : EGC.
- Tumipa, Seryl Yohana, dkk. 2017. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kejadian Demensia Pada Lansia Di Desa Tumpaan Baru Kecamatan Tumpaan Amurang Minahasa Selatan*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi: e-Journal Keperawatan (e-Kp) Volume 5 Nomor 1, Februari 2017
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Alih bahasa, Renata Komalasari, Alfrina Hany; editor bahasa Indonesia, Pamilih Eko Karyuni. Jakarta: EGC.
- Wreksoatmodjo, Budi Riyanto. 2014. *Beberapa Kondisi Fisik dan Penyakit yang Merupakan Faktor Risiko Gangguan Fungsi Kognitif*. Bagian Neurologi, Fakultas Kedokteran Universitas Atmajaya, Jakarta, Indonesia. CDK-212/ vol. 41 no. 1, th. 2014