HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEMENSIA PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TELAGA

SKRIPSI

ALNUJU SULEMAN

NIM. C01421027

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GORONTALO

2025

HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEMENSIA PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TELAGA

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat wajib dalam menyelesaikan jenjang pendidikan sarjana

ALNUJU SULEMAN

NIM. C01421027

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GORONTALO

2025

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Saya menyatakan bahwa skripsi "Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga" adalah karya saya dibawah arahan dari komisi pembimbing. Skripsi ini belum pernah diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun dan bebas dari unsur plagiat. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan unsur-unsur plagiat maka saya bersedia menerima sanksi hukuman dari akademik sesuai ketentuan yang berlaku.

Gorontalo, Juli 2025



Alnuju Suleman

C01421027

PENGESAHAN PEMBIMBING

Judul Penelitian	:	Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga
Nama	:	Alnuju Suleman
NIM	:	C01421027
Program Studi	:	Ilmu Keperawatan

Disetujui Pembimbing

Pembimbing 1

Ns. Rona Febriona, M.Kep., M.Kes.
NUPTK: 7548766667230272

Pembimbing 2

Ns. Andi Nuraina Sudirman, M.Kes
NUPTK: 4355769670230283

Mengetahui

Dekan
Fakultas Ilmu Kesehatan

Dr. Zuriati Muhamad, S.KM., M.Kes
NBM: 1150475

Ketua
Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Pipin Yunus, S.Kep., M.Kep
NBM: 1150476

PENGESAHAN KOMISI PENGUJI

Judul Penelitian	: Pengaruh Pemberian Terapi Reminiscence Terhadap Penurunan Ansietas Pada Lansia Di Desa Satria Kecamatan Mootilango Kabupaten Gorontalo
Nama	: Rahma Wahyunensi Hamzah
Nim	: C01421111
Program Studi	: Ilmu Keperawatan

KOMISI PENGUJI

1. Dr.Ibrahim Paneo, S.Kep., Ns., M.Kes :.....
2. Ns. Andi Nuraina Sudirman, S.Kep., M.Kes : .....
3. Inne Ariane Gobel, SKM., M.KL :.....

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan	Ketua Program Studi Keperawatan
Dr.Zunati Muhamad, SKM., M.Kes NBM: 1150475	Ns. Pipin Yunus, S.Kep., M.Kep. NBM: 1150476

Dipindai dengan CamScanner

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan.maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan),tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada TUHAN mu lah engkau berharap”

(QS.Al-Insyirah,5-6)

“Orang lain ga akan bisa paham *struggle* dan masa sulit nya kita yang mereka ingin tahu hanya bagian *success stories.*berjuang untuk diri sendiri walaupun ga ad yang tepuk tangan.kelak diri kita dimasa depan akan sangat bangga dengan apa yang kita erjuagkan hari ini,tetap berjuang ya!”

(Alnuju Suleman)

“Aku membahayakan nyawa ibuku untuk lahir ke dunia,jadi tidak mungkin aku tidak ada artinya”

“Segala sesuatu yang telah diawali,maka harus diakhiri”

(Rizka maryaningsih)

PERSEMBAHAN

Pertama saya ucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT.atas segala nikmat berupa kesehatan,kekuatan,dan inspirasi yang sangat banyak dalam proses penyelesaian skripsi ini.shalawat serta salam selalu terlimpahkan pada nabi Muhammad SAW.skripsi ini saya persembahkan sebagai bukti semangat usahaku serta cinta dan kasih sayangku kepada orang-orang yang sangat berharga dalam hidupku.

Untuk karya yang sederhana ini,maka penulis persembahkan:

1. Teruntuk ayah saya,cinta pertamaku **Sarton Suleman (Alm)** skripsi ini saya persembahkan untuk alm. ayah saya yang tidak sempat untuk melihat dan mendampingi putri bungsunya menyelesaikan kuliah,rasa sayang kepada beliau tidak pernah berkurang saat mengingat kejadian itu sampai saat ini pun masih tidak percaya,terimakasih untuk selalu mengajarkan tetap kuat dan sabar.rasa iri dan rindu yang tak tersampaikan pelukan yang tak ada balasan sering membuat saya terjatuh tapi itu semua tidak mengurangi rasa bangga dan terimakasih atas kehidupan yang ayah berikan.
2. Ibu saya tersayang **Samsia Tuadingo** yang perjuangannya sangat luar biasa,terimakasih banyak atas perjuangan dan doa yang sudah diberikan sampai datik ini,sehingga segala urusan yang anakmu lakukan mendapatkan kemudahan dan kelancaran .terimakasih untuk semua yang telah dikorbankan terimakasih atas nasehat,perjuangan,dukungan,motivasi serta salah satu alasan terkuat saya untuk bisa menyelesaikan skripsi ini.
3. Teruntuk saudara-saudari tersayang penulis yaitu **Sandra(Alm),Gunawan ,Sartika,Aldin,Arsad,Andi,**serta kakak-kakak ipar saya yang turut memberikan doa,motivasi,dan dukungan.tak lupa ponakan-ponakan saya yang selalu menghibur ketika penulis merasa bosan dalam penulisan karya ini.
4. Teruntuk dosen bapak Dr.Ibrahim Paneo,S.Kep.,Ns,M.Kes selaku penguji,ibu **Ns.Rona Febriyona,S.Kep.,M.Kep** selaku pembimbing I,dan ibu **Ns.Andi Nuraina Sudirman,S.Kep.,M.Kep** selaku pembimbing II yang dengan sabar,tulus dan iklas meluangkan waktu dan pikiran untuk

memberikan bimbingan,motivasi,arahan,saran yang berharga kepada penulis selama penyusunan skripsi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

5. Semua dosen yang telah mengajarkan dan mendidik saya dengan penuh sabar dan iklas,sehingga ilmu yang saya dapatkan di bangku perkuliahan dapat menjadi ilmu yang bermanfaat untuk banyak orang.
6. Teruntuk teman seperjuangan **Rindiyani,Raihanah,Serlin,Reva,Dinda,istin** yang selalu memberikan semangat kepada penulis serta menjadi partner jalan-jalan untuk melepas beban selama proses prnulisan skripsi ini.
7. Teruntuk **Sri Zein Moduto** teman yang membersamai selama proses penulisan tugas akhir ini.terimakasih sudah menjadi partner bertumbuh di segala kondisi yang terkadang tidak terduga,menjadi pendengar yang baik untuk penulis serta meyakinkan penulis bahwa segala masalah yang dihadapi selama proses skripsi akan berkahir.
8. Kepada teman-teman angkatan 2021 **(SKELETAL)**terimakasih atas suka dan duka yang telah kita lalui,semoga kita semua menjadi orang yang sukses.
9. Dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu,terimakasih atas doa,bantuan serta dukungan yang diberikan kepada penulis
10. Terakhir,ku persembahkan kepada wanita terhebat,terkuat dan paling mandiri yaitu diriku **Alnuju Maghfira Suleman**.seorang anak bungsu yang berjalan memasuki usia 22 tahun,Terimakasih telah berusaha keras untuk meyakinkan dan menguatkan diri sendiri bahwa kamu dapat menyelesaikan studi ini sampai selesai.berbahagialah selalu dengan dirimu sendri rayakan kehadiranmu sebagai berkah di mana pun kamu menjejakkan kaki jangan sia-siakan usaha dan doa yang selalu kamu langitkan.Allah sudah merencanakan dan memberikan porsi terbaik untuk perjalanan hidupmu.semoga langkah kebaikan selalu menyertaimu,dan semoga Allah SWT.selalu meridhoi setiap langkahmu serta menjagamu dalam lindungan-Nya,aamiin.

Semoga Allah SWT.membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyajikan skripsi ini sudah berupaya untuk menuliskan

dengan baik,akan tetapi “tidak ada gading yang tidak retak”,maka dengan kerendahan hati penulis sangat menerima kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan penulisan dikemudian hari.semoga skripsi yang dituliskan penulis dapat bermanfaat akhir kata penulis mengucapkan terimakasih dan salam sejahtera untuk kita semua.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah dengan mengucapkan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat serta karunia-Nya, Penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga” Penulis Menyadari dalan penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, dan banyak kekurangan baik dalam metode penulisan maupun dalam pembahasan materi.

Hal tersebut dikarenakan keterbatasan kemampuan penulis. Sehingga penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun mudah-mudahan dikemudian hari dapat memperbaiki segala kekurangan yang ada.Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Muhammadiyah Gorontalo Prof. Dr. Abdul. Kadim Masaong, M.Pd
2. Wakil Rektor I Universitas Muhammadiyah Gorontalo dalam Bidang Akademik Dr. Muh.Firyal Akbar, S.IP.,M.Si
3. Wakil Rektor II Universitas Muhammadiyah Gorontalo dalam bidang Administrasi Umum, Keuangan, Perencanaan dan Sumber Daya Dr. Salahuddin Pakaya, S.Ag., MH
4. Wakil Rektor III Universitas Muhammadiyah Gorontalo dalam Bidang Kemahasiswaan, Al-Islam Kemuhammadiyahan & Kerja Sama Dr. Thamrin Koem, M.Pd
5. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo Dr. Zuriati Muhamad, SKM, M.Kes
6. Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammdiyah Gorontalo Ns. Dewi Modjo, M.Kep.
7. Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo Ns. Pipin Yunus, S.Kep., M.Kep
8. Ns. Rona Febriyona. M. Kes M.Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan saran dan bimbingan, serta masukan dalam kesempurnaan skripsi ini

ABSTRACT

The Relationship between Family Health Tasks and Dementia Levels in the Elderly in the Telaga Community Health Center Work Area. Supervised by Rona Febriyona as Chair and Andi Nur Aina Sudirman as Member.

Elderly people with dementia are highly dependent on their families for daily activities. Therefore, families play a crucial role in addressing elderly issues, particularly in implementing family health tasks to improve their health. This study aims to determine the relationship between Family Health Tasks and Dementia Levels in the Elderly in the Telaga Community Health Center Work Area. The quantitative method used in this study was a cross-sectional research design. The sample was selected through purposive sampling, with 56 elderly respondents in the Telaga Community Health Center work area. Data collection used a family health task questionnaire and observations regarding the level of dementia in the elderly. Data analysis used a chi-square test (x2) with a significance level of <0.05. The results of the study showed that the majority of family health tasks in the elderly (41 individuals (73.2%) were poor, and 30 individuals (53.6%) had moderate dementia. The statistical value obtained was Asymp. sig (2-tailed) p-value of 0.021 < 0.05, indicating a relationship between family health tasks and the level of dementia in the elderly in the Telaga Community Health Center work area. The conclusion is that family health tasks are crucial in the initial and ongoing management of dementia in the elderly. This study recommends the need for regular evaluation of the family's role in implementing family health tasks in the elderly with dementia.

Keywords: *Elderly, Dementia Level, Family Health Tasks*

ABSTRAK

Alnuju Suleman. Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga. Dibimbing oleh Rona Febriyona sebagai ketua dan Andi Nur Aina Sudirman sebagai anggota.

Lansia dengan demensia memiliki tingkat ketergantungan tinggi pada keluarga dalam hal melakukan aktivitas sehari – hari, oleh karena itu keluarga memegang peranan penting dalam mengatasi masalah lansia khususnya pada pelaksanaan tugas kesehatan keluarga guna meningkatkan derajat kesehatan lansia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga. Metode kuantitatif dengan desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* dimana Sampel dipilih melalui metode *purposive sampling,* dengan sampel sebanyak 56 responden lansia di wilayah kerja puskesmas Telaga. Pengumpulan data penelitian ini menggunakan lembar kuesioner tugas kesehatan keluarga dan observasi tingkat demensia lansia. Analisa data menggunakan uji *chi square* (x^2) dengan kemaknaan (< 0.05). Hasil penelitian menunjukkan mayoritas tugas kesehatan keluarga pada lansia kurang baik sejumlah 41 orang (73.2%), dan lansia mengalami demensia sedang sejumlah 30 orang (53.6%). Nilai statistik didapatkan *Asymp. sig (2 tailed) p value* sebesar 0.021 < 0.05 yang berarti terdapat Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga. Kesimpulannya adalah tugas kesehatan keluarga sangat penting dalam penanganan awal dan lanjutan demensia pada lansia. Saran pada penelitian ini yaitu perlunya evaluasi berkala terkait dengan peran keluarga dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada lansia yang mengalami demensia.

Kata Kunci: Lansia, Tingkat Demensia, Tugas Kesehatan Keluarga

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH ..... **iii**
MOTTO DAN PERSEMBAHAN ..... **iv**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR TABEL ..... **x**
DAFTAR GAMBAR ..... **xi**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xii**
ABSTRAK ..... **xiii**
BAB I PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Identifikasi Masalah 4
1.3 Rumusan Masalah 4
1.4 Tujuan Penelitian 5
1.5 Manfaat Penelitian 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **7**
2.1 Landasan Teori 7
2.2 Kajian Penelitian Yang Relevan 29
2.3 Kerangka Teori 31
2.4 Kerangka Konsep 31
2.5 Hipotesis Penelitian 32
BAB III METODOLOGI PENELITIAN **33**
3.1 Tempat dan Waktu Penelitian 33
3.2 Desain Penelitian 33
3.3 Variabel Penelitian 33
3.4 Definisi Operasional 34
3.5 Populasi dan Sampel 35
3.6 Tehnik Pengumpulan Data 35
3.7 Tehnik Pengolahan Data 36
3.8 Teknik Analisa Data 37
3.9 Hipotesis Statistik 38
3.10 Etika Penelitian 40
3.11Tahapan Penelitian 41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN **44**
4.1 Gambaran Lokasi Penelitian 44
4.2 Hasil Penelitian 45
4.3 Pembahasan 47
4.4 Keterbatasan Penelitian 59
BAB V PENUTUP **60**
5.1 Kesimpulan 60
5.2 Saran 60
DAFTAR PUSTAKA **61**

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1 Kuesioner Mini Mental State Examination (MMSE) 27
Tabel 2.2 Penelitian yang Relevan 29
Tabel 3.1 Definisi Operasional 34

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Kerangka Teori 31
Gambar 2.2 Kerangka Konsep 32
Gambar 3.1 Alur Penelitian 41

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1. Surat Pengambilan Data Awal 45
Lampiran 2. Permohonan Menjadi Responden 46
Lampiran 3. Persetujuan Menjadi Responden 47
Lampiran 4. Kuesioner Penelitian 48

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, mental maupun sosial ekonomis. Semakin lanjut usia, mereka akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik, psikologis, mental serta kognitif. Pada lansia yang mengalami perubahan pada sistem persyarafan salah satunya pembuluh darah di otak dapat mengakibatkan pendarahan otak menimbulkan stroke, kepikunan (demensia), dan gangguan saraf tepi yang menimbulkan hambatan pergerakan sehingga mengakibatkan imobilisasi.

Penderita demensia memiliki fungsi intelektual yang terganggu dan menyebabkan gangguan dalam aktivitas sehari-hari maupun hubungan dengan orang sekitarnya. Penderita demensia juga kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, mengontrol emosi, dan bahkan bisa mengalami perubahan kepribadian dan masalah tingkah laku seperti mudah marah dan berhalusinasi, gangguan memori, perubahan persepsi, kesulitan berkomunikasi, dan penurunan fokus semua itu yang menjadikan lansia mengalami perubahan proses pikir.

Demensia menjadi penyebab ke tujuh kematian diantara semua penyakit dan merupakan salah satu penyebab utama kecacatan dan ketergantungan di kalangan lansia secara global, sekitar 55 juta orang menderita lansia secara global, lebih dari 60% tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Peningkatan jumlah penderita demensia diprediksikan meningkat seiring peningkatan jumlah populasi lansia yaitu 78 juta pada tahun 2030 dan 139 juta pada tahun 2050 (WHO, 2022).

Prevalensi demensia di Indonesia meningkat setiap 5 tahun sebanyak 2 kali lipat pada penduduk berusia lebih dari 60 tahun menjadikannya urutan ke 16 jumlah penderita tertinggi di Asia, diperkirakan 1,2 juta orang di Indonesia mengalami demensia pada tahun 2023 dan diprediksikan meningkat menjadi 2 juta pada tahun 2030 dan 4 juta pada tahun 2050 (Alzhaimer Indonesia, 2023).

Tingginya prevalensi kejadian demensia akan berdampak ke kejadian demensia yang dialami yang mengarah ke stadium akhir dimana pada stadium ini akan terjadi diantaranya ketidakmandirian dan inaktif yang total, tidak mengenali lagi anggota keluarga *(disorientasi personal),* sukar memahami dan menilai peristiwa, tidak mampu menemukan jalan disekitar rumah sendiri, kesulitan berjalan, mengalami inkontinensia (berkemih atau defekasi), menunjukkan perilaku tidak wajar di masyarakat, akhirnya bergantung pada kursi roda atau tempat tidur (Islamiyah & Inayah, 2023).

Pada lansia dengan demensia dalam kesehariannya memiliki tingkat ketergantungan tinggi pada keluarga dalam hal melakukan aktivitas sehari - hari. keluarga memegang peranan penting dalam mengatasi masalah lansia. Keluarga adalah orang yang paling dekat hubunganya dengan lansia. Masalah yang dihadapi lansia harus diatasi dengan memberi dukungan keluarga termasuk masalah demensia melalui perawatan *home care* sehingga lansia akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Tugas kesehatan keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan memanfaatkan pengetahuannya, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari lansia.

Tugas kesehatan keluarga pada lansia yang mengalami demensia meliputi mengenal masalah kesehatan disetiap anggota keluarga yang mengalami masalah demensia, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga yang bermasalah dengan kesehatannya, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga yang menderita demensia, serta memaanfaatkan pelayanan kesehatan (Nazirah et al., 2021).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga didapatakan pada bulan Maret - April 2025 terdapat 815 lansia dan lansia yang berkunjung mengalami penurunan kognitif seperti penurunan daya ingat, perhatian, bahasa, dan kemampuan berpikir serta mengambil keputusan sejumlah 125 orang. Berdasarkan observasi dari 10 lansia yang mengalami demensia dengan menggunakan instrumen MMSE (*mini mental state examination)*, 8 lansia menunjukkan gejala demensi seperti sering bertanya hal

yang sama terus-menerus dan lupa akan hal-hal sederhana seperti lupa menaruh barang, lupa tanggal, atau lupa nama orang terdekat, sulit fokus dalam melakukan aktivitas sehari-hari, misalkan kesulitan menghitung uang, memasak, memakai baju, pada aspek emosi lansia sering marah-marah tanpa sebab, menanyakan hal-hal yang tidak penting (cerewet), dan bahkan lupa dengan nama dan wajah anggota keluarganya.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada 10 anggota keluarga lansia, 7 diataranya mengatakan bahwa pikun adalah hal yang alamiah terjadi, tidak memerlukan penanganan maupun pengobatan selama tidak membahayakan, sehingga keluarga enggan membawa lansia untuk berobat maupun mendapatkan penanganan di puskesmas, sedangkan 3 orang lainnya mengatakan bahwa demensia merupakan hal yang berbahaya ketika lansia sangat bergantung pada keluarga, tetapi karena faktor kesibukan sehingga perhatian kepada lansia menjadi berkurang dan keluarga belum sempat membawa lansia untuk mendapatkan penanganan di puskesmas.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Telaga bahwa telah diadakan beberapa program terkait pencegahan dan untuk menangani kejadian demensia pada lansia melalui posyandu lansia peduli demensia dengan salah satu programnya yaitu lansia bebas demensia "LABASIA" dimana lansia diberikan aktivitas – aktivitas yang dapat merangsang daya pikir dan daya ingatnya, namun dalam pelaksanaannya belum optimal terakhir hanya dilakukan tiga bulan yang lalu, dan belum terdapat *screening* atau deteksi dini menggunakan instrumen baku terkait kemampuan kognitif lansia yang berhubungan dengan demensia, demensia hanya ditegakkan berdasarkan diagnosis dokter.

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh (Abdillah, 2020) menunjukkan bahwa dari 40 lansia demensia diperoleh data bahwa sebagian besar memilki tugas kesehatan keluarga yang kurang dan hampir setengahnya dengan tingkat demensia pada lansia yang termasuk berat. Hasil *rank spearman* didapatkan *p.value*= 0,000 (α = 0,05) sehingga ada hubungan antara tugas kesehatan keluarga dengan tingkat demensia pada lansia.

Dalam Al-Qur'an Surah Al-Ma'idah ayat 32

لَمُسْرِفُوْنَ الْاَرْضِ فِى ذٰلِكَ بَعْدَ مِّنْهُمْ كَثِيْرًا اِنَّ ثُمَّ بِالْبَيِّنٰتِ رُسُلُنَا جَآءَتْهُمْ وَلَقَدْ جَمِيْعًاۗ النَّاسَ اَحْيَا فَكَاَنَّمَآ اَحْيَاهَا وَمَنْ
﴿٣٢﴾

Artinya : Sebaliknya, siapa yang memelihara kehidupan seorang manusia, dia seakan-akan telah memelihara kehidupan semua manusia. Sungguh, rasul-rasul Kami benar-benar telah datang kepada mereka dengan (membawa) keterangan-keterangan yang jelas. Kemudian, sesungguhnya banyak di antara mereka setelah itu melampaui batas di bumi.

Dalam surah diatas menjelaskan bahwa pentingnya peran keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami keterbatasan maupun kelemahan salah satunya lansia. Keluarga *merupakan support* system utama bagi lansia dalam mempertahankan dan memelihara kesehatannya.

Melihat fenomena diatas, peneliti meyakini bahwa jika keluarga mempunyai tugas kesehatan keluarga yang baik pada lansia dengan demensia maka dapat menyebabkan lansia merasa aman dan nyaman serta menghindari cidera fisik yang disebabkan karena demensia. Untuk itu pentingnya tugas kesehatan keluarga dalam menangani penyakit demensia pada lansia, sehingga lansia mampu melakukan aktivitas dengan baik sehingga diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mendalam tentang "Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga".

1.2 Identifikasi Masalah

1. Hasil studi pendahuluan di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga menunjukkan pada bulan Maret - April 2025 terdapat 815 lansia dan lansia yang berkunjung yang mengalami penurunan kognitif sejumlah 125 orang
2. Masih kurangnya keluarga yang sadar akan bahaya demensia pada lansia dan menganggap bahwa bahwa pikun adalah hal yang alamiah terjadi, tidak memerlukan penanganan maupun pengobatan selama tidak membahayakan sehingga keluarga tidak memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

3. Pelaksanaan posyandu lansia belum optimal terakhir hanya dilakukan tiga bulan yang lalu, dan belum terdapat *screening* atau deteksi dini menggunakan instrumen baku terkait kemampuan kognitif lansia untuk mendeteksi demensia dini.

1. 3 Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah yang ada, maka dirumuskan masalah dalam penelitian ini yaitu :

1. Bagaimana Tugas Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga?
2. Bagaimana Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga?
3. Bagaimana Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Tugas Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga
2. Mengidentifikasi Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga
3. Menganalis Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini akan menambah pengetahuan di bidang keperawatan komunitas gerontik, serta keluarga mengenai hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat menjadi sumber referensi yang berharga bagi dosen, mahasiswa, dan peneliti di institusi pendidikan dalam bidang kesehatan, psikologi, dan rehabilitasi. Hasil penelitian dapat digunakan dalam materi ajar dan sebagai bahan diskusi dalam kelas. Selain itu juga dapat membantu institusi pendidikan dalam memperbarui atau mengembangkan kurikulum yang lebih relevan dan berbasis bukti mengenai tugas kesehatan keluarga pada lansia demensia, sehingga mahasiswa mendapatkan pengetahuan yang sesuai dengan praktik terkini.

2. Bagi Keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi contoh bagi mahasiswa dan peneliti junior tentang bagaimana melakukan penelitian tentang tugas kesehatan keluarga dan keterkaitannya dengan kejadian demensia pada lansia, serta menginspirasi mahasiswa untuk melakukan penelitian serupa dengan studi yang lebih mendalam pada masa mendatang.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan pengalaman berharga yang memperluas pemahaman saya tentang hubungan antara Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep lansia

1. Definisi Lansia

Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut aging process. (Cunningham dan Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, karena faktor-faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara 2 jasmani, rohani maupun sosialnya (Mulyono & Indriani, 2022).

Usia lanjut adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu dekade. Usia lanjut atau lansia adalah bagian akhir dari perkembangan hidup manusia. Usia lanjut merupakan tahap perkembangan psikososial yang terakhir (ke delapan) dalam teori Erik Erikson (Wulandari et al., 2023).

Perkembangan psikososial lansia adalah tercapainya integritas diri yang utuh. Pada tahap ini lansia dikatakan berada pada tahap integritas ego versus keputusasaan (integrity versus despair) dan mempunyai tugas dalam meningkatkan derajat kesehatannya menerima tanggung jawab diri dan kehidupan. Lansia dikatakan berhasil mencapai integritas ego apabila lansia merasakan kepuasan atas keberhasilan yang telah dicapainya pada seluruh tahapan kehidupan dari masa anak sampai usia dewasa. Kepuasan yang dicapai lansia ini dimanifestasikan dalam bentuk konsep diri yang positif dan sikap positif terhadap kehidupan (Nurmayunita et al., 2023).

2. Klasifikasi Lansia

Menurut WHO (2019) dalam (Muchsin et al., 2023), klasifikasi lansia adalah sebagai berikut :

a. Usia pertengahan (*middle age),* yaitu kelompok usia 45-54 tahun.

b. Lansia *(elderly),* yaitu kelompok usia 55-65 tahun.
c. Lansia muda (*young old),* yaitu kelompok usia 66-74 tahun.
d. Lansia tua *(old),* yaitu kelompok usia 75-90 tahun.
e. Lansia sangat tua *(very old*), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun.

Menurut Depkes RI (2019) dalam (Muchsin et al., 2023), klasifikasi lansia terdiri dari :

a. Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun
b. Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih
c. Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
d. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
e. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan oranglain.

3. Karakteristik Lansia

pada Lansia Menurut (Kemenkes RI, 2019), karakteristik lansia adalah sebagai berikut :

a. Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

b. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai

tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

c. Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula.

Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

4. Kebutuhan Kesehatan

Pada lansia banyaknya permasalahan yang kompleks baik masalah fisik maupun psikologis, oleh karena itu pentingnya dalam pemenuhan kebutuhan lansia meliputi (Yuswatiningsih & Suhariati, 2021):

a. Kebutuhan Fisik

Lanjut Usia secara fisik meliputi sandang pangan, papan, kesehatan dan spiritual. Kebutuhan makan umumnya tiga kali sehari ada juga dua kali. Makanan yang tidak keras, tidak asin dan tidak berlemak. Kebutuhan sandang, dibutuhkan pakaian yang nyaman dipakai. Pilihan warna sesuai dengan budaya setempat. Model yang sesuai dengan usia dan kebiasaan mereka. Frekuensi pembeliannya umumnya setahun sekali sudah mencukupi. Kebutuhan papan, secara umum membutuhkan rumah tinggal yang nyaman. Tidak kena panas, hujan, dingin, angin, terlindungi dari

mara bahaya dan dapat untuk melaksanakan kehidupan sehari hari, dekat kamar kecil dan peralatan lansia secukupnya. Pelayanan kesehatan bagi Lanjut Usia sangat vital. Obat-obatan ringan sebaiknya selalu siap di dekatnya, bila sakit segera diobati. Dibutuhkan fasilitas pelayanan pengobatan rutin, murah, gratis dan mudah dijangkau. Kebutuhan lainnya bagi Lanjut Usia yang ditinggalkan mati pasangannya. Agar tidak merasa kesepian, memerlukan teman mencurahkan isi hati. Perlu teman mengobrol, menjalani pekerjaan, bepergian, teman ketika berobat. Kebutuhan lanjut usia bila meninggal kelak ditunggui kerabat di kampung halaman.

b. Kebutuhan Psikis

Kondisi lanjut Usia yang rentan secara psikis, membutuhkan lingkungan yang mengerti dan memahami mereka. Lanjut Usia membutuhkan teman yang sabar, yang mengerti dan memahami kondisinya. Mereka membutuhkan teman mengobrol, membutuhkan dikunjungi kerabat, sering disapa dan didengar nasihatnya. Lanjut Usia juga butuh rekreasi, silaturahmi kepada kerabat dan masyarakat.

c. Kebutuhan Sosial

Lanjut Usia membutuhkan orang-orang dalam berelasi sosial. Terutama kerabat, juga teman sebaya, sekelompok kegiatan dan masyarakat di lingkungannya. Melalui kegiatan keagamaan, olah raga, arisan, dan lain-lain.

d. Kebutuhan Ekonomi

Bagi yang tidak memiliki pendapatan tetap, membutuhkan bantuan sumber keuangan. Terutama yang berasal dari kerabatnya. Secara ekonomi Lanjut Usia yang tidak potensial membutuhkan uang untuk biaya hidup. Bagi Lanjut Usia yang masih produktif membutuhkan keterampilan, UEP dan bantuan modal usaha sebagai penguatan usahanya.

e. Kebutuhan Spiritual

Umumnya mereka mengisi waktu untuk beribadah. Melalui Ibadah lanjut Usia mendapat ketenangan jiwa, pencerahan dan kedamaian menghadapi

hari tua. Mereka sangat mendambakan generasi penerus yang sungguh-sungguh menjalani ibadah.

5. Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia

Menurut (Suryani et al., 2023), perubahan yang Terjadi pasa Lanjut Usia diantaranya adalah sebagai beriku :

a. Perubahan Fisik

1) Sel

Jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh menurun, dan cairan intraseluler menurun.

2) Kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

3) Respirasi

Otot-otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, serta terjadi penyempitan pada bronkus.

4) Persarafan

Saraf panca indra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress. Berkurang atau hilangnya lapisan myelin akson, sehingga menyebabkan kurangnya respon motorik dan reflek.

5) Muskuloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh, bungkuk, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, tremor, dan tendon mengerut dan mengalami sclerosis.

6) Gastrointestinal

Esophagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun dan peristaltik menurun sehingga daya absorbsi juga ikut menurun. Ukuran lambung

mengecil serta fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormone dan enzim pencernaan.

7) Pendengaran

Membrane timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran. Tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan.

8) Penglihatan

Respon terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan katarak.

9) Kulit

Kulit Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis, Rambut dalam hidung dan telinga menebal. Elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, rambut memutih (uban), kelenjar keringat menurun, kuku keras dan rapuh, serta kuku kaki tumbuh berlebihan seperti tanduk.

b. Perubahan Mental

Di bidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit, atau tamak bila memiliki sesuatu, yang perlu di mengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin di hemat, mengharapkan tetap diberi peranan dalam masyarakat, ingin tetap mempertahankan hak dan hartanya dan ingin tetap berwibawah, dan meninggal secara terhormat dan masuk surga.

c. Perubahan Psikososial

Nilai seseorang sering diukur oleh produktifitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun ia akan mengalami kehilangan, diantaranya : a) kehilangan finansial, b) kehilangan status, c) kehilangan teman, kenalan atau relasi, d) kehilangan pekerjaan atau kegiatan, merasakan atau sadar akan kematian (snense of awareness of mortality), perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan, ruang gerak lebih sempit. Ekonomi akibat pemberhentian dari

jabatan meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.

Penyakit kronis dan ketidakmampuan. Gangguan syaraf pancaindera, timbul kebutaan dan ketulian. Gangguan gizi akibat kekurangan jabatan. Rangkaian kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, penrubahan konsep diri.

d. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari. Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berfikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan keadilan.

Dapat disimpulkan bahwa perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia terjadi karena bertambahnya umur yang dapat mempengaruhi penurunan fungsi organ. Pada umumnya seseorang yang telah memasuki lansia mulai mengalami kondisi fisik, mental maupun spiritual. Hal ini dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik psikologis maupun sosial. Namun pada tahap lebih lanjut akan menimbulkan masalah kesehatan baru karena semakin meningkatnya jumlah lansia maka akan semakin banyak pula individu yang berpotensi mengalami masalah kesehatan, karena secara alamiah lansia mengalami proses penurunan fisik struktur bahkan fungsinya. (Lugasi & Asmawati, 2024)

2.1.2 Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang terikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, yang tinggal bersama dalam satu rumah tangga, dan berinteraksi satu sama lain dalam peran masing-masing untuk menciptakan dan mempertahankan kebudayaan. Keluarga juga dapat diartikan sebagai kumpulan individu yang memiliki kesamaan tujuan, nilai, dan norma, yang saling memberikan dukungan, perlindungan, dan pengasuhan (Putra & Hatami Ritonga, 2020).

2. Klasifikasi Keluarga

Menurut (Mahardika et al., 2024), keluarga berdasarkan bentuk adalah sebagai berikut :

a. Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah
b. Matrilineal : keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
c. Matrilokal : sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
d. Patrilokal : sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami
e. Keluarga kawinan : hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

Menurut (Ulfiah, 2021) keluarga berdasarkan tipe dan struktur adalah sebagai berikut :

a. Tradisional

1) *The nuclear family* (keluarga inti), yaitu Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.
2) *The dyad family*, yaitu Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.
3) *Keluarga usila*, yaitu Keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.
4) *The childless family,* yaitu Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya, yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.
5) *The extended family* (keluarga luas/besar), yaitu Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai : paman, tante, orang tua (kakak-nenek), keponakan, dll).

6) The *single-parent family* (keluarga duda/janda) , yaitu Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah dan ibu) dengan anak, hal ini terjadi biasanya melalui proses perceraian, kematian dan ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).
7) *Commuter family*, yaitu Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja diluar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat akhir pekan (week-end).
8) *Multigenerational family*, yaitu Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
9) *in-network family*, yaitu Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Misalnya : dapur, kamar mandi, televisi, telpon, dll. *Blended family*, yaitu Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.
10) *The single adult living alone/single-adult family*, yaitu Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti : perceraian atau ditinggal mati

b. Non – Tradisonal

1) *The unmarried teenage mother*, yaitu Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
2) *The stepparent family*, yaitu Keluarga dengan orangtua tiri.
3) *Commune family*, yaitu Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara, yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak, bersama.
4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, yaitu Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
5) *Gay and lesbian families*, yaitu Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (marital partners).

6) *Cohabitating couple,* yaitu Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
7) *Group-marriage family*, yaitu Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu, termasuk sexual dan membesarkan anaknya.
8) *Group network family*, yaitu Keluarga inti yang dibatasi oleh set aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
9) *Foster family*, yaitu Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orangtua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.
10) *Homeless family*, yaitu Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
11) *Gang,* yaitu Sebuah bentuk keluarga yang destruktif, dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

3. Peranan Keluarga dalam Perawatan Lansia

Peranan keluarga dalam merawat lansia sangat diperlukan, terlebih lansia yang masih menetap dan tinggal bersama anggota keluarga (anak) (Mahardika et al., 2024).

a. Peran keluarga dalam merawat lansia

1) Menjaga dan merawat kondisi fisik anggota keluarga yang berusia lanjut agar tetap dalam keadaan produktif secara jasmani dan Rohani
2) Mempertahankan dan meningkatkan status mental lansia

3) Mengantisipasi adanya perubahan sosial dan ekonomi pada lansia - Memotivasi dan memfasilitasi lansia untuk memenuhi kebutuhan spiritual, sehingga ketakwaan lansia kepada Tuhan Yang Maha Esa meningkat

b. Tugas Kesehatan keluarga dengan lansia

Menurut (Ulfiah, 2021) Tugas Kesehatan keluarga diantaranya adalah sebagai berikut :

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Mengenal gangguan masalah kesehatan setiap anggota keluarga termasuk lansia, merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, kerena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga, apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi pada lansia dan seberapa besar adanya perubahan yang terjadi pada lansia tersebut. Untuk mengenal gangguan kesehatan keluarga dapat membedakan konsep sehat sakit sehingga keluarga dapat melakukan tindakan-tindakan yang penting untuk mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan lansia. Pada perawatan keluarga dengan demensia keluarga mengetahui terkait apa itu demensia, penyebab lansia mengalami demensia serta bagaimana gejala yang ditunjukkan lansia dengan demensia, serta apa yang harus dilakukan serta diinformasikan keluarga ketika gejala demensia muncul dengan sesegara mungkin sehingga kondisi demensia pada lansia tidak berkepanjangan sehingga dapat menganggu aktivitas lansia sehari – hari.

2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantaranya keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka diharapkan

keputusan tersebut tepat sehingga masalah kesehatan dapat berkurang atau teratasi, terutama dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan lansia demensia harus mengambil tindakan dengan segera agar tidak memperburuk keadaan lansia tersebut.

keluarga harus menentukan sikap apakah akan mengunjungi dokter dan meminta pengobatan atau tetap menunggu dan melihat saja. Jika keluarga mempunyai keterbatasan sebaiknya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga contoh jika pada lansia demensia terjadi gangguan perilaku dan psikologis, seperti depresi, gangguan kecemasan, delusi, paranoid, halusinasi keluarga dengan cepat membawa lansia ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Selain itu, keluarga juga berperan penting dalam menginstruksikan lansia untuk memeriksakan kondisi kesehatannya dengan melibatkan lansia dalam pengambilan keputusan terkait tindakan yang tepat sehingga ketika gejala muncul lansia bisas sesegera mungkin mendapatkan penangan serta perawatan lebih lanjut.

3) Merawat anggota keluarga lansia

Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit terutama pada keluarga yang mempunyai lansia dengan demensia. Cara keluarga dalam memberikan perawatan pada lansia demensia dengan meningkatkan atau mempertahankan daya ingat lansia, selalu diikut sertakan dalam menyelesaikan masalah, diajak selalu dalam mengingat nama orang, mengenal wajah orang, berkosentrasi serta mengingat kembali informasi-informasi yang telah tersimpan dalam pusat memori, selain itu keluarga dapat membuat jadwal harian agar lansia terbiasa dan tidak lupa dalam pelaksanaan aktivitas sehari – sehari yang rutin dilakukannya, dan selalu membantu lansia ketika menghadapi masalah serta menyelesaikan masalah yang dihadapi.

3) Memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis sehingga lansia dapat beradaptasi terhadap Demensia

Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian lansia demensia. Dengan cara keluarga tdak

mengucilkan lansia yang mengalami demensia. Keluarga mau mengikut sertakan lansia yang mengalami demensia dalam berbagai kegiatan didalam keluarga tersebut. Momodifikasi gaya hidup dan komitmen personal serta peran keluarga dalam mengemban tanggung jawab terhadap tugas kesehatan anggota keluarga. Pada pelaksanaan modifikasi lingkungan fisik oleh keluarga pada anggota keluarga yang mengalami demensia seperti mengatur alat perabotan secara sederhana dan konsisten, menjaga lingkungan tetap rapi, menghilangkan karpet yang longgar dan menutup tepi karpet, menghindari bayangan, silau, dan pantulan yang mungkin dianggap menakutkan, menyediakan tanda yang jelas pada ruangan – ruangan penting dirumah seperti toilet dan memastikan bahwa ruang dapat diakses dan aman sehingga tidak beresiko menyebabkan kejadian jatuh pada lansia.

4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan ksehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah anggota keluarga menyiapkan dana khusus untuk lansia berobat atau memeriksakan kesehatannya, pengalaman keluarga saat membawa anggota keluarga dengan demensia berobat atau selama dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan serta informasi yang diberikan keluarga tentang pentingnya pemanfaat pelayanan kesehatan dalam mengatasi demensi yang diderita lansia. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh sumber daya tenaga kesehatan tapi juga kemampuan masyarakat untuk mencapainya.

Tugas keluarga merupakan peran oleh keluarga dalam tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga, peran keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, menciptakan suasana rumah yang sehat, serta merujuk kepada fasilitas kesehatan terutama dalam

mengatasi penyakit demensia. Pelaksanaan tugas keluarga di bidang kesehatan sangat diperlukan dalam upaya pencegahan dan mengatasi masalah kesehatan keluarga, khususnya lansia sebagai bagian dari anggota keluarga yang memerlukan perawatan yang lebih ditujukan untuk memenuhi kebutuhan akibat proses penuaan. Salah satunya adalah penanganan terhadap penyakit degeneratif yang banyak diderita oleh lansia yang sering menimbulkan kecacatan (Putri, 2021).

c. Alasan lansia perlu dirawat dilingkungan keluarga

1) Keluarga merupakan unit pelayanan keperawatan dasar
2) Tempat tinggal bersama keluarga merupakan lingkungan yang alamiah dan damai bagi lansia, jika keluarga tersebut bias menciptakan hubungan yang harmonis
3) Kesejahteraan dan kemampuan keluarga untuk menentukan pilihan merupakan prinsip-prinsip untuk mengarah kepada pengambilan keputusan
   - Pengambilan keputusan yang terkait dengan kesehatan keluarga adalah proses aktif yang merupakan kesepakatan antara keluarga dan pemberi pelayanan Kesehatan
4) Perawat kesehatan masyarakat memberikan pelayanan kesehatan utama kepada keluarga untuk mempertahankan dan meningkatkan Kesehatan
5) Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier dilakukan apabila perawatn kesehatan dilakukan oleh keluarga dengan bimbingan tenaga Kesehatan
6) Proses keperawatan dapat memfasilitasi pengambilan keputusan yang terkait dengan Kesehatan
7) Kontrak keluarga dan perawat dalam pelayanan keperawatan merupakan cara yang efektif untuk mencapai tujuan
8) Konseling dan pendidikan kesehatan merupakan cara untuk mengarahkan interaksi keluarga dan perawat
9) Pelayanan keperawatan yang dilakukan di rumah oleh keluarga atau lansia, dengan perawat ahli pemberi pelayanan, konselor, pendidik, pengelola, fasilitator, dan coordinator pelayanan kepada lansia

d. Langkah-langkah dalam perawatan keluarga dengan lansia

1) Mengadakan hubungan kerja sama yang baik dengan keluarga. Langkah pertama dimulai dengan melakukan kontrak pada keluarga, meyampaikan minat untuk membantu keluarga, menyatakan atau menunjukkan kesediaan membantu memenuhi kebutuhan-kebutuhan kesehatan yang dirasakan oleh klien, serta mempertahankan komunikasi dua arah dengan keluarga
2) Melaksanakan pengkajian tahap pertama dalam menentukan masalah Kesehatan
3) Menggolongkan masalah kesehatan dalam ancaman kesehatan, tidak sehat/kurang sehat, dan keadaan krisis yang dapat diketahui
4) Menentukan sifat dan luasnya kesanggupan keluarga untuk melaksanakan tugas-tugas kesehatan terhadap masalah kesehatan yang ada pada poin ke-3 diatas, kemudian merumuskan diagnosis keperawatan keluarga yang tepat
5) Cara menetukan prioritas masalah kesehatan dari daftar masalah kesehatan: mempertimbangkan sifar masalah, menilai kemungkinan-kemungkinan untuk mengubah masalah, menilai potensi-potensi yang dapat dilakukan untuk menghindari masalah, menilai persepsi keluarga terhadap sifat masalah (dalam hal berat dan mendesaknya) sehingga memerlukan tindakan segera
6) Menyusun masalah sesuai prioritas
7) Menentukan masalah mana yang harus dilaksanakan sesuai prioritas - Menetapkan tujuan yang nyata dan dapat diukur bersama dengan keluarga - Merencanakan pendekatan, tindakan, kriteria, dan standar untuk evaluasi
8) dilaksanakan Mengimplementasikan rencana keperawatan
9) Mengevaluasi keberhasilan dari aspek-aspek rencana perawatan yang telah
10) Meninjau kembali masalah perawatan dan membuat rumusan baru mengenai sasaran sesuai dengan hasil evaluasi.

e. Masalah-masalah kesehatan yang dapat muncul pada keluarga dengan lansia

1) Ancaman kesehatan: risiko terjadinya cedera atau bahaya fisik, risiko terjadinya kekurangan atau kelebihan nutrisi
2) Keadaan kurang sehat/tidak sehat. Lansia dalam keluarga yang mengalami penyakit diabetes mellitus, hipertensi, arthritis, penyakit jantung, kanker, penyakit ginjal, penyakit paru obstruksi menahun, penyakit kulit, kasus fraktur atau luka, lansia dengan menarik diri atau isolasi sosial, kasus depresi, dan koping yang tidak efektif
3) Krisis, lansia yang memasuki masa pension atau kehilangan pekerjaan, kesepian karena ditinggal pasangan hidup (suami atau istri), dan kesepian karena anak sudah berkeluarga.

2.1.3 Demensia

1. Definisi Demensia

Demensia adalah suatu sindrom yang dikarakteristikkan dengan adanya kehilangan kapasitas intelektual yang melibatkan tidak hanya ingatan (memori), namun juga kognitif, bahasa, kemampuan visuospasisal, dan kepribadian. Kelima komponen tersebut tidak harus terganggu seluruhnya, namun pada sebagian besar kasus, kelima komponen ini memang terganggu dalam derajat yang bervariasi (Islamiyah & Inayah, 2023).

Demensia adalah gangguan memori yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari dan dapat menimbulkan perubahan tingkah laku yang mengganggu atau tidak menggangu. Demensia bukan penyakit biasa, melainkan kumpulan gejala dari beberapa penyakit atau berbagai kondisi tertentu sehingga menunjukkan adanya perubahan kepribadian dan tingkah laku (Afconneri et al., 2024).

Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif dan global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktivitas sosial dan okupasi yang normal juga aktivitas kehidupan sehari-hari (Tjandra Dewi & Laksmidewi, 2023).

2. Etiologi Demensia

Penyebab demensia terdiri atas dua jenis yang *reversible* dan *irreversible.* Penyebab demensia yang *reversible* adalah kondisi mudah lupa yang dapat

membaik jika penyebabnya ditangani yang disebabkan oleh hal – hal sebagai berikut (Islamiyah & Inayah, 2023) :

a. *Drugs* (obat)

Obat – obatan misalnya obat sedative, obat penenang, obat antikonvulsan, obat anti hipertensi, obat antiaritmia. Semua obat memiliki efek samping yang potensial misalnya depresi, disorientasi, dan demensia, termasuk obat yang kita kira tidak berbahaya seperti penghilang rasa sakit, obat batuk dan obat pencahar. Sirkulasi darah yang buruk, metabolisme umum yang menurun, sembelit dan penurunan fungsi detoksifikasi (menetralisirkan racun) hati dapat menjadi penyebab keracunan obat pada segala usia.

b. *Emotional* (emosional)

Gangguan emosional misalnya depresi. Riwayat pasien yang mendukung demensia adalah kerusakan bertahap seperti tangga (stepwise) misalnya depresi yang menyebabkan kehilangan memori dan kesukaran membuat keputusan diikuti oleh periode yang stabil dan kemudian akan menurun lagi. Awitan dapat perlahan atau mendadak.

Pada penyebab demensia yang *irreversible* adalah kondisi demensia yang tidak dapat dibalikkan yang disebabkan oleh hal – hal seperti penyakit degeneratif Misalnya penyakit alzheimer, penyakit huntington, kelumpuhan supranuklear progresif, penyakit parkinson, penyakit vaskuler Misalnya penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi-infark), embolisme serebral, arteritis, anoksia sekunder akibat henti jantung, gagal jantung, demensia traumatik Misalnya perlukaan kranio-serebral, demensia pugi-listika dan Infeksi Misalnya sindrom defisiensi imun dapatan (AIDS), infeksi opportunistik, demensia pasca ensefalitis

3. Faktor Resiko

Faktor resiko terjadinya demensia, diantaranya adalah sebagai berikut (Nazirah et al., 2021) :

a. Usia Umur akan mempengaruhi terjadinya demensia, dengan bertambahnya umur maka resiko demensia juga semakin bertambah. Peningkatan demensia dua kali lipat setelah melewati umur 60 tahun.

b. Gender Perempuan lebih banyak mengalami demensia dibandingkan dengan laki-laki, dikarenakan perempuan mempunyai harapan hidup yang leih baik dan bukan karena perempuan lebih mudah mengalami penyakit ini.

meningkatkan risiko penurunan kognitif yang berkaitan dengan usia atau demensia. Para ilmuan percaya bahwa asam lemak omega-3 DHA adalah perlindungan terhadap penyakit demensia. 10 6) Tumor dan trauma Tumor otak terutama tumor metastatik (dari payudara dan paru) dan meningioma akan mengganggu keseimbangan antara neurotransmitter di otak.

f. Infeksi

Ensefalitis oleh virus misalnya herpes simplek, bakteri misalnya pneumococcus, TBC, parasit, fungus, abses otak, neurosifilis. Penyebab demensia terkait infeksi adalah semua agen penyebab infeksi pada SSP dapat secara tunggal atau bersama-sama menyebabkan terjadinya infeksi dengan memanfaatkan faktor virulensi yang dimilikinya. Dengan faktor virulensi tersebut, agen infeksi mampu menginduksi respon inflamasi di otak dengan akibat terjadinya proses neurodegenerasi, suatu proses yang mengakibatkan terjadinya demensia.

g. Arterosklerosis

Komplikasi penyakit arterosklerosis adalah infark miokard dan gagal jantung. Jantung dan paru-paru berhubungan dengan berat ringannya kekurangan oksigen di otak. Kekurangan oksigen ini pada gilirannya dapat menyebabkan episode akut kebingungan dan dapat menyebabkan demensia kronis.

Pada penyebab demensia yang *irreversible* adalah kondisi demensia yang tidak dapat dibalikkan yang disebabkan oleh hal – hal seperti penyakit degeneratif Misalnya penyakit alzheimer, penyakit huntington, kelumpuhan supranuklear progresif, penyakit parkinson, penyakit vaskuler Misalnya penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi-infark), embolisme serebral, arteritis, anoksia sekunder akibat henti jantung, gagal jantung, demensia traumatik Misalnya perlukaan kranio-serebral, demensia pugi-listika dan Infeksi Misalnya sindrom defisiensi imun dapatan (AIDS), infeksi opportunistik, demensia pasca ensefalitis

3. Faktor Resiko

Faktor resiko terjadinya demensia, diantaranya adalah sebagai berikut (Nazirah et al., 2021) :

a. Usia Umur akan mempengaruhi terjadinya demensia, dengan bertambahnya umur maka resiko demensia juga semakin bertambah. Peningkatan demensia dua kali lipat setelah melewati umur 60 tahun.
b. Gender Perempuan lebih banyak mengalami demensia dibandingkan dengan laki-laki, dikarenakan perempuan mempunyai harapan hidup yang leih baik dan bukan karena perempuan lebih mudah mengalami penyakit ini.
c. Ras Penelitian di Amerika menyatakan bahwa kejadian demensia dua kali lebih tinggi terjadi pada kalangan ras berkulit putih. Di Negara Asia prevelensi demensia lebih rendah.
d. Tekanan Darah Hipertensi atau tekanan darah tinggi yang terjadi pada usia 35-75 tahun dikaitkan dengan penurunan fungsi kognitif dan peningkatan terjadinya demensia. Tekanan darah tinggi yang terjadi pada usia lanjut akan meningkatkan aterosklerosis, jumlah lesi iskemik otak, jumlah plak di korteks dan atrofi hippocampus (pusat memori)

4. Ciri - Ciri Demensia

Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (Susanti et al., 2024), ciri – ciri pasien demensia, antara lain.

a. Kehilangan Memori

Tanda awal yang dialami lansia yang menderita demensia adalah lupa tentang informasi yang baru di dapat atau di pelajari, itu merupakan hal biasa yang diamali lansia yang menderita demensia seperti lupa dengan pentujuk yang diberikan, nama maupun nomer telepon, dan penderita demensia akan sering lupa dengan benda dan tidak mengingatnya.

b. Kesulitan dalam melakukan rutinitas pekerjaan

Lansia yang menderita demensia akan sering kesulitan untuk menyelesaikan rutinitas pekerjaan sehari-hari. Lansia yang 12 mengalami demensia terutama Alzheimer Disease mungkin tidak mengerti tentang

langkahlangkah dari mempersiapkan aktivitas sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunkan perlatan rumah tangga dan melakukan hobi. Gangguan bahasa (Penderita sulit mengungkapkan kata dalam mengungkapkan isi pikirnya, semakin parah penyakitnya maka ucapannya semakin sulit dimengerti)

c. Masalah dengan Bahasa

Lansia yang mengalami demensia akan kesulitam dalam mengelolah kata yang tepat, mengeluarkan kat-kata yang tidak biasa dan sering kali membuat kalimat yang sulit untuk di mengerti orang lain

d. Disorientasi Waktu dan Tempat

Mungkin hal biasa ketika orang yang tidak mempunyai penyakit demensia lupa dengan hari atau diaman dia berada, namun dengan lansia yang mengalami demensia akan lupa dengan jalan, lupa dengan dimana mereka berada dan baimana mereka bisa sampai ditempat itu, serta tidak mengetahui bagaimana kebali kerumah.

e. Tidak dapat mengambil Keputusan

Lansia yang mengalami demensia tidak dapat mengambil keputusan yang sempurna dalam setiap waktu seperti memakai pakaian tanpa melihat cuaca atau salah memakai pakaian, tidak dapat mengelolah keuangan.

f. Perubahan Suasana Hati dan Kepribadian

Setiap orang dapat mengalami perubahan suasan hati menjadi sedih maupun senang atau mengalami perubahan perasaann dari waktu ke waktu, tetapi dengan lansia yang mengalami demensia 13 dapat menunjukan perubahan perasaan dengan sangat cepat, misalnya menangis dan marah tanpa alasan yang jelas. Kepribadian seseorang akan berubah sesuai dengan usia, namun dengan yang dialami lansia dengan demensia dapat mengalami banyak perubahan kepribadian, misalnya ketakutan, curiga yang berlebihan, menjadi sangat bingung, dan ketergantungan pada anggota keluarga.

5. Tahapan Demensia

(Windani et al., 2022) menyebutkan tahapan demensia dibagi menjadi 3, antara lain :

a. Tahapan Awal (Ringan) Ditandai dengan gangguan memori subjektif, konsentrasi buruk dan gangguan visuo-spatial, disorientasi waktu dan tempat. Penderita mungkin mengeluh agnosia kanan-kiri serta mengalami perubahan kepribadian.

b. Tahap Pertengahan (Sedang) Terjadi tanda yang mengarah kekerusakan fokal-kortikal, walaupun tidak terlihat pola defisit yang khas. Gejala yang disebabkan oleh disfungsi lobus parietalis (missal agnosia, dispraksia, dan akalkulia) sering terjadi. Gejala neurologic mungkin termasuk antara lain tanggapan ekstensor dan plantaris sera beberapa kelemahan fasial. Delusi dan halusinasi mungkin terjadi, walaupun pembicaraan mungkin masih kelihatan normal.

c. Tahap Akhir (Berat) Pembicaraan terganggu berat, mungkin sama sekali hilang, penderita nampak terus menerus apatik, banyak penderita tidak mengenali diri sendiri atau orang yang dikenalnya. Dengan berlanjutnya penyakit, penderita sering hanya berbaring di tempat tidur, inkontinen baik uri maupun alvi. Sering disertai dengan kejang epileptic daranmal, gangguan neurologic menunjukkan gangguan berat dari gerak langkah, tonus oot, gambaran yang mengarah pada sindrom kluverbucy (apatis, gangguan pengenalan, gerak mulut tak terkontrol, amnesia)

6. Tingkatan Demensia

Menurut (Susanti et al., 2024), Tingkatan demensia diantaranya adalah sebagai berikut

a. Demensia Ringan

Demensia yang dikatakan buruk yang memiliki skor pemeriksaan MMSE dibawah 17 seperti disorintasi, gangguan bahasa, mudah bingung, dan penurunan fungsi memori lebih berat sehingga penderita pada kondisi ini tidak dapat melakukan kegiatan sampai selesai, mengalami gangguan visuospasial, tidak mengenali anggota keluarganya. Tingkatan demensia

ringan, sering disebut juga dengan demensia ringan atau Mild Cognitive Impairment (MCI), merupakan tahap awal dari gangguan kognitif. Pada tahap ini, seseorang masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri, namun mengalami kesulitan dalam hal-hal seperti mengingat, berpikir, atau menyelesaikan tugas-tugas yang kompleks.

b. Demensia Sedang

Demensia yang dikatakan demensia sedang yaitu yang memiliki skor MMSE 18- 23 yang artinya fungsi memori yang terganggu bisa menyebabkan lupa akan hal baru yang dialami. Tingkat demensia sedang, sering disebut juga demensia tahap menengah, adalah fase di mana seseorang mengalami kesulitan yang lebih besar dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dan fungsi kognitif semakin menurun dibandingkan dengan tahap demensia ringan. Pada tahap ini, orang dengan demensia mungkin mengalami kesulitan dengan memori, bahasa, dan kemampuan pemecahan masalah, serta perubahan perilaku dan mood. Mereka mungkin membutuhkan lebih banyak bantuan untuk aktivitas sehari-hari dan perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, dan makan.

c. Demensia Buruk

Demensia yang dikatakan buruk yang memiliki skor pemeriksaan MMSE dibawah 17 seperti disorintasi, gangguan bahasa, mudah bingung, dan penurunan fungsi memori lebih berat sehingga penderita pada kondisi ini tidak dapat melakukan kegiatan sampai selesai, mengalami gangguan visuospasial, tidak mengenali anggota keluarganya. Demensia Buruk atau berat juga umumnya menggambarkan tahap akhir perjalanan demensia, di mana fungsi kognitif dan fisik mengalami penurunan drastis. Gejala utama meliputi kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kesulitan menelan, penurunan berat badan, dan perubahan perilaku yang signifikan.

7. Pemeriksaan Penunjang Demensia

a. Pemeriksaan fisik dan neurologis Pemeriksaan fisik dan neurologis pada demensia dilakukan untuk mencari keterlibatan sistem saraf dan penyakit

sistemik yang mungkin dapat dihubungkan dengan gangguan kognitifnya. (Windani et al., 2022).

b. Pemeriksaan kognitif dan neuropsikiatrik Pemeriksaan yang sering digunakan untuk evaluasi dan konfirmasi penurunan fungsi kognitif adalah Mini-Mental State Examination (MMSE), yang dapat pula digunakan untuk memantau perjalanan penyakit (Adwinda & Fariani Syahrul, 2023).

c. Pemeriksaan penunjang Pemeriksaan laboratorium pada pasien demensia tidak dilakukan sertamerta pada semua kasus. Pemeriksaan penunjang yang direkomendasikan adalah CT/MRI kepala

8. Skoring dan Interpretasi MMSE

Hasil skor pada MMSE dipengaruhi oleh variabel demografi. Skor cenderung rendah pada lansia dan tingkat pendidikan yang rendah. Namun, skor MMSE yang rendah ketika faktor usia dan tingkat pendidikan dikontrol memiliki interpretasi yang mengarah kepada demensia (Hasnah & Sakitri, 2023). MMSE menilai sejumlah domain kognitif yaitu orientasi waktu dan tempat, registrasi, atensi dan kalkulasi, recall, dan bahasa yang terdiri dari penamaan benda, pengulangan kata, pemahaman dan pelaksanaan perintah verbal dan tulisan, menulis, dan menyalin gambar. Setiap penilaian terdiri dari beberapa tes dan diberi skor untuk setiap jawaban yang benar (Hong et al., 2024).

Kuesioner MMSE terdiri dari 11 pertanyaan yang menguji lima bidang fungsi kognitif yaitu orientasi, registrasi, perhatian dan perhitungan, mengingat, dan bahasa. Skor maksimum adalah 30. Secara rinci aspek penilaian MMSE yaitu :

a. Orientasi, meliputi pertanyaan tentang orientasi waktu dan orientasi tempat, skor maksimal 10.

b. Registrasi, meliputi pertanyaan tentang mengatakan 3 benda yang disebutkan pemeriksa, 1 detik untuk masing-masing benda kemudian meminta untuk mengulang, skor maksimal 3.

c. Perhatian dan kalkulasi, meliputi pertanyaan tentang hitungan (menghitung mundur dari 100 dengan selisih 7, berarti setelah 5 jawaban), skor

maksimal 5. Apabila tidak mampu menghitung, mintakan untuk mengeja suatu kata yang terdiri dari 5 huruf dari belakang.

d. Mengingat, meliputi pertanyaan tentang daya ingat, menyebutkan 3 benda yang disebutkan pada poin registrasi, skor maksimal 3.

e. Bahasa, meliputi pertanyaan tentang menyebutkan 2 benda yang ditunjuk pemeriksa, mengulang kalimat dan memerintah (membaca, menulis dan meniru gambar), skor maksimal 9

Total skor pada MMSE jika semua jawaban benar adalah 30. Berdasarkan skor pada MMSE, status demensia pasien dapat digolongkan menjadi:

a. Normal : skor 25-30

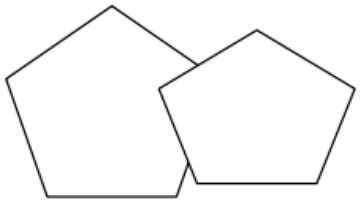
b. Demensia ringan : skor 20-24

c. Demensia sedang: skor 13-19

d. Demensia berat : skor 0-12

Tabel 2.1
Kuesioner Mini Mental State Examination (MMSE)

Tes MMSE	**Skor**
Orientasi	
1. Sebutkan :	
a. tahun berapa sekarang	1
b. musim apa	1
c. tanggal	1
d. bulan	1
e. hari	1
2. Sebutkan di mana kita sekarang	
a. negara	1
b. propinsi	1
c. kota	1
d. desa	1
e. dusun	1
Registrasi	
3. Pemeriksa menyebutkan 3 nama benda dengan antara 1 detik waktu menyebut nama benda tersebut (misalnya : buku, mangkok, payung). Setelah slesai suruh penderita menyebutkannya. Beri angka 1 untuk tiap jawaban yang betul. Kemudian, bila salah suruh ulang sampai betul semua.	3
Perhatian dan Kalkulasi	
4. Hitungan kurang 7. Misalnya 100 – 7, pendapatannya (hasilnya) dikurang lagi dengan 7, demikian seterusnya sampai 5 jawaban. Jadi : 100 -7 = 93 – 7 = 86 – 7 =	5

Tes MMSE	Skor
79; 72; 65. Beri angka 1 bagi tiap jawaban yang betul. Tes 4 ini dapat di ganti dengan tes meng – eja, yaitu mengeja mundur kata : kartu (utrak)	
Mengingat Kembali dan Bahasa	
5. Tanyakan nama benda yang telah di sebutkan pada pertanyaan nomor 3. Beri angka 1 bagi tiap jawaban yang betul.	3
6. Anda tunjuk pada pensil dan arloji. Suruh pasien menyebutkan nama benda yang anda tunjuk.	2
7. Suruh pasien mengulang kalimat berikut : “Tanpa kalau, dan atau tetapi “	1
8. Suruh pasien melakukan 3 tingkat, yaitu : a. Ambil kertas dengan tangan kanan b. Lipat kedua kertas itu c. Letakkan kertas itu di lantai	3
9. Anda tulis kalimat suruhan dan suruh pasien melakukannya : “Tutup mata”	1
10. Suruh penderita menulis satu kalimat pilihannya sendiri (kalimat harus mengandung subyek dan obyek dan harus mempunyai makna. Salah eja tidak diperhitungkan bila memberi skor).	1
11. Pasien disuruh menulis dengan spontan, Pasien di suruh menggambar bentuk di bawah ini: 	1
Skor Total	30

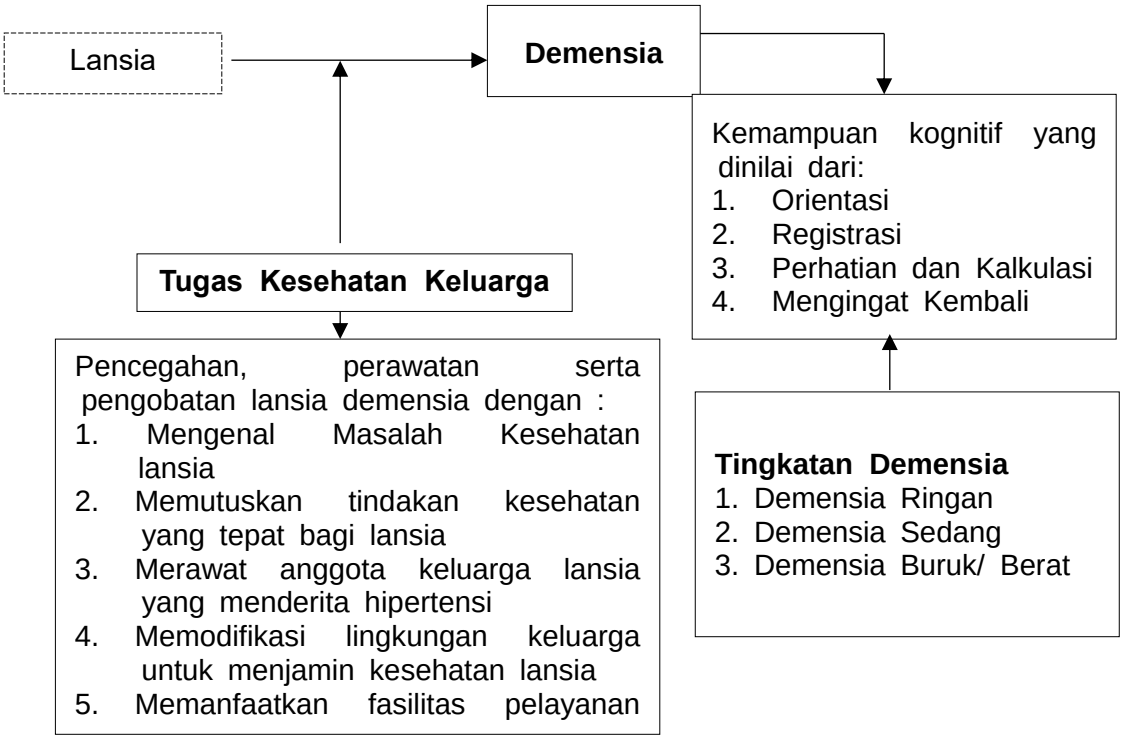
2.2 Kajian Penelitian Yang Relevan

Tabel 2.2 Kajian Penelitian Yang Relevan

Nama Peneliti, Tahun	Judul Penelitian	Metode Analisis	Persamaan	Perbedaan
(Abdillah & Fauziyah J, 2022)	Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia pada Lansia	Desain penelitian yang digunakan adalah desain penelitian Kuantitatif dengan *cross sectional*	1. Fokus kajian dalam penelitian ini adalah melihat hubungan Tugas Kesehatan keluarga dengan Tingkat Demensia 2. Desain penelitian yang digunakan adalah kuantitatif korelasional	1. Penelitian ini berbeda pada waktu pelaksanaan penelitian serta jumlah populasi 2. Tehnik sampel menggunakan *total sampling*
(Kurniasih et al., 2021)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Demensia pada Lansia	Desain penelitian yang digunakan adalah desain penelitian Kuantitatif dengan *cross sectional*	1. Fokus kajian dalam penelitian ini adalah Tugas Kesehatan keluarga dengan Tingkat Demensia 2. Tehnik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* 3. Desain penelitian yang digunakan adalah kuantitatif korelasional	1. Penelitian ini berbeda pada waktu pelaksanaan penelitian serta jumlah populasi 2. Variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga

(Pratidila, 2020)	Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi di Posyandu Lansia Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember	Desain penelitian yang digunakan adalah desain penelitian korelasi *cross sectional*	1. Fokus kajian dalam penelitian ini adalah Tugas Kesehatan keluarga *2.* Tehnik sampel menggunakan *purposive sampling*	1. Penelitian ini berbeda pada waktu pelaksanaan penelitian serta jumlah populasi 2. Kedua penelitian berbeda pada lokasi penelitian 3. Populasi yang digunakan adalah lansia dengan hipertensi 4. Kedua penelitian berbeda dari segi variabel dependen yaitu kualitas hidup lansia Hipertensi
(Kalu, 2022)	Hubungan Tugas Perawatan Keluarga Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga	Desain penelitian yang digunakan adalah desain penelitian Kuantitatif dengan deskriptif analitik korelasional	1. Fokus kajian dalam penelitian ini adalah Tugas Kesehatan keluarga 2. Tehnik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*	1. Penelitian ini berbeda pada waktu pelaksanaan penelitian serta jumlah populasi 2. Populasi yang digunakan adalah lansia dengan hipertensi 3. Kedua penelitian berbeda pada lokasi penelitian 4. Variabel dependen penelitian ini adalah kejadian hipertensi

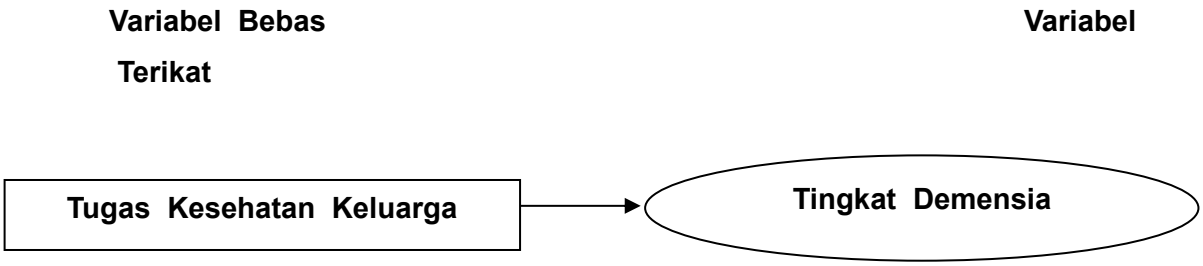
2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Friedman, 2003), G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1998)

2.4 Kerangka Konsep



Keterangan :

= Variabel Independen

= Variabel Dependen

= Hubungan antar Variabel

Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diajukan pada penelitian ini adalah “Apakah ada Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga”

BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Tempat dan Waktu Penelitian

3.1.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Telaga.

3.1.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari pengambilan data awal pada bulan Agustus 2024, dan penelitian akan dilaksanakan pada bulan Mei - Juni 2025.

3.2 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian penelitian kuantitatif adalah penelitian ilmiah yang berfokus pada pengumpulan data numerik dan analisis statistik untuk menjawab pertanyaan penelitian dan menguji hipotesis (Saat & Mania, 2019). Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. *Cross-sectional* merupakan desain yang sangat sesuai dengan studi atau penelitian yang bertujuan untuk menemukan suatu kejadian pada suatu fenomena, situasi, masalah, prilaku, atau isu melalui pengambilan *cross-section* (contoh yang representatif mewakili keseluruhan) dari suatu populasi. Desain ini sangat berguna dalam memperoleh gambaran menyeluruh pada waktu saat melakukan studi atau penelitian (Pasaribu et al., 2022). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga.

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Independen

Variable ini sering disebut sebagai variabel stimulus, predictor, variabel pengaruh, variabel perlakuan, kausa, treatment, risiko, atau variable bebas. variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) dinamakan sebagai variabel bebas karena bebas dalam mempengaruhi variabel lain (Setyawan,

2021). Yang menjadi variabel independen dalam penelitian ini adalah Tugas Kesehatan Keluarga.

3.3.2 Variabel Dependen

Sering disebut sebagai variabel output, kriteria, konsekuen, variabel efek, variabel terpengaruh, variabel terikat atau variabel tergantung. sering disebut sebagai variabel *output*, kriteria, konsekuen, variabel efek, variabel terpengaruh, variabel terikat atau variabel tergantung (Setyawan, 2021).Yang menjadi variabel dependen dari penelitian ini adalah Tingkat Demensia Lansia.

3.4 Definisi Operasional

Defenisi operasional adalah definisi yang dirumuskan oleh peneliti tentang istilah-istilah yang ada pada masalah peneliti dengan maksud untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan orang-orang yang terkait denga penelitian. definisi operasional merupakan spesifikasi kegiatan peneliti dalam mengukur suatu variabel atau memanipulasikannya. Definisi operasional merupakan semacam buku pegangan yang berisi petunjuk bagi peneliti (Pasaribu et al., 2022).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Paramater	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen Tugas Kesehatan Keluarga	Upaya yang dilakukan untuk menjaga kesehatan lansia yang mengalami demensia dalam keluarga	Kuesioner	Indikator tugas kesehatan keluarga meliputi : 1. Mengenal masalah 2. Mengambil keputusan 3. Perawatan sederhana 4. Memodifikasi lingkungan 5. Pemanfaatan yankes	1. Tugas Kesehatan keluarga baik skor ≥ 50% 2. Tugas Kesehatan keluarga Kurang skor < 50%	Ordinal
Variabel Dependen Tingkat Demensia	Menilai status kognitif lansia yang menunjukkan gejala – gejala demensia	Kuesioner *Mini Mental State Examination (MMSE)*	1. Orientasi 2. Registrasi 3. Perhatian dan Kalkulasi 4. Mengingat kembali dan bahasa	1. Demensia Ringan skor 20 – 24 2. Demensia sedang 13 – 19	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Paramater	Hasil Ukur	Skala
				3. Demensia Berat ≤ 12	

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga pada bulan Maret - April 2025 sejumlah 125 lansia.

3.5.2 Sampel dan

Sampel adalah bagian atau jumlah dan karakteritik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Pasaribu et al., 2022). Untuk menetukan besarnya sampel yang diambil dari Populasi peneliti menggunakan rumus yang dikemukakan oleh Slovin dalam (Mustafa, 2010: 90) dengan Rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)2}$$

Keterangan:

n = Jumlah Sampel

N= Jumlah Populasi

e = Presentasi kelonggaran penelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir dimana Nilai e 0.1(10%) jika sampel dalam jumlah besar (>100)

n

$= \frac{N}{1 + N(e)2}$

$$n = \frac{125}{1 + 125(0{,}1)^2}$$

$$n = \frac{125}{1 + 125(0.01)}$$

$$n = \frac{125}{1 + 2.25}$$

$$n = \frac{125}{2.25}$$

$n = 55.5$ responden

$n = 56$ responden

Jadi, sampel yang digunakan dalam penelitian ini sejumlah 56 responden.

3.5.3 Tehnik Pengambilan Sampel

Peneliti ingin menggunakan teknik *non probability sampling* adalah teknik pengambilan sampel dengan cara sampel diambil tidak secara acak. Unsur populasi yang terpilih menjadi sampel dapat diperoleh karena kebetulan atau karena ada faktor lain yang sebelumnya sudah direncanakan. Adapun pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Purposive sampling adalah teknik pengambilan sampel yang dilakukan dengan pertimbangan tertentu. Teknik ini digunakan ketika peneliti memiliki pertimbangan-pertimbangan tertentu dalam menentukan sampel untuk tujuan tertentu. Adapun kriteria – kriteria dalam penelitian ini adalah:

1. Kriteria Inklusi

a. Lansia yang berusia ≥ 60 Tahun – 74 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga
b. Lansia compos mentis dengan Kondisi umum baik dan stabil
c. Lansia bisa membaca dan menulis

2. Kriteria Eksklusi

a. Lansia dengan hambatan pemahaman serta penerimaan informasi
b. Lansia yang tidak dapat membaca maupun menulis
c. Lansia dalam keadaan sakit
d. Anggota keluarga yang tidak tinggal serumah dengan lansia
e. Lansia atau anggota keluarga menolak menjadi responden

3.7 Teknik Pengumpulan Data

3.7. Data primer

Data yang dikumpulkan dan diusahakan oleh peneliti, disebut dengan data primer, misalnya data yang dikumpulkan melalui pedoman observasi, pedoman wawancara, angket, dan butir-butir tes (Saat & Mania, 2019). Data primer dalam penelitian ini adalah

1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian yaitu tugas kesehatan keluarga mengguanakan pengumpulan data kuesioner. Kuesioner menggunakan pilihan jawaban “ya” dan atau “tidak” atau skala binomial atau dikenal dengan skala *guttman.*

2. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu tingkat demensia dengan menggunakan kuesioner *Mini Mental State Examination (MMSE)* yang terdiri dari 11 psertanyaan yang menguji lima bidang fungsi kognitif yaitu orientasi, registrasi, perhatian dan perhitungan, mengingat, dan bahasa. Skor maksimum adalah 30 kuesioner dan wawancara.

3.7.2 Data sekunder

Format dokumentasi, digunakan untuk mengumpulkan data yang sifatnya sudah siap/ada, tinggal diambil oleh pengumpul data/peneliti biasa disebut data sekunder (Saat & Mania, 2019). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari puskesmas Telaga.

3.8 Tehnik Pengolahan Data

Sebelum diadakan uji statitik, baik statistik deskriptif maupun statistik infresial, data yang ditemukan di lapangan harus diolah terlebih dahulu. Untuk pengolahan data kuantitatif, misalnya data yang diperoleh melalui angket, pedoman wawacara terstruktur, atau pedoman observasi sistematis/terstruktur, diolah dengan melalui langkah-langkah sebagai berikut (Saat & Mania, 2019) :

1. *Editing* (mengedit data)

   Memisahkan antara instrumen yang sempurna jawabannya dan yang kurang sempurna (cacat). Misalnya ada angket yang jawabannya lengkap atau ada nomor yang tidak dijawab dan angket yang sudah lengkap jawabannya. Angket yang tidak lengkap jawabannya, tidak perlu diolah. Oleh sebab itu,

dalam pengedaran angkat sebaiknya dilebihkan sekitar 15 % untuk mengantisipasi angket yang cacat.

2. *Coding* data

Memberi kode pada setiap instrumen dari setiap responden. Misalnya dengan memberi nomor (1.2.3.4 dst.) atau kode lain (yang lebih mudah dipahami oleh pengolah data) pada setiap instrumen, sehingga kalau terjadi kesalahan dalam pengolahan, kesalahan itu gampang ditemukan.

3. Scoring

Memberi skor pada setiap option (alternatif) jawaban yang diberikan oleh responden. Misalnya untuk pernyataan yang bernada positif, jawaban sangat setuju diberi skor 5, setuju 4, kurang setuju 3, tidak setuju 2, dan sangat tidak setuju skor 1. dan untuk pertanyaan/pernyataan yang bersifat negatif, diberi skor sebaliknya, yakni skor untuk jawaban sangat tidak setuju 5, tidak setuju 4, kurang setuju 3, setuju 2, dan sangat setuju skor 1.

4. *Tabulating*

Memasukkan data ke dalam tabel sehingga dapat diperoleh frekuensi dari kedua variabel-variabel tersebut.

3.9 Teknik Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan komputer menggunakan program Komputer SPSS Versi 25.0

3.9.1 Analisa Univariat

Analisis univariat adalah analisis satu variabel dalam bentuk Distribusi frekuensi atau tabel frekuensi yang didalamnya terdapat susunan data dalam sebuah tabel yang telah diklasifikasikan menurut kelas atau kategori tertentu yang digambarkan melalui presentase (Sarwono & Handayani, 2021).

a. Presentase

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

p: *Persentase*.

f : Jumlah penerapan yang sesuai prosedur (nilai 1).

N : Jumlah item observasi (Aryani, 2014).

b. Uji Normalitas

Uji normalitas adalah suatu prosedur yang digunakan untuk mengetahui apakah data berasal dari populasi yang terdistribusi normal atau berada dalam sebaran normal (Nuryadi et al., 2017). Uji normalitas ini menggunakan *kolmogrov smirnov* (sampel ≥ 50) . Keputusan uji :

1) Jika nilai *P value* nya ≥ 0,05 maka dikatakan data terdistribusi normal.
2) Jika nilai *p value* nya ≤ 0,05 maka dapat dikatakan data tidak terdistribusi normal

3.9.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat alah salah satu bentuk analisis kuantitatif (statistik) yang paling sederhana. Ini melibatkan analisis dua variabel (sering dilambangkan sebagai X , Y), untuk tujuan menentukan hubungan empiris di antara keduanya. Analisis bivariat dapat membantu dalam menguji hipotesis hubungan yang sederhana (Fauzy, 2019) .

Analisis *bivariat* dilakukan untuk melihat hubungan variabel bebas terhadap variabel terikat menggunakan rumus *Chi Square* (x^2) jika data tidak berdistribusi normal. dengan rumus :

$$\chi^2{}_{hitung} = \sum \frac{(fo-fh)^2}{\text{fh}}$$

Keterangan :

$\chi^2{}_{hitung}$: *Chi Square.*

f_0 : Frekuensi observasi.

fh : Frekuensi harapan (Sugiono, 2012).

Pengujian hipotesis dengan distribusi χ2 (chi kuadrat) adalah pengujian hipotesis yang menggunakan distribusi χ2 sebagai uji statistik. Tabel pengujiannya disebut tabel χ2. Hasil uji statistik ini kemudian di bandingkan dengan nilai dalam tabel untuk menerima atau menolak hipotesis nol (Ho) yang di kemukakan (Pasaribu et al., 2022). Untuk hasil akhir digunakan uji statistik

Chi Square (χ^2) dengan tingkat kemaknaan α = 0,05 dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Terlebih dahulu membuat rumusan hipotesis baik hipotesis nol (H_0) maupun hipotesis alternatif (Ha).
2. Menyusun tabel koefisien korelasi dan tafsirannya serta tabel kerja untuk melakukan pengolahan data yang diperoleh ke dalam tabel.
3. Menguji nilai χ^2_{hitung} yang diperoleh dengan menggunakan harga kritis (*critical value* χ^2_{tabel}) yang disesuaikan dengan tingkat kemaknaan yang ditentukan (α = 0,05).
4. Untuk menghitung derajat kebebasan dengan rumus: $n = (c-1)(r-1)$, dimana:
   n : derajat kemaknaan (d*f*).
   c : banyaknya kolom.
   r : banyaknya baris (Chandra, 2012)
5. Menarik kesimpulan terhadap pengujian x^2_{hitung} yaitu H_0 gagal ditolak jika $x^2_{hitung} < x^2_{tabel}$ dan H_0 ditolak jika $x^2_{hitung} \geq x^2_{tabel}$.

3.10 Hipotesis Statistik

Hipotesis Statistik dalam penelitian ini adalah kausalitas (sebab akibat) yaitu:

Ha : ρ ≤ 0.05, Ada Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga.

H0 : ρ = 0, Tidak ada Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga.

3.11 Etika Penelitian

Menurut (Sarwono & Handayani, 2021) Beberapa etika dalam penelitian yaitu :

1. Lembar Persetujuan (Informed consent)

   Lembar persetujuan berisi penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan, tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang diperoleh responden, dan resiko yang mungkin terjadi. Pernyataan dalam lembar persetujuan

jelas dan mudah dipahami sehingga responden tahu bagaimana penelitian ini dijalankan. Untuk responden yang bersedia maka mengisi dan menandatangani lembar persetujuan secara sukarela

2. Anonimitas

   Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut hanya diberi kode.

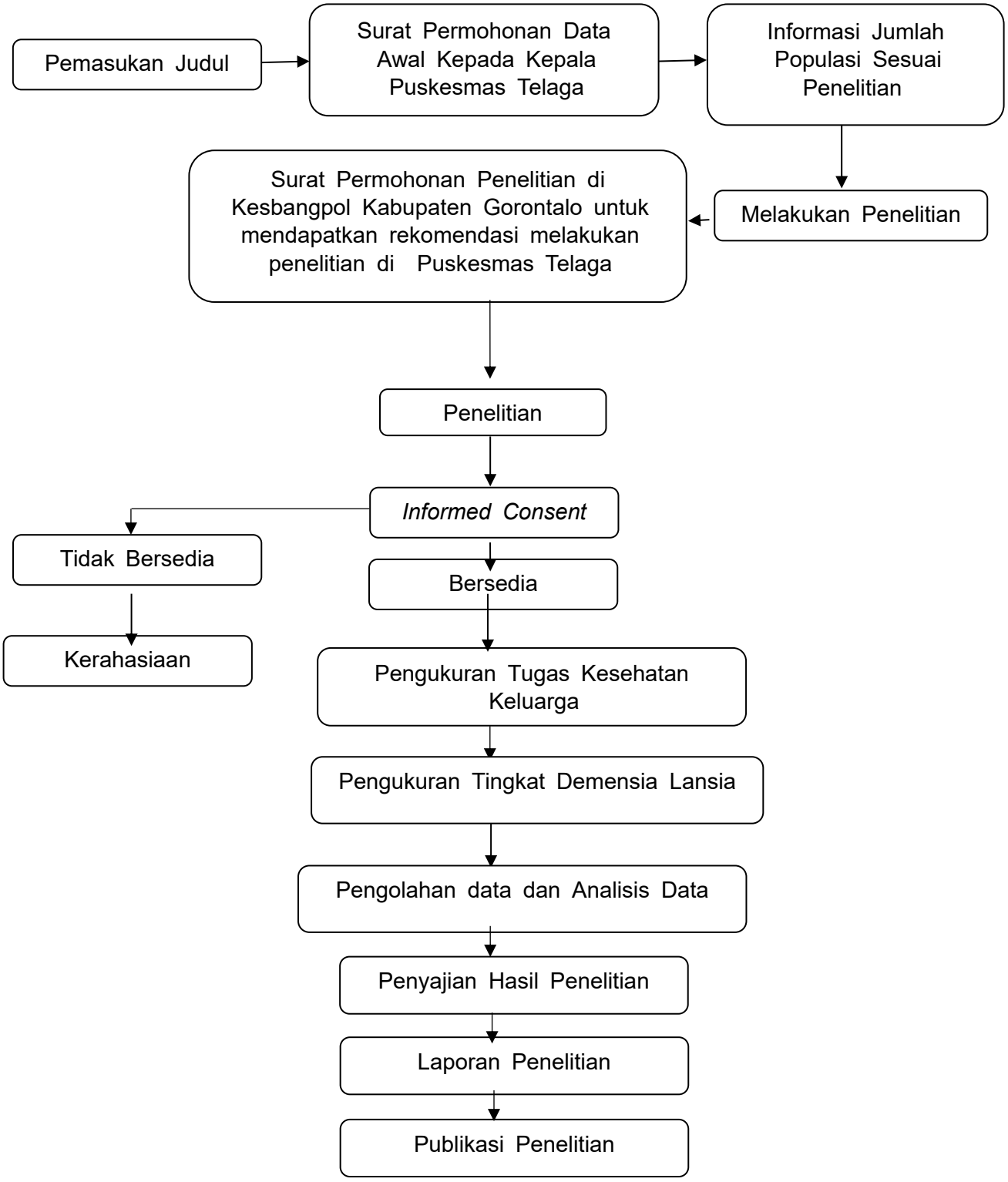
3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

   Confidentiality yaitu tidak akan menginformasikan data dan hasil penelitian berdasarkan data individual, namun data dilaporkan berdasarkan kelompok.

4. Sukarela

   Peneliti bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan atau tekanan secara langsung maupun tidak langsung dari peneliti kepada calon responden atau sampel yang akan diteliti.

3.12 Tahapan Penelitian



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Keadaan Geografis

Puskesmas Telaga merupakan salah satu Puskesmas yang terletak di Kecamatan Telaga dan berada di dekat dengan Ibukota Provinsi Gorontalo. Puskesmas Telaga mempunyai wilayah kerja terdiri dari 4 Desa yaitu Desa Bulila, Desa Hulawa, Desa Luhu dan Desa Mongolato.

Puskesmas Telaga berdiri sejak tahun 1952 dengan nama Balai Pengobatan. Puskesmas ini di pimpin pertama kali oleh Bapak Jasin Harun tahun 1952 – 1972 dan Sekarang di Pimpin oleh Ibu dr. Meliyana Panther mulai tahun 2022 sampai dengan sekarang. Batas wilayah kecamatan Mootilango diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Pantungo Kecamatan Telaga
b. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Gorontalo
c. Sebelah Selatan berbatasan dengan Desa Pilohayanga yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Pilohayanga
d. Sebelah Utara berbatasan dengan Desa Bunggalo Kecamatan Telaga Jaya.

2. Sarana dan Prasarana

Puskesmas Telaga memiliki 1 buah gedung Puskesmas Induk dan memiliki 3 Pustu serta memiliki kendaraan operasional yang terdiri dari 3 buah kendaraan roda dua dan 1 mobil pusling.

3. Motto Visi dan Misi

Puskesmas Telaga memiliki Moto yaitu “Kesehatan Adalah Tanggung Jawab Bersama”, dan Visi Visi Puskesmas Telaga yaitu “Puskesmas sebagai Mitra Menuju Masyarakat Sehat, Mandiri dan Produktif”, serta Misi Mendorong kemandirian hidup sehat bagi perorangan, keluarga dan masyarakat, Memberdayakan masyarakat melalui desa siaga aktif, kreatif dan

berkesinambungan dan Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, bermutu dan berkeadilan dengan mengutamakan pada upaya promotif dan preventif

4. Ketenagaan

Puskesmas Telaga memiliki ketenagaan yaitu terdiri dari Dokter Umum, Dokter Gigi, Apoteker, SKM, Perawat, Bidan, Kesling, Asisten Apoteker, Verifikator, Pekarya, Analis/laboratorium, gizi, dll sanitasi, dan cs/satpam.

Penelitian dilaksanakan selama satu minggu dari tanggal 30 Desember – 3 Januari 2025. Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan depresi dengan kejadian demensia pada lansia di Panti Sosial Griya Lansia Jannati Provinsi Gorontalo. Selain itu di Puskesmas Telaga bahwa telah diadakan beberapa program terkait pencegahan dan untuk menangani kejadian demensia pada lansia melalui posyandu lansia peduli demensia dengan salah satu programnya yaitu lansia bebas demensia “LABASIA” dimana lansia diberikan aktivitas – aktivitas yang dapat merangsang daya pikir dan daya ingatnya, selain itu terdapat program posbindu sebulan sekali maupun prolanis sebanyak 2 kali dalam sebulan.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Karakteristik Responden

1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Lansia

Distribusi Karakteristik Responden di Puskesmas Telaga dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Karakteristik Responden	Klasifikasi	Frekuensi *(n)*	Presentase (%)
Usia	Lansia (≥ 60 – 74 Tahun)	50	89.3
	Lansia Tua (75 – 89 Tahun)	6	10.7
Jenis Kelamin	Laki – Laki	18	32.1
	Perempuan	38	67.9
Tingkat Pendidikan Terakhir	SD	13	23.2
	SMP	8	14.3
	SMA	30	53.6
	PT	3	5.4

Karakteristik Responden	Klasifikasi	Frekuensi *(n)*	Presentase (%)
	Tidak Sekolah	2	3.6
Total		56	100.0

(Sumber : Data primer, 2025)

Berdasarkan kelompok usia responden mayoritas berada pada usia lansia (≥ 60 - 74 Tahun) sejumlah 50 orang atau sebesar (89.3%) dengan jenis kelamin responden mayoritas berjenis kelamin perempuan sejumlah 38 orang (67.9%) dan mayoritas berstatus pendidikan terakhir SMA sejumlah 30 orang (53.6%).

4.2.2 Analisis Univariat

1. Gambaran Tugas Kesehatan Keluarga pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Provinsi Gorontalo

Tabel 4.4 Gambaran Tugas Kesehatan Keluarga pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Provinsi Gorontalo

No	Tugas Kesehatan Keluarga	Frekuensi *(n)*	Presentase (%)
1.	Baik	15	26.8
2.	Kurang Baik	41	73.2
	Total	56	100%

(Sumber : Data primer, 2025)

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan bahwa tugas kesehatan keluarga baik sejumlah 15 orang (26.8%), dan tugas kesehatan keluarga pada lansia kurang baik sejumlah 41 orang (73.2%).

2. Gambaran Tingkat Demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

Tabel 4.5 Gambaran Kejadian Demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

No	Tingkat Demensia	Frekuensi *(n)*	Presentase (%)
1.	Demensia Ringan	13	23.2
2.	Demensia Sedang	30	53.6
3	Demensa Berat	13	23.2
	Total	56	100%

(Sumber : Data primer, 2025)

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan bahwa responden yang mengalami demensia ringan sejumlah 13 orang (23.2%), demensia sedang sejumlah 30 orang (53.6%), dan demensia berat sejumlah 13 orang (23.2%).

4.2.3 Analisis Bivariat

Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

Tabel 4.6 Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

Tugas Kesehatan Keluarga	Kejadian Demensia								*p. value (x^2)*
	Demensia Ringan		Demensia Sedang		Demensia Berat		*Total*		
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	
Baik	7	12.5	4	7.1	4	7.1	15	26.8	0.021
Kurang Baik	6	10.7	26	46.4	9	16.1	41	73.2	
Total	13	23.2	30	53.6	13	23.2	56	100.0	

(Sumber : Data Primer, 2025)

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas responden yang memiliki keluarga dengan tugas kesehatan keluarga baik mengalami demensia ringan sejumlah 7 orang (12.5%), dan yang paling rendah adalah responden yang memiliki tugas kesehatan baik namun memiliki dimensia ringan dan berat masing masing sejumlah 4 orang (7.1%).

Selanjutnya, pada kelompok responden yang memiliki tugas kesehatan keluarga kurang rata – rata memiliki demensia sedang sejumlah 26 orang (46.4%), responden yang memiliki tugas kesehatan keluarga kurang dengan demensia berat sejumlah 9 orang (16.1%), dan terdapat responden yang memiliki keluarga dengan tugas kesehatan kurang baik namun memiliki demensia ringan sejumlah 6 orang (10..7%).

Hasil analisa statisk menggunakan uji *chi square (x^2)* didapatkan nilai *p-value* adalah 0.021 (≤0.05), berdasarkan nilai tersebut karena nilai p *value (*0.021 ≤ 0.05) dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

4.3 Pembahasan

4.3.1 Karakteristik Responden

1. Usia

Berdasarkan kelompok usia mayoritas responden mayoritas berada pada usia lansia (≥ 60 - 74 Tahun) sejumlah 50 orang atau sebesar (89.3%)

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa hubungan antara usia dan demensia sangat erat, dimana risiko demensia meningkat secara signifikan seiring bertambahnya usia. Demensia, yang merupakan penurunan fungsi kognitif, lebih umum terjadi pada orang lanjut usia. Meskipun bukan bagian normal dari penuaan, prevalensi demensia meningkat secara eksponensial setelah usia 65 tahun, namun bukan bagian normal dari penuaan, meskipun risiko meningkat seiring bertambahnya usia. Perubahan terkait usia pada otak, seperti penyusutan area tertentu dan peradangan, dapat berkontribusi pada perkembangan demensia. (Sisi & Ismahudin, 2020)

Penelitian sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Eka, (2021) menunjukkan bahwa dari hasil uji statistik menunjukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan tingkat demensia (p=0.018 < 0,05) di UPT PSTW Khusnul Khotimah Pekanbaru.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berasumsi bahwa usia lansia pada penelitian ini yaitu berada pada rentang usia *elderly* atau lansia usia 60 – 74 tahun, mulai terjadi Penurunan fungsi kognitif sehingga mempengaruhi kejadian demensia.

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin responden mayoritas dengan jenis kelamin perempuan sejumlah 38 orang (67.9%).

Sejalan dengan teori menyatakan bahwa Perbedaan jenis kelamin mempengaruhi risiko dan pola demensia. Wanita, secara umum, memiliki risiko lebih tinggi terkena demensia, terutama karena mereka cenderung hidup lebih lama daripada pria, dan usia adalah faktor risiko utama. Namun, pria mungkin memiliki risiko lebih tinggi terkena demensia pada usia pertengahan dan risiko lebih rendah terkena penyakit Alzheimer pada usia lanjut

dibandingkan wanita, meskipun faktor gaya hidup dan kondisi kesehatan juga berperan (Riastiningsih & Sidarta, 2018)

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berasumsi bahwa jenis kelamin bukan merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian demensia. Kejadian demensia maupun tingkat keparah demensia tidak memandang jenis kelamin tetapi dapat dipengaruhi oleh faktor gaya hidup dan kondisi kesehatan juga memainkan peran penting.

3. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berstatus pendidikan terakhir SMA sejumlah 30 orang (53.6%). Hasil ini berkaitan dengan rata – rata lansia yang mengalami depresi hanya tamatan SMA, sehingga lansia tidak pernah mendapatkan informasi terkait gejala – gejala depresi yang dialaminya, cara perawatan, serta pengobatannya.

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pendidikan memiliki hubungan yang kompleks dengan risiko demensia. Secara umum, pendidikan yang lebih rendah sering dikaitkan dengan peningkatan risiko demensia, sementara pendidikan yang lebih tinggi dapat memberikan efek protektif. Semakin tinggi pendidikan maka akan membuat lansia memiliki pemikiran terbuka sehingga mudah dalam penerimaan hal-hal baru. Sebaliknya, semakin rendah pendidikan membuat lansia memiliki pemikiran tertutup sehingga membuat mereka tidak berkembang, hal ini dikarenakan orang yang pendidikannya rendah maka akan memiliki pengetahuan yang kurang juga terhadap kesehatan dan tentunya akan kesulitan dan lambat dalam menerima informasi seperti penyuluhan tentang demensia serta gejala – gejala seseorang mengalami demensia dini serta pencegahannya yang dapat diberikan oleh petugas sehingga berdampak pada perilaku sehat lansia (Mumulati et al., 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Setiawan, (2023) menunjukkan bahwa analisis uji statistik *pearson chi-square* didapatkan nilai p = 0,033 > α = 0,05. Kesimpulan penelitian ini yaitu ada hubungan tingkat pendidikan

dengan kejadian demensia pada lansia di Balai Penyantunan Lanjut Usia Senja Cerah Paniki Kecamatan Mapanget Manado.

Peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pola berpikir lansia untuk melakukan tindakan termasuk dalam mengambil keputusan tentang perawatan serta pengobatan saat terjadi gejala – gejala yang mengarah ke demensia sehingga akan mempengaruhi tingkatan keparahan demensia, Lansia yang memiliki pendidikan rendah cenderung kurang beradaptasi dengan hal baru terkait dengan pengetahuan tentang penyakit, penanganan serta perawatannya.

4.3.2 Analisis Univariat

1. Gambaran Tugas Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Provinsi Gorontalo.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki tugas kesehatan keluarga baik sejumlah 15 orang (26.8%). Berdasarkan temuan peneliti, responden dengan kategori tugas kesehatan keluarga baik, pada kuesioner cenderung menjawab dengan skor tinggi dengan kategori jawaban (≥50%), dan pada kelompok tugas kesehatan keluarga pada lansia kurang baik terdapat sejumlah 41 orang (73.2%), berdasarkan temuan peneliti lansia pada lansia memiliki tugas kesehatan keluarga kurang cenderung menjawab dengan skor rendah (<50%).

Kategori tugas kesehatan keluarga baik dikairkan dengan indikator pertama yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga yang menderita demensia dimana keluarga yang mampu memberikan informasi tentang penanganan gejala pikun yang dialami lansia, memberikan informasi tentang penyebab demensia, tanda dan gejala demensia, kondisi yang berkaitan dengan keterbatasan daya ingat serta penanganan apa yang harus dilakukan jika terjadi serangan demensia, pada indikator memutuskan pengobatan yang tepat rata – rata keluarga selalu menganjurkan lansia untuk selalu memeriksakan kondisinya, keluarga membantu lansia untuk mencari pengobatan yang tepat untuk mengatasi demensianya, mengajurkan

lansia untuk memeriksakan kondisinya, melibatkan lansia dalam pengambilan keputusan, serta membawa lansia berobat sesegera mungkin pada indikator memberikan perawatan pada lansia keluarga membuatkan jadwal harian khusus agar lansia terbiasa mandiri dalam pelaksanaan kesehariannya, keluarga meluangkan waktu dengan lansia dalam mengingatkan hal – hal masa lalu yang indah pada lansia, keluarga mengikutsertakan lansia dalam menyelesaikan masalah, dan keluarga selalu menemani lansia untuk menyelesaikan masalah pada indikator memodifikasi lingkungan, keluarga mengikutsertakan lansia dengan berbagai aktivitas ringan dirumah seperti menyapu atau membersihkan debu pada meja, keluarga mengusahakan agar lansia terlibat aktif dalam rutinitas sehari – hari selama dirumah, dan mengusahakan agar lingkungan aman dan pada indikator pemanfaatan pelayanan kesehatan keluarga sudah baik dalam menggunakan pelayanan kesehatan dengan tepat dimana keluarga selalu *aware* atau memiliki kepekaan yang tinggi dalam mencegah perburukan kondisi dan prognosis penyakit dari lansia dan rutin mengantar lansia untuk berobat atau kontrol terkait kondisinya di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat pada program posbindu sebulan sekali maupun prolanis yaitu 2 kali dalam sebulan, keluarga merasa selalu bersemangat saat mengantar lansia untuk kontol, keluarga juga selalu menginformasikan kepada keluarga terkait pentingnya melakukan kontrol demensia secara rutin agar komplikasi dari demensia dapat dicegah dan tidak memperburuk kondisi lansia saat ini.

Pada pelaksanaan tugas kesehatan keluarga kurang dimana indikator mengenal masalah kesehatan keluarga yaitu tentang kurangnya keluarga memberikan informasi kepada lansia terkait penyebab demensia serta keterbatasan atas kondisi lansia saat ini, tidak menginformasikan penyebab, tanda dan gejala serta penangana demensia yang dialami lansia saat ini pada indikator memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga rata – rata lansia menjawab kurang pada item soal yaitu keluarga yang selalu menganjurkan lansia untuk tinggal dirumah, keluarga jarang menemani lansia berobat sesuai jadwal kontrol, tidak melibatkan lansia dalam pengambilan

keputusan terkait masalah kesehatannya, menganjurkan untuk tetap dirumah bahkan saat gejala demensia muncul, pada indikator tugas kesehatan dimana memberikan perawatan kepada keluarga yang sakit, paling banyak keluarga tidak membuat jadwal rutinitas harian lansia untuk meningkatkan daya ingat lansia, membiarkan lansia sendiri dalam mengatasi dan menangani masalahnya, tidak menginformasikan hal – hal yang membuatnya lupa khususnya nama orang dikeluarganya serta ciri – ciri wajahnya, pada indikator memodifikasi lingkungan, keluarga masih kurang baik dalam hal tidak mengikutsertakan lansia atau tidak mengajak lansia berdiskusi ketika ada masalah keluarga, keluarga kadang meluangkan waktu untuk bercengkerama dengan lansia seperti menceritakan kenangan – kenanganan masa lalu dan kejadian indah yang dapat meningkatkan daya ingat lansia, serta keluarga tidak mengatur perabotan sehingga perabotan nampak acak dan meningkatkan kesulitan lansia dalam mengingat letak perabotan, tidak memastikan bahwa rumah aman seperti licin, dll yang menyebabkan resiko jatuh dan pada indikator pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dimana masih kurangnya kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan serta tidak dapat memutuskan tindakan pengobatan yang tepat pada lansia dengan tidak adanya kegiatan untuk mencari pengobatan lansia dan menganggap bahwa demensia adalah hal yang lumrah terjadi pada lansia, serta keluarga hanya menyarankan lansia berobat ketika gejala pikun muncul.

Tugas kesehatan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya khususnya pada anggota keluarga yang sakit. Penggunaan pelayanan kesehatan dengan tepat oleh anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Pemanfaat pelayan kesehatan yang tepat akan membantu anggota keluarga yang sakit untuk mengatasi masalah kesehatannya, serta mencegah komplikasi serta prognosis buruk dari penyakitnya saat ini. Keluarga merupakan sistem pendukung yang berarti sehingga dapat memberikan petunjuk tentang kesehatan mental, fisik dan emosi lanjut usia, serta dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Karena lansia membutuhkan

perhatian khusus dalam kesehatan, kemandirian, serta perawatan jika dikaitkan dengan penurunan kondisi fisiologis dan biologisnya (Maulidah & Handayani, 2021).

Prolanis adalah Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kualitas hidup peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis, seperti diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi, dengan pendekatan proaktif dan terintegrasi antara peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS Kesehatan. Sedangkan pada posbindu program kesehatan berbasis masyarakat bertujuan untuk deteksi dini dan pemantauan faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti penyakit jantung, diabetes, hipertensi, dan lain-lain pada masyarakat usia dewasa. Posbindu juga merupakan upaya promotif dan preventif yang dilakukan secara terpadu untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (Fitriana et al., 2021).

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa tugas utama keluarga adalah mampu memutuskan dalam menentukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat teratasi. Anggota keluarga yang sakit membutuhkan arahan dari anggota keluarga yang sehat dalam peningkatan derajat kesehatannya khususnya pada hipertensi. Hipertensi merupakan penyakit yang yang kronis, tidak dapat disembuhkan tetapi hanya dapat dikontrol dengan obat. Orang yang lama menderita hipertensi tentunya memiliki fase jenuh atau bosan menjalani terapi minum obat anti Hipertensi setiap harinya. Keluarga sebagai orang yang berpengaruh dalam memutuskan tindakan yang tepat harus mampu berperan sebagai pengawas minum obat yang harus selalu memotivasi dan mengingatkan untuk rutin mengkonsumsi obat, sehingga komplikasi akibat tekanan darah tinggi dapat dicegah. (Laili et al., 2022).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Maulidah, 2020), bahwa aksesibilitas (pvalue = 0,000), keyakinan, dan tugas kesehatan keluarga berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas Mlonggo Kabupaten Jepara.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Maulidah & Handayani, 2021) menyatakan bahwa bahwa responden mendapatkan tugas keluarga kurang baik sebanyak 11 orang (57,9%) sedangkan responden yang mendapatkan tugas keluarga baik sebanyak 4 orang (14,3%), dengan hasil uji statistik *chi-square* di dapatkan *p-value* (0,005) < (0,05) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara Tugas kesehatan keluarga dengan tingkat demensia di wilayah kerja Puskesmas Muaro Putuih.

Berdasarkan asumsi peneliti dari uraian diatas, peneliti berasumsi bahwa keluarga yang berada pada kategori baik mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia dengan tepat untuk mengatasi masalah kesehatan lansia. Keluarga sepenuhnya mempercayakan pada tenaga kesehatan terkait pengobatan lansia, namun dalam perawatannya, keluarga juga ikut serta dalam menjaga kesehatan mencegah perburukan kondisi lansia di masa mendatang, dan pada pelaksanaan tugas keluarga kurang karena keluarga kurang dapat memutuskan tindakan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit menjadi faktor penting dalam mempengaruhi tingkat demensia pada lansia.

2. Gambaran Tingkat Demensia pasa Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Provinsi Gorontalo.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan lansia yang mengalami demensia ringan terdapat sejumlah 13 orang (23.2%), demensia sedang sejumlah 30 orang (53.6%), dan lansia yang paling rendah yang mengalami demensia berat sejumlah 13 orang (23.2%).

Berdasarkan temuan peneliti demensia ringan dikaitkan dengan lansia yang pada tes MMSE secara keseluhan mendapatkan nilai baik dengan skor nilai baik dengan skor jawaban (20 – 24), pada tes orientasi lansia dapat menyebutkan dengan sempurna terkait tahun, musim, tanggal, bulan serta hari, negara, provinsi, kota, desa serta tinggal di dusun berapa, pada tes registrasi mampu menjawab 3 nama benda, pada tes perhatian dan kalkulasi mampu mengurangi angka berturut – turut dengan kelipatan

7 sebanyak 5 kali, pada tes mengingat kembali bahasa mampu menjawab nama benda yang ditunjuk oleh peneliti dan menuliskan benda dikertas serta dapat menggambat bentuk segilima secara spontan namun beberapa lansia hanya mampu menggambar bentuk lain seperti bulat maupun persegi bukan bentuk segilima yang diinstruksikan, sedangkan pada demensia sedang peneliti menemukan bahwa hal ini terkait dengan pengukuran MMSE dimana lansia rata – rata dapat menyebutkan bulan dan tahun namun lupa terhadap hari dan tanggal, lansia juga dapat menyebutkan kota dan provinsi tempat tinggal, namun lupa tentang nama desa tempat tinggal, selain itu lansia hanya bisa menyebutkan 1-2 nama benda dalam kurun waktu 1 detik, lansia tidak terlalu pandai pada kalkulasi, dengan tidak mampu mengurangi angka secara berturut – turut, lansia dapat menyebutkan benda yang ditunjuk peneliti, namun pasien tidak mampu menuliskan bentuk segilima yang diinstruksikan peneliti, dan pada demensia berat berdasarkan temuan peneliti hal ini dikaitkan dengan lansia yang pada tes orientasi hanya bisa menyebutkan hari saat ini, tidak dapat menyebutkan saat ini tinggal dimana, pada tes registrasi tidak dapat menyebutkan 3 nama benda dalam 1 detik, tidak dapat melakukan kalkulasi dan tidak berusaha untuk mencobanya dengan alasan saya tidak menguasai perhitungan, dapat mengingat bahasa benda yang diminta, dapat menyebutkan benda yang ditunjuk peneliti namun tidak dapat menggambar bentuk segilima yang diinstruksikan peneliti. Selain itu lansia yang mengalami demensia berat nampak tidak mampu melakukan aktivitas sehari – hari dan sangat bergantung dari bantuan anggota keluarga lainnya.

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa demensia ringan adalah tahap awal dari kondisi penurunan kognitif yang ditandai dengan perubahan ringan dalam memori, kemampuan berpikir, dan perilaku, namun belum cukup parah untuk mengganggu aktivitas sehari-hari secara signifikan. Demensia dapat memengaruhi berbagai fungsi kognitif, termasuk memori dan kemampuan visual-spasial, banyak penderita demensia, terutama pada

tahap ringan, mengalami penurunan dalam aktivitas menggambar dan menikmati aktivitas seni (Fitriana et al., 2021)..

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa demensia sedang adalah tahap di mana penurunan kognitif menjadi lebih terlihat dan mulai mengganggu aktivitas sehari-hari. Pada tahap ini, penderita mungkin memerlukan bantuan untuk melakukan aktivitas dasar seperti berpakaian, mandi, atau makan, dan juga mengalami kesulitan dalam mengingat kejadian baru atau peristiwa masa lalu, serta mengalami perubahan perilaku. Selain itu penderita demensia sedang memang dapat mengalami gangguan dalam kemampuan kalkulasi atau berhitung. Pada tahap sedang, penderita demensia mulai kesulitan melakukan perhitungan sederhana, seperti pengurangan atau pengurangan berurutan (Fitriana et al., 2021).

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa lansia yang mengalami demensia akan memiliki tingkat ketergantung lebih tinggi dalam pelaksanaan *activity daily living* dibandingkan dengan lansia yang tidak mengalami demensia. Kemandirian lansia akan mempengaruhi kapasitas kognitif, dimana ketika lansia mandiri makan lansia akan menjadikan kegiatan sehari – hari adalah rutinitasnya sehari – hari, sehingga lansia tidak mudah lupa terhadap kegiatannya dan kemandirian lansia akan semakin meningkat.

Sejalan dengan penelitian yang dikemukakan oleh (Fitriana et al., 2021) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kemandirian (BADL dan IADL) dengan demensia pada lansia di panti wredha ($p<0,05$), sehingga perlu upaya yang komprehensif perlu dilakukan untuk meningkatkan kemandirian lansia khususnya yang ada di panti wredha.

Berdasarkan uraian diatas, asumsi peneliti bahwa rata – rata responden pada demensia sedang mengalami gangguan berhitung dan kalkulasi yang disebabkan penurunan fungsi kognitif.

4.3.2 Analisis Bivariat

Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas responden yang memiliki keluarga dengan tugas kesehatan keluarga baik mengalami demensia ringan sejumlah 7 orang (12.5%), Berdasarkan temuan peneliti, responden pada kuesioner cenderung menjawab dengan skor tinggi terkait keluarga yang mampu memberikan informasi tentang apa itu demensia, penyebab serta tanda dan gejalanya, memberikan informasi terkait keterbatasan lansia saat ini, selalu mengingatkan lansia tentang pentingnya memeriksakan kondisi saat ini ke pelayanan kesehatan, serta menemani lansia berobat setiap kali waktu kontrol, mengikutsertakan lansia dengan berbagai aktivitas ringan dirumah, meminta pendapat lansia ketika berdiskusi dirumah, menggunakan pelayanan kesehatan dengan tepat dimana keluarga selalu *aware* atau memiliki kepekaan yang tinggi dalam mencegah perburukan kondisi dan prognosis penyakit dari lansia dan rutin mengantar lansia untuk berobat atau kontrol terkait kondisinya di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Keluarga juga selalu menginformasikan kepada keluarga terkait pentingnya melakukan kontrol demensia secara rutin agar komplikasi dari demensia dapat dicegah dan tidak memperburuk kondisi lansia saat ini, sehingga lansia mampu melaksanakan tes MMSE yang diberikan dengan mendekati skor sempurna meliputi tes orientasi, registrasi perhatian serta tes mengingat kembali bahasa.

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pada lansia dengan demensia dalam kesehariannya memiliki tingkat ketergantungan tinggi pada keluarga dalam hal melakukan aktivitas sehari - hari. keluarga memegang peranan penting dalam mengatasi masalah lansia. Keluarga adalah orang yang paling dekat hubunganya dengan lansia. Masalah yang dihadapi lansia harus diatasi dengan memberi dukungan keluarga termasuk masalah demensia melalui perawatan *home care* sehingga lansia akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Tugas kesehatan keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan

memanfaatkan pengetahuannya, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari lansia.

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh (Risman, 2020) menunjukkan bahwa dari 40 lansia demensia diperoleh data bahwa sebagian besar memilki tugas kesehatan keluarga yang baik dan hampir setengahnya dengan tingkat demensia pada lansia yang termasuk ringan. Hasil *rank spearman* didapatkan *p.value*= 0,000 (α = 0,05) sehingga ada hubungan antara tugas kesehatan keluarga dengan tingkat demensia pada lansia.

Berdasarkan uraian peneliti berasumsi bahwa Keterlibatan dan dukungan keluarga yang baik dapat berperan penting dalam mengurangi risiko demensia pada lansia, serta meningkatkan kualitas hidup mereka. Keluarga yang aktif memberikan dukungan, baik secara fisiologis, psikologis, maupun sosial, dapat membantu meminimalkan dampak negatif demensia dan menjaga fungsi kognitif lansia.

Pada kelompok yang paling rendah adalah responden yang memiliki tugas kesehatan baik namun memiliki dimensia berat masing masing sejumlah 4 orang (7.1%), berdasarkan temuan peneliti hal ini dikaitkan dengan keluarga yang memiliki tugas kesehatan keluarga baik seperti selalu memberikan informasi tentang tanda dan gejala demensia, memutuskan pengobatan dengan tepat, mengingatkan lansia tentang kejadian masa lalu yang berkesan, mengikutsertakan lansia dalam kegiatan ringan sehari – hari dirumah serta memanfaatkan pelayanan kesehatan terdekat untuk kontrol rutin terhadap kondisi lansia namun, lansia sudah mengalami demensia ≥ 10 tahun, sehingga hal ini menyebabkan tingginya tingkat keparahan demensia menjadi demensia berat.

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa lama menderita demensia memiliki hubungan positif dengan tingkat keparahan demensia. Semakin lama seseorang menderita demensia, umumnya tingkat keparahan gejala dan penurunan fungsi kognitif akan semakin meningkat. Seiring berjalannya waktu, penderita demensia akan mengalami penurunan fungsi

kognitif yang lebih signifikan, termasuk memori, bahasa, pemecahan masalah, dan kemampuan berpikir. Hal ini dikarenakan demensia terutama Alzheimer adalah penyakit progresif yang menyebabkan kerusakan sel-sel otak secara bertahap.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berasumsi bahwa semakin lama seseorang menderita demensia akan semakin tinggi resiko perburukan kondisi demensia yang dialaminya karena demensia bersifat progresif dan berkelanjutan artinya semakin tua usia lansia maka semakin berat gejala demensia yang dialami.

Pada kelompok responden yang memiliki tugas kesehatan keluarga kurang rata – rata memiliki demensia sedang sejumlah 26 orang (46.4%), berdasarkan temuan peneliti hal ini dikaitkan dengan berdasarkan temuan peneliti pada lansia memiliki tugas kesehatan keluarga kurang cenderung menjawab dengan skor rendah pada pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dimana kurangnya keluarga memberikan infromasi kepada lansia terkait penyebab demensia serta keterbatasan atas kondisi lansia saat ini, keluarga tidak membuat jadwal rutinitis harian lansia untuk meningkatkan daya ingat lansia, keluarga tidak mengikutsertakan lansia atau tidak mengajak lansia berdiskusi ketika ada masalah keluarga, tidak mengatur perabotan sehingga perabotan nampak acak dan meningkatkan kesulitan lansia dalam mengingat letak perabotan,kurangnya kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan serta tidak dapat memutuskan tindakan pengobatan yang tepat pada lansia dengan tidak adanya kegiatan untuk mencari pengobatan lansia dan menganggap bahwa demensia adalah hal yang lumrah terjadi pada lansia, sehingga pada tes demensia dengan MMSE lansia hanya mampu melakukan pada tes orientasi dan tes registrasi, pada tes kalkulasi perhitungan serta tes mengingat kembali bahasa rata – rata lansia tidak mampu melakukannya dengan baik.

Pada kelompok responden yang memiliki keluarga dengan tugas kesehatan kurang baik namun memiliki demensia ringan sejumlah 6 orang (10.7%). Berdasarkan temuan peneliti hal ini dikaitkan dengan dukungan

sosial keluarga yang tinggi, pasien selalu merasa bahwa keluarga mendukung perawat klien dengan keterbatasan kondisi saat ini, keluarga selalu mendukung lansia, namun lansia tidak dilibatkan hal dalam pengambilan keputusan, selalu memberikan motivasi dan semangat serta harapan pada lansia, mendukung lansia untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menunjang peningkatan derajat kesehatannya, namun keluarga masih kurang meluangkan waktu dalam hal menceritakan kejadian – kejadian yang berkaitan dengan masa lalu lansia sehingga dapat meningkat daya ingat lansia.

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga memegang peranan penting dalam mengatasi masalah lansia. Ikatan kekeluargaan yang kuat sangat membantu ketika lansia menghadapi masalah, karena keluarga adalah orang yang paling dekat hubunganya dengan lansia. Dukungan keluarga memainkan peran penting dalam mengintensifkan perasaan sejahtera. Orang yang hidup dalam lingkungan yang bersikap supportif, kondisinya jauh lebih baik dari pada mereka yang tidak memilikinya (Subekti & Dewi, 2022).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kurniasih et al., 2021) menunjukkan bahwa bahwa ada hubungan signifikan antara dukungan keluarga pada pasien lansia dengan demensia di Posbindu Wilayah Kerja Puskesmas Plumbon Indramayu Kabupaten Indramayu tahun 2020 dengan p value = 0,017.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berasumsi bahwa dukungan sosial keluarga sangat mempengaruhi kejadian demensia pada lansia, peran optimal keluarga terhadap lansia dapat membuat lansia dapat membuat lansia merasa mendapatkan perhatian yang tinggi sehingga lansia tidak mudah putus asa terhadap proses penuaan yang dihadapinya saat ini.

Hasil analisa statisk menggunakan uji *chi square* (x^2) didapatkan nilai *p-value* adalah 0.021 (≤0.05), berdasarkan nilai tersebut karena nilai p *value* (0.021 ≤ 0.05) dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat Hubungan

Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga

Demensia atau penyakit pikun dapat menyebabkan perubahan cara berpikir dan berinteraksi dengan orang lain. Seringkali, memori jangka pendek, pikiran, kemampuan berkomunikasi dan kemampuan motorik terpengaruh. Demensia pada lansia akan memberi dampak pada kemunduran kapasitas intelektual, gangguan emosi, gangguan kognitif dan gangguan psikomotor, dan akan mempengaruhi pekerjaan, aktivitas sosial serta hubungan dengan orang lain (Nazirah et al., 2021).

Keluarga merupakan support system utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia. Lansia yang mengalami kemunduran fungsi kognitif atau demensia, memerlukan kesiapan keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari lansia. Kesiapan adalah keseluruhan kondisi yang membuatnya siap untuk memberi respon atau jawaban di dalam cara tertentu terhadap suatu situasi. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan (Mumulati et al., 2020).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sembiring & Setyarini, 2020) menunjukkan bahwa asil uji *chi-square* diperoleh p-value = 0,028, hal ini berarti bahwa Ho ditolak sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan kesiapan keluarga dengan kondisi demensia lansia

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berasumsi bahwa kesiapan keluarga berperan penting dalam menentukan derajat kesehatan lansia. Keluarga perlu memberikan informasi terkait demensia dan penyebabnya,

mengantisipasi gejala – gejala yang ditimbulkan agar tidak terjadi perburukan kondisi lansia yang diakibatkan demensia yang berkepanjangan.

Hasil analisa statisk menggunakan uji chi square (x^2) didapatkan nilai p-value adalah 0.043 (≤0.05), Berdasarkan nilai tersebut karena nilai p ≤ 0.05 dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan depresi dengan kejadian demensia pada lansia di Panti Sosial Griya Lansia Jannati Provinsi Gorontalo.

Proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, mental maupun sosial ekonomis. Semakin lanjut usia, mereka akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik, psikologis, mental serta kognitif. Pada lansia yang mengalami perubahan pada sistem persyarafan salah satunya pembuluh darah di otak dapat mengakibatkan pendarahan otak menimbulkan stroke, kepikunan (demensia), dan gangguan saraf tepi yang menimbulkan hambatan pergerakan sehingga mengakibatkan imobilisasi.

Penderita demensia memiliki fungsi intelektual yang terganggu dan menyebabkan gangguan dalam aktivitas sehari-hari maupun hubungan dengan orang sekitarnya. Penderita demensia juga kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, mengontrol emosi, dan bahkan bisa mengalami perubahan kepribadian dan masalah tingkah laku seperti mudah marah dan berhalusinasi, gangguan memori, perubahan persepsi, kesulitan berkomunikasi, dan penurunan fokus semua itu yang menjadikan lansia mengalami perubahan proses pikir.

Pada lansia dengan demensia dalam kesehariannya memiliki tingkat ketergantungan tinggi pada keluarga dalam hal melakukan aktivitas sehari - hari. keluarga memegang peranan penting dalam mengatasi masalah lansia. Keluarga adalah orang yang paling dekat hubunganya dengan lansia. Masalah yang dihadapi lansia harus diatasi dengan memberi dukungan keluarga termasuk masalah demensia melalui perawatan *home care* sehingga lansia akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Tugas kesehatan keluarga menjadikan

keluarga mampu berfungsi dengan memanfaatkan pengetahuannya, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari lansia.

Tugas kesehatan keluarga pada lansia yang mengalami demensia meliputi mengenal masalah kesehatan disetiap anggota keluarga yang mengalami masalah demensia, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga yang bermasalah dengan kesehatannya, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga yang menderita demensia, serta memaanfaatkan pelayanan kesehatan (Nazirah et al., 2021).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti menyimpulkan bahwa terdapat Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Kabupaten Gorontalo.

4.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Terdapat beberapa lansia cenderung banyak bicara dan menceritakan mengenai kehidupan mereka di masa lalu, disini peneliti perlu mempunyai strategi untuk tetap mengkaji mengenai masalah depresi dan demensia tanpa keluar dari topik tersebut, selain itu saat setengah pertanyaan telah diajukkan oleh peneliti ada beberapa lansia yang mulai bosan sehingga peneliti harus mencari cara untuk membuat lansia tetap nyaman dan percaya saat berkomunikasi dengan peneliti.
2. Perlunya dilakukan penelitian lainnya dengan teknik penarikan sampel secara *cluster sampling* dengan mengambil beberapa lokasi penelitian atau puskesmas lainnya yang ada di Kabupaten Gorontalo untuk dapat menggeneralisasikan tugas kesehatan dan tingkat demensia lansia di Kabupaten Gorontalo.
3. Perlunya diteliti faktor – faktor lain yang mempengaruhi tingkat demensia pada lansia seperti riwayat keluarga, kondisi kesehatan

seperti obesitas, gaya hidup yang tidak sehat, dan penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi, serta kadar kolesterol yang tinggi.

BAB V
PENUTUP

5.1 Kesimpulan

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

1. Mayoritas tugas kesehatan keluarga pada lansia kurang baik sejumlah 41 orang (73.2%), dan yang paling rendah adalah tugas kesehatan keluarga baik sejumlah 15 orang (26.8%).
2. Mayoritas lansia mengalami demensia sedang sejumlah 30 orang (53.6%), dan yang paling rendah masing – masing adalah demensia ringan dan demensia berat sejumlah 13 orang (23.2%).
3. Terdapat Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga dibuktikan dengan nilai *p-value* adalah (0.021 ≤ 0.05).

5.2 Saran

1. Bagi Peneliti

   Dapat dijadikan sebagai acuan dalam meningkatkan pengetahuan tentang tugas kesehatan keluarga dan hubungannya dengan demensia pada lansia
2. Bagi Puskesmas Telaga

   Dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi terkait status kognitif lansia dalam meningkatkan status derajat kesehatan lansia yang menderita demensia.
3. Bagi Keperawatan

   Dapat dijadikan sebagai acuan dalam meningkatkan kualitas pendidikan keperawataan dan proses belajar mengajar mahasiswa keperawatan terutama dalam bidang ilmu keperawatan gerontik pada kejadian demensia dan tugas kesehatan keluarga pada lansia
4. Bagi Peneliti Selanjutnya

   Sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian ini, terutama terkait faktor – faktor yang menyebabkan

demensia pada lansia seperti riwayat keluarga, kondisi kesehatan seperti obesitas, gaya hidup yang tidak sehat, dan penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi, serta kadar kolesterol yang tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

Abdillah, A., & Fauziyah J, L. (2022). Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Demensia Pada Lansia. *Jurnal Kesehatan Medika Udayana*, *6*(2), 93–102. Https://Doi.Org/10.47859/Jmu.V6i2.165

Adwinda, R. N., & Fariani Syahrul. (2023). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Demensia : Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (Mppki)*, *6*(1), 12–19. Https://Doi.Org/10.56338/Mppki.V6i1.2856

Afconneri, Y., Herawati, N., & Deswita, D. (2024). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Risiko Demensia Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan Jiwa (Jkj)*, *12*(1), 177–186.

Aspiani, R. Y. (2019). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Jilid 2. Jakarta: CV.Trans Info Media.

Bagou, M., Febriona, R., & Damasyah, H. (2023). Hubungan kemampuan kognitif dengan keseimbangan tubuh pada lansia di desa tenggela. *Jurnal Ilmu Kesehatan dan Gizi*, *1*(2), 190-201.

Darmojo, B., & Martono, H. (2019). Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Jakarta: FKUI.

Eriyani, T., Mardhiyah, A., & Fitria, N. (2024). *Pemberdayaan Keluarga Dalam Deteksi Dan Intervensi Dini Pertumbuhan Untuk Pencegahan Stunting*. *7*(February), 4–6.

Fauzy, A. (2019). Metode Sampling. In *Universitas Terbuka* (Vol. 9, Issue 1). Http://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/Jppp/Article/Download/83/65%0ahttp://Www.Embase.Com/Search/Results?Subaction=Viewrecord&From=Export&Id=L603546864%5cnhttp://Dx.Doi.Org/10.1155/2015/420723%0ahttp://Link.Springer.Com/10.1007/978-3-319-76

Gobel, I. A., & Paneo, I. (2024). Kemandirian Lansia Dalam Melakukan Activity Daily Living (ADL) Di Griya Lansia Jannati Provinsi Gorontalo. *Zaitun (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, *12*(2), 116-125.

Hasnah, K., & Sakitri, G. (2023). Implementasi Stimulasi Kognitif (Gerakan Senam Otak) Dalam Menurunkan Tingkat Demensia Lansia. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, *14*(2), 39–46. Https://Doi.Org/10.34035/Jk.V14i2.1027

Hong, V., Hamdani, I. A., & Agustina, L. (2024). Pendekatan Diagnosis Demensia Vaskular : Laporan Kasus. *Prepotif : Jurnal Kesehatan*

Masyarakat, 8(1), 991–1001.

Ilham, R., Sudirman, A. N., & Maku, Y. D. (2023). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN PROLANIS DI PUSKESMAS BOTUMOITO KECAMATAN BOTUMOITO KABUPATEN BOALEMO TAHUN 2022. *Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, *1*(2), 162-173.

Islamiyah, S., & Inayah, Z. (2023). Diagnosis Dan Tatalaksana Demensia Alzheimer. *Jurnalmalahayati*, *10*(3), 1672–1680.

Kalu, M. P., Ilham, R., & Sudirman, A. N. A. (2023). Tugas Perawatan Keluarga Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga. Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kedokteran, 2(1), 33-42.Kemenkes Ri. (2016). *Keperawatan Gerontik*.

Kemenkes. (2019). Infodatin Situasi Lanjut Usia (Lansia) di Indonesia. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI

Kurniasih, U., Wahyuni, N. T., Aeni, H. F., Giri, S. I., & Fuadah, A. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Demensia Pada Lansia. *Jurnal Kesehatan*, *12*(2), 102–109. Https://Doi.Org/10.38165/Jk.V12i2.253

Lugasi, M. M., & Asmawati, W. O. (2024). Mencapai Successful Aging Di Masa Lanjut Usia Melalui Aktivitas Sehari-Hari. *Humanus : Jurnal Sosiohumaniora Nusantara*, *1*(2), 313–325. Https://Doi.Org/10.62180/Jzr3se53

Mahardika, I. K., Salsabilah, A., Dimastama, R. A. R., & Anggraeni, W. D. T. (2024). Peranan Keluarga, Masyarakat Dalam Pendidikan Anak. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, *10*(11), 272–276.

Muchsin, E. Nurhayati, Wibowo, D. A., Sunaringtyas, W., & Ilmika, R. V. (2023). Tingkat Stres Pada Lansia Yang Tidak Tinggal Serumah Dengan Keluarga. *Jurnal Salam Sehat Masyarakat (Jssm)*, *4*(2), 22–28. Https://Doi.Org/10.22437/Jssm.V4i2.25948

Mulyono, D. P., & Indriani. (2022). Research Report Hubungan Karakteristik Lansia Dengan Status Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Godean 2 Yogyakarta. *Jurnal Ilmiah Fisioterapi Muhammadiyah*, *2*(1), 16–26.

Nazirah, A., Muammar, & Linda, A. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Demensia Pada Lansia. *Darussalam Indonesian Journal Of Nursing And Midwifery*, *4*(1), 21–30. Http://Jurnal.Sdl.Ac.Id/Index.Php/Dij/

Nurmayunita, H., Zakaria, A., & Irawan, H. (2023). Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kesejahteraan Psikologis Lansia Di Pondok Lansia. *Jurnal Kebidanan*, *12*(2), 111–119.

Nuryadi, Astuti, T. D., Utami, E. S., & Budiantara, M. (2017). Buku Ajar Dasar-Dasar Statistik Penelitian. In *Sibuku Media*.

Ong PA.(2022) Panduan praktik klinik diagnosis dan penatalaksanaan demensia. 40(9): 661–73.

Paneo,I,B., Ilham,R., Ntoi., N (2024). Hubungan Depresi Dengan Kejadian Demensia Pada Lanjut Usia Di Wilayah Binaan Panti Sosial Griya Lansia Jannati Kota Gorontalo. *Malahayati Nursing Journal.* Vol 7. No.6

Pasaribu, B., Herawati, A., Utomo, K. W., & Aji, R. H. S. (2022). *Metodologi Penelitian Untuk Ekonomi Dan Bisnis*.

Pratidila, F. (2020). *Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi Di Posyandu Lansia Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember*. *21*(1), 1–9.

Putra, A., & Hatami Ritonga, M. (2020). Ragam Studi Fungsi Keluarga Dalam Membentu Moral Anak (Analisis Melalui Konseling Keluarga). *Jurnal Al-Irsyad: Jurnal Bimbingan Konseling Islam*, *2*(2), 215–230. Http://Jurnal.Iain-Padangsidimpuan.Ac.Id/Index.Php/Irsyad/Article/View/2945

Putri, E. (2021). Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Klien Hipertensi Di Puskesmas Margasari Kota Balikpapan Tahun 2021. In *Fisheries Research* (Vol. 140, Issue 1).

Rona Febriyona, & Juliana Mayulu. (2023). Penerapan Model Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Lansia Dengan Hipertensi Melalui Pendekatan Teori Orem (Self-Care) Di Desa Mongolato Kecamatan Telaga. Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran, 1(3), 98–107. https://doi.org/10.55606/termometer.v1i3.1934

Saat, S., & Mania, S. (2019). *Pengantar Metodologi Penelitian : Panduan Bagi Peneliti Pemula*. Pusaka Almaida.

Sarwono, A. E., & Handayani, A. (2021). *Metode Kuantitatif Penulis*.

Setiawan M. (2019) Buku ajar psikiatri. Jakarta: Balai penerbit FKUI, 537-48

Setyawan, D. A. (2021). Hipotesis Dan Variabel Penelitian. In *Tahta Media Group*.

Sudirman, A. N. A., Mulyono, S., & Khasanah, U. (2020). Meningkatkan Kemandirian Keluarga pada Klien Tuberculosis Paru Melalui Peran Tugas Kesehatan Keluarga. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, *8*(2), 243-252.

Suryani, N., Hartono, B., & Hendri, H. (2023). Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pusako Kabupaten Siak. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, *9*(2), 391–401. Https://Doi.Org/10.25311/Keskom.Vol9.Iss2.1302

Susanti, N., Siregar, N. H., Ramadhani, N., & Sihite, R. N. (2024).

Alzheimer Dan Dimensia. *Kesehatan Tambusai*, *5*(2), 5736–5743.

Tjandra Dewi, V., & Laksmidewi, A. A. A. P. (2023). Manifestasi Klinis Dan Gambaran Pencitraan Struktural Dan Fungsional Berbagai Subtipe Demensia. *Cermin Dunia Kedokteran*, *50*(11), 594–599. Https://Doi.Org/10.55175/Cdk.V50i11.836

Ulfiah, U. (2021). Konseling Keluarga Untuk Meningkatkan Ketahanan Keluarga. *Psympathic : Jurnal Ilmiah Psikologi*, *8*(1), 69–86. Https://Doi.Org/10.15575/Psy.V8i1.12839

Untari, I., Noviyanti, R. D., & Sugihartiningsih. (2019). Buku Pegangan Kader: Peduli Demensia Pada Lansia. Surakarta: Jasmine.

Windani, C., Sari, M., Tarigan, D. P., & Rafiyah, I. (2022). Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Status Demensia Pada Lansia Berdasarkan Kajian Data Sekunder Di Posbindu Caringin. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, *7*(2), 162–170.

Wulandari, Setyo Retno, Winarsih, W., & Istikhomah. (2023). Pengabdian Masyarakat Cendekia Volume 02 Nomor 02 (2023) 58-61. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Cendekia*, *02*, 58–61. Https://Doi.Org/Xx.Xxxxx/Xxxxx

Yuswatiningsih, E., & Suhariati, H. I. (2021). Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kemandirian Lansia Dalam Memenuhi Kebutuhan Sehari Hari. *Hospital Majapahit*, *13*(1), 61–70.

Yuliyanti, Tutik. 2018. Permainan Dakon Sebagai Terapi Pikun (Demensia)Pada Lanjut Usia.

Lampiran 1. Surat Pengambilan Data Awal

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GORONTALO
Alamat :Jl. Prof. DR. H. Mansoer Pateda, Desa Pentadio Timur Kab.Gorontalo
Website:http://www.umgo.ac.id/Email:info@umgo.ac.id
Tlp./fax(0435)8811358811



FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GORONTALO

Nomor : 801/FKIK-UMGO/Penelitian/VIII/2024 Gorontalo, 03 Safar 1446 H
Lamp : - 08 Agustus 2024 M
Hal : *Permohonan Permintaan Data*

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Telaga Kab. Gorontalo
Di-
Tempat

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Teriring salam dan do'a semoga Allah SWT melimpahkan Rahmat, Taufik dan Hidayah-Nya pada kita dalam menjalankan aktifitas keseharian. Amin.

Dalam rangka penyusunan Proposal Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo atas nama:

Nama : Alnuju Suleman
NIM : C01421027
Judul : Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puekesmas Telaga.

Maka dengan ini kami memohon, agar kiranya Bapak/Ibu berkenan memberikan izin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk dapat melakukan kegiatan pengambilan Data Awal.

Demikian Permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerja samanya kami ucapkan terimakasih.

Nasrun Minallah Wa Fathun Qarib.
Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Plt. Dekan

Ns. Andi Akifa Sudirman, S.Kep., M.Kep
NBM : 1150471

Tembusan :
1. Arsip

Lampiran 2. Permohonan Menjadi Responden

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GORONTALO
Alamat :Jl. Prof. DR. H. Mansoer Pateda, Desa Pentadio Timur Kab.Gorontalo
Website:http://www.umgo.ac.id/Email:info@umgo.ac.id
Tlp./fax(0435)8811358811

Kepada Yth, Calon Responden

Di-Tempat

Assalamualaikum Wr.Wb

Saya yang bertanda tangan dibawah ini mahasiswa program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo T.A 2024/2025

Nama : Alnuju Suleman

NIM : C01421027

Alamat :

Akan mengadakan penelitian dengan judul "Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga" Dari saudara/saudari untuk menjadi subjek dalam penelitian ini. Data tersebut akan dijamin kerahasiannya.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon saudari untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah saya sediakan. Ataspartisipasi dan kebijakan saudari, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Alnuju Suleman

Lampiran 3. Persutujuan Menjadi Responden

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GORONTALO
Alamat :Jl. Prof. DR. H. Mansoer Pateda, Desa Pentadio Timur Kab.Gorontalo
Website:http://www.umgo.ac.id/Email:info@umgo.ac.id
Tlp./fax(0435)8811358811

Setelah membaca dan mendapatkan penjelasan tentang maksud, tujuan dan manfaat penelitian ini, Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

Dengan ini saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Alnuju Suleman selaku mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo dengan judul " Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga" dengan suka rela dan tanpa paksaan dari siapapun. Saya percaya apa yang saya informasikan dijamin kerahasiaanya. Demikian surat persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gorontalo, November 2024

Responden

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian

PEMERINTAH KABUPATEN GORONTALO
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JL. ACHMAD A. WAHAB NO 65 TELP. 0435 (821060)
LIMBOTO

REKOMENDASI
Nomor 074/BKBP/GOR/V/2025

Berdasarkan Surat Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo Nomor 510/FIKES-UMGO/Penelitian/V/2025 tanggal 27 Mei 2025 Perihal Permohonan Penelitian, dengan ini kami memberikan Rekomendasi kepada :

N a m a	:	**ALNUJU SULEMAN**
NIM	:	C01421027
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Pekerjaan	:	Mahasiswa
Alamat	:	Desa Tonala, Kec. Pogidaan, Kab. Bol-Sel
Maksud	:	Melaksanakan Penelitian Dalam Rangka Penyusunan Skripsi
Judul	:	**"Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia pada Lansia"**
Lokasi	:	Puskesmas Telaga Kab. Gorontalo
Waktu	:	Tanggal 27 Mei 2025 s/d 27 Juni 2025

Dalam melakukan kegiatan agar menjaga keamanan dan ketertiban, serta melapor kepada Kepala Badan/Dinas terkait.

Demikian Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan selesai mengadakan kegiatan agar melaporkan hasilnya kepada Bupati Gorontalo Cq. Badan Kesbang dan Polit Kabupaten Gorontalo.

Dikeluarkan di : Limboto
Pada Tanggal : 27 Mei 2025

a.n Kepala Badan,
Kasubbag Umum dan Kepegawaian,

Harlan Gobel, S.IP
Penata
NIP. 198004252008011010

Tembusan :
1. Bupati Gorontalo
2. Wakil Bupati Gorontalo
3. Kepala Puskesmas Telaga Kab. Gorontalo
4. Arsip

Lampiran 5. Kuesioner Penelitian

Kode Responden :

A. Identitas

1. Inisial :
2. Usia :
3. Pendidikan Terakhir :

B. Lembar Observasi Tugas Kesehatan Keluarga

Isilah kolom dibawah ini dengan tanda checklist (√) sesuai dengan keadaan yang paling menggambarkan kondisi anda selama 1 bulan terakhir

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
	Mengenal Masalah Kesehatan Lansia yang Menderita Demensia / Pikun		
1.	Keluarga memberikan informasi kepada bapak/ibu tentang apa itu demensia?		
2.	Keluarga memberikan informasi kepada bapak/ibu tentang penyebab demensia		
3.	Keluarga memberikan informasi kepada bapak/ibu tentang tanda dan gejala demensia		
4.	Keluarga memberikan informasi terhadap kondisi dan keterbatasan daya ingat bapak/ibu saat ini?		
5.	Keluarga menginformasikan hal – hal yang harus dilakukan kepada bapak/ibu untuk menurunkan gejala pikun yang dialami hanya ketika dibutuhkan saja?		
	Memutuskan Tindakan yang Tepat bagi Keluarga yang menderita Demensia		
6.	Keluarga membantu bapak/ibu untuk mencari pengobatan dalam mengatasi keluhan pikunnya		
7.	Keluarga menganjurkan bapak/ibu untuk memeriksakan kondisi saat ini ke pelayanan kesehatan		
8.	Keluarga melibatkan bapak/ibu dalam pengambilan keputusan mengenai tempat berobat atau tempat untuk memeriksakanan kesehatannya ?		
9.	Keluarga membawa bapak/ibu berobat sesegera mungkin ketika gejala pikun muncul		
10	Keluarga menganjurkan bapak/ibu untuk tetap dirumah dan mengatakan bahwa kondisi pikun merupakan hal yang biasa dan tidak membutuhkan penanganan lebih lanjut		
	Memberikan Perawatan terhadap Keluarga yang sakit(Demensia)		
11.	Keluarga membuat jadwal harian khusus agar bapak/ibu tidak melupakan rutinitias harian		

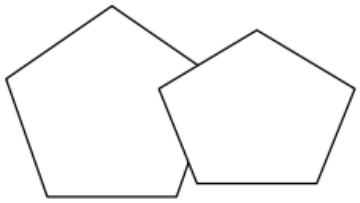
No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
12.	Keluarga mengingatkan bapak/ibu hal – hal yang berkaitan dengan kenangan – kenangan masa lalu dan kejadian – kejadian saat ini untuk meningkatkan daya ingat pada lansia?		
13.	Keluarga mengikutsertakan bapak/ibu dalam menyelesaikan masalah ?		
14.	Keluarga membiarkan bapak/ibu sendiri saat menghadapi masalah		
15.	Keluarga membantu menginformasikan hal – hal penting yang dilupakan bapak/ibu seperti mengingatkan nama orang dan mengenal wajah orang terdekatnya.		
	Memodifikasi Lingkungan Keluarga untuk Menunjang Kesehatan		
16.	Keluarga mengikutsertakan bapak/ibu dalam berbagai kegiatan ringan selama dirumah?		
17.	Keluarga mengatur alat perabotan dirumah secara acak dan tidak konsisten?		
18.	Keluarga tidak memberikan tanda yang jelas pada ruangan – ruangan penting dirumah contohnya tulisan ataupun tanda “toilet”		
19.	Keluarga menganggap bapak/ibu mudah lupa sehinga tidak diikutsertakan dalam kegiatan – kegiatan harian dirumah ?		
20.	Keluarga selalu memastikan bahwa ruangan yang diakses bapak/ibu aman dan tidak beresiko untuk menyebabkan kejadian jatuh seperti lantai licin dll		
	Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan		
21.	Keluarga mengantar bapak/ibu ke tempat pelayanan kesehatan terdekat?		
22.	Keluarga mempersiapkan dana khusus untuk biaya bapak/ibu berobat atau memeriksakan kesehatannya?		
23.	Keluarga merasa jenuh atau bosan saat mengantar l bapak/ibu kontrol rutin terkait keluhannya ke pelayanan kesehatan?		
24.	Keluarga menjelaskan ke bapak/ibu terkait pentingnya memeriksakan kondisi kesehatannya?		
25.	Keluarga menyarankan pada bapak/ibu untuk berobat hanya karena ketika gejala pikun muncul?		

Sumber : (Abdillah & Fauziyah J, 2022)

C. Kuesioner Demensia (MMSE)

Isilah kolom dibawah ini dengan tanda checklist (√) sesuai dengan kemampuan lansia dalam menjawab maupun mengikuti instruksi yang paling menggambarkan kondisi anda selama 1 bulan terakhir

Tes MMSE	Skor
Orientasi	
1. Sebutkan :	
a. tahun berapa sekarang	1
b. musim apa	1
c. tanggal	1
d. bulan	1
e. hari	1
2. Sebutkan di mana kita sekarang	
a. negara	1
b. propinsi	1
c. kota	1
d. desa	1
e. dusun	1
Registrasi	
3. Pemeriksa menyebutkan 3 nama benda dengan antara 1 detik waktu menyebut nama benda tersebut (misalnya : buku, mangkok, payung). Setelah slesai suruh penderita menyebutkannya. Beri angka 1 untuk tiap jawaban yang betul. Kemudian, bila salah suruh ulang sampai betul semua.	3
Perhatian dan Kalkulasi	
4. Hitungan kurang 7. Misalnya 100 – 7, pendapatannya (hasilnya) dikurang lagi dengan 7, demikian seterusnya sampai 5 jawaban. Jadi : 100 -7 = 93 – 7 = 86 – 7 = 79; 72; 65. Beri angka 1 bagi tiap jawaban yang betul. Tes 4 ini dapat di ganti dengan tes meng – eja, yaitu mengeja mundur kata : kartu (utrak)	5
Mengingat Kembali dan Bahasa	
5. Tanyakan nama benda yang telah di sebutkan pada pertanyaan nomor 3. Beri angka 1 bagi tiap jawaban yang betul.	3
6. Anda tunjuk pada pensil dan arloji. Suruh pasien menyebutkan nama benda yang anda tunjuk.	2
7. Suruh pasien mengulang kalimat berikut : “Tanpa kalau, dan atau tetapi “	1
8. Suruh pasien melakukan 3 tingkat, yaitu : a. Ambil kertas dengan tangan kanan b. Lipat kedua kertas itu c. Letakkan kertas itu di lantai	3
9. Anda tulis kalimat suruhan dan suruh pasien melakukannya : “Tutup mata”	1
10. Suruh penderita menulis satu kalimat pilihannya sendiri (kalimat harus mengandung subyek dan obyek dan harus	1

Tes	MMSE	Skor
	mempunyai makna. Salah eja tidak diperhitungkan bila memberi skor).	
11.	Pasien disuruh menulis dengan spontan, Pasien di suruh menggambar bentuk di bawah ini: 	1
Skor	**Total**	

Lampiran 6. Master Tabel

1. Tugas Kesehatan Keluarga

No	Usia	K	JK	K	P	K	Tugas Kesehatan Keluarga																									Total	Kategori	K
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
1.	62	1	P	2	SMA	3	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	18	Baik	1
2.	60	1	P	2	PT	4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	19	Baik	1
3.	61	1	P	2	SD	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	Baik	1
4.	65	1	P	2	SMA	3	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	18	Baik	1
5.	66	1	P	2	SMA	3	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	9	Kurang	2
6.	76	2	P	2	SD	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	10	Kurang	2
7.	64	1	L	2	SMA	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	17	Baik	1
8.	65	1	P	2	SD	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	12	Kurang	2
9.	62	1	P	2	Tidak sekolah	5	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10	Kurang	2
10.	63	1	P	2	PT	4	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	9	Kurang	2
11.	61	1	P	2	SMA	3	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	19	Baik	1
12.	70	1	P	2	SMP	2	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	11	Kurang	2
13.	60	1	L	1	SMA	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	10	Kurang	2
14.	60	1	L	1	SMA	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	20	Baik	1
15.	65	1	P	2	SMA	3	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	11	Kurang	2
16.	69	1	L	1	SD	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7	Kurang	2
17.	69	1	P	2	SMA	3	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	16	Baik	1
18.	65	1	P	2	SMA	3	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10	Kurang	2
19.	75	2	P	2	SD	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	8	Kurang	2
20.	60	1	P	2	SMA	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	20	Baik	1
21.	74	1	P	2	SMP	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	Kurang	2

No	Usia	K	JK	K	P	K	Tugas Kesehatan Keluarga																								Total	Kategori	K
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
22.	61	1	L	1	SMA	3	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	12	Kurang	2
23.	61	1	L	1	SMA	3	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	Baik	1
24.	63	1	L	1	SMA	3	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	8	kurang	2
25.	73	1	P	2	SD	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	12	Kurang	2
26.	66	1	L	1	SD	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	7	Kurang	2
27.	65	1	L	1	SMA	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Kurang	2
28.	66	1	P	2	SMA	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	Kurang	2
29.	67	1	P	2	SMA	3	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	10	Kurang	2
30.	66	1	P	2	SMP	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	8	Kurang	2
31.	61	1	P	1	SMA	3	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	20	Baik	1
32.	63	1	P	1	SMA	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	6	Kurang	2
33.	70	1	P	2	SD	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	10	Kurang	2
34.	66	1	P	1	SD	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	8	Kurang	2
35.	65	1	L	1	SMA	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	7	Kurang	2
36.	66	1	P	2	SMA	3	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11	Kurang	2
37	61	1	P	2	SMA	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	19	Baik	1
38.	62	1	P	2	SMA	3	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	20	Baik	1
39.	63	1	P	2	SMP	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	5	Kurang	2
40.	64	1	P	2	SMA	3	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11	Kurang	2
41.	65	1	P	2	SMA	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	8	Kurang	2
42.	66	1	P	2	SMA	3	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	8	Kurang	2
43.	61	1	L	1	SMP	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	11	Kurang	2
44.	68	1	L	1	Tidak sekolah	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	7	Kurang	2
45.	61	1	P	2	SD	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	12	Kurang	2

No	Usia	K	JK	K	P	K	Tugas iKesehatan iKeluarga																								Total	Kategori	K
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
46.	62	1	P	2	SD	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	20	Baik	1
47.	63	1	L	1	SMP	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	7	Kurang	2
48.	64	1	L	1	SMA	3	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Kurang	2
49.	66	1	P	2	PT	4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	11	Kurang	2
50.	61	1	P	2	SMP	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	12	Kurang	2
51.	76	2	P	2	SMP	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	6	Kurang	2
52.	75	2	P	2	SMA	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5	Kurang	2
53.	66	1	P	2	SMA	3	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	11	Kurang	2
54.	78	2	L	1	Tidak sekolah	5	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	10	Kurang	2
55.	74	1	L	1	SMA	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	20	Baik	1
56.	76	2	P	2	SD	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7	Kurang	2

2. Demensia

No	Usia	K	JK	K	Pendidikan i	K	Kuesioner iDemensia											Total	Kategori	K
							X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11			
1.	62	1	P	2	SMA	3	5	5	3	5	2	2	1	3	1	1	1	29	Ringan	1
2.	60	1	P	2	PT	4	4	5	3	5	2	2	1	3	1	1	1	28	Ringan	1
3.	61	1	P	2	SD	1	4	5	3	5	1	5	1	2	1	1	1	29	Ringan	1
4.	65	1	P	2	SMA	3	3	4	1	2	1	1	1	2	1	1	1	18	Sedang	2
5.	66	1	P	2	SMA	3	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	15	Sedang	2
6.	76	2	P	2	SD	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	16	Sedang	2
7.	64	1	L	2	SMA	3	2	5	1	4	2	2	1	3	1	1	1	23	Ringan	1
8.	65	1	P	2	SD	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	15	Sedang	2

No	Usia	K	JK	K	Pendidikan i	K	Kuesioner iDemensia											Total	Kategori	K
							X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11			
9.	62	1	P	2	Tidak sekolah	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	Berat	3
10.	63	1	P	2	PT	4	2	1	0	1	2	2	1	2	1	1	1	14	Sedang	2
11.	61	1	P	2	SMA	3	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	8	Berat	3
12.	70	1	P	2	SMP	2	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	1	9	Berat	3
13.	60	1	L	1	SMA	3	2	2	1	1	2	2	1	3	1	1	1	17	Sedang	2
14.	60	1	L	1	SMA	3	1	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1	10	Sedang	2
15.	65	1	P	2	SMA	3	2	3	2	2	2	2	1	3	1	1	1	20	Ringan	1
16.	69	1	L	1	SD	1	0	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	14	Sedang	2
17.	69	1	P	2	SMA	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	17	Sedang	2
18.	65	1	P	2	SMA	3	1	3	2	3	1	2	1	2	1	1	1	18	Sedang	2
19.	75	2	P	2	SD	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	1	1	17	Sedang	2
20.	60	1	P	2	SMA	3	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	16	Sedang	2
21.	74	1	P	2	SMP	2	4	5	3	2	2	1	1	2	1	1	1	23	Ringan	1
22.	61	1	L	1	SMA	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	17	Sedang	2
23.	61	1	L	1	SMA	3	2	4	3	4	3	1	1	3	1	1	1	24	Ringan	1
24.	63	1	L	1	SMA	3	2	1	2	1	1	2	1	3	1	1	1	16	Sedang	2
25.	73	1	P	2	SD	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	7	Berat	3
26.	66	1	L	1	SD	1	0	1	1	1	1	0	1	3	1	1	1	11	Berat	3
27.	65	1	L	1	SMA	3	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	16	Sedang	2
28.	66	1	P	2	SMA	3	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	18	Sedang	2
29.	67	1	P	2	SMA	3	2	2	0	2	2	1	1	3	1	1	1	16	Sedang	2
30.	66	1	P	2	SMP	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	17	Sedang	2
31.	61	1	P	1	SMA	3	3	3	2	2	3	2	1	3	1	1	1	22	Ringan	1
32.	63	1	P	1	SMA	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	1	1	18	Sedang	2

No	Usia	K	JK	K	Pendidikan i	K	Kuesioner iDemensia											Total	Kategori	K
							X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11			
33.	70	1	P	2	SD	1	1	0	1	1	1	0	0	2	1	1	1	9	Berat	3
34.	66	1	P	1	SD	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	17	Sedang	2
35.	65	1	L	1	SMA	3	1	1	2	2	2	1	1	3	1	1	1	16	Sedang	2
36.	66	1	P	2	SMA	3	4	4	2	4	3	2	1	2	1	1	1	25	Ringan	1
37	61	1	P	2	SMA	3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	Berat	3
38.	62	1	P	2	SMA	3	4	3	2	1	2	2	1	2	1	1	1	20	Ringan	1
39.	63	1	P	2	SMP	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	16	Sedang	2
40.	64	1	P	2	SMA	3	3	4	2	3	2	2	1	3	1	1	1	23	Ringan	1
41.	65	1	P	2	SMA	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	17	Sedang	2
42.	66	1	P	2	SMA	3	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	16	Sedang	2
43.	61	1	L	1	SMP	2	4	4	2	3	2	2	1	3	1	1	1	24	Ringan	1
44.	68	1	L	1	Tidak sekolah	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	15	Sedang	2
45.	61	1	P	2	SD	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	16	Sedang	2
46.	62	1	P	2	SD	1	0	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	10	Berat	3
47.	63	1	L	1	SMP	2	2	1	1	2	1	2	0	2	1	1	1	14	Sedang	2
48.	64	1	L	1	SMA	3	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	15	Sedang	2
49.	66	1	P	2	PT	4	5	5	2	1	1	2	1	1	1	1	1	21	Ringan	1
50.	61	1	P	2	SMP	2	4	5	2	4	1	2	1	3	1	1	1	25	Ringan	2
51.	76	2	P	2	SMP	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	Berat	3
52.	75	2	P	2	SMA	3	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	9	Berat	3
53.	66	1	P	2	SMA	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	15	Sedang	2
54.	78	2	L	1	Tidak sekolah	5	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	7	Berat	3
55.	74	1	L	1	SMA	3	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	Berat	3
56.	76	2	P	2	SD	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	1	9	Berat	3

Keterangan :			
K = Kode	JK = Jenis Kelamin		
Usia	Pendidikan Terakhir	Kategori Tugas Kesehatan Keluarga	
1 = Lansia (60 - 74 Tahun)	1 = SD	1 = Baik (skor 13-25)	
2 = Lansia Tua (75 - 89 Tahun)	2 = SMP	2 = Kurang (skor 0 - 12)	
	3 = SMA		
Jenis Kelamin	4 = PT	Kategori Demensia	
1 = Laki - Laki	5 = Tidak Sekolah	1 = Demensia Ringan (20 - 30)	
2 = Perempuan		2 = Demensia Sedang (13 - 19	
		3 = Demensia Berat (≤ 12)	

Lampiran 7. Output SPSS

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60 - 74 Tahun (Lansia)	50	89.3	89.3	89.3
	75 - 80 Tahun (Lansia Tua)	6	10.7	10.7	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

b. Jenis Kelamin

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki - Laki	18	32.1	32.1	32.1
	Perempuan	38	67.9	67.9	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

c. Tingkat Pendidikan

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	13	23.2	23.2	23.2
	SMP	8	14.3	14.3	37.5
	SMA	30	53.6	53.6	91.1
	PT	3	5.4	5.4	96.4
	Tidak Sekolah	2	3.6	3.6	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

2. Analisis Univariat

a. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas_Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tugas Kesehatan Baik	15	26.8	26.8	26.8
	Tugas Kesehatan Kurang	41	73.2	73.2	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

b. Tingkat Demensia

Demensia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Demensia Ringan	13	23.2	23.2	23.2
	Demensia Sedang	30	53.6	53.6	76.8
	Demensia Berat	13	23.2	23.2	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

3. Analisis Bivariat

a. Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Demensia.

Tugas_Keluarga * Demensia Crosstabulation

			Demensia			Total
			Demensia Ringan	Demensia Sedang	Demensia Berat	
Tugas_Keluarga	Tugas Kesehatan Baik	Count	7	4	4	15
		% within Tugas_Keluarga	46.7%	26.7%	26.7%	100.0%
		% within Demensia	53.8%	13.3%	30.8%	26.8%
		% of Total	12.5%	7.1%	7.1%	26.8%
	Tugas Kesehatan Kurang	Count	6	26	9	41
		% within Tugas_Keluarga	14.6%	63.4%	22.0%	100.0%
		% within Demensia	46.2%	86.7%	69.2%	73.2%
		% of Total	10.7%	46.4%	16.1%	73.2%
Total		Count	13	30	13	56
		% within Tugas_Keluarga	23.2%	53.6%	23.2%	100.0%
		% within Demensia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	23.2%	53.6%	23.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.728[a]	2	.021
Likelihood Ratio	7.531	2	.023
Linear-by-Linear Association	1.734	1	.188
N of Valid Cases	56		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.48.

Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian

DOKUMENTASI

1) Ny. S.N (65 thn)





2) Tn.A.K (61 thn)





3) Tn.R.A (62 thn)





4) Ny.H.A (75 thn)





5) Ny. W.G (63 thn)





6) Ny.R.A (66 thn)





7) Ny.S.L (80 thn)





8) Ny.I.N (68 thn)





9) Ny.HS (62 thn)





10) Ny.H.S (61 thn)





11)Ny.R.H (75 thn)





12)Tn.I.U (70 thn)





13)Tn. I.U (70 THN)





14)Tn. U.I (68 thn)





15) Ny. U.b (80 thn)





16) Ny. S.A (74 thn)





17) Ny. S.G (66 thn)





18) Ny. A.A (71 thn)





19) Ny. A.S (83 thn)





20) Ny. K.K (60 thn)





21) Ny. M.N (60 thn)





22) Ny. K.T (73 thn)





23) Ny. A.J (60 thn)





24) Ny. T.D (65 thn)





25) Ny. P.A (76 thn)





26) Ny. N.L (62 thn)





27) Tn. D.M (64 thn)





28) Ny.M.I (62 thn)





29)Ny.R.H (75 thn)





30)

Ny.S.A (68 thn)





31) Ny.M.A (65 thn)




32) Ny.J.A (60 thn)




33) Ny.N.A (61 thn)





34) Ny.H.A (67 thn)





35) Ny.H.K (65 thn)





36) Ny.K.K (74 thn)





37) Ny.F.B (63 thn)





38) Ny.L.H (67 thn)





39) Ny.A.T (63 thn)





40) Tn.T.I (67 thn)





41) Ny.S.D (65 thn)





42) Ny.S.K (73 thn)





43) Ny.A.A (60 thn)





44) Ny.S.D (68 thn





45) Ny.S.K (84 thn)





46) Ny.M.A (62 thn)





47) Ny.J.U (66 thn)





48) Ny.E.S (60 thn)





49) Ny.A.K (67 thn





50) Tn.I.K (70 thn)





51) Tn.A.A (64 thn)





52) Ny.M.P (66 thn)





53) Ny.F.R (62 thn)





54) Ny.A.D (70 thn)





55) Ny.H.T (63 thn)



