



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BETHESDA YAKKUM

Jl. Johar Nurhadi No. 6 Yogyakarta 55224 Telp. (0274) 517065 Faks. (0274) 524565
email : info@stikesbethesda.ac.id Website : <http://www.stikesbethesda.ac.id>

SURAT TUGAS

Nomor : 0681/SB/PN.01/II/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Nurlia Ikaningtyas, M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D.NS.
NIK/NIDN : 03-0039/0527088101
Jabatan : Ketua
Instansi : STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

dengan ini menugaskan kepada Dosen STIKES Bethesda Yakkum yang tersebut di bawah ini :

Nama : Mei Rianita E. Sinaga, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIK/NIDN : 140101/0529058901

untuk melakukan Penelitian dengan judul :

"The Determinant of Dementia Severity among Elderly with Dementia"

Demikian surat tugas ini dibuat, untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 29 Februari 2024

Ketua



Ns. Nurlia Ikaningtyas, M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D.NS.

Bethesda Yakkum

**LAPORAN HASIL
PENELITIAN DOSEN PEMULA**



**The Determinant of Dementia Severity among Elderly with Dementia
in Yogyakarta**

Pengusul:

Mei Rianita Elfrida Sinaga, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN. 0529058901

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BETHESDA YAKKUM
YOGYAKARTA**

2024

**HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN PENELITIAN DOSEN PEMULA**

Judul Penelitian : The Determinant of Dementia Severity among Elderly with Dementia in Yogyakarta

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Mei Rianita Elfrida Sinaga, S.Kep., Ns., M.Kep
b. NIDN : 0529058901
c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
d. Program Studi : Sarjana Keperawatan
e. Nomor HP : 085261122413
f. Alamat Surel (*e-mail*) : mei@stikesbethesda.ac.id

Biaya Penelitian : Rp. 5.000.000,-

Yogyakarta, Desember 2024

Mengetahui,
Ketua
STIKES Bethesda Yakkum

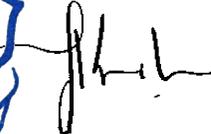


(Nurlia Kusnanti, M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D. NS)
NIDN. 0527088101

Peneliti


(Mei Rianita E Sinaga, M.Kep)
NIDN. 0529058901

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian



(Ch. Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Pall.C., PhD)
NIDN. 0529017803

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
IDENTITAS DAN URAIAN UMUM.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian	2
C. Manfaat Penelitian	2
D. Luaran Penelitian.....	2
BAB II STUDI PUSTAKA.....	3
A. Demensia	3
B. Lanjut Usia.....	5
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	7
A. Desain Penelitian	7
B. Populasi dan Sampel.....	7
C. Tempat dan Waktu.....	7
D. Alat Ukur Penelitian	8
B. Prosedur Pengumpulan Data.....	8
C. Analisa Data.....	9
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	11
A. Hasil Penelitian.....	11
B. Pembahasan	17
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	21
A. Kesimpulan.....	21
B. Saran	21
DAFTAR PUSTAKA	22
LAMPIRAN	

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena peneliti telah menyelesaikan laporan hasil penelitian yang berjudul “The Determinant of Dementia Severity among Elderly with Dementia in Yogyakarta”.

Peneliti menyadari selesainya penyusunan laporan hasil penelitian ini karena mendapatkan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Nurlia Ikaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D.NS selaku Ketua STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta
2. Christina Yeni Kustanti, Ns., M.Pall.C., Ph.D selaku Ketua LPPM STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta
3. Seluruh responden yang telah bersedia memberikan partisipasi dan kesediaan dalam penyelesaian penyusunan proposal penelitian ini.
4. STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta yang memberikan dana dalam penelitian ini

Dalam penyusunan laporan hasil penelitian ini masih terdapat banyak kekurangan, oleh karena itu peneliti mengharapkan masukan demi kesempurnaan penelitian ini.

Yogyakarta, Desember 2024

Peneliti

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia mencapai usia > 60 ke atas. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa dan juga tua. Peningkatan jumlah lansia dapat menyebabkan masalah dalam proses penurunan fungsi berbagai organ seperti jumlah sel, aktivitas, kemampuan mencium, berkurangnya sensitivitas dan nafsu makan sehingga mengalami perubahan struktural, fisiologis, fungsi otak, berpikir dan mudah lupa. Hal ini menimbulkan perubahan fisik dan mental yang kerap disebut gangguan daya ingat berupa demensia.

Populasi lansia mencapai 962 juta orang pada tahun 2017, angka ini diperkirakan akan terus meningkat pada tahun 2050 yang diprediksikan akan mencapai sekitar 2,1 miliar lansia di seluruh dunia. Persentase lansia di Indonesia juga semakin meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2019, terdapat 9,60% (25,64 juta) lansia dari seluruh penduduk. Angka ini meningkat dibandingkan tahun sebelumnya yang hanya terdapat 9,27% (24,49 juta) lansia di Indonesia (BPS, 2019). BPS tahun 2021 mengungkapkan bahwa lansia berusia 60 tahun ke atas di Indonesia sebesar 10,8% atau sekitar 29,3 juta orang. Sedangkan data terbaru dari BKKBN tahun 2023 mengungkapkan bahwa angka lansia di Indonesia mencapai 22,6 juta jiwa atau 10% dari total penduduk Indonesia saat ini.

Semakin meningkatnya jumlah penduduk lansia dengan berbagai masalah gizi dan peningkatan jumlah penduduk lanjut usia akan memberikan banyak konsekuensi bagi kehidupan terhadap masalah kesehatan, ekonomi, serta sosial budaya yang cukup dari pola penyakit sehubungan dengan proses penuaan, seperti penyakit degeneratif, penyakit metabolik dan gangguan psikososial (Hatta dkk, 2018). Berbagai penyakit yang berhubungan dengan usia lanjut antara lain diabetes mellitus, hipertensi, jantung koroner, demensia, dan asma.

Demensia adalah sekelompok penyakit dengan ciri-ciri hilangnya ingatan jangka pendek, kemampuan berpikir (kognitif) lain, dan melakukan hal sehari-hari. Demensia ini disebabkan oleh berbagai penyakit dan kondisi yang mengakibatkan sel-sel otak yang rusak atau koneksi antara sel otak (Alzheimer's, 2016). Jenis demensia yang paling sering dijumpai yaitu demensia tipe Alzheimer, termasuk daya ingat, daya pemahaman, berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, dan daya kemampuan menilai. Kesadaran tidak berkabut dan biasanya disertai rendahnya fungsi kognitif, ada kalanya diawali oleh kemerosotan (deterioration) dalam pengendalian emosi, perilaku sosial, atau motivasi, sindrom ini terjadi pada penyakit Alzheimer, pada penyakit serebrovaskuler, dan pada kondisi lain yang secara primer atau sekunder mengenai otak (Nisa, 2016).

B. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat keparahan demensia pada lansia.

C. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai bahan referensi dalam membuat modul terkait Keterampilan yang diperlukan caregiver dalam pendampingan lansia dengan demensia.

D. Luaran Penelitian

Hasil penelitian ini akan dipublikasikan pada Jurnal Nasional Terakreditasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Demensia

Demensia adalah penyebab utama kecacatan dan ketergantungan pada lansia dan demensia memiliki hubungan dengan diagnosis gangguan kejiwaan terutama pada lansia dengan perawatan jangka panjang (Cepoiu-martin et al., 2016; Tori et al., 2020). Demensia adalah kondisi klinis yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat sehingga menyebabkan terhambatnya aktivitas kehidupan sehari-hari. Demensia merupakan keadaan ketika seseorang mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir lain yang secara nyata mengganggu aktivitas sehari-hari (World Health Organization (WHO), 2016). WHO menyatakan insiden demensia meningkat cepat dan diperkirakan saat ini 46,8 juta orang didiagnosis demensia. Di Indonesia sendiri diperkirakan 1,2 juta orang demensia pada tahun 2016 dan 2 juta orang di tahun 2030.

Menurut Fethney (2019), faktor yang bisa menyebabkan terjadinya demensia yaitu penyakit degeneratif, serebrovaskular, trauma, penyakit menular, hidrosefalus tekanan normal, depresi, autoimun, gangguan metabolisme, dan masalah tiroid. Menurut (Kuca, 2016) ada beberapa gejala antara lain: gejala awal yang dialami penderita demensia adalah kemunduran fungsi kognitif ringan, kemudian terjadi kemunduran dalam mempelajari hal-hal yang baru, menurunnya ingatan terhadap peristiwa jangka pendek, kesulitan menemukan kata-kata yang tepat untuk diucapkan. Kondisi seperti ini dapat saja diikuti oleh munculnya penyakit lain dan biasanya akan memperparah kondisi lansia. Di sinilah peran keluarga sangat penting untuk proses penyembuhan, karena lansia yang demensia memerlukan perhatian lebih dari keluarganya. Selain itu, menurut Amin (2016), tanda dan gejala yang dialami oleh lansia demensia yaitu kehilangan memori, kesulitan dalam melakukan rutinitas pekerjaan, masalah dengan

bahasa, disorientasi waktu dan tempat, tidak dapat mengambil keputusan, dan perubahan suasana hati.

Lansia dengan demensia atau kehilangan daya ingat, akan mengalami kebingungan. Lansia demensia akan mengalami kesulitan untuk mengerti dan memahami yang dikatakan oleh orang lain. Selain itu, lansia dengan demensia sendiri juga kesulitan untuk mengutarakan apa yang lansia pikirkan. Gangguan komunikasi yang terjadi pada lansia dengan demensia yaitu penurunan pengertian bahasa (Risti & Kurniajati, 2014). Gangguan pengertian bahasa merupakan ketidakmampuan individu untuk melakukan komunikasi linguistik kepada orang lain, yang mana komunikasi linguistik ini merupakan sistem komunikasi baik itu secara verbal maupun nonverbal (Sidiarto, 2009 dalam Risti & Kurniajati, 2014).

Gangguan kemampuan pengertian bahasa yang dialami lansia akan menimbulkan salah pengertian sehingga yang disampaikan lansia bisa saja tidak dimengerti oleh penerima atau pendengar. Kemampuan pengertian bahasa menjadi indikator perkembangan seseorang sehingga jika lansia tidak mampu mengerti dan menyampaikan bahasa dengan baik maka akan menimbulkan kesulitan berkomunikasi serta mengungkapkan perasaan dan keinginannya (Risti & Kurniajati, 2014). Berkurangnya kapasitas kognitif dan hilangnya ingatan mempersempit kosakata dan frasa.

Kendala lebih lanjut yang dialami yaitu rentang perhatian yang buruk karena penurunan konsentrasi. Lansia juga akan kehilangan kemampuan mengingat jangka pendek (Coleman & Asiri, 2020). Tantangan lain yang dihadapi pekerja sosial yaitu lansia demensia kehilangan kemampuan membaca atau menulis karena berkurangnya gerakan tangan dan tubuh yang koordinatif (Coleman & Asiri, 2020).

B. Usia Lanjut

Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya bisa dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa dan juga tua (Mawaddah, 2020).

Lanjut usia merupakan tahap akhir dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap individu, disertai dengan berbagai penurunan fungsi baik fisik maupun mental. Masalah-masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia sering disebut dengan sindroma geriatri yaitu kumpulan gejala-gejala mengenai kesehatan yang sering dikeluhkan oleh para lanjut usia dan atau keluarganya, yaitu *immobility, instability, incontinence, intellectual impairment, infection, impairment of hearing, vision and smell, isolation, inanition, impecunity, iatrogenic, insomnia, immuno-defficiency, impotence, impaction* (Safitri, 2018).

Masalah yang umum dialami lansia (Dewi et al., 2022):

a. Masalah fisik

Masalah kesehatan seperti radang sendi, berkurangnya kepadatan tulang, penurunan fungsi indra, penurunan daya tahan tubuh, penurunan kemampuan peregangan jantung paru, penurunan koordinasi dan aktivitas sehari-hari.

b. Masalah kognitif

Masalah ini meliputi penurunan daya ingat, kemampuan belajar, kemampuan untuk memahami, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, motivasi, serta sulit bersosialisai dengan masyarakat. Fungsi kognitif diperlukan untuk peningkatan kualitas hidup terutama untuk

memaksimalkan fungsi status fungsional, keadaan umum, peningkatan produktivitas dan kreativitas, dan ungkapan kondisi psikologisnya

c. Masalah emosional

Berhubungan dengan keterasingan lansia dengan masyarakat yang berkaitan pula terhadap penurunan fungsi fisik, perubahan kepribadian, peran dan minat bersosialisasi terutama jika sudah pensiun dan atau kehilangan pasangan.

d. Masalah spiritual

Kesehatan spiritual berkaitan erat dengan kejadian depresi pada lansia. Kesehatan spiritual dikatakan baik apabila lansia memiliki kedekatan diri terhadap orang lain, alam, dan Tuhan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan analisis kuantitatif yang bertujuan untuk menemukan gambaran tingkat keparahan demensia pada lansia serta mencari faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat keparahan demensia. Rancangan penelitian menggunakan *cross-sectional* yaitu penelitian yang melakukan pengukuran variabel dalam satu waktu (Widodo, 2009; Arikunto, 2014).

B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Machfoedz, 2009). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia dengan demensia. Sedangkan sampel adalah obyek yang diteliti dan dianggap mewakili semua populasi penelitian (Notoadmojo, 2010). Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan tehnik *accidental sampling* yaitu siapa saja yang bertemu dengan peneliti dan sesuai dengan kriteria sampel dapat digunakan sebagai sampel. Penggunaan tehnik pengambilan sampel ini dikarenakan peneliti tidak memiliki *sample frame* atau data yang jelas tentang responden seperti nama, umur, jenis kelamin maupun alamat responden sehingga peneliti tidak dapat melakukan *random* terhadap populasi penelitian. Pengambilan sampel dengan cara mendatangi ke rumah-rumah lansia dengan demensia. Apabila sesuai dengan kriteria sampel maka digunakan sebagai responden penelitian (Polit & Beck, 2017).

C. Tempat dan Waktu

Penelitian akan dilakukan di Yogyakarta pada bulan Februari sampai Maret 2024.

D. Alat Ukur Penelitian

Alat ukur penelitian menggunakan kuesioner yang sudah memiliki nilai validitas dan reliabilitas tinggi (Clark & Ewbank, 2018; Farina et al., 2023). Skala penilaian keparahan demensia adalah skala berganda berbasis informan. Kuesioner ini menilai tingkat keparahan dari tahap yang paling ringan sampai paling berat dalam domain fungsional dan kognitif. Kuesioner ini memiliki reliabilitas yang baik yang diukur dengan melakukan pengamatan berulang dalam waktu singkat dengan membandingkan tanggapan *caregiver* terhadap informasi yang ditemukan oleh tenaga kesehatan berpengalaman. Kuesioner ini dapat diimplementasikan dengan waktu dan pelatihan yang minimal.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengambilan dan pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan data primer. Pengambilan data primer dilakukan secara langsung dengan menerapkan protokol kesehatan setelah proposal penelitian dinyatakan laik etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan. Pelaksanaan penelitian ini dibagi menjadi 3 bagian yakni, tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap penyelesaian.

1. Tahap persiapan

Tahap persiapan penelitian ini dimulai ketika peneliti menyusun proposal penelitian. Setelah usulan penelitian selesai disusun, peneliti kemudian mengajukan permohonan kelayakan etik penelitian kepada KEPK STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta. Kemudian peneliti mengurus surat izin penelitian, sekaligus mempersiapkan instrumen penelitian berupa data demografi, kuesioner.

2. Tahap Pelaksanaan

Setelah mendapatkan laik etik penelitian, peneliti mengunjungi responden sesuai kriteria, mendampingi pengisian kuesioner secara langsung bersama dengan asisten. Peneliti akan memberikan penjelasan terkait prosedur dan tujuan penelitian dilakukan kepada responden, kemudian responden

menandatangani lembar persetujuan apabila bersedia menjadi responden melalui *informed consent* yang diberikan.

3. Tahap Penyelesaian

Pada tahapan ini, peneliti melakukan proses pengolahan dan analisis data. Selanjutnya peneliti menuangkan hasil penelitian dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan dilanjutkan dengan pembahasan hasil penelitian.

F. Analisa Data

Penelitian ini menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan dengan menggunakan statistik deskriptif untuk mengetahui *mean*, *modus*, *median*, serta distribusi frekuensi (Notoatmodjo, 2012). Uji kesetaraan dilakukan untuk memberikan keyakinan bahwa kumpulan data berasal dari populasi yang tidak jauh berbeda keragamannya (Nuryadi et al., 2017). Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi variabel bebas (usia, jenis kelamin, tipe demensia, masalah kesehatan yang dialami lansia, indeks Katz) dan variabel terikat (tingkat keparahan demensia). Analisis untuk variabel dengan skala numerik ditentukan berdasarkan hasil uji normalitas data.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel bebas (usia, jenis kelamin, tipe demensia, masalah kesehatan yang dialami lansia, indeks Katz) dengan variabel terikat (tingkat keparahan demensia) yang berskala ordinal. Pemilihan uji untuk analisis bivariat dilakukan berdasarkan hasil uji normalitas data. Setelah melakukan uji normalitas data, kemudian dilakukan uji bivariat dengan menggunakan uji statistik sebagai berikut:

- a. Uji *Pearson* untuk mengetahui hubungan variabel tingkat keparahan demensia (skala pengukuran ordinal) dengan usia, jenis kelamin, tipe demensia, masalah kesehatan yang dialami lansia, indeks Katz (skala ordinal) apabila data terdistribusi normal.

- b. Uji *Spearman*, untuk mengetahui hubungan variabel tingkat keparahan demensia (skala pengukuran ordinal) dengan usia, jenis kelamin, tipe demensia, masalah kesehatan yang dialami lansia, indeks Katz (skala ordinal) apabila data terdistribusi tidak normal.
- c. Uji *Unpaired t-test*, untuk mengetahui hubungan variabel tingkat keparahan demensia (skala pengukuran ordinal) dengan usia, jenis kelamin, tipe demensia, masalah kesehatan yang dialami lansia, indeks Katz (skala pengukuran ordinal) apabila data terdistribusi normal.
- d. Uji *Mann Whitney*, untuk mengetahui hubungan variabel tingkat keparahan demensia (skala pengukuran ordinal) dengan usia, jenis kelamin, tipe demensia, masalah kesehatan yang dialami lansia, indeks Katz (skala pengukuran ordinal) apabila data terdistribusi tidak normal.

Analisis tersebut digunakan sebagai kandidat uji multivariat yang dihitung berdasarkan pada tingkat kemaknaan (α) $<0,25$ (Dahlan, 2014).

3. Analisis multivariat

Proses analisis multivariat dimulai dengan melakukan seleksi kandidat uji multivariat pada variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$. Variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ kemudian dimasukkan ke dalam analisis multivariat (Dahlan, 2014). Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji regresi linier karena variabel terikatnya memiliki skala pengukuran rasio (numerik), dengan menggunakan metode *backward* yaitu semua variabel yang terseleksi akan dimasukkan ke dalam analisis multivariat sedangkan variabel yang tidak berpengaruh akan dikeluarkan dari analisis (Dahlan, 2014). Interpretasi hasil analisis multivariat dilihat pada nilai p dan nilai kekuatan hubungan. Variabel bebas yang berpengaruh terhadap variabel terikat diketahui nilai $p > 0,05$, sementara urutan kekuatan diketahui dari besarnya nilai *prevalence ratio* (Dahlan, 2014).

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Berikut merupakan karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, tipe demensia, indeks Katz, masalah kesehatan yang dialami.

Tabel 1 Karakteristik responden berdasarkan usia

Usia (tahun)	Frekuensi	Persentase
60-74	53	46,5
75-90	57	50,0
>90	4	3,5
Total	114	100

Sumber data: Terolah 2024

Tabel 1 menunjukkan bahwa usia terbanyak rentang 75-90 tahun (50,0%) dan usia terendah >90 tahun (3,5%).

Tabel 2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	51	44,7
Perempuan	63	55,3
Total	114	100

Sumber data: Terolah 2024

Tabel 2 menunjukkan bahwa jenis kelamin terbanyak adalah perempuan dengan persentase 55,3% dan paling sedikit adalah laki-laki dengan persentase 44,7%.

Tabel 3 Karakteristik responden berdasarkan tipe demensia ODD

Tipe Dimensia	Frekuensi	Persentase
Alzheimer	72	63,2
Tipe Vaskuler	28	24,6
Tipe Frontotemporal	2	1,8
Tipe Campuran	12	10,5
Total	114	100

Sumber data: Terolah 2024

Tabel 3 menunjukkan bahwa tipe demensia terbanyak adalah yang memiliki tipe dimensia alzheimer dengan persentase 63,2% dan paling sedikit dengan tipe frontotemporal dengan persentase 1,8%.

Tabel 4 Karakteristik responden berdasarkan Index Katz

Index Katz	Frekuensi	Persentase
A	14	12,3
B	1	0,9
C	9	7,9
D	9	7,9
E	7	6,1
F	37	32,5
G	37	32,5
Total	114	100

Sumber data: Terolah 2024

Tabel 4 menunjukkan bahwa index katz responden terbanyak adalah dengan kategori F dan G dengan persentase 32,55% dan kategori terendah dengan kategori B dengan persentase 0,9%.

Tabel 5 Karakteristik responden berdasarkan masalah kesehatan yang dialami lansia

Masalah Kesehatan	Frekuensi	Persentase
Hipertensi	56	49,1
Diabetes Melitus	12	10,5
Stroke	15	13,2
Sakit Jantung	21	18,4
Lain-Lain	9	7,9
Tidak Ada	1	0,9
Total	114	100

Sumber data: Terolah 2024

Tabel 5 menunjukkan bahwa masalah kesehatan yang dialami lansia terbanyak adalah penyakit hipertensi dengan persentase 49,1% dan frekuensi paling sedikit yang tidak memiliki penyakit dengan persentase 0,9%.

2. Tingkat Keparahan Demensia

Berikut merupakan Tingkat keparahan demensia yang dialami lansia.

Tabel 6 Tingkat keparahan demensia (DSRS)

DSRS	Frekuensi	Persentase
Ringan	28	24,56
Sedang	64	56,14
Berat	22	19,3
Total	114	100

Sumber data: Terolah 2024

Tabel 6 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat keparahan demensia sedang yaitu sebanyak 64 orang (56,14%) dan terendah dengan tingkat keparahan berat sebesar 19,3%.

3. Faktor-faktor yang menentukan tingkat keparahan demensia pada lansia

a. *Variabel Entered*

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Masalah Kesehatan Yang Dimiliki Lansia, Jenis Kelamin, Usia, Index Katz, Tipe Demensia ODD ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: DSRS

b. All requested variables entered.

b. *Model Summary*

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.679 ^a	.462	.437	8.554

a. Predictors: (Constant), Masalah Kesehatan Yang Dimiliki Lansia, Jenis Kelamin, Usia, Index Katz, Tipe Demensia ODD

c. *ANOVA*

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6774.736	5	1354.947	18.516	.000 ^b
	Residual	7903.098	108	73.177		
	Total	14677.833	113			

a. Dependent Variable: DSRS

b. Predictors: (Constant), Masalah Kesehatan Yang Dimiliki Lansia, Jenis Kelamin, Usia, Index Katz, Tipe Demensia ODD

Analisis:

Berdasarkan hasil analisis dengan penggunaan program komputer diperoleh hasil nilai signifikansi sebesar 0,000. Karena nilai 0,000 lebih kecil dari 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa varian kelima yang dibandingkan meliputi masalah kesehatan yang dimiliki lansia, jenis kelamin, usia, index katz dan tipe dimensi ODD tidak sama atau tidak homogen.

d. *Coefficients*

Model		Coefficients ^a		Standardized Coefficients	t	Sig.
		Unstandardized Coefficients	Std. Error			
	B			Beta		
1	(Constant)	51.497	4.293		11.994	.000
	Usia	-2.284	1.456	-.113	-1.569	.120
	Jenis Kelamin	.586	1.658	.026	.354	.724
	Tipe Dimensia ODD	-1.030	.670	-.114	-1.537	.127
	Index Katz	-3.983	.419	-.703	-9.502	.000
	Masalah Kesehatan Yang Dimiliki Lansia	.806	.509	.117	1.584	.116

a. Dependent Variable: DSRS

Analisis:

Hasil analisis dengan bantuan program komputer diperoleh hasil constanta dengan perolehan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$, variabel usia dengan perolehan nilai signifikansi $0,120 > 0,05$, variabel jenis kelamin dengan perolehan nilai signifikansi $0,724 > 0,05$, variabel tipe dimensia ODD dengan perolehan nilai signifikansi $0,127 > 0,05$, variabel index katz dengan perolehan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$, dan variabel masalah kesehatan yang dimiliki lansia dengan perolehan nilai signifikansi $0,116 > 0,05$. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada 3 variabel yang nilai signifikansinya $> 0,05$ yaitu jenis kelamin, tipe dimensia dan masalah kesehatan yang dimiliki lansia. Sedangkan yang memiliki nilai signifikansi $< 0,05$ adalah nilai konstanta dan index katz.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Mayoritas lansia dalam penelitian ini berada pada rentang usia 75 sampai 90 tahun (50%). Hal ini menunjukkan bahwa kelompok usia ini merupakan populasi dominan pada lansia yang menjadi subjek penelitian. Lansia dalam rentang usia ini umumnya mengalami penurunan fungsi fisiologis yang lebih signifikan dibandingkan kelompok usia lebih muda, seperti penurunan kekuatan otot, kepadatan tulang, serta fungsi kognitif termasuk demensia. Penurunan ini sejalan dengan konsep penuaan fisiologis bahwa lansia dalam rentang usia ini mulai menunjukkan peningkatan risiko disabilitas dan penyakit kronis yang memerlukan intervensi medis maupun rehabilitasi (Bektas et al., 2017). Prevalensi demensia meningkat signifikan seiring bertambahnya usia, terutama setelah usia 75 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi demensia global pada usia 75 sampai 84 tahun mencapai sekitar 13,5% dan angka ini meningkat menjadi 34,5% pada usia di atas 85 tahun (Prince et al., 2015). Sementara itu, hanya sebagian kecil lansia yang berusia di atas 90 tahun (3,5%). Kelompok ini dikenal sebagai *oldest old* yang cenderung menghadapi tantangan kesehatan yang lebih kompleks, seperti gangguan mobilitas, fragilitas, dan penurunan fungsi organ vital (Merchant et al., 2021). Kelompok usia ini lebih tinggi untuk mengalami demensia berat kaitannya dengan perubahan neurodegeneratif, seperti atrofi otak dan penurunan fungsi sinaptik (Hou et al., 2019). Pendapat ini juga didukung dengan rekomendasi WHO yang menekankan perlunya penguatan layanan deteksi dini dan perawatan berbasis komunitas untuk menanggulangi dampak demensia, terutama pada kelompok usia rentang yaitu 75 sampai 90 tahun (World Health Organization, 2021).

Mayoritas lansia adalah perempuan (55,3%) yang mencerminkan tren global dimana perempuan cenderung lebih banyak daripada populasi

lansia laki-laki. Perempuan memiliki risiko lebih tinggi mengalami demensia khususnya Alzheimer dibandingkan laki-laki. Hasil penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa perempuan tidak hanya memiliki prevalensi demensia lebih tinggi tetapi juga sering menunjukkan progresi penyakit yang lebih cepat pada tahap lanjut. Salah satu faktor yang berkontribusi adalah perbedaan hormonal dimana penurunan kadar estrogen pasca menopause berperan dalam kerentanan otak terhadap neurodegenerasi (Huque et al., 2023).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki indeks Katz dengan kategori F dan G (32,55%) yang artinya tingkat ketergantungan tinggi. Indeks Katz ini digunakan untuk menilai kemampuan lansia melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dan memberikan gambaran tingkat kemandirian dalam hal makan, berpakaian, mandi, berpindah, dan menggunakan toilet. Lansia dengan indeks Katz kategori F dan G cenderung dialami pada lansia demensia sedang sampai berat karena penurunan fungsi kognitif yang parah, yang mengganggu kemampuan untuk merencanakan, mengingat, atau melaksanakan tugas sederhana. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa gangguan fungsi eksekutif dan memori pada demensia berat mempengaruhi kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, sehingga lansia dengan kondisi ini memerlukan dukungan penuh dari pengasuh (Mckhann et al., 2011). Penurunan kemampuan ADL (activities of daily living) merupakan indikator progresivitas penyakit demensia yang menjadi salah satu tanda utama dari transisi demensia ringan ke tahap berat (Ferri et al., 2005).

Mayoritas masalah kesehatan yang dialami lansia adalah hipertensi (49,1%). Hipertensi berdampak signifikan terhadap risiko dan progresivitas demensia, termasuk Alzheimer dan demensia vascular. Hasil penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa hipertensi pada usia

pertengahan (40-60 tahun) meningkatkan risiko demensia hingga 60% pada usia lanjut. Lansia dengan hipertensi yang tidak terkontrol cenderung memiliki progresi demensia yang lebih cepat dan tingkat keparahan yang lebih tinggi (Livingston et al., 2020).

2. Tingkat Keparahan Demensia yang dialami lansia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas tingkat keparahan demensia sedang (56,14%). Pada tahap ini penurunan fungsi kognitif menjadi lebih nyata termasuk gangguan dalam mengingat informasi penting, kesulitan berkomunikasi, dan ketidakmampuan untuk menjalankan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan. Lansia dengan demensia sedang seringkali mengalami kebingungan terhadap waktu dan tempat serta membutuhkan pengawasan dalam sebagian besar aktivitas harian. Tahap sedang adalah titik kritis dalam perjalanan demensia karena pada tahap ini kebutuhan perawatan meningkat secara signifikan baik dari segi waktu maupun intensitas bantuan yang diberikan oleh pengasuh sehingga menjadi tantangan besar bagi sistem kesehatan (Brodaty & Donkin, 2009). Tahap demensia sedang merupakan tahap yang paling sering ditemukan pada populasi lansia dengan demensia (Livingston et al., 2020). Lansia dalam penelitian ini juga memiliki ketergantungan aktivitas kehidupan sehari-hari tinggi sehingga memerlukan besar bantuan pengasuh termasuk keluarga.

3. Faktor-faktor yang menentukan tingkat keparahan demensia pada lansia

Lansia yang memiliki komorbiditas medis seperti hipertensi, diabetes melitus, atau penyakit jantung lebih rentan terhadap peningkatan keparahan gejala demensia. Masalah kesehatan yang tidak terkelola dengan baik dapat memperburuk fungsi kognitif dan mempercepat perkembangan demensia. Model regresi ini menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, indeks Katz, tipe demensia, dan masalah kesehatan dapat mempengaruhi tingkat keparahan demensia. Hasil ini mengindikasikan

bahwa penanganan multifaktoral yang mencakup pengelolaan masalah kesehatan, perhatian terhadap faktor-faktor psikososial (jenis kelamin), dan pemantauan perubahan kognitif seiring bertambahnya usia dapat membantu dalam memperlambat progresi keparahan demensia pada lansia.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berusia 75 sampai 90 tahun, berjenis kelamin perempuan, memiliki tipe demensia alzheimer, dengan index katz kategori F dan G artinya tingkat ketergantungan aktivitas kehidupan sehari-hari tinggi, dan masalah kesehatan hipertensi. Tingkat keparahan demensia terbanyak kategori sedang. Faktor-faktor yang menentukan tingkat keparahan demensia adalah usia, jenis kelamin, tipe demensia, indeks Katz, dan masalah kesehatan yang dialami.

B. Saran

Untuk itu, diperlukan pendekatan yang lebih holistik dalam merawat lansia dengan demensia dari *caregiver* termasuk keluarga dengan mengelola faktor risiko yang dapat memperlambat atau mencegah penurunan kognitif pada lansia dengan demensia sehingga dapat terwujud kualitas hidup yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin. (2016). *Dementia Psychiatric Disorder*. Retrieved from Dementia Psychiatric Disorder.
- Bektas, A., Schurman, S. H., Sen, R., & Ferrucci, L. (2017). Aging , inflammation and the environment. *Experimental Gerontology*, December. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.12.015>
- Brody, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228.
- Cepoiu-martin, M., Tam-tham, H., Patten, S., Maxwell, C. J., & Hogan, D. B. (2016). Predictors of long-term care placement in persons with dementia : A systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/gps.4449>
- Clark, C. M., & Ewbank, D. C. (2018). Performance of the dementia severity rating scale : A caregiver questionnaire for rating severity in alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 10(1), 31–39. <https://doi.org/10.1097/00002093-199601010-00006>
- Coleman, D. J., & Asiri, N. A. S. (2020). A person-centred communication approach to working with older people who have dementia. *British Journal of Healthcare Assistants*, 14(11), 575–579. <https://doi.org/10.12968/bjha.2020.14.11.575>
- Dewi, S. U., Sinaga, M. R. E., Oktavia, N. A., Wahyuningsih, S., Yunike, Beo, Y. A., Pangaribuan, R., Anggeriyane, E., Fakhriyah, D., Kusumawaty, I., & Nuraeni, A. (2022). *Keperawatan gerontik* (M. Sari & R. M. Sahara (eds.); 1st ed.). PT Global Eksekutif Teknologi.
- Farina, N., Jacobs, R., Turana, Y., Fitri, F. I., Schneider, M., Theresia, I., Docrat, S., Sani, T. P., Augustina, L., Albanese, E., Comas-herrera, A., Toit, P. Du, Ferri, C. P., Govia, I., Ibnidris, A., Knapp, M., & Banerjee, S. (2023). Comprehensive measurement of the prevalence of dementia in low- and middle-income countries : STRiDE methodology and its application in Indonesia and South Africa. *BJPsych Open*, 9(e102), 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.76>
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Paulo, S., & Paulo, S. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112–2117.
- Fethney, J. (2019). The assessment of language and communication in dementia. *A Synthesis of Evidence*, 27(4), 363–377.

- Hou, Y., Dan, X., Babbar, M., Wei, Y., Hasselbalch, S. G., Croteau, D. L., & Bohr, V. A. (2019). Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nature Reviews Neurology*, *15*(10), 565–581. <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0244-7>
- Huque, H., Eramudugolla, R., Chidiac, B., Ee, N., Ehrenfeld, L., Matthews, F. E., Peters, R., & Anstey, K. J. (2023). Could country-level factors explain sex differences in dementia incidence and prevalence ? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, *91*, 1231–1241. <https://doi.org/10.3233/JAD-220724>
- Kuca, K. (2016). Speech and language impairment in dementia. *Journal of Applied Biomedicine*, *14*(2), 97–103.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Schneider, L. S. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, *6736*(20). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Mawaddah, N. (2020). Peningkatan Kemandirian Lansia Melalui Activity Daily Living Training Dengan Pendekatan Komunikasi Terapeutik Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Nurul. *Hospital Majapahit*, *12*(1), 32–40.
- Mckhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer ' s disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer ' s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer ' s disease. *Alzheimer's & Dementia*, *7*(3), 263–269. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>
- Merchant, R. A., Morley, J. E., & Izquierdo, M. (2021). Exercise, aging and frailty: Guidelines for increasing function. *J Nutr Health Aging*, *25*(4), 405–409.
- Nuryadi, Astuti, T. D., Utami, E. S., & Budiantara. (2017). *Dasar-dasar statistik penelitian*. Sibuku Media.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th Ed). Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. Alzheimer's Disease International.

- Risti, E., & Kurniajati, S. (2014). Penurunan Kemampuan Pengertian Bahasa pada Lansia dengan Demensia. *Jurnal STIKES*, 7(1), 12–21.
- Safitri, N. (2018). *Masalah kesehatan pada lansia [Health problems in the elderly]*. Director General of the Ministry of Health of the Republic of Indonesia. <http://www.yankes.kemkes.go.id/read-masalah-kesehatan-pada-lansia-4884.html>
- Tori, K., Kalligeros, M., Nanda, A., Shehadeh, F., Aalst, R. Van, Chit, A., & Mylonakis, E. (2020). Association between dementia and psychiatric disorders in long-term care residents: An observational clinical study. *Medicine*, 99(31), 1–7.
- World Health Organization. (2021). *Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*. WHO.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Dementia Public Health Priority*. Retrieved from Dementia Public Health Priority.

LAMPIRAN

FORMAT BIODATA PENELITI

A. Identitas Diri

- | | | |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Nama Lengkap (dengan gelar) | Mei Rianita Elfrida Sinaga, S.Kep., Ns., M.Kep |
| 2 | Jenis Kelamin | P |
| 3 | Jabatan Fungsional | Asisten Ahli |
| 4 | NIDN | 0529058901 |
| 6 | Tempat dan Tanggal Lahir | Pematangsiantar, 29 Mei 1989 |
| 7 | E-mail | mei@stikesbethesda.ac.id |
| 8 | Nomor Telepon/HP | 085261122413 |
| 9 | Alamat Kantor | Jl. Johar Nurhadi No. 6 Yogyakarta 55224 |
| 10 | Nomor Telepon/Faks | 524565 |
| 11. | Mata Kuliah yg Diampu | <ol style="list-style-type: none">1. Keperawatan Komunitas2. Keperawatan Keluarga3. Keperawatan Gerontik4. Konsep Dasar Keperawatan5. Pendidikan dan Promosi Kesehatan |

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Sumatera Utara	Universitas Diponegoro
Bidang Ilmu	Ilmu Keperawatan	Ilmu Keperawatan (peminatan: Keperawatan Komunitas)
Tahun Masuk-Lulus	2007-2011	2018-2019
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi	Perbedaan Berat dan Panjang Badan Bayi Usia 0-6 Bulan yang Diberi ASI Eksklusif dan Diberi MP-ASI di Puskesmas Medan Deli Kecamatan Medan Deli	Pengaruh Intervensi Hope Berbasis Kelompok terhadap Tingkat Depresi Warga Binaan Pemasarakatan Perempuan
Nama Pembimbing/Promotor	Nur Afi Darti, S.Kp., M.Kep	Megah Andriany, Ph.D

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir (Bukan Skripsi, Tesis, dan Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber *	Jml (Juta Rp)
1	2021	"SI-TELUR PETIS": Aplikasi Telenursing Berbasis Android Sebagai Upaya Modifikasi Perilaku Penyakit Tidak Menular Pada Masa Pandemi COVID-19	Ristekdikti -BRIN	20.000.000
2	2021	Pengalaman Perawat Menghadapi Pandemi COVID-19: Qualitative Document Analysis dari Konten Youtube dan Berita Online	Ristekdikti -BRIN	18.290.000
3	2020	Tingkat Stres Mahasiswa Keperawatan Menjalani Pembelajaran Daring di Kota Yogyakarta	Internal	5.000.000
4	2020	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Lansia di Masa Pandemi COVID-19	Swadaya	4.180.000
5	2020	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Lansia di Masa Pandemi COVID-19	Swadaya	3.000.000
6	2019	Group-Based Hope Intervention to Decrease the Depression Level of Female Inmates	Swadaya	7.500.000
7	2019	Kejadian Depresi pada Warga Binaan Pemasyarakatan Perempuan di Lembaga Pemasyarakatan	Swadaya	3.000.000
8	2019	Gambaran Depresi pada Warga Binaan Pemasyarakatan Perempuan di Lembaga Pemasyarakatan Malang	Swadaya	2.500.000
9	2019	Strategy Interventions for Women Prisoners with Depression: A Systematic Review	Swadaya	3.000.000

10	2018	Peran Kepemimpinan Perawat terhadap Depresi di Lembaga Pemasarakatan: <i>Literature Review</i>	Swadaya	2.000.000
----	------	---	---------	-----------

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun

Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2021	Penguatan Keluarga untuk Mewujudkan Lansia SMART pada Masa Pandemi COVID-19 di Kayen Wedomartani Ngemplak Sleman Yogyakarta	Internal	2.500.000
2	2021	Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga (TOGA) untuk Pencegahan Penyakit Tidak Menular melalui Pemberdayaan Kader Milenial Di Desa Nogosari II, Wukirsari, Imogiri, Bantul, Yogyakarta	Internal	2.500.000
3	2020	Pencegahan COVID-19 Melalui Pemberian Asuhan Keperawatan Komunitas Daring	Swadaya	2.500.000
4	2020	Strategi Inovasi Pengelolaan Sampah Berbasis Masyarakat "KaMu BTS" (Kader Muda Bergerak Tuk Sampah)	Internal	2.500.000
5	2020	Penyuluhan kesehatan dengan topik "Kurangi Penyebaran Infeksi melalui Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)"	Swadaya	500.000
6	2020	Penyuluhan kesehatan tentang Pembengkakan Kelenjar Getah Bening	Swadaya	500.000

FORMAT LAPORAN PENGGUNAAN BIAYA PENELITIAN

LAPORAN KEUANGAN PENELITIAN INTERNAL TAHUN 2023/2024
MEI RIANITA ELFRIDA SINAGA

No	PERHITUNGAN (Rp)					
	Item	Nama Penerima	NPWP/Non	Bruto	Pajak	Netto
PENDAPATAN						
1 Dana Penelitian Internal						
					Rp 5,000,000.00	
PENGELUARAN						
BAHAN						
1	Pembelian ATK 30 Agus 2024			Rp 142,500.00	Rp 142,500.00	
2	Pembelian voucher pulsa 115 paket			Rp 2,800,000.00	Rp 2,800,000.00	
Total				Rp 2,942,500.00	- Rp 2,942,500.00	
PENGUMPULAN DATA						
1	Transport asisten 18 juli 2024			Rp 200,000.00	Rp 200,000.00	
2	Transport pengambilan data 31 juli 2024			Rp 200,000.00	Rp 200,000.00	
3	Transport pengambilan data 14 sept 2024			Rp 200,000.00	Rp 200,000.00	
4	Biaya konsumsi 115 paket @Rp. 10.000			Rp 1,150,000.00	Rp 1,150,000.00	
5	Biaya konsumsi tim			Rp 155,100.00	Rp 155,100.00	
Total				Rp 1,905,100.00	Rp 1,905,100.00	
PELAPORAN, LUARAN WAJIB DAN LUARAN TAMBAHAN						
1	Biaya publikasi artikel di Jurnal Nasional Terakreditasi 27 Agus 2024			Rp 203,000.00	Rp 203,000.00	
Total				Rp 203,000.00	- Rp 203,000.00	
Total keseluruhan				Rp 5,050,600.00	- Rp 5,050,600.00	

AGENDA PENELITIAN DOSEN

Nama Dosen : Mei Rianita Elfrida Sinaga
NIDN : 0529058901
Prodi : Sarjana Keperawatan
Tahun Akademik : 2024
Judul Penelitian : The Determinant of Dementia Severity among Elderly with Dementia in Yogyakarta

No	Kegiatan	Waktu (Bulan)							
		Desember 2023	Januari 2024	Februari 2024	Maret 2024	April 2024	Mei 2024	Juni 2024	Juli 2024
1	Persiapan Proposal								
2	Pengurusan EC								
3	Pengambilan Data								
4	Pengolahan dan Analisa data								
5	Penyusunan Laporan								
6	Pengumpulan Laporan Hasil Penelitian								
7	Publikasi								

INSTRUMEN PENELITIAN

DEMENTIA SEVERITY RATING SCALE (DSRS)

NAMA PESERTA: _____ TANGGAL: _____

ORANG

YANG MENGISI FORMULIR: _____

Harap lingkari jawaban yang paling tepat. Apakah Anda tinggal bersama peserta?

1. Tidak
2. Ya

Berapa banyak kontak yang Anda miliki dengan lansia?

1. Kurang dari 1 hari per minggu
2. 1 hari/minggu 2 hari/minggu
3. 3-4 hari/minggu
4. 5 hari atau lebih per minggu

Hubungan dengan lansia

1. Pasangan
2. Saudara
3. Anak
4. Lainnya : _____

Di setiap bagian, lingkari nomor yang paling dekat berlaku untuk lansia demensia. Ini adalah bentuk umum, jadi tidak ada deskripsi yang mungkin tepat - tolong lingkari jawaban yang tampaknya berlaku sebagian besar waktu.

Harap lingkari hanya satu angka per bagian, dan pastikan untuk menjawab semua pertanyaan.

INGATAN

1. Memori normal.
2. Kadang-kadang melupakan hal-hal yang mereka diberitahu baru-baru ini. Tidak

- menimbulkan banyak masalah.
3. Kelupaan konsisten ringan. Mengingat kejadian baru-baru ini tetapi sering melupakan bagian-bagiannya.
 4. Kehilangan memori sedang. Lebih buruk untuk kejadian baru-baru ini. Mungkin tidak ingat sesuatu yang baru saja Anda katakan kepada mereka. Menyebabkan masalah dengan aktivitas sehari-hari.
 5. Kehilangan memori yang substansial. Cepat melupakan hal-hal baru atau yang baru dipelajari. Hanya bisa mengingat hal-hal yang sudah lama mereka ketahui.
 6. Tidak ingat fakta-fakta dasar seperti hari dalam seminggu, kapan makanan terakhir dimakan atau apa makanan berikutnya.
 7. Tidak ingat bahkan hal-hal yang paling mendasar

PIDATO DAN BAHASA

1. Kemampuan normal untuk berbicara dan memahami orang lain.
2. Terkadang tidak dapat menemukan kata, tetapi dapat melakukan percakapan.
3. Sering lupa kata-kata. Mungkin menggunakan kata yang salah sebagai gantinya. Beberapa kesulitan mengungkapkan pikiran dan memberikan jawaban.
4. Biasanya menjawab pertanyaan menggunakan kalimat tetapi jarang memulai percakapan.
5. Menjawab pertanyaan, tetapi tanggapan seringkali sulit dipahami atau tidak masuk akal. Biasanya bisa mengikuti instruksi sederhana.
6. Pidato sering tidak masuk akal. Tidak dapat menjawab pertanyaan atau mengikuti instruksi.
7. Tidak merespons sebagian besar waktu.

PENGAKUAN ANGGOTA KELUARGA

1. Normal - mengenali orang dan umumnya tahu siapa mereka.
2. Biasanya mengenali cucu, sepupu atau kerabat yang **tidak** sering terlihat tetapi mungkin tidak ingat bagaimana hubungan mereka.
3. Biasanya tidak mengenali anggota keluarga yang tidak sering terlihat. Sering bingung tentang bagaimana anggota keluarga seperti cucu, keponakan, atau keponakan terkait dengan mereka.
4. Terkadang tidak mengenali anggota keluarga dekat atau orang lain yang sering mereka temui. Mungkin tidak mengenali anak-anak, saudara laki-laki, atau saudara perempuan mereka yang tidak terlihat secara teratur.
5. Sering tidak mengenali pasangan atau pengasuh.

6. Tidak ada pengakuan atau kesadaran akan kehadiran orang lain.

ORIENTASI WAKTU

1. Kesadaran normal waktu hari dan hari dalam seminggu.
2. Beberapa kebingungan tentang jam berapa sekarang atau hari apa dalam seminggu, tetapi tidak cukup parah untuk mengganggu aktivitas sehari-hari.
3. Sering bingung tentang waktu.
4. Hampir selalu bingung tentang waktu.
5. Tampaknya sama sekali tidak menyadari waktu

ORIENTASI KE TEMPAT

1. Kesadaran normal di mana mereka berada bahkan di tempat-tempat baru.
2. Terkadang bingung di tempat-tempat baru.
3. Sering bingung di tempat-tempat baru.
4. Biasanya bingung, bahkan di tempat-tempat yang akrab. Mungkin lupa bahwa mereka sudah ada di rumah.
5. Hampir selalu bingung tentang tempat.

KEMAMPUAN UNTUK MEMBUAT KEPUTUSAN

1. Normal - mampu membuat keputusan seperti sebelumnya.
2. Hanya beberapa kesulitan membuat keputusan yang muncul dalam kehidupan sehari-hari.
3. Kesulitan sedang. Menjadi bingung ketika hal-hal menjadi rumit atau rencana berubah.
4. Jarang membuat keputusan penting. Mudah bingung.
5. Tidak dapat memahami apa yang terjadi sebagian besar waktu.

KEGIATAN SOSIAL DAN KEMASYARAKATAN

1. Normal - bertindak sama dengan orang-orang seperti sebelumnya
2. Hanya masalah ringan yang tidak terlalu penting, tetapi jelas bertindak berbeda dari tahun-tahun sebelumnya.
3. Masih bisa mengikuti kegiatan masyarakat tanpa bantuan. Mungkin tampak normal bagi orang yang tidak mengenal mereka.
4. Sering mengalami kesulitan berurusan dengan orang-orang di luar rumah tanpa bantuan dari pengasuh. Biasanya bisa ikut serta dalam kegiatan rumah yang tenang bersama teman-teman. Masalahnya jelas bagi siapa saja yang melihatnya.
5. Tidak lagi mengambil bagian secara nyata dalam kegiatan di rumah yang melibatkan orang lain. Hanya bisa berurusan dengan pengasuh utama.

6. Sedikit atau tidak ada respons bahkan terhadap pengasuh utama.

BERANDA KEGIATAN DAN TANGGUNG JAWAB

1. Biasa. Tidak ada penurunan kemampuan untuk melakukan hal-hal di sekitar rumah.
2. Beberapa masalah dengan kegiatan di rumah. Mungkin memiliki lebih banyak masalah dengan pengelolaan uang (membayar tagihan) dan memperbaiki berbagai hal. Masih bisa pergi ke toko, memasak atau membersihkan. Masih menonton TV atau membaca koran dengan minat dan pengertian.
3. Membuat kesalahan dengan tugas-tugas mudah seperti pergi ke toko, memasak atau membersihkan. Kehilangan minat pada koran, TV atau radio. Seringkali tidak dapat mengikuti percakapan panjang tentang satu topik.
4. Tidak dapat berbelanja, memasak, atau membersihkan tanpa banyak bantuan. Tidak mengerti koran atau TV. Tidak dapat mengikuti percakapan.
5. Tidak lagi melakukan kegiatan berbasis rumah.

PERAWATAN PRIBADI - KEBERSIHAN

1. Biasa. Merawat diri sendiri seperti dulu.
2. Terkadang lupa mencuci, mencukur, menyisir rambut, atau mungkin mengenakan jenis pakaian yang salah. Tidak serapi dulu.
3. Membutuhkan bantuan dengan berpakaian, mencuci dan perawatan pribadi.
4. Benar-benar tergantung pada bantuan untuk perawatan pribadi.

MAKAN

0 Normal, tidak perlu bantuan dalam mengonsumsi makanan yang disajikan kepada mereka.

*** 1 Mungkin perlu bantuan memotong makanan atau memiliki masalah dengan beberapa makanan, tetapi pada dasarnya bisa makan sendiri.**

1. Umumnya mampu memberi makan diri mereka sendiri tetapi mungkin memerlukan bantuan. Mungkin kehilangan minat saat makan.
2. Perlu diberi makan. Mungkin mengalami kesulitan menelan.

KONTROL BUANG AIR KECIL DAN USUS

1. Normal - tidak memiliki masalah mengendalikan buang air kecil atau usus kecuali untuk masalah fisik.
2. Jarang gagal untuk mengontrol buang air kecil (umumnya kurang dari satu kecelakaan per bulan).
3. Kegagalan sesekali untuk mengontrol buang air kecil (sekitar seminggu sekali atau kurang).
4. Sering gagal mengontrol buang air kecil (lebih dari sekali seminggu).
5. Umumnya gagal mengontrol buang air kecil dan sering tidak dapat mengontrol usus.

KEMAMPUAN UNTUK BERPINDAH DARI SATU TEMPAT KE TEMPAT LAIN

1. Normal, bisa berkeliling sendiri. (Mungkin memiliki masalah fisik yang memerlukan tongkat atau alat bantu jalan).
2. Terkadang bingung saat mengemudi atau naik transportasi umum, terutama di tempat-tempat baru. Mampu berjalan di tempat sendirian.
3. Tidak dapat mengemudi atau naik transportasi umum sendirian, bahkan di tempat-tempat yang sudah dikenal. Bisa berjalan sendirian di luar untuk jarak pendek. Mungkin tersesat jika berjalan terlalu jauh dari rumah.
4. Tidak bisa ditinggalkan di luar sendirian. Bisa berkeliling rumah tanpa tersesat atau bingung.
5. Menjadi bingung dan membutuhkan bantuan untuk menemukan jalan di sekitar rumah.
6. Hampir selalu di tempat tidur atau kursi. Mungkin bisa berjalan beberapa langkah dengan bantuan, tetapi tidak memiliki arah.
7. Selalu di tempat tidur. Tidak dapat duduk atau berdiri.

INTERPRETASI

Tambahkan poin untuk semua bagian.

Skor

0-18 --- Ringan

19-36 -- Sedang

37-54 -- Parah

Ethical Clearance



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. publikrelasi@nursing.ui.ac.id
nursing.ui.ac.id

SURAT KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
Nomor: KET-132/UN2.F12.D1.2.1/PPM.00.02/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini,
nama : Prof. Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D.
jabatan : Ketua Komite Etik FIK UI
unit kerja : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

menerangkan bahwa,

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul,

Model Ketangguhan Adaptasi Holistik (KASIH) Terhadap Kualitas Pengasuhan, Beban Pelaku Rawat Keluarga, Salah Perlakuan, dan Fungsi Kognitif Lansia dengan Demensia

nama peneliti utama : **Rita Hadi Widyastuti**
nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Komite telah menyatakan bahwa proposal penelitian ini layak dilaksanakan sesuai dengan prinsip etik penelitian.

25 Mei 2022
Ketua Komite Etik FIK UI

Prof. Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D.
NIP195404271977032001

Bethesda Yakkum