

**HUBUNGAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KEMANDIRIAN
LANSIA DALAM MELAKUKAN *Activity Daily Living* (ADL)
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA TERATAI KM 6
DAN PANTI WERDHA DHARMA BHAKTI KM 7
PALEMBANG**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:

MERRI PEBRIYANTI

NIM: 702011057



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2015**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menerangkan bahwa:

1. Karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Palembang, 02 Februari 2015

Yang membuat pernyataan



(Merri Pebriyanti)

NIM: 702011057

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KEMANDIRIAN
LANSIA DALAM MELAKUKAN *Activity Daily Living* (ADL)
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA TERATAI KM 6
DAN PANTI WERDHA DHARMA BHAKTI KM 7
PALEMBANG**


Dipersiapkan dan disusun oleh
MERRI PEBRIYANTI
NIM: 702011057

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 02 Februari 2015

Menyetujui:


dr. H. Syahrul Muhammad, MARS.
Pembimbing Pertama


dr. Putri Rizki Amalia Badri
Pembimbing Kedua

**Dekan
Fakultas Kedokteran**

dr. H.M. Ali Muchtar, M.Sc.
NBM/NIDN. 060347091062484/0020084707

HALAMAN PERSEMBAHAN

Gapailah cita-citamu setinggi bintang di langit
Tetapi rendahkanlah hatimu serendah mutiara di dasar laut

... *Maasyaa Allaah, laa quuwata illaa billaah* (sungguh, atas kehendak Allah, semua ini terwujud), tidak ada kekuatan kecuali dengan (pertolongan) Allah ..."
(Q.S. Al-Kahf, 18:39)

Ku persembahkan karya sederhana ini untuk:

1. Dua orang terhebat dalam hidupku Abah & Mamakku Tersayang (Ansori dan Rusmiyati), terimakasih atas semua curahan kasih sayang, ketulusan, do'a, semangat dan dukungan yang diberikan untuk yuk Yie selama ini.
2. Pembimbing terbaikku (dr. H. Syahrul Muhammad, MARS. & dr. Putri Rizki Amalia Badri), terimakasih telah meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan saran sehingga menghantarkan saya kepada gelar sarjana kedokteran ini (one step closer) serta terimakasih juga untuk dr. Putri Zalika yang pernah memberikan bimbingan walau hanya sementara tapi sangat bermanfaat.
3. Penguji skripsi terbaikku (dr. Abdullah Shahab, Sp.KJ), terimakasih untuk ilmu dan saran yang diberikan serta waktu yang diluangkan untuk menguji skripsi saya.
4. Adik-adikku tersayang (Mentari, Dini Safitri & Angga Winata), terimakasih sudah menjadi penyemangat dalam hidup ayuk.
5. Sahabat-sahabat terbaikku (Yuni Anti, Tantri Rahma Vigo dan Erica Pitriani), terimakasih untuk hari-hari indah yang telah terukir dan ketulusan yang diberi selama ini serta terimakasih telah banyak membantu dalam penelitian ini. *Let's be best friends to forever* ☺
6. *My Partner like a best friend, like a brother* (Rama Adriyan), terimakasih untuk kesabaran, ketulusan, dukungan, semangat dan do'a yang diberikan selama ini, terimakasih juga telah menemani adegk dalam menyelesaikan penelitian.
7. Teman-teman yang turut membantu (Lilia, Evi, Sulastri, Cendy, Umi, Purry, Masitha, Fajar, Santhy, Tyas, Rizki, Irvandra, Fabiola, Abdil, Isra, Risma, Monika, Zulia dan lain-lain), terimakasih telah meluangkan waktu untuk membantu dalam penelitian ini.
8. Teman-teman angkatan 2011, terimakasih untuk kenangan yang terukir selama ini yang terbingkai dalam suka duka canda dan tawa, terimakasih untuk semuanya. Tetap semangat, teruskan perjuangan kita. *Wanna be good & Islamic doctors. Love you all guys...*

Wahai waktu, jika engkau punya sisa yang dibuang manusia maka datanglah kepadaku!
Aku ingin membahagiakan dan membanggakan mereka lebih dari ini.

With Love "Merri Pebriyanti, S.Ked."

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2015
MERRI PEBRIYANTI**

**Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan
Activity Daily Living (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan
Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang**

xi + 110 Halaman + 18 Tabel + 10 Gambar + 13 Lampiran

ABSTRAK

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan yaitu semakin meningkatnya usia harapan hidup. Meningkatnya usia harapan hidup akan menyebabkan jumlah populasi lansia bertambah. Di kalangan lansia penurunan fungsi kognitif merupakan penyebab terbesar terjadinya ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas normal sehari-hari dan juga merupakan alasan dominan yang menyebabkan terjadinya ketergantungan terhadap orang lain untuk merawat diri sendiri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang. Metode penelitian ini adalah analitik observasional dengan desain penelitian potong lintang. Instrumen penelitian menggunakan MoCA-Ina untuk mengukur fungsi kognitif dan Barthel *Index* untuk mengukur kemandirian dalam melakukan ADL. Hasil uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* didapatkan nilai p hitung 0,013 untuk penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan nilai p hitung 0,015 untuk penelitian di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang. Kesimpulan ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

Kata Kunci : Fungsi Kognitif, *Activity Daily Living* (ADL), Lansia

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FACULTY OF MEDICINE**

**THESIS, JANUARY 2015
MERRI PEBRIYANTI**

Correlation Between Cognitive Function and Elderly Independence doing Activity of Daily Living at Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 and Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

xi + 110 pages + 18 Tables + 10 Pictures + 13 Attachments

ABSTRACT

One of the indicators to know the quality of medical development is the increasing life expectancy. Increased life expectancy will cause high number of the elderly population. Among the elderly cognitive impairment is the biggest cause of inability to perform normal daily activities and also the most common reason that causes dependence on others to take care of self. This research was conducted to find out the correlation between cognitive function and elderly independence doing Activity of Daily Living (ADL) at Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 and Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang. The research method used observational analytic with cross-sectional approach. The research instruments used to measure cognitive function is the MoCA-Ina and to measure independence in performing ADL is Barthel Index. The results of the statistical test using Chi-square test, p-value 0,013 for research at Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang and p-value 0,015 for research at Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang. The conclusion, there is a significant correlation between cognitive function and elderly independence doing Activity of Daily Living (ADL) at Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 and Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

Keyword : Cognitive Function, Activity of Daily Living (ADL), Elderly

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah swt, zat Yang Maha Indah dengan segala keindahan-Nya, zat Yang Maha Pengasih dengan segala kasih sayang-Nya, yang terlepas dari segala sifat lemah semua makhluk.

Alhamdulillah berkat kekuatan dan pertolongan-Nya peneliti dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan skripsi yang berjudul "**Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang**" sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked.).

Dalam penyelesaian skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan, bimbingan dan arahan maka dari itu kesempatan ini peneliti menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang,
2. dr. H. Syahrul Muhammad, MARS selaku dosen pembimbing 1,
3. dr. Putri Rizki Amalia Badri selaku dosen pembimbing 2,
4. dr. Abdullah Shahab, Sp.KJ selaku dosen penguji,
5. Pengurus Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Pengurus Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

Semoga Allah swt membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, karena kesempurnaan itu hanya milik Allah. Oleh karena itu, kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun sangat peneliti harapkan demi perbaikan di masa mendatang.

Palembang, 02 Februari 2015

Merri Pebriyanti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Keaslian Penelitian	7
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	9
2.1.1 Lanjut Usia (Lansia)	9
2.1.2 Fungsi Kognitif	14
2.1.3 Alat Ukur Fungsi Kognitif	23
2.1.4 <i>Activity Daily Living</i> (ADL)	26
2.1.5 Alat Ukur Kemandirian Lansia dalam Melakukan <i>Activity Daily Living</i>	30
2.1.6 Tahapan Penurunan Fungsi Kognitif dan <i>Activity Daily Living</i>	31
2.2 Kerangka Teori	35
2.3 Kerangka Konsep	36
2.4 Hipotesis	36
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis Penelitian	37
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	37
3.2.1 Tempat Penelitian 1	37
3.2.2 Tempat Penelitian 2	37
3.3 Populasi dan Sampel	37
3.3.1 Populasi	37

3.3.2	Sampel dan besar sampel	38
3.3.3	Kriteria Inklusi dan Eksklusi	40
3.3.4	Cara Pengambilan Sampel	40
3.4	Variabel Penelitian	41
3.4.1	Variabel <i>Dependent</i>	41
3.4.2	Variabel <i>Independent</i>	41
3.5	Definisi Operasional	42
3.6	Cara Pengumpulan Data dan Langkah Kerja	43
3.6.1	Cara Pengumpulan Data	43
3.6.2	Langkah Kerja	43
3.7	Instrumen Penelitian	44
3.7.1	Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek Penelitian	44
3.7.2	Lembar Keikutsertaan dalam Penelitian	44
3.7.3	Identitas Pasien	44
3.7.4	<i>Geriatric Depression Scale</i>	44
3.7.5	<i>Montreal Cognitive Assessment Indonesian Version</i> (MoCA-Ina)	45
3.7.6	<i>Barthel Index</i>	45
3.7.7	Alat Ukur Gula Darah	45
3.7.8	Sfigmomanometer dan Stetoskop	45
3.7.9	Timbangan dan Meteran	45
3.8	Metode Teknis Analisis Data	46
3.8.1	Cara Pengolahan	46
3.8.2	Analisis Data	47
3.9	Alur Penelitian	49

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1	Hasil	50
4.1.1	Deskripsi Tempat Penelitian	50
4.1.2	Analisis Univariat	51
4.1.3	Analisis Bivariat	56
4.2	Pembahasan	59
4.2.1	Analisis Univariat	59
4.2.2	Analisis Bivariat	67

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1	Kesimpulan	72
5.2	Saran	73

DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN	79
BIODATA RINGKAS ATAU RIWAYAT HIDUP	110

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
1.	Keaslian Penelitian	7
2.	Perbedaan Komponen MoCA-Ina dan MMSE	25
3.	Perbandingan Beberapa Alat Ukur Kemandirian ADL/AKS	30
4.	Penyebab Demensia yang Reversibel	34
5.	Penyebab Demensia yang Non-Reversibel	34
6.	Definisi Operasional	42
7.	Kode Hasil Ukur MoCA-Ina	46
8.	Kode Hasil Ukur <i>Activity Daily Living</i> (Barthel Index)	46
9.	Analisis Univariat	47
10.	Langkah Menentukan Uji Hipotesis (Analisis Bivariat)	48
11.	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang	51
12.	Gangguan Domain Fungsi Kognitif Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang	52
13.	Gangguan Komponen <i>Activity Daily Living</i> Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang	53
14.	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang	54
15.	Gangguan Domain Fungsi Kognitif Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang	55
16.	Gangguan Komponen <i>Activity Daily Living</i> Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang	56
17.	Hasil Analisis Statistik Antara Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan <i>Activity Daily Living</i> (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang...	57
18.	Hasil Analisis Statistik Antara Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan <i>Activity Daily Living</i> (ADL) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
1.	Kerangka Teori	35
2.	Kerangka Konsep	36
3.	Alur Penelitian	49
4.	Wawancara dengan Lansia Perempuan di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang	104
5.	Wawancara dengan Lansia Laki-laki di Panti Sosial Tresna Wedha Teratai KM 6 Palembang	104
6.	Wawancara dengan Lansia Perempuan di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang	105
7.	Wawancara dengan Lansia Laki-laki di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang	105
8.	Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu Responden	106
9.	Pemeriksaan Tekanan Darah Responden	106
10.	Pengukuran Berat Badan Responden	107

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
1.	Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek Penelitian	79
2.	Lembar Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian	81
3.	Identitas Pasien	82
4.	Kuesioner <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS)	83
5.	<i>Montreal Cognitive Assessment</i> -Versi Indonesia (MoCA-Ina) ...	84
6.	<i>Barthel Index</i>	85
7.	Surat Izin Melakukan Penelitian	86
8.	Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	89
9.	Tabulasi Hasil Penelitian	91
10.	Data Hasil Analisis Statistika SPSS	93
11.	Dokumentasi Penelitian	104
12.	Kartu Aktivitas Bimbingan Proposal Penelitian	108
13.	Kartu Aktivitas Bimbingan Skripsi	109

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Saat ini demografi di dunia sedang mengalami perubahan, salah satu indikator keberhasilan pembangunan nasional di bidang kesehatan yaitu semakin meningkatnya usia harapan hidup. Meningkatnya usia harapan hidup ini menyebabkan proporsi populasi lanjut usia (lansia) bertambah. Usia harapan hidup dan jumlah lansia yang meningkat tersebut mencerminkan perbaikan kesehatan, tetapi hal ini akan menjadi tantangan di masa mendatang karena menimbulkan berbagai masalah kesehatan dan ekonomi (Depkes RI, 2013).

Seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran (IPTEKDOK), kini muncul istilah gerontologi/geriatri. Geriatri merupakan disiplin ilmu kedokteran yang menitikberatkan pada pencegahan, diagnosis, pengobatan dan pelayanan kepada para pasien lansia. Pada tahun 1985 didirikan Perhimpunan Gerontologi Indonesia (PERGERI) di Jakarta. Berdasarkan konsensus antara pengurus PERGERI, Dirjen Yankes dan IDI waktu itu, disetujui geriatri dikembangkan oleh bagian Ilmu Penyakit Dalam, tentu saja dengan kerjasama erat dan saling mengisi dengan bagian-bagian dan sub bagian lain yang terkait. Dalam mempercepat berkembangnya geriatri, pada Kongres Persatuan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (KOPAPDI) tahun 1996 di Padang didirikan PERGEMI (Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia) yang dalam waktu relatif singkat dapat membentuk cabang-cabangnya di Indonesia (Darmojo, 2009).

Lansia sebagai tahap akhir siklus kehidupan merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai lansia dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari. Lansia adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade (Notoatmodjo, 2011). Menurut UU No. 13 tahun 1998 Pasal 1 Ayat 2 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia

menyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.

Menua (menjadi tua=*aging*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Darmojo, 2009).

Menurut Badan Pusat Statistik (2012), pada tahun 2011 jumlah penduduk lansia sekitar 18,27 juta orang atau 7,58 % dari total penduduk Indonesia. Persentase penduduk lansia yang telah mencapai angka tujuh persen menunjukkan bahwa negara Indonesia sudah mulai masuk ke kelompok negara berstruktur tua (*ageing population*). Struktur penduduk yang menua tersebut merupakan salah satu indikator keberhasilan pencapaian pembangunan nasional, khususnya sebagai cermin dari semakin panjangnya rata-rata usia penduduk Indonesia.

Pada tahun 2000 jumlah lansia di Indonesia sekitar 5,3 juta jiwa (7,4%) dari total populasi, tahun 2009 berjumlah 20.547.541 jiwa, sedangkan pada tahun 2010 berjumlah 24 juta jiwa (9,77%) dari total populasi (Depkes RI, 2013).

Diperkirakan pada tahun 2020 jumlah lansia mencapai 28,8 juta jiwa atau sekitar 11,34% dari total populasi, sedangkan tahun 2021 diperkirakan akan mencapai 30,1 juta jiwa yang merupakan urutan ke 4 di dunia sesudah Cina, India dan Amerika Serikat. Menjelang tahun 2050 jumlahnya diperkirakan meningkat menjadi lebih dari 50 juta jiwa (Depkes RI, 2013).

Di kalangan lansia penurunan fungsi kognitif merupakan penyebab terbesar terjadinya ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas normal sehari-hari dan juga merupakan alasan dominan yang menyebabkan terjadinya ketergantungan terhadap orang lain untuk merawat diri sendiri (*care dependence*) pada lansia. Tanpa adanya upaya pencegahan yang efektif, peningkatan jumlah populasi lansia akan mengakibatkan terjadinya

peningkatan jumlah penduduk dengan demensia (Ferri C. dkk dalam Mongisidi, Tumewah dan Kembuan, 2012).

Insidensi demensia meningkat secara bermakna seiring meningkatnya usia. Setelah usia 65 tahun, prevalensi demensia meningkat dua kali lipat setiap pertambahan usia 5 tahun. Secara keseluruhan prevalensi demensia pada populasi berusia lebih dari 60 tahun adalah 5,6% (Rochmah dan Harimurti, 2009).

Dari penelitian yang dilakukan oleh Sari pada tanggal 13 Desember 2012 sampai 5 Januari 2013 tentang Gambaran MMSE (*Mini Mental State Examination*) pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang didapatkan hasil bahwa lansia yang tidak mengalami gangguan kognitif sebanyak 38,7%, gangguan kognitif ringan sebanyak 51,6% dan gangguan kognitif berat sebanyak 9,7% (Sari, 2013).

Sementara itu, penelitian yang dilakukan Prasasti pada tanggal 20 Desember 2013 sampai 11 Januari 2014 tentang Gambaran Kemampuan Fungsi Kognitif pada Lansia di Persatuan Pensiunan Polri dan Perkumpulan Pengajian Dian Kemala Al-Hikmah Polda Sumsel yang diukur dengan menggunakan MoCA-Ina, hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 64 sampel, 21,9% diantaranya mengalami penurunan fungsi kognitif berat (demensia); 39,1% untuk kategori fungsi kognitif normal dan mengalami penurunan fungsi kognitif ringan (MCI) (Prasasti, 2014).

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Fadhia tahun 2012 tentang Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian dalam Melakukan *Activities of Daily Living* (ADL) pada Lansia di UPT PSLU Pasuruan yang menggunakan kuesioner MMSE dan Kart *Index* didapatkan hasil analisis statistik dengan uji korelasi Pearson bahwa $r = 0,143$ dengan signifikansi (dua arah) = 0,428. Ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada lansia di UPT PSLU Pasuruan (Fadhia, 2012).

Penelitian Smith, Gildeh dan Holmes yang dipublikasikan pada tahun 2007, MoCA memiliki sensitivitas 83% sedangkan MMSE hanya 17% dalam

mendeteksi MCI. Sensitivitas MoCA dalam mendeteksi demensia yaitu sebesar 94% sedangkan dengan MMSE yang hanya 25%. Spesifisitas MoCA 50% dan MMSE mencapai 100% (Smith, Gildeh dan Holmes, 2007).

Berdasarkan uraian data di atas, seiring dengan semakin meningkatnya populasi lansia di Indonesia maka akan semakin meningkat pula kejadian MCI dan demensia yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) sehingga perlu dilakukan suatu skrining untuk mendeteksi keadaan tersebut. Salah satu penelitian terdahulu didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan ADL. Oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang. Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini adalah MoCA-Ina untuk menilai fungsi kognitif lansia karena telah dibuktikan bahwa memiliki sensitivitas yang lebih tinggi dibandingkan MMSE, sedangkan untuk menilai *Activity Daily Living* (ADL) digunakan *Barthel Index*. Penelitian ini diharapkan bisa menjadi inspirasi dan langkah deteksi dini penurunan fungsi kognitif dan gangguan *Activity Daily Living* pada lansia sehingga dapat dilakukan pencegahan maupun penekanan progresivitas demi menjaga kelangsungan hidup lansia di seluruh Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

Apakah ada hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah:

Mengetahui hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi fungsi kognitif lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.
2. Mengidentifikasi kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.
3. Menganalisis hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Bagi institusi, diharapkan penelitian ini dapat menambah bahan referensi dan studi kepustakaan tentang lansia.
- b. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan penelitian ini dapat dijadikan landasan untuk melakukan penelitian yang lebih baik lagi ke depannya.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi pemerintah Kota Palembang, diharapkan agar penelitian ini dapat memberikan informasi tentang kehidupan di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang terutama dalam hal fungsi kognitif dan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) serta menjadi bahan pertimbangan untuk menjaga kualitas hidup lansia di Kota Palembang.
- b. Bagi tenaga kesehatan, diharapkan agar penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan lebih memahami hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) untuk mempersiapkan berbagai intervensi dalam mencegah maupun menekan progresivitas penurunan fungsi kognitif dan gangguan *Activity Daily Living* (ADL) sehingga kualitas hidup lansia tetap terjaga.
- c. Bagi pengelola panti, keluarga serta masyarakat, diharapkan agar penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan sehingga bisa lebih memperhatikan dan memberi dukungan demi menjaga kualitas hidup lansia menuju *successful Aging*.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

Berikut ini adalah beberapa penelitian terdahulu berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan:

No.	Peneliti	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1.	Fadhia, 2012	Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian dalam Melakukan <i>Activities Of Daily Living</i> (ADL) pada Lansia di UPT PSLU Pasuruan	Hasil analisis statistik dengan uji korelasi Pearson didapatkan bahwa $r = 0,143$ dengan signifikansi (dua arah) = 0,428. Ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada lansia di UPT PSLU Pasuruan.	Persamaan terdapat pada variabel yang diteliti, yaitu fungsi kognitif dan kemandirian lansia dalam melakukan ADL.	Perbedaan terdapat pada lokasi, waktu dan instrumen penelitian. Pada penelitian Fadhia menggunakan kuesioner MMSE dan <i>Kart Index</i> , sedangkan pada penelitian ini digunakan kuesioner MoCA-Ina dan <i>Barthel Index</i> .
2.	Sari, 2013	Gambaran MMSE (<i>Mini Mental State Examination</i>) pada Lansia di Pantii Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang	Dari hasil survei, lansia yang tidak mengalami gangguan kognitif sebanyak 38,7%, gangguan kognitif ringan 51,6% dan gangguan kognitif berat 9,7%.	Persamaan terdapat pada lokasi dan variabel penelitian berupa fungsi kognitif.	Perbedaan terdapat pada waktu, instrumen dan jenis penelitian. Jenis penelitian Sari adalah deskriptif dengan instrumen penelitian berupa kuesioner MMSE, sedangkan jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan menggunakan kuesioner MoCA-Ina.

3. Prasasti, 2014	Gambaran Kemampuan Fungsi Kognitif pada Lansia di Persatuan Persiapan Polri dan Perkumpulan Pengajian Dian Kemala Al-Hikmah Polda Sumssel	Hasil penelitian menunjukkan dari 64 sampel, 21.9% diantaranya mengalami penurunan fungsi kognitif berat (demensia); 39.1% untuk kategori fungsi kognitif normal dan mengalami penurunan fungsi kognitif ringan (MCI).	Persamaan terdapat pada variabel dan instrumen penelitian, yaitu fungsi kognitif yang diukur dengan MoCA-1na.	Perbedaan terdapat lokasi, waktu dan jenis penelitian. Jenis penelitian Prasasti adalah deskriptif, sedangkan jenis penelitian ini berupa observasional analitik yang menghubungkan dua variabel yaitu fungsi kognitif dan <i>Activity Daily Living</i> (ADL).
-------------------	---	--	---	--

Lansia sebagai tahap akhir siklus kehidupan merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai lansia dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari. Lansia adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade (Notoatmodjo, 2011).

Lansia diukur menurut usia kronologik, fisiologik (biologi) dan kematangan mental, yang ketiganya sering kali tak berjalan seajar seperti yang diharapkan serta tak terbatas tegas (Darmojo, 2009).

Dalam Geriatri (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia) yang dianggap penting adalah usia biologik seseorang bukan usia kronologiknyanya. Seringkali orang yang usianya muda tapi kelihatan sudah tua dan sebaliknya orang yang usianya tua tapi terlihat masih segar bugar jasmalnya (Darmojo, 2009).

Menurut Notoatmodjo (2011), batasan penduduk lansia dapat dilihat dari aspek-aspek biologi, ekonomi, sosial dan usia. Dari ketiga aspek yang lain, pendekatan umur atau usia adalah yang paling memungkinkan untuk mendefinisikan penduduk lansia.

Penduduk lansia ditinjau dari aspek biologi adalah penduduk yang telah menjalani proses penuaan, dalam arti menurunnya daya tahan fisik yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap serangan berbagai penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan karena sering meningkatnya usia terjadi perubahan

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Lanjut Usia (Lansia)

A. Definisi Lansia

TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ (Notoatmodjo, 2011).

Aspek ekonomi menjelaskan bahwa penduduk lansia lebih dipandang sebagai beban daripada potensi sumber daya bagi pembangunan. Lansia dianggap sebagai warga yang tidak produktif dan hidupnya perlu ditopang oleh generasi yang lebih muda. Bagi penduduk lansia yang masih berada dalam lapangan pekerjaan, produktivitasnya sudah menurun dan pendapatannya lebih rendah dibandingkan pekerja usia produktif. Akan tetapi, tidak semua penduduk yang termasuk dalam kelompok umur lansia ini tidak memiliki kualitas dan produktivitas rendah (Notoatmodjo, 2011).

Dari sudut pandang sosial, penduduk lansia merupakan kelompok sosial tersendiri. Di negara barat, penduduk lansia menduduki strata sosial di bawah kaum muda. Pada masyarakat tradisional di Asia seperti di Indonesia, penduduk lansia menduduki kelas sosial yang tinggi yang harus dihormati oleh masyarakat yang usianya lebih muda (Notoatmodjo, 2011).

Menurut Setiati, Harimurti dan Govinda (2009), terdapat beberapa istilah yang digunakan oleh gerontologis ketika membicarakan proses menua, yaitu:

1. *Aging* (bertambahnya umur) yaitu menunjukkan efek waktu; suatu proses perubahan, biasanya bertahap dan spontan.
2. *Senescence* (menjadi tua) yaitu hilangnya kemampuan sel untuk membelah dan berkembang (seiring waktu akan menyebabkan kematian).
3. *Homeostenosis* yaitu penyempitan atau berkurangnya cadangan homeostasis yang terjadi selama penuaan pada setiap sistem organ.

B. Klasifikasi Lansia

Menurut Notoatmodjo (2011), usia yang dijadikan patokan untuk lansia berbeda-beda, berdasarkan pendapat beberapa ahli dalam program kesehatan lansia, Departemen Kesehatan membuat pengelompokan seperti berikut:

a. Kelompok Pertengahan Umur

Kelompok usia dalam masa virilitas, yaitu masa persiapan lansia yang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa (45-54 tahun).

b. Kelompok Lanjut Usia Dini

Kelompok dalam masa prasenium, yaitu kelompok yang mulai memasuki lanjut usia (55-64 tahun),

c. Kelompok Lanjut Usia

Kelompok dalam masa senium (65 tahun ke atas).

d. Kelompok Lanjut Usia dengan Risiko Tinggi

Kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun atau kelompok lansia yang hidup sendiri, terpencil, menderita penyakit berat atau cacat.

Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), lansia meliputi:

a. Usia pertengahan (*middle age*) adalah kelompok usia 45-59 tahun.

b. Lanjut usia (*elderly*) adalah kelompok usia antara 60-74 tahun.

c. Lanjut usia tua (*old*) adalah kelompok usia antara 75-90 tahun.

d. Lanjut usia sangat tua (*very old*) adalah kelompok usia di atas 90 tahun (Notoatmodjo, 2011).

Di Indonesia batasan mengenai lansia adalah 60 tahun ke atas terdapat dalam UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2. Menurut undang-undang tersebut lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Kushariyadi, 2009).

Berdasarkan beberapa pengelompokan tersebut, maka dalam penelitian ini mengikuti usia yang lazim digunakan di Indonesia yaitu usia minimal responden dalam penelitian ini adalah 60 tahun sesuai dengan UU No.13 tahun 1998 Bab 1 Pasal 1 Ayat 2.

C. Proses Menua

Menua (menjadi tua=*aging*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Darmojo, 2009).

Menua didefinisikan sebagai proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang '*frail*' (lemah, rentan) dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian secara eksponensial (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).

D. Teori Penuaan

Menurut Setiati, Harimurti dan Govinda (2009), beberapa teori tentang proses menua yang dapat diterima saat ini, antara lain:

1. Teori Radikal Bebas

Teori radikal bebas (*Free Radical Theory of Ageing*) diperkenalkan pertama kali oleh Denham Harman pada tahun 1956, yang menyatakan bahwa proses menua normal merupakan akibat kerusakan jaringan akibat radikal bebas. Harman menyatakan bahwa mitokondria sebagai generator radikal bebas, juga merupakan target kerusakan dari radikal bebas tersebut (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).

Produk hasil metabolisme oksidatif yang sangat reaktif (radikal bebas) yang merupakan senyawa kimia dengan elektron

tidak berpasangan dapat bereaksi dengan berbagai komponen penting seluler, termasuk protein, DNA dan lipid menjadi molekul-molekul yang tidak berfungsi namun bertahan lama dan mengganggu fungsi sel lainnya (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).

Menurut Setiati, Harimurti dan Govinda Sudoyo (2009), terdapat akumulasi radikal bebas secara bertahap di dalam sel sejalan dengan waktu dan bila kadarnya melebihi konsentrasi ambang maka akan berkontribusi pada perubahan-perubahan yang seringkali dikaitkan dengan penuaan. Sebenarnya tubuh diberi kekuatan untuk melawan radikal bebas berupa antioksidan yang diproduksi oleh tubuh sendiri, namun pada tingkat tertentu antioksidan tersebut tidak dapat melindungi tubuh dari kerusakan akibat radikal bebas yang berlebihan.

2. Teori Glikosilasi

Teori ini menyatakan bahwa proses glikosilasi nonenzimatik menghasilkan pertautan glukosa-protein disebut sebagai *advanced glycation end products* (AGEs) dapat menyebabkan penumpukan protein dan makromolekul lain yang termodifikasi sehingga menyebabkan disfungsi pada hewan atau manusia yang menua (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).

Menurut Setiati, Harimurti dan Govinda (2009), ketika manusia menua, AGEs berakumulasi di berbagai jaringan, termasuk kolagen, hemoglobin dan lensa mata. Karena muatan kolagennya tinggi, jaringan ikat menjadi kurang elastis dan lebih kaku. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi elastisitas dinding pembuluh darah. AGEs diduga juga berinteraksi dengan DNA dan karenanya mungkin mengganggu kemampuan sel untuk memperbaiki perubahan pada DNA.

3. Teori DNA *Repair*

Teori DNA *repair* atau tepatnya *mitochondrial DNA repair* ini terkait erat dengan teori radikal bebas, karena sebagian besar radikal bebas (terutama ROS) dihasilkan melalui fosfolirasi oksidatif yang terjadi di mitokondria. Mutasi DNA mitokondria (mtDNA) dan pembentukan ROS di mitokondria saling mempengaruhi satu sama lain, membentuk “*vicious cycle*” yang secara eksponensial memperbanyak kerusakan oksidatif dan disfungsi seluler, yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).

Mutasi mtDNA di manusia terutama terjadi setelah umur pertengahan tiga puluhan, terakumulasi seiring pertambahan umur dan jarang melebihi 1%. Bukti-bukti menunjukkan gangguan *repair* pada kerusakan oksidatif ini menyebabkan percepatan proses penuaan (*accelerated aging*). Selain itu, mutasi mtDNA akibat gangguan *repair* ini juga terkait dengan munculnya keganasan, diabetes melitus dan penyakit-penyakit neurodegeneratif (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).

2.1.2 Fungsi Kognitif

A. Definisi Fungsi Kognitif

Definisi kognitif menurut *behavioral neurology* adalah suatu proses dimana semua masukan sensoris (taktil, visual dan auditorik) akan diubah, diolah, disimpan dan selanjutnya digunakan untuk hubungan interneuron secara sempurna sehingga individu mampu melakukan penalaran terhadap masukan sensoris tersebut (Markam (2003) dalam Hartawan, 2011).

Fungsi kognitif adalah keseluruhan proses dimana seorang individu menerima, mencatat, menyimpan dan mempergunakan suatu informasi. Fungsi kognitif juga dapat didefinisikan sebagai

semua proses mental yang meliputi persepsi, memori, kreasi imajinasi dan berpikir yang membentuk kesadaran dan kesiagaan serta proses membuat keputusan (Panentu dan Irfan, 2013).

B. Komponen Fungsi Kognitif

Konsep yang paling banyak dianut bahwa fungsi kognitif mencakup lima domain, yaitu sebagai berikut:

1. Pemusatan Perhatian (*Attention*)

Atensi adalah kemampuan untuk bereaksi atau memperhatikan satu stimulus tertentu dengan mampu mengabaikan stimulus lain yang tidak dibutuhkan. Atensi merupakan hasil hubungan antara batang otak, aktivitas limbik dan aktivitas korteks sehingga mampu untuk fokus pada stimulus spesifik dan mengabaikan stimulus lain yang tidak relevan. Konsentrasi merupakan kemampuan untuk mempertahankan atensi dalam periode yang lebih lama. Gangguan atensi dan konsentrasi akan mempengaruhi fungsi kognitif lain seperti memori, bahasa dan fungsi eksekutif (Markam (2003) dan Wiyoto (2002) dalam Hartawan, 2011).

2. Bahasa (*Language*)

Bahasa merupakan perangkat dasar komunikasi dan modalitas dasar yang membangun kemampuan fungsi kognitif. Didapatkan gangguan bahasa, maka pemeriksaan kognitif seperti verbal, fungsi eksekutif akan mengalami kesulitan atau tidak dapat dilakukan (Markam (2003) dalam Hartawan, 2011).

3. Daya Ingat (*Memory*)

Fungsi memori terdiri dari proses penerimaan dan penyandian informasi, proses penyimpanan serta proses mengingat. Semua hal yang berpengaruh dalam ketiga proses tersebut akan mempengaruhi fungsi memori (Markam (2003) dan Wiyoto (2002) dalam Hartawan, 2011).

Pengetahuan dasar individual dapat sangat baik terpelihara sepanjang usia, tetapi pemasukan informasi baru dapat menurun. Kemampuan memori pada usia 75 tahun menurun 25% dibandingkan usia 20 tahun. Gangguan utama fungsi ini pada proses menua berhubungan dengan pemindahan informasi dari penyimpanan sementara ke tempat penyimpanan permanen di otak, hal ini berkaitan dengan memori baru. Memori lama biasanya relatif baik atau sedikit menurun. Dari hasil penelitian didapat bahwa fungsi memori menurun pada proses *recall*, sedangkan *recognition* tetap baik. Pemeriksaan memori meliputi memori baru (*recent memory*), memori tertunda (*recall memory*), dan rekognisi serta memori lama (*remote memory*) (Kurniati (2011) dalam Prasasti, 2014).

4. Pengenalan Ruang (*Visuospatial*)

Kemampuan *visuospatial* merupakan kemampuan konstruksi seperti menggambar atau meniru berbagai macam gambar (misalnya menggambar kubus) dan menyusun balok-balok. Semua lobus berperan dalam kemampuan konstruksi dan lobus parietal terutama hemisfer kanan berperan paling dominan (Markam (2003) dalam Hartawan, 2011).

5. Fungsi Eksekutif (*Executive Function*)

Fungsi eksekutif (*executive function*) adalah kemampuan kognitif tinggi seperti cara berpikir dan kemampuan pemecahan masalah. Fungsi ini dimediasi oleh korteks prefrontal dorsolateral dan struktur subkortikal yang berhubungan dengan daerah tersebut. Fungsi eksekutif dapat terganggu bila sirkuit frontal subkortikal terputus. Lezack membagi fungsi eksekutif menjadi 4 komponen yaitu *volition* (kemauan), *planning* (perencanaan), *purposive action* (bertujuan) dan *effective performance* (pelaksanaan yang efektif). Seandainya ada gangguan fungsi eksekutif, maka gejala yang muncul sesuai

karena itu semakin tinggi tingkat pendidikan yang ditempuh, meskipun terjadi degradasi komponen otak seiring bertambahnya usia tidak akan sampai mengganggu fungsi kognitif orang tersebut (Rachmawati dan Puspitosari (2009) dalam Prasasti, 2014).

Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Rachmawati dan Puspitosari didapatkan hubungan bermakna antara tingkat pendidikan terhadap penurunan fungsi kognitif (tingkat demensia) dimana kebanyakan individu yang menderita demensia adalah individu dengan tingkat pendidikan yang tidak terlalu tinggi (Prasasti, 2014).

3. Depresi

Perubahan pada sistem saraf pusat seperti meningkatnya monoamin oksidase dan berkurangnya konsentrasi neurotransmitter (terutama neurotransmitter katekolaminergik) dapat berperan dalam terjadinya depresi pada usia lanjut. Pasien geriatri yang menderita depresi juga sering memiliki komorbid penyakit vaskuler dengan lesi di daerah ganglia basalis dan prefrontal otak. Pasien-pasien ini sering memperlihatkan kemunduran fungsi motorik, kurangnya kemampuan penilaian (*judgement*) dan terganggunya fungsi eksekutif (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009). Demensia pada penderita depresi bisa sifatnya sebagai pseudodemensia (Purba (2002) dan Carayannis (2000) dalam Suryadi, 2004).

Pasien depresi berat tampak mengalami gangguan orientasi dan melakukan dengan buruk dalam seluruh aspek fungsi intelektual. Gangguan intelektual seperti ini mungkin disebabkan oleh perubahan neurokimia yang reversibel menyerupai perubahan ireversibel dari demensia degeneratif. Pasien depresi seringkali mengeluh mengenai kesulitan yang dibesar-besarkan dengan aktivitas mental yang tampak benar

dari penampilan pada tes fungsi intelektual. Sebaliknya, pasien dengan demensia murni jarang mengeluh mengenai defisit secara tepat yang nyata pada pemeriksaan. Demensia yang disebabkan oleh depresi juga mungkin ditunjukkan oleh inkonsistensi selama anamnesis (Brown dan Hachinski, 1999).

Menurut teori kognitif, depresi terjadi akibat distorsi kognitif spesifik yang terdapat pada seseorang yang rentan terhadap depresi. Distorsi tersebut yang disebut sebagai *depressogenic schemata* merupakan cetakan kognitif yang menerima data internal maupun eksternal dengan cara yang diubah oleh pengalaman sebelumnya. Beck memberikan postulat trias kognitif depresi yang terdiri atas pandangan mengenai diri yaitu aturan diri yang negatif, mengenai lingkungan yaitu kecenderungan mengalami dunia sebagai dan mesesuatu yang memusuhi dan menuntut dan mengenai masa depan yaitu harapan mengenai penderitaan dan kegagalan (Sadock dan Sadock, 2010).

4. Skizofrenia

Eugen Bleuler mengidentifikasi gejala fundamental atau gejala primr skizofrenia yang spesifik untuk membangun teori mengenai perpecahan mental internal pada pasien. Gejala tersebut meliputi gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran; gangguan afektif, autisme dan ambivalensi, yang dirangkum menjadi empat A yaitu asosiasi, afek, autisme dan ambivalensi. Bleuler juga mengidentifikasi gejala asesoris (sekunder), yang banyak menambah pemahaman mengenai skizofrenia (Sadock dan Sadock, 2010).

Kriteria diagnosis DSM-IV-TR tentang skizofrenia untuk kriteria A (gejala karakteristik) yaitu dua atau lebih poin berikut, masing-masing terjadi dalam porsi waktu yang signifikan selama periode 1 bulan atau kurang bila telah

berhasil diobati. Gejala tersebut meliputi (1) waham, (2) halusinasi, (3) bicara kacau (sering melantur atau inkoherenasi), (4) perilaku yang sangat kacau atau katatonik dan (5) gejala negatif (afektif mendatar, alogia atau kehilangan minat) (Sadock dan Sadock, 2010).

Pasien skizofrenia biasanya berorientasi terhadap orang, waktu dan tempat. Tidak adanya orientasi semacam itu seyogianya mengharuskan klinisi untuk menyelidiki kemungkinan adanya gangguan otak neurologis atau media. Beberapa pasien skizofrenia mungkin memberikan jawaban yang salah atau bizar terhadap pertanyaan tentang orientasi. Memori seperti yang diujikan pada pemeriksaan status mental, biasanya intak. Namun, terkadang mustahil meminta pasien mengerjakan uji memori dengan baik agar kemampuannya dapat dikaji secara adekuat (Sadock dan Sadock, 2010).

5. Diabetes Melitus

Hiperglikemia kronik merupakan keadaan yang khas dari diabetes, yang menjelaskan mekanisme hubungan antara diabetes dan disfungsi susunan saraf pusat. Pada keadaan hiperglikemia aliran darah ke otak berkurang menyebabkan gangguan *uptake* dan metabolisme glukosa pada lansia dengan diabetes tipe 2 (Purba (2002) dalam Suryadi, 2004).

6. Hipertensi

Keadaan penurunan fungsi kognitif dan demensia pada lanjut usia, lebih sering ditemui pada hipertensi kronik. Keadaan ini terjadi karena penyempitan dan sklerosis arteri kecil di daerah subkortikal, yang mengakibatkan hipoperfusi, kehilangan autoregulasi, penurunan sawar otak dan pada akhirnya terjadi proses demyelinisasi *white matter* subkortikal, mikroinfark dan penurunan kognitif. Kemunduran kognitif ditandai dengan lupa pada hal yang baru, akan tetapi masih

dapat melakukan aktivitas dasar sehari-hari. Pengobatan hipertensi dapat mencegah terjadinya penurunan kognitif (Suhardjono, 2009).

7. Stroke

Penyakit serebrovaskuler merupakan faktor risiko dari penurunan fungsi kognitif (Haring, 2002).

Insidensi demensia meningkat secara bermakna seiring meningkatnya usia. Setelah usia 65 tahun, prevalensi demensia meningkat dua kali lipat setiap pertambahan usia 5 tahun. Secara keseluruhan prevalensi demensia pada populasi berusia lebih dari 60 tahun adalah 5,6%. Penyebab tersering demensia di Amerika Serikat dan Eropa adalah penyakit Alzheimer, sedangkan di Asia diperkirakan demensia vaskuler merupakan penyebab tersering (Rochmah dan Harimurti, 2009).

Diagnosis demensia vaskuler ditunjukkan dengan timbulnya yang tiba-tiba, terutama jika terdapat anamnesis stroke sebelumnya. Perjalanannya khas berfluktuasi dengan periode perbaikan dan memburuk seperti tangga, berlawanan dengan berkembangnya penyakit Alzheimer yang tetap (Brown dan Hachinski, 1999).

D. Manifestasi Gangguan Fungsi Kognitif

Manifestasi gangguan fungsi kognitif dapat meliputi gangguan pada aspek bahasa, memori, emosi, visuospasial dan kognisi.

1. Gangguan Bahasa

Gangguan bahasa yang terjadi pada demensia terutama tampak pada kemiskinan kosa kata. Pasien tak dapat menyebut nama benda atau gambar yang ditunjukkan padanya (*confrontation naming*), tetapi lebih sulit lagi untuk menyebutkan nama benda dalam satu kategori (*categorical*

namings), misalnya disuruh menyebut nama buah atau hewan dalam satu kategori. Sering adanya diskrepansi antara penamaan konfrontasi dan penamaan kategori dipakai untuk mencurigai adanya demensia dini. Misalnya orang dengan cepat dapat menyebutkan nama benda yang ditunjukkan tetapi mengalami kesulitan kalau diminta menyebutkan nama benda dalam satu kategori, ini didasarkan karena daya abstraksinya mulai menurun (Surhone, Tennoe dan Hensonnow (2010) dalam Hartawan, 2011).

2. Gangguan Memori

Gangguan mengingat sering merupakan gejala yang pertama timbul pada demensia dini. Pada tahap awal yang terganggu adalah memori barunya, yakni cepat lupa apa yang baru saja dikerjakan. Namun lambat laun memori lama juga dapat terganggu. Dalam klinik neurologi fungsi memori dibagi dalam tiga tingkatan bergantung lamanya rentang waktu antara stimulus dan *recall* (Surhone, Tennoe dan Hensonnow (2010) dalam Hartawan, 2011):

- a. Memori segera (*immediate memory*), rentang waktu antara stimulus dan *recall* hanya beberapa detik. Di sini hanya dibutuhkan pemusatan perhatian untuk mengingat.
- b. Memori baru (*recent memory*), rentang waktunya lebih lama yaitu beberapa menit, jam, bulan, bahkan tahun.
- c. Memori lama (*remote memory*), rentang waktunya bertahun-tahun bahkan seumur hidup.

3. Gangguan Emosi

Efek langsung yang paling umum dari penyakit pada otak terhadap *personality* adalah emosi yang tumpul, disinhibisi, kecemasan yang berkurang atau euphoria ringan dan menurunnya sensitivitas sosial. Dapat juga terjadi kecemasan yang berlebihan, depresi dan hipersensitif (Surhone, Tennoe dan

Hensonnow (2010) dalam Hartawan, 2011).

4. Gangguan Visuospatial

Gangguan ini juga sering timbul dan dapat di deteksi secara dini pada demensia. Pasien banyak lupa waktu, tidak tahu kapan siang dan malam, lupa wajah teman dan sering tidak tahu tempat sehingga sering tersesat (disorientasi waktu, tempat dan orang). Secara objektif gangguan visuospatial ini dapat ditentukan dengan meminta pasien mengkopi gambar atau menyusun balok-balok sesuai bentuk tertentu (Surhone, Tennoe dan Hensonnow (2010) dalam Hartawan, 2011).

5. Gangguan Kognisi

Fungsi ini paling sering terganggu pada pasien demensia, terutama gangguan daya abstraksinya. Ia selalu berpikir konkrit, sehingga sukar sekali memberi makna peribahasa dan juga daya persamaan (*similarities*) mengalami penurunan (Surhone, Tennoe dan Hensonnow (2010) dalam Hartawan, 2011).

2.1.3 Alat Ukur Fungsi Kognitif

Alat ukur fungsi kognitif yang biasa digunakan adalah MMSE (*Mini-Mental State Examination*) dan MoCA-Inda (*Montreal Cognitive Assessment Indonesian Version*).

Penelitian Nasreddine dkk pada tahun 2005 melakukan studi validasi untuk mendeteksi penderita *Mild Cognitive Impairment* (MCI) dan *Early Alzheimer's disease* dengan menggunakan tes MoCA dan MMSE (*Mini-Mental State Examination*). Dari penelitian tersebut dengan menggunakan nilai *cutt of point* 26 didapatkan hasil untuk mendeteksi MCI dengan MoCA mempunyai sensitivitas 90% dan spesifisitas 87% dengan subyek 94 orang, sedangkan MMSE mempunyai sensitivitas 18% dan spesifisitas 100%. Pada tes MoCA jika subyek mendapat nilai 26 maka dianggap normal (Kurniati, 2011).

Berdasarkan penelitian Smith, Gildeh dan Holmes yang dipublikasikan pada tahun 2007, MoCA memiliki sensitivitas 83% sedangkan MMSE hanya 17% dalam mendeteksi MCI. Sensitivitas MoCA dalam mendeteksi demensia yaitu sebesar 94% sedangkan dengan MMSE yang hanya 25%. Spesifisitas MoCA 50% dan MMSE mencapai 100% (Smith, Gildeh dan Holmes, 2007).

Di Indonesia, Nadia H, Silvia L, Yetty, Herqutanto pada tahun 2009 melakukan uji validitas dan uji reliabilitas terhadap tes MoCA. Penelitian ini menggunakan rancangan potong lintang untuk menilai validitas dan menghitung tingkat kesepakatan antara dua orang dokter di RS Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM). Uji validitas dengan metode transkultural *World Health Organization* (WHO) dan uji reliabilitas dengan analisis reliabilitas *test-retest* dilakukan dengan statistik K (Kappa). Dari penelitian ini didapatkan nilai Kappa total antara 2 orang dokter (*inter rater*) adalah 0,820. Sedangkan pada tiap-tiap ranah sebagai berikut *visuospatial/eksekutif* 0,817; penamaan (*naming*) 0,985; dan atensi 0,969. Sementara untuk ranah bahasa 0,990; abstraksi 0,957; memori 0,984, dan orientasi adalah 1,00. Tes MoCA versi Indonesia (MoCA-Ina) telah valid menurut kaidah validitas transkultural dan reliabel sehingga dapat digunakan baik oleh dokter ahli saraf maupun dokter umum (Kurniati, 2011).

Berdasarkan studi Nasreddine dkk tahun 2005 dan Chou dkk tahun 2010, kelebihan dari pemeriksaan MoCA-Ina adalah waktu pemeriksaan yang lebih singkat serta merupakan instrumen pengukuran fungsi kognitif yang lebih sensitif dibanding MMSE. Dari penelitian Nazem S dkk didapatkan bukti bahwa lebih dari setengah (52%) subyek yang dinilai normal oleh MMSE memiliki gangguan kognitif pada skor MoCA-Ina (Ismawati dkk, tt).

Berdasarkan studi Chou dkk tahun 2010 dan Hoops dkk tahun 2009, *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) adalah alat skrining kognitif baru yang dirancang untuk mengatasi keterbatasan MMSE.

Kelebihan tes MoCA adalah prosedur yang cepat dan mudah, penilaian domain kognitif yang luas dan lebih sensitif terhadap defisit kognitif ringan dan disfungsi eksekutif pada penyakit Parkinson (Ismawati dkk, tt).

Tabel 2. Perbedaan Komponen MoCA-Ina dan MMSE

MoCA-Ina	MMSE
Eksekutif Dinilai dengan <i>trail-making B</i>	-
Visuospatial Dinilai dengan <i>clock drawing test</i> dan menggambar kubus tiga dimensi	-
Memori (Delay Recall) Menyebutkan 5 kata benda, menyebutkan kembali setelah 5 menit	Registrasi Mengulangi dengan cepat 3 kata
Atensi Menilai kewaspadaan, pengurangan berurutan, <i>digits forward and backward</i>	Mengingat Kembali (Recall) Mengingat kembali 3 kata yang telah diulang sebelumnya
Bahasa + Penamaan Mengulangi 2 kalimat, kelancaran berbahasa, menyebutkan 3 nama binatang (gajah, badak, unta)	Atensi + Kalkulasi secara berurutan mengurangi 7, dimulai dari angka 100, atau mengeja kata WAHYU secara terbalik
Abstraksi Menilai kesamaan suatu benda	Bahasa + Kontruksi Visual Memberi nama 2 benda, mengulang kata-kata, membaca dengan keras dan memahami suatu kalimat, menulis kalimat dan mengikuti perintah 3 langkah, menyalin gambar
Orientasi Menyebutkan tanggal, bulan, tahun, hari, tempat dan kota	-
	Orientasi Orientasi terhadap tempat (negara, provinsi, kota, gedung dan lantai) Orientasi terhadap waktu (tahun, musim, bulan, hari dan tanggal)

Berdasarkan beberapa penelitian tersebut dapat diketahui bahwa MoCA-Ina lebih sensitif terutama untuk menilai penurunan fungsi kognitif ringan (MCI) dibandingkan MMSE, maka dari itu peneliti menggunakan *Monstreal Cognitive Assessment Indonesian Version (MoCA-Ina)* sebagai *instrument* penelitian dalam menilai fungsi kognitif responden.

2.1.4 *Activity Daily Living* (ADL)

A. Definisi ADL

Menurut Granger dkk (1996) dan Trombly (1990) dalam Setiahardja (2005), *Activity Daily Living* (ADL) atau Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) adalah keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi atau berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat.

Istilah ADL atau AKS mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan minum, *toileting*, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, transfer atau bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Mahoney dan Barthel (1996), Granger dkk (1996) dan Trombly (1990) dalam Setiahardja, 2005).

Activity Daily Living (ADL) adalah fungsi-fungsi yang bersifat fundamental terhadap kehidupan mandiri seseorang yang meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, kontinen dan makan (Kane dan Kane (1981) dalam Ediawati, 2012).

B. Macam-macam *Activity Daily Living*

Activity Daily Living (ADL) atau Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) meliputi:

a. ADL/AKS dasar

Keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya, meliputi berpakaian, makan minum, *toileting*, mandi dan berhias (Mahoney dan Barthel (1996), Granger dkk (1996) dan Trombly (1990) dalam Setiahardja, 2005). Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil ke dalam kategori ADL/AKS dasar ini Kirby (1998) dalam

Setiahardja, 2005). Di sumber lain, juga disertakan kemampuan mobilitas (Morgenthal (2001) dalam Setiahardja, 2005).

b. ADL/AKS instrumental

Menurut Berg dkk (1992), Darmojo (1999), Morgenthal (2001) dalam Setiahardja (2005), ADL/AKS instrumental berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas dan koin (menghitung, memberi kembalian). Menurut Darmojo (1999) dan Morgenthal (2001) dalam Setiahardja (2005), mengemudi juga termasuk di dalam kategori ADL/AKS instrumental ini.

c. ADL/AKS vokasional

Berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah (Setiahardja, 2005).

d. ADL/AKS non vokasional

Bersifat rekreasional, hobi dan mengisi waktu luang (Setiahardja, 2005).

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Activity Daily Living* (ADL)

Menurut beberapa sumber yang dikutip dari Agung (2006), ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi status fungsional pada lansia antara lain usia, jenis kelamin, fungsi kognitif, status emosional (depresi), aktivitas fisik, indeks massa tubuh (IMT yang rendah atau sangat besar), aktivitas sosial kemasyarakatan, penyakit kronik atau degeneratif, faktor nutrisi dan merokok.

Menurut Kalache dan Keller (2000) dalam Agung (2006), status fungsional diartikan sebagai kemampuan seseorang dalam melaksanakan ADL dasar secara mandiri (seperti berpakaian, mandi, membersihkan diri) serta instrumental ADL (seperti memasak, berbelanja, mengurus rumah, mengatur keuangan).

Berikut ini adalah uraian beberapa faktor yang mempengaruhi status fungsional atau ADL:

- a. Faktor usia merupakan salah satu faktor yang memiliki pengaruh terhadap status fungsional lansia. Pada kelompok usia lebih dari 85 tahun lebih banyak membutuhkan bantuan pada satu atau lebih ADL dasar (Palmer (1999) dan Andersen dkk (1999) dalam Agung, 2006).
- b. Faktor jenis kelamin, beberapa laporan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara kedua jenis kelamin. Tetapi lansia laki-laki dilaporkan lebih banyak membutuhkan bantuan dalam melakukan ADL dasar (Soejono (2000), Konno dkk (2005), Lee (2006), Hachisuka dkk (1999) dan Andersen dkk (1999) dalam Agung, 2006).
- c. Pada lansia dengan gangguan kognitif jelas terlihat memiliki tingkat atau derajat ketergantungan ADL dasar yang tinggi karena ketidakmampuan mereka melakukan ADL dasar secara mandiri akibat gangguan kognitif yang ada (Beland dan Zunzunegui (1999), King dan Lipsky (2000), Soejono (2000), Lachs dkk (1990), Konno dkk (2005), Palmer (1999) dalam Agung, 2006).
- d. Status emosional lansia khususnya depresi merupakan faktor yang memegang peran penting dalam terjadinya penurunan status fungsional lansia. Lansia yang mengalami depresi diketahui memiliki derajat ketergantungan yang tinggi pada ADL dasarnya, lamanya masa perawatan dan pemulihan setelah sakit serta prediksi mortalitas pada lansia yang depresi, karena itu penapisan status emosional atau depresi menjadi sangat penting pada pengkajian paripurna pasien geriatrik (Beland dan Zunzunegui (1999), Konno dkk (2005), Lee (2000), Lai dkk (2002), Palmer (1999) dalam Agung, 2006).

- e. Aktivitas fisik (olahraga) yang secara rutin dan reguler atau terprogram dilaksanakan oleh kelompok lansia ternyata dapat memperbaiki, menjaga status fungsional sehingga mereka tetap dapat mandiri dan memperpanjang harapan hidup (Konno dkk (2004), Lee (2000) dan Oida (2003) dalam Agung, 2006).
- f. Pada suatu studi penelitian dilaporkan bahwa indeks massa tubuh (IMT) dan status nutrisi merupakan faktor yang mempengaruhi status fungsional lansia. Pasien lanjut usia dengan IMT yang rendah dan status nutrisi yang buruk (IMT <math><20 \text{ kg/m}^2</math>) memiliki kapasitas fungsional yang rendah dan merupakan faktor prediksi atau prediktor kematian pasien geriatrik dalam kurun waktu 1 tahun (Konno dkk (2004) dan Flodin, Svensson dan Cederholm (2000) dalam Agung, 2006).
- g. Rendah atau kurangnya aktivitas sosial kemasyarakatan dan merokok merupakan faktor yang turut mempengaruhi status fungsional lansia. Lansia yang memiliki aktivitas sosial kemasyarakatan yang baik mempunyai status fungsional yang baik dan mandiri demikian pula sebaliknya. Merokok merupakan faktor yang memperburuk kesehatan seluruh organ tubuh (paru-paru, kardiovaskuler) dan terbukti menyebabkan perburukan kondisi fisik sehingga menyebabkan rendahnya kapasitas fungsional lansia (Suwondo dan Rumende (2003), Lachs dkk (1990), Konno dkk (2005), Palmer (1999), Suryadipradja (2003) dalam Agung, 2006).
- h. Penyakit kronik atau degeneratif yang sering dijumpai pada lansia adalah *osteoarthritis* (OA) yang menyebabkan kerusakan pada rawan sendi, penebalan tulang subkondral, pertumbuhan osteofit, kerusakan ligamentum serta inflamasi sinovium. Semua hal tersebut mengakibatkan nyeri, pembengkakan, disertai gangguan pada otot di sekitarnya (kelemahan otot quadriceps femoris pada OA lutut) sehingga menyebabkan terbatasnya luas

gerak sendi. Pada lansia tentunya hal tersebut menyebabkan terbatasnya aktivitas dan mobilitas lansia sehingga status fungsional lansia akan rendah bahkan tergantung pada *care giver* (Setiyohadi (2003) dan Isbagio (2005) dalam Agung, 2006).

2.1.5 Alat Ukur Kemandirian dalam Melakukan *Activity Daily Living*

Dalam tabel 3 dapat dilihat perbandingan beberapa alat ukur kemandirian dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) atau Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS).

Tabel 3. Perbandingan Beberapa Alat Ukur Kemandirian ADL/AKS

Alat Ukur	Deskripsi	Kehandalan, Kesahihan dan Sensitivitas	Waktu dan Pelaksanaan	Komentar
Barthel Index	10 item: makan, mandi, berhias, berpakaian, kontrol kandung kencing dan kontrol anus, <i>toileting</i> , transfer kursi atau transfer tempat tidur, mobilitas dan naik tangga.	Sangat handal, sah dan cukup sensitif.	< 10 menit, sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi.	Sudah diterima secara luas, kehandalan dan kesahihan sangat baik.
Kart Index	Penilaian dikotomi dengan urutan dependensi yang hirarki: mandi, berpakaian, <i>toileting</i> , transfer, kontinensi dan makan. Penilaian dari A (mandiri pada keenam item) sampai G (dependen pada keenam item).	Kehandalan dan kesahihan cukup; kisaran ADL/AKS sangat terbatas (6 item)	< 10 menit, sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi.	Sudah diterima secara luas, kehandalan dan kesahihan cukup, menilai keterampilan dasar, tetapi tidak menilai berjalan dan naik tangga.
FIM (Functional Independence Measure)	18 item dengan area yang dievaluasi: perawatan diri, kontrol sfingter, transfer, lokomosi, komunikasi dan kognisi sosial.	Kehandalan dan kesahihan baik, sensitif dan dapat mendeteksi perubahan kecil dengan 7 level.	< 20 menit, sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi, serta evaluasi program.	Sudah diterima secara luas. Pengisian lebih lama karena item banyak.

Sumber:

Darmojo (1999), Morgenthal (2001), Berg dkk (1992) dan Wood dkk (1998) dalam Setiahardja (2005)

Keterangan:

ADL: *Activity Daily Living*, AKS: Aktivitas Kehidupan Sehari-hari, < : kurang dari.

Berdasarkan perbandingan beberapa alat ukur kemandirian dalam melakukan *Activity Daily Living* tersebut, maka peneliti menggunakan *Barthel Index* sebagai alat ukur pada penelitian ini karena memiliki kehandalan dan kesahihan yang sangat baik, pelaksanaannya mudah dan cepat (dalam waktu kurang dari 10 menit), serta lingkupnya cukup mewakili ADL/AKS dasar dan mobilitas.

2.1.6 Tahapan Penurunan Fungsi Kognitif dan *Activity Daily Living*

Berikut ini adalah tahapan penurunan fungsi kognitif dan *Activity Daily Living*:

1. *Forgetfulness* (Mudah Lupa)

Menurut Hartono (2002) dalam Suryadi (2004), mudah lupa masih dianggap normal dan gangguan ini sering dialami subjek lansia. Frekuensinya meningkat sesuai peningkatan usia. Lebih kurang 39% pada usia 50-60 tahun dan angka ini menjadi 85% pada usia di atas 80 tahun. Istilah yang sering digunakan dalam kelompok ini adalah *Benign Senescent Forgetfulness* (BSF) atau *Age-Associated Memory Impairment* (AAMI). Ciri-ciri kognitifnya adalah proses berpikir melambat; kurang menggunakan strategi memori yang tepat; kesulitan memusatkan perhatian; mudah beralih pada hal yang kurang perlu; memerlukan waktu yang lebih lama untuk belajar sesuatu yang baru; memerlukan lebih banyak petunjuk atau isyarat (*clue*) untuk mengingat kembali. Kriteria mudah lupa (*forgetfulness*) adalah sebagai berikut:

- a. Mudah lupa nama benda, nama orang,
- b. Memanggil kembari memori (*recall*) terganggu,
- c. Mengingat kembali memori (*retrieval*) terganggu,
- d. Bila diberi petunjuk (*clue*) bisa mengenal kembali,
- e. Lebih sering menjabarkan fungsi atau bentuk daripada menyebutkan namanya.

Menurut Pokorski (2002), *Age-Associated Memory Impairment* (AAMI) didefinisikan pada tahun 1986 oleh sebuah kelompok kerja dari U.S. *National Institute of Mental Health*. Kriteria AAMI meliputi:

- a. Penurunan memori (daya ingat) subjektif.
- b. Bukti objektif dari penurunan memori (dalam uji standarisasi memori, skor setidaknya dibawah 1 standar deviasi memiliki makna bagi orang dewasa muda).
- c. Fungsi intelektual adekuat.
- d. Tidak ada demensia dan penyakit lainnya yang mempengaruhi memori (misal stroke, depresi) pada orang yang berusia 50 tahun atau lebih.
- e. Tidak ada gangguan medis yang dapat menyebabkan penurunan kognitif (misalnya penyakit jantung, diabetes melitus tidak terkontrol dan kanker tidak remisi selama 2 tahun atau lebih).

2. *Mild Cognitive Impairment* (MCI)

Mild Cognitive Impairment (MCI) adalah keadaan transisi antara kognitif normal dan demensia. Baru-baru ini MCI didefinisikan sebagai keluhan memori subjektif, penurunan memori dengan pertimbangan usia dan pendidikan, fungsi kognitif secara umum relatif normal, aktivitas sehari-hari tidak terganggu dan tidak ada demensia. MCI mungkin timbul dari gangguan pembuluh darah, neurodegeneratif, trauma, psikiatri, metabolisme dan gangguan medis lain yang mendasari (Patel dan Holland, 2012).

Menurut Petersen (2011), *Mild Cognitive Impairment* (MCI) diklasifikasikan menjadi dua subtype yaitu amnestik dan non-amnestik. Amnestik MCI secara klinis terdapat penurunan memori yang signifikan tetapi tidak memenuhi kriteria demensia. Biasanya pasien dan keluarga pasien menyadari adanya kelupaan yang meningkat. Tetapi, fungsi kognitif lain seperti fungsi eksekutif,

bahasa dan *visuospatial* relatif baik dan aktivitas fungsional normal. Non-amnestik MCI ditandai dengan penurunan ringan dalam fungsi yang tidak berhubungan dengan memori, seperti atensi, bahasa dan *visuospatial*. Dalam uji klinik yang melibatkan pasien amnestik MCI lebih dari 90% mengalami progresivitas menjadi demensia dengan tanda-tanda penyakit Alzheimer.

Non-amnestik MCI melibatkan domain fungsi kognitif selain memori, seperti fungsi eksekutif, atensi, *visuospatial* dan bahasa. Pasien dengan non-amnestik MCI dapat juga mengalami progresivitas menjadi demensia tetapi non-Alzheimer, seperti demensia *Lewy Body* atau demensia frontotemporal (Patel dan Holland, 2012).

3. Demensia

Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktivitas sosial dan okupasi yang normal juga aktivitas kehidupan sehari-hari (Stanley dan Beare, 2006).

Menurut Martono (2009), demensia adalah suatu sindroma klinik yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan ingatan memori sedemikian hebat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Secara garis besar manifestasi kliniknya yaitu perjalanan penyakit yang bertahap (biasanya selama beberapa bulan atau tahun) dan tidak terdapat gangguan kesadaran (penderita tetap sadar).

Insidensi demensia meningkat secara bermakna seiring meningkatnya usia. Setelah usia 65 tahun, prevalensi demensia meningkat dua kali lipat setiap penambahan usia 5 tahun. Secara keseluruhan prevalensi demensia pada populasi berusia lebih dari 60 tahun adalah 5,6%. Penyebab tersering demensia di Amerika Serikat

dan Eropa adalah penyakit Alzheimer, sedangkan di Asia diperkirakan demensia vaskuler merupakan penyebab tersering (Rochmah dan Harimurti, 2009).

Menurut Martono (2009), penyebab demensia yang reversibel sangat penting untuk diketahui, karena dengan pengobatan yang baik penderita dapat kembali menjalankan hidup sehari-hari yang normal.

Tabel 4. Penyebab Demensia yang Reversibel

Singkatan	Kepanjangan
D	<i>Drugs</i> (obat-obatan)
E	<i>Emotional</i> (gangguan emosi, misalnya depresi dan lain-lain)
M	<i>Metabolic</i> atau endokrin
E	<i>Eye and Ear</i> (disfungsi mata dan telinga)
N	<i>Nutritional</i>
S	Tumor dan Trauma
I	<i>Infection</i>
A	<i>Arteriosclerotic</i> (komplikasi penyakit aterosklerosis, misal infark miokard, gagal jantung dan lain-lain) dan Alkohol

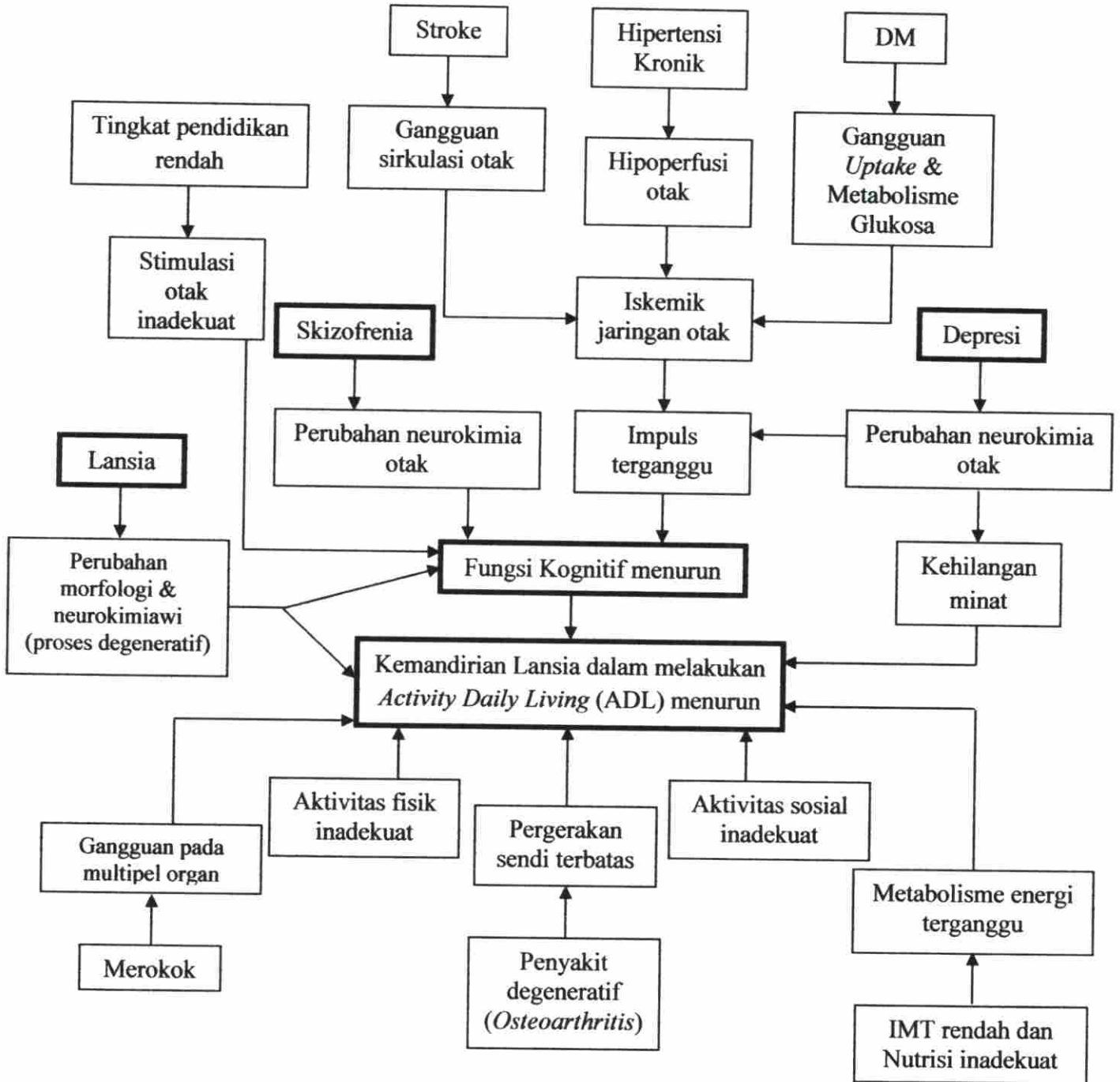
Sumber:
Martono, 2009:207

Tabel 5. Penyebab Demensia yang Non-Reversibel

Penyebab	Jenis
Penyakit degeneratif	a. Penyakit Alzheimer b. Demensia yang berhubungan dengan badan Lewy c. Penyakit Pick d. Penyakit Huntington e. Kelumpuhan supranuklear progresif f. Penyakit Parkinson dan lain-lain
Demensia vaskuler	a. Penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi infark) b. Penyakit Binswanger c. Embolisme serebral d. Arteritis e. Anoksia sekunder akibat henti jantung, gagal jantung akibat intoksikasi karbon monoksida.
Demensia traumatic	a. Perlukaan kranio-serebral b. Demensia pugilistika
Infeksi	a. Sindroma defisiensi imun dapatan (AIDS) b. Infeksi oportunistik c. Penyakit Creutzfeld-Jacob d. Lekoensefalopati multifokal progresif e. Demensia pasca ensefalitis

Sumber:
(Kane et al, 1999) dalam Martono dan Pranarka, 2009:209

2.2 Kerangka Teori

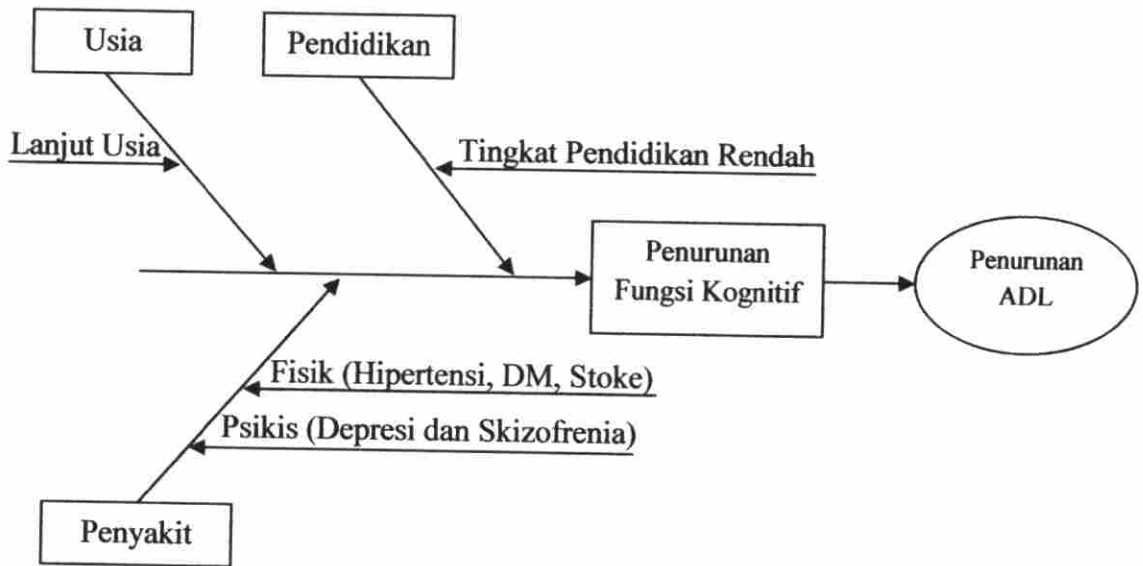


Keterangan:

Variabel yang akan di teliti

Gambar 1. Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

- H_0 : tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.
- H_a : ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan menggunakan desain *cross sectional*.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian 1

Waktu : 2-27 November 2014
Tempat : Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang
Alamat : Jl. Sosial No. 796 RT.16 RW.03 Kelurahan Sukabangun
KM. 6 Palembang

3.2.2 Tempat Penelitian 2

Waktu : 4 Desember 2014 – 8 Januari 2015
Tempat : Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang
Alamat : Jl. Kol. H. Burlian KM.7 Palembang 30152

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

A. Populasi Target

Semua lansia dengan usia minimal 60 tahun baik laki-laki maupun perempuan di Kota Palembang.

B. Populasi Terjangkau

Lansia dengan usia minimal 60 tahun baik laki-laki maupun perempuan yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

3.3.2 Sampel dan Besar Sampel

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik (analitik kategorik tidak berpasangan), sehingga untuk mengetahui besar sampel minimal yang dibutuhkan digunakan rumus berikut:

$$n = \frac{(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

- n = besar sampel minimal
- Z α = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu
- Z β = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada β tertentu
- P₁ = perkiraan proporsi pada populasi 1 (berisiko)
- P₂ = perkiraan proporsi pada populasi 2 (tidak berisiko)

Perhitungan besar sampel penelitian didasarkan pada tingkat kepercayaan 95%, kekuatan penelitian 80%, serta proporsi pada kelompok berisiko (demensia) dan tidak berisiko (fungsi kognitif normal) pada penelitian terdahulu (penelitian yang dilakukan oleh Sari (2013) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang).

Diketahui:

- Z α = 1,96 (tingkat kepercayaan 95%)
- Z β = 0,84 (kekuatan penelitian 80%)
- P₁ = 9,7% atau 0,097 (demensia)
- Q₁ = 1 - P₁
= 1 - 0,097
= 0,903
- P₂ = 38,7% atau 0,387 (fungsi kognitif normal)
- Q₂ = 1 - P₂
= 1 - 0,387
= 0,613

$$\begin{aligned}
P &= \frac{P_1 + P_2}{2} \\
&= \frac{0,097 + 0,387}{2} \\
&= \frac{0,484}{2} \\
&= 0,242 \\
Q &= 1 - P \\
&= 1 - 0,242 \\
&= 0,758 \\
n &= \frac{(1,96\sqrt{2 \times 0,242 \times 0,758} + 0,84\sqrt{0,097 \times 0,903 + 0,387 \times 0,613})^2}{(0,097 - 0,387)^2} \\
&= \frac{(1,96\sqrt{0,36687} + 0,84\sqrt{0,08759 + 0,23723})^2}{0,0841} \\
&= \frac{(1,96 \times 0,6057 + 0,84\sqrt{0,32482})^2}{0,0841} \\
&= \frac{(1,96 \times 0,6057 + 0,84 \times 0,5699)^2}{0,0841} \\
&= \frac{(1,1872 + 0,4787)^2}{0,841} \\
&= \frac{(1,6659)^2}{0,0841} \\
&= \frac{2,7752}{0,0841} \\
&= 32,999 \approx 33
\end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan yang telah dilakukan maka diketahui bahwa besar sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 33 orang, yaitu 33 orang lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan 33 orang lansia di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

3.3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

A. Kriteria Inklusi

1. Usia minimal 60 tahun.
2. Tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.
3. Bisa baca tulis (tidak buta huruf) dan berhitung.
4. Bersedia menjadi responden dan kooperatif.

B. Kriteria Eksklusi

1. Mengalami gangguan jiwa ringan (depresi) dan berat (skizofrenia)
2. Mengalami gangguan penglihatan (buta), gangguan pendengaran dan gangguan bicara (afasia).
3. Mengalami kecacatan fisik.

3.3.4 Cara Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* yaitu setiap subjek dalam populasi terjangkau mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel penelitian. Jenis dari *probability sampling* yang digunakan pada penelitian ini adalah *simple random sampling*.

Nama-nama lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang diundi dengan cara digoncang, nama yang keluar menjadi subjek penelitian apabila memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel *Dependent*

Variabel *dependent* pada penelitian ini adalah *Activity Daily Living* (ADL).

3.4.2 Variabel *Independent*

Variabel *independent* pada penelitian ini adalah fungsi kognitif.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 6. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Fungsi Kognitif	Fungsi kognitif adalah keseluruhan proses dimana seorang individu menerima, mencatat, menyimpan dan mempergunakan suatu informasi (Panentu dan Irfan, 2013) Fungsi kognitif terdiri dari 5 domain yaitu atensi, bahasa, memori, visuospatial dan fungsi eksekutif (Markam (2003) dan Wiyoto (2002) dalam Hartawan, 2011).	MoCA-Ina	Memberikan 10 item pertanyaan berdasarkan MoCA-Ina	<ul style="list-style-type: none"> • Skor 0-25: fungsi kognitif menurun • Skor \geq 26 : fungsi kognitif normal 	Nominal
2.	<i>Activity Daily Living</i> (ADL)	<i>Activity Daily Living</i> (ADL) adalah fungsi-fungsi yang bersifat fundamental terhadap kehidupan mandiri seseorang yang meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, kontinen dan makan (Kane dan Kane (1981) dalam Ediawati, 2012).	Barthel <i>Index</i>	Memberikan 10 item pertanyaan berdasarkan Barthel <i>Index</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Skor 0-90: dependen (ketergantungan) • Skor 91-100: independen (mandiri) 	Nominal

3.6 Cara Pengumpulan Data dan Langkah Kerja

3.6.1 Cara Pengumpulan Data

A. Data Primer

Data primer pada penelitian ini dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang dilengkapi dengan wawancara.

B. Data Sekunder

Data sekunder pada penelitian ini didapatkan dari catatan kesehatan atau status kesehatan lansia yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

3.6.2 Langkah Kerja

Langkah-langkah yang dilakukan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Calon responden diberikan penjelasan tentang penelitian yang dilakukan.
2. Individu yang bersedia menjadi responden mengisi lembar persetujuan keikutsertaan dalam penelitian dengan memberikan tanda tangan atau cap jempol pada lembar tersebut.
3. Lembar identitas responden diisi oleh peneliti.
4. Peneliti melakukan pengukuran tekanan darah, gula darah, berat badan dan tinggi badan responden, yang kemudian hasil pengukuran tersebut dicantumkan pada lembar identitas responden.
5. Responden diuji menggunakan GDS (*Geriatric Depression Scale*) untuk menentukan depresi atau tidak, apabila responden mengalami depresi maka ia termasuk dalam kriteria eksklusi. Skor GDS masing-masing responden dicantumkan di lembar identitas.
6. Lakukan pemisahan sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

7. Responden yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi diuji menggunakan MoCA-Ina dan *Barthel Index*. MoCA-Ina digunakan untuk mengetahui ada atau tidak penurunan fungsi kognitif sedangkan *Barthel Index* digunakan untuk mengetahui kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living*.

3.7 Instrumen Penelitian

3.7.1 Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek Penelitian

Responden mendapatkan penjelasan tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan dari peneliti baik secara lisan maupun tertulis. Lembar penjelasan kepada calon subjek penelitian dapat dilihat pada lampiran 1.

3.7.2 Lembar Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian

Responden mengisi lembar persetujuan keikutsertaan dalam penelitian setelah menerima dan mengerti penjelasan tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan. Lembar persetujuan keikutsertaan dalam penelitian dapat dilihat pada lampiran 2.

3.7.3 Identitas Responden

Lembar identitas responden diisi oleh peneliti sebagai langkah awal untuk mengetahui apakah termasuk dalam kriteria inklusi atau tidak. Lembar identitas pasien dapat dilihat pada lampiran 3.

3.7.4 *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Geriatric Depression Scale digunakan untuk mengetahui responden dalam keadaan depresi atau tidak. Responden diberikan 15 pertanyaan, jawaban responden dinilai menggunakan sistem skoring. Jika skor ≥ 5 maka responden dinyatakan depresi. Responden yang mengalami depresi termasuk dalam kriteria eksklusi sehingga tidak

dijadikan subjek penelitian. Kuesioner *Geriatric Depression Scale* (GDS) dapat dilihat pada lampiran 4.

3.7.5 Montreal Cognitive Assessment-Versi Indonesia (MoCA-Ina)

Responden diuji dengan kuesioner MoCA-Ina terdiri dari 10 pertanyaan. Masing-masing pertanyaan mewakili tiap domain fungsi kognitif. Interpretasi hasil adalah skor 0-25 (fungsi kognitif menurun), dan skor ≥ 26 (fungsi kognitif normal). Kuesioner MoCA-Ina dapat dilihat pada lampiran 5.

3.7.6 Barthel Index

Responden diuji dengan kuesioner *Barthel Index* terdiri dari 10 pertanyaan. Penilaian dilakukan dengan sistem skoring. Interpretasi hasil adalah skor 0-90 (dependen/ketergantungan) dan skor 91-100 (independen/mandiri). Kuesioner *Barthel Index* dapat dilihat pada lampiran 6.

3.7.7 Alat Ukur Gula Darah

Pada penelitian ini dilakukan pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS) responden dengan tujuan agar diketahui apakah responden mengalami diabetes melitus atau tidak.

3.7.8 Sfigmomanometer dan Stetoskop

Tekanan darah responden diukur dengan menggunakan sfigmomanometer dengan tujuan agar diketahui apakah responden mengalami hipertensi atau tidak

3.7.9 Timbangan dan Meteran

Berat badan dan tinggi badan responden diukur dengan tujuan agar Indeks Massa Tubuh (IMT) responden tersebut dapat diketahui, karena IMT berpengaruh terhadap aktivitas responden.

3.8 Metode Teknis Analisis Data

3.8.1 Cara Pengolahan

Cara pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. *Editing* ialah memeriksa data yang telah terkumpul.
 - a. Menjumlah ialah menghitung banyaknya lembar daftar pertanyaan yang sudah diisi untuk mengetahui apakah sesuai dengan jumlah yang ditentukan. Bila terdapat kekurangan maka dapat segera dicari sebabnya lalu diatasi. Sebaliknya, bila terdapat jumlah berlebih yang mungkin terjadi karena pencacatan ganda atau pencatatan subjek penelitian yang tidak termasuk dalam sampel maka dapat segera diketahui dan diambil tindakan.
 - b. Koreksi ialah proses menyelesaikan hal-hal yang salah atau kurang jelas. Misalnya, memeriksa apakah semua pertanyaan telah diisi dan jawaban sesuai dengan pertanyaan, ada tulisan yang kurang jelas atau terdapat kesalahan pengisian. Hal itu diselesaikan dengan cara menanyakan kembali pada responden.
2. *Coding* yaitu pemberian kode pada semua variabel terutama data klasifikasi, karena skala ukur dalam penelitian ini adalah nominal, maka perlu dilakukan *coding*.

Tabel 7. Kode Hasil Ukur MoCA-Ina

Hasil Ukur	Kode
Skor 0-25 : fungsi kognitif menurun	1
Skor \geq 26 : fungsi kognitif normal	2

Tabel 8. Kode Hasil Ukur *Activity Daily Living* (Barthel Index)

Hasil Ukur	Kode
Skor 0-90 : dependen (ketergantungan)	1
Skor 91-100 : independen (mandiri)	2

3. *Tabulating* yaitu pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis. Dalam penelitian ini tabulasi dilakukan dengan menggunakan *personal computer* (PC) melalui program SPSS.

3.8.2 Analisis Data

A. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, riwayat penyakit, *Geriatric Depression Scale* (GDS), fungsi kognitif dan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) menggunakan distribusi frekuensi sehingga didapatkan proporsi (jumlah) dan persentase.

Tabel 9. Analisis Univariat

No.	Variabel	Jenis Data	Deskripsi
1.	Usia	Kategorik	Proporsi (jumlah) Persentase (%)
2.	Jenis Kelamin	Kategorik	Proporsi (jumlah) Persentase (%)
3.	Tingkat Pendidikan	Kategorik	Proporsi (jumlah) Persentase (%)
4.	Riwayat Penyakit	Kategorik	Proporsi (jumlah) Persentase (%)
5.	<i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS)	Kategorik	Proporsi (jumlah) Persentase (%)
6.	Fungsi Kognitif dan Rincian Gangguan Fungsi Kognitif untuk Setiap Domain	Kategorik	Proporsi (jumlah) Persentase (%)
7.	<i>Activity Daily Living</i> (ADL) dan Rincian Gangguan ADL untuk Setiap Komponen	Kategorik	Proporsi (jumlah) Persentase (%)

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* (fungsi kognitif) dan variabel *dependent* (*Activity Daily Living*) menggunakan uji *Chi-Square*, nilai α ditentukan peneliti yaitu 0,05. Jika *p value* < 0,05 maka H_0 ditolak.

Tabel 10. Langkah Menentukan Uji Hipotesis (Analisis Bivariat)

No.	Langkah	Jawaban
1.	Menentukan variabel yang dihubungkan	Variabel yang dihubungkan adalah fungsi kognitif (kategorik/nominal) dengan <i>Activity Daily Living</i> (kategorik/nominal)
2.	Menentukan uji hipotesis	Komparatif
3.	Menentukan masalah skala variabel	Kategorik
4.	Menentukan pasangan atau tidak berpasangan	Tidak berpasangan
5.	Menentukan jenis tabel B x K	2 x 2

Kesimpulan:

Jenis tabel pada penelitian ini adalah 2 x 2. Uji yang digunakan adalah uji *Chi-Square* bila memenuhi syarat. Bila tidak memenuhi syarat uji *Chi-Square* maka digunakan uji alternatifnya yaitu uji Fisher.

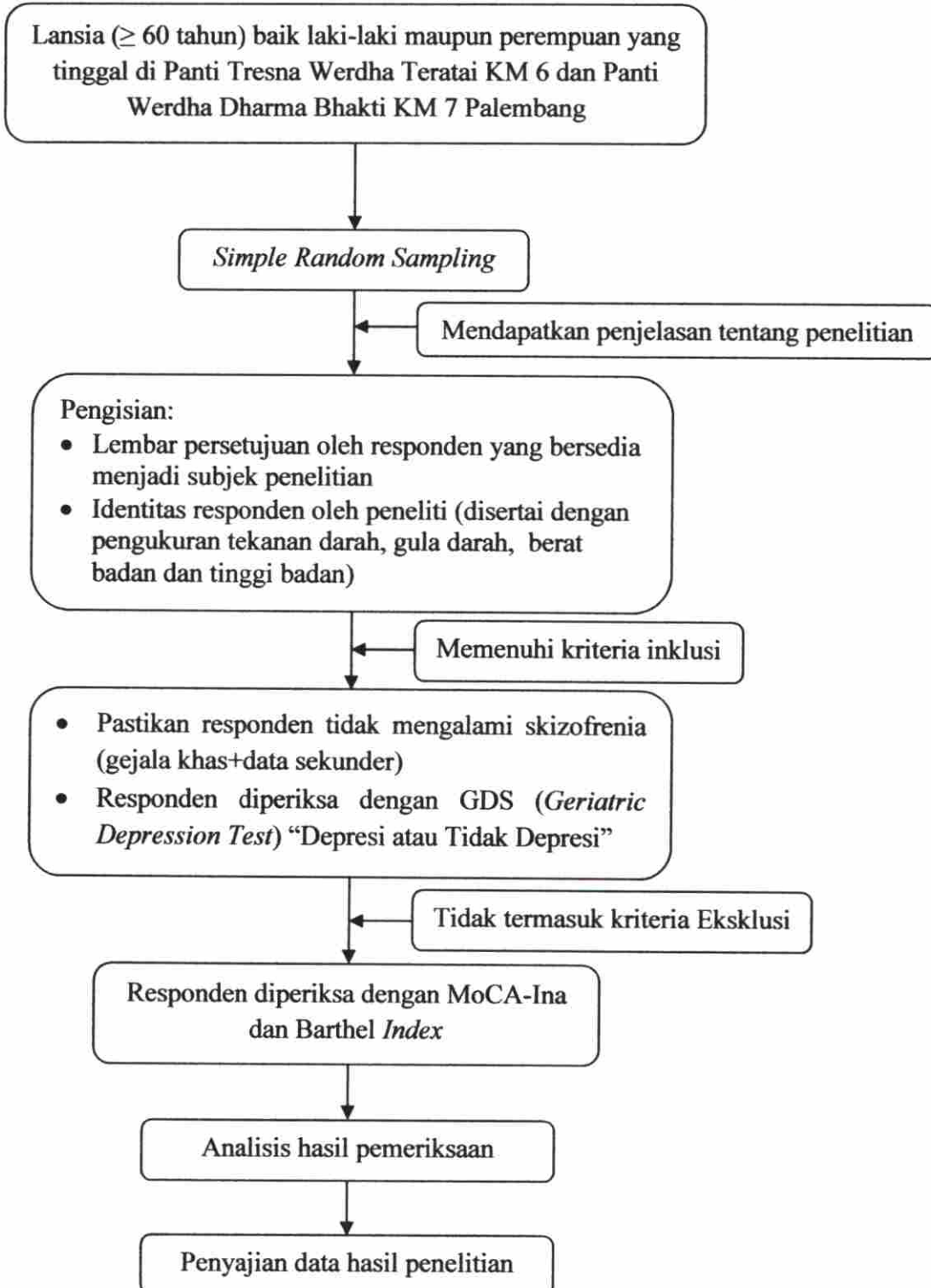
Sumber : Dahlan,2013:135

Keterangan :

B: baris, K: kolom

3.9 Alur Penelitian

Berikut ini adalah alur penelitian yang dilakukan pada saat penelitian:



Gambar 2. Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Deskripsi Tempat Penelitian

Penelitian ini membutuhkan sampel minimal sebanyak 33 orang dan dilaksanakan dalam 2 tempat yaitu di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang pada tanggal 2-27 November 2014 didapatkan sampel sebanyak 35 orang dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang pada tanggal 4 Desember 2014 – 8 Januari 2015 didapatkan sampel sebanyak 33 orang.

Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang berlokasi di Jalan Sosial No. 796 RT. 16 RW. 03 Kelurahan Sukabangun KM. 6 Palembang yang merupakan unit pelaksana teknis dari Dinas Sosial Kota Palembang, bertugas memberikan bantuan dan penyantunan terhadap para lansia atau jompo yang kondisi fisik dan ekonominya lemah. Panti ini memiliki sarana dan prasarana seperti gedung kantor, ruang tamu, musholla, dapur dan gudang, kamar lansia, ruang poliklinik, kamar mandi serta kebun untuk bercocok tanam, sedangkan pegawai sebanyak 11 orang yang terdiri dari 4 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan 8 orang pegawai honorer.

Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang berlokasi di Jalan Kol. H. Burlian KM.7 Palembang merupakan panti jompo swasta yang dikelola oleh Yayasan Dharma Bhakti Kasih yang memberikan pelayanan kesejahteraan sosial bagi para lansia berupa penampungan, jaminan hidup serta pemeliharaan kesehatan hingga tercapainya kualitas hidup yang baik dan kesejahteraan sosial bagi para lansia yang layak dalam tata kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara meliputi ketentraman lahir dan batin. Sarana dan prasana yang ada di Panti ini jauh lebih baik bila dibandingkan dengan sarana prasarana di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang.

4.1.2 Analisis Univariat

A. Karakteristik Responden di Pantii Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Karakteristik responden di Pantii Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang telah dirangkum dalam tabel 11 berikut:

Tabel 11. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Pantii Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Karakteristik	Proporsi (Jumlah)	Persentase (%)
Usia		
60-74 tahun (<i>elderly</i>)	23	65,7
75-90 tahun (<i>old</i>)	9	25,7
>90 tahun (<i>very old</i>)	3	8,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15	42,9
Perempuan	20	57,1
Tingkat Pendidikan		
Tidak Sekolah	5	14,3
SD	25	71,4
SMP	3	8,6
SMA	2	5,7
Perguruan Tinggi	0	0
Riwayat Penyakit		
Tidak Ada	6	13,6
Diabetes Melitus	1	2,3
Hipertensi	10	22,7
Katarak	4	9,1
<i>Osteoarthritis</i>	22	50,0
Asma	1	2,3
Geriatric Depression Scale (GDS)		
Depresi	0	0
Tidak Depresi	35	100
Fungsi Kognitif		
Fungsi Kognitif Menurun	23	65,7
Fungsi Kognitif Normal	12	34,3
Activity Daily Living (ADL)		
Dependen (Ketergantungan)	13	37,1
Independen (Mandiri)	22	62,9

Berdasarkan tabel 11 diketahui bahwa karakteristik responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang mayoritas berusia 60-74 tahun (*elderly*) sebanyak 23 orang (65,7%), jenis kelamin perempuan 20 orang (57,1%), tingkat pendidikan SD sebanyak 25 orang (71,4%), riwayat penyakit *osteoarthritis* sebanyak 22 orang (50,0%), tidak depresi 35 orang (100%), fungsi kognitif menurun sebanyak 23 orang (65,7%) dan mandiri dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) sebanyak 22 orang (62,9%).

Fungsi kognitif terdiri dari beberapa domain, setiap domain fungsi kognitif yang diukur menggunakan MoCA-Ina memiliki skor yang berbeda-beda, tidak semua responden mendapat skor atau nilai penuh untuk masing-masing domain tersebut, pada tabel 12 dapat dilihat rincian domain fungsi kognitif responden yang tidak mendapat nilai penuh.

Tabel 12. Gangguan Domain Fungsi Kognitif Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Domain Fungsi Kognitif (MoCA-Ina)	Proporsi (Jumlah)	Persentase (%)
Eksekutif	33	94,3
Visuospatial	31	88,6
Memori (<i>delay recall</i>)	29	82,9
Atensi	23	65,7
Bahasa + penamaan	19	54,3
Abstraksi	21	60,0
Orientasi	19	54,3

Berdasarkan tabel 12 diketahui bahwa mayoritas gangguan fungsi kognitif yang dialami responden terdapat pada domain eksekutif yaitu sebanyak 33 orang (94,3%), sedangkan yang paling sedikit terdapat pada domain bahasa + penamaan dan orientasi yaitu 19 orang (54,3%).

Activity Daily Living (ADL) terdiri dari beberapa komponen, setiap komponen ADL yang diukur menggunakan *Barthel Index* memiliki skor yang berbeda-beda, tidak semua responden mendapat skor atau nilai penuh untuk masing-masing komponen tersebut, pada tabel 13 dapat dilihat rincian komponen ADL responden yang tidak mendapat nilai penuh.

Tabel 13. Gangguan Komponen *Activity Daily Living* Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Komponen <i>Activity Daily Living</i> (<i>Barthel Index</i>)	Proporsi (Jumlah)	Persentase (%)
Makan (<i>feeding</i>)	3	8,6
Mandi (<i>bathing</i>)	0	0
Perawatan diri (<i>grooming</i>)	1	2,9
Berpakaian (<i>dressing</i>)	2	5,7
Buang air kecil (<i>bladder</i>)	11	31,4
Buang air besar (<i>bowel</i>)	9	25,7
Penggunaan toilet	3	8,6
Transfer (berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya)	4	11,4
Mobilitas (berjalan pada permukaan yang rata)	1	2,9
Naik turun tangga	14	40,0

Berdasarkan tabel 13 diketahui bahwa mayoritas gangguan *Activity Daily Living* (ADL) yang dialami responden terdapat pada komponen naik turun tangga yaitu sebanyak 14 orang (40,0%), sedangkan pada aktivitas mandi (*bathing*) tidak ada gangguan sama sekali.

B. Karakteristik Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Karakteristik responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang telah dirangkum dalam tabel 14 berikut:

Tabel 14. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Karakteristik	Proporsi (Jumlah)	Persentase (%)
Usia		
60-74 tahun (<i>elderly</i>)	20	60,6
75-90 tahun (<i>old</i>)	12	36,4
>90 tahun (<i>very old</i>)	1	3,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	10	30,3
Perempuan	23	69,7
Tingkat Pendidikan		
Tidak Sekolah	6	18,2
SD	14	42,2
SMP	5	15,2
SMA	4	12,1
Perguruan Tinggi	4	12,1
Riwayat Penyakit		
Tidak Ada	8	17,0
Diabetes Melitus	5	10,6
Hipertensi	14	29,8
Stroke	5	10,6
<i>Osteoarthritis</i>	13	27,7
Kanker Kulit	1	2,1
Penyakit Tiroid	1	2,1
Geriatric Depression Scale (GDS)		
Depresi	0	0
Tidak Depresi	33	100
Fungsi Kognitif		
Fungsi Kognitif Menurun	24	72,7
Fungsi Kognitif Normal	9	27,3
Activity Daily Living (ADL)		
Dependen (Ketergantungan)	11	33,3
Independen (Mandiri)	22	66,7

Berdasarkan tabel 14 diketahui bahwa karakteristik responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang mayoritas berusia 60-74 tahun (*elderly*) sebanyak 20 orang

(60,6%), jenis kelamin perempuan 23 orang (69,7%), tingkat pendidikan SD sebanyak 14 orang (42,2%), riwayat penyakit hipertensi sebanyak 14 orang (29,8%), tidak depresi 33 orang (100%), fungsi kognitif menurun sebanyak 24 orang (72,7%) dan mandiri dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) sebanyak 22 orang (66,7%).

Fungsi kognitif terdiri dari beberapa domain, setiap domain fungsi kognitif yang diukur menggunakan MoCA-Ina memiliki skor yang berbeda-beda, tidak semua responden mendapat skor atau nilai penuh untuk masing-masing domain tersebut, pada tabel 15 dapat dilihat rincian domain fungsi kognitif responden yang tidak mendapat nilai penuh.

Tabel 15. Gangguan Domain Fungsi Kognitif Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Domain Fungsi Kognitif (MoCA-Ina)	Proporsi (Jumlah)	Persentase (%)
Eksekutif	27	81,8
Visuospatial	27	81,8
Memori (<i>Delay Recall</i>)	31	93,9
Atensi	24	72,7
Bahasa + Penamaan	15	45,5
Abstraksi	21	63,6
Orientasi	3	9,1

Berdasarkan tabel 15 diketahui bahwa mayoritas gangguan fungsi kognitif yang dialami responden terdapat pada domain memori (*delay recall*) yaitu sebanyak 31 orang (93,9%), sedangkan yang paling sedikit terdapat pada domain orientasi yaitu 3 orang (9,1%).

Activity Daily Living (ADL) terdiri dari beberapa komponen, setiap komponen ADL yang diukur menggunakan *Barthel Index* memiliki skor yang berbeda-beda, tidak semua responden mendapat skor atau nilai penuh untuk masing-masing komponen tersebut, pada tabel 16 dapat dilihat rincian komponen ADL responden yang tidak mendapat nilai penuh.

Tabel 16. Gangguan Komponen *Activity Daily Living* Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Komponen <i>Activity Daily Living</i> (<i>Barthel Index</i>)	Proporsi (Jumlah)	Persentase (%)
Makan (<i>feeding</i>)	2	6,1
Mandi (<i>bathing</i>)	1	3,0
Perawatan diri (<i>grooming</i>)	3	9,1
Berpakaian (<i>dressing</i>)	3	9,1
Buang air kecil (<i>bladder</i>)	4	12,1
Buang air besar (<i>bowel</i>)	8	24,2
Penggunaan toilet	4	12,1
Transfer (berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya)	4	12,1
Mobilitas (berjalan pada permukaan yang rata)	2	6,1
Naik turun tangga	8	24,2

Berdasarkan tabel 16 diketahui bahwa mayoritas gangguan *Activity Daily Living* (ADL) yang dialami responden terdapat pada komponen buang air besar (*bowel*) dan naik turun tangga yaitu sebanyak 8 orang (24,2%), sedangkan komponen yang paling sedikit mengalami gangguan adalah aktivitas mandi (*bathing*) yaitu 1 orang (3,0%).

4.1.3 Analisis Bivariat

A. Analisis Statistik Antara Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Hasil analisis statistik antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL)

di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang menggunakan uji *Chi-Square*, akan tetapi karena ada nilai *expected* yang kurang dari 5 maka tidak memenuhi syarat uji tersebut sehingga digunakan uji alternatifnya yaitu uji Fisher. Hasil analisis statistik dapat dilihat pada tabel 17.

Tabel 17. Hasil Analisis Statistik Antara Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Fungsi Kognitif	<i>Activity Daily Living</i> (ADL)				Total	P Value
	Dependen (Ketergantungan)		Independen (Mandiri)			
	N	%	N	%	N	%
Menurun	12	52,2	11	47,8	23	100
Normal	1	8,3	11	91,7	12	100
Total	13	37,1	22	62,9	35	100

Berdasarkan tabel 17 diketahui bahwa persentase ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif menurun di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang adalah 52,2%. Persentase ini lebih tinggi dibandingkan ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif normal yaitu 8,3%. Hasil uji statistik didapatkan nilai p hitung (*p value*) yaitu 0,013 artinya ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang.

B. Analisis Statistik Antara Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Hasil analisis statistik antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang menggunakan uji *Chi-Square*, akan tetapi karena ada nilai *expected* yang kurang dari 5 maka tidak memenuhi syarat uji tersebut sehingga digunakan uji alternatifnya yaitu uji Fisher. Hasil analisis statistik dapat dilihat pada tabel 18.

Tabel 18. Hasil Analisis Statistik Antara Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Fungsi Kognitif	<i>Activity Daily Living</i> (ADL)				Total		P Value
	Dependen (Ketergantungan)		Independen (Mandiri)		N	%	
	N	%	N	%			
Menurun	11	45,8	13	54,2	24	100	0,015
Normal	0	0	9	100	9	100	
Total	11	33,3	22	66,6	33	100	

Berdasarkan tabel 18 diketahui bahwa, persentase ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif menurun di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang adalah 45,8%. Persentase ini lebih tinggi dibandingkan ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif normal yaitu 0%. Hasil uji statistik didapatkan nilai p hitung (*p value*) yaitu 0,015 artinya ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

4.2 Pembahasan

Penelitian ini dilakukan pada dua tempat dengan sampel minimal yang dibutuhkan sebanyak 33 orang. Penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dilakukan pada tanggal 2-27 November 2014 didapatkan sampel sebanyak 35 orang, sedangkan penelitian di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang dilakukan pada tanggal 4 Desember 2014 – 8 Januari 2015 didapatkan sampel sebanyak 33 orang. Dengan demikian diketahui bahwa jumlah sampel minimal yang dibutuhkan telah terpenuhi. Dalam penelitian ini peneliti tidak hanya mengambil data tetapi juga memberikan *feedback* berupa nasehat serta pemeriksaan gula darah, tekanan darah, berat badan dan tinggi badan secara gratis kepada responden dengan tujuan untuk membina kedekatan antara responden dan peneliti serta mengkonfirmasi riwayat penyakit responden terutama yang mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus. Akan tetapi, pemeriksaan gula darah, tekanan darah, berat badan dan tinggi badan tersebut tidak dilakukan pada semua responden, hal ini dikarenakan ada beberapa responden yang tidak bersedia untuk dilakukan pemeriksaan tersebut. Selain itu, pengukuran tinggi badan yang telah direncanakan tidak dapat dilaksanakan karena mayoritas responden terutama yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang memiliki proporsi tubuh yang bungkuk, sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan pengukuran tinggi badan.

4.2.1 Analisis Univariat

A. Usia

Menurut *World Health Organization* (WHO), lansia dapat dikelompokkan menjadi *elderly* (60-74 tahun), *old* (75-90 tahun) dan *very old* (lebih dari 90 tahun), berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa responden terbanyak adalah kelompok usia 60-74 tahun (*elderly*) yaitu 23 orang (65,7%) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan 20 orang (60,6%) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

Sedangkan untuk kelompok usia 75-90 tahun (*old*) dan lebih dari 90 tahun (*very old*) masing-masing sebanyak 9 orang (25,7%) dan 3 orang (8,6%) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang serta 12 orang (36,4%) dan 1 orang (3,0%) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

Meskipun pada penelitian ini diketahui bahwa jumlah lansia terbanyak pada kelompok *elderly* (60-74 tahun), tetapi lansia ini harus tetap diberikan perhatian agar seiring dengan peningkatan usia yang akan dialami, fungsi kognitif maupun ADL akan tetap terpelihara dengan baik, karena menurut Kramer dan Hillman (2009) dalam Hartawan (2011), seiring dengan meningkatnya usia dapat terjadi perubahan fungsi kognitif yang sesuai dengan perubahan neurokimiaawi dan morfologi.

Menurut Palmer (1999) dan Andersen dkk (1999) dalam Agung (2006), faktor usia merupakan salah satu faktor yang memiliki pengaruh terhadap status fungsional lansia. Pada kelompok usia lebih dari 85 tahun lebih banyak membutuhkan bantuan pada satu atau lebih *Activity Daily Living* (ADL) dasar.

B. Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin diketahui bahwa responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu 20 orang (57,1%) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan 23 orang (69,7%) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang, sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki di kedua panti masing-masing 15 orang (42,9%) dan 10 orang (30,3%).

Mengingat banyaknya persentase lansia perempuan dalam penelitian ini, maka hal tersebut dapat menjadi fokus perhatian karena menurut Myers (2008), perempuan lebih berisiko mengalami penurunan kognitif daripada laki-laki. Hal ini disebabkan adanya peranan level hormon seks endogen dalam perubahan fungsi kognitif. Reseptor estrogen telah ditemukan

dalam area otak yang berperan dalam fungsi belajar dan memori, seperti hipokampus. Penurunan fungsi kognitif umum dan memori verbal dikaitkan dengan rendahnya level estradiol dalam tubuh. Estradiol diperkirakan bersifat neuroprotektif yaitu dapat membatasi kerusakan akibat stress oksidatif serta sebagai pelindung sel saraf dari toksisitas amiloid pada pasien Alzheimer. Akan tetapi walaupun demikian, kesehatan lansia laki-laki harus tetap diperhatikan, karena menurut Soejono (2000), Konno dkk (2005), Lee (2006), Hachisuka dkk (1999) dan Andersen dkk (1999) dalam Agung (2006), lansia laki-laki dilaporkan lebih banyak membutuhkan bantuan dalam melakukan ADL dasar.

C. Tingkat Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan diketahui bahwa tingkat pendidikan terbanyak adalah SD yaitu 25 orang (71,4%) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan 14 orang (42,2%) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang, sedangkan yang tingkat pendidikan paling sedikit adalah SMA dan Perguruan Tinggi. Selain itu, bahkan ada beberapa lansia yang tidak sekolah.

Hal ini tentu harus menjadi perhatian khusus karena semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar risiko untuk mengalami penurunan fungsi kognitif seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Rachmawati dan Puspitosari didapatkan hubungan bermakna antara tingkat pendidikan terhadap penurunan fungsi kognitif (tingkat demensia) dimana kebanyakan individu yang menderita demensia adalah individu dengan tingkat pendidikan yang tidak terlalu tinggi (Prasasti, 2014).

Menurut Rachmawati dan Puspitosari (2009) dalam Prasasti (2014), tingkat intelektualitas dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, hal ini mengakibatkan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin lambat kemunduran kognitif yang dialami dibandingkan

subjek dengan usia dan jenis kelamin yang sama serta tanpa riwayat penyakit yang berisiko menurunkan fungsi kognitif. Stimulasi otak dalam belajar akan menumbuhkan dan merekatkan percabangan-percabangan neuron otak. Oleh karena itu semakin tinggi tingkat pendidikan yang ditempuh, meskipun terjadi degradasi komponen otak seiring bertambahnya usia tidak akan sampai mengganggu fungsi kognitif orang tersebut.

D. Riwayat Penyakit

Beberapa responden mengalami lebih dari satu penyakit. Riwayat Penyakit yang dialami oleh responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang bervariasi di antaranya diabetes melitus 1 orang (2,3%), hipertensi 10 orang (22,7%), katarak 4 orang (9,1%), *osteoarthritis* 22 orang (50,0%), asma 1 orang (2,3%) dan yang tidak memiliki penyakit 6 orang (13,6%).

Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa riwayat penyakit terbanyak yang dialami lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang adalah *osteoarthritis* yaitu 22 orang (50,0%). Mengingat cukup tinggi angka kejadian *osteoarthritis* di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang, maka hal ini tentu menjadi perhatian khusus karena menurut Setiyohadi (2003) dan Isbagio (2005) dalam Agung (2006), penyakit kronik atau degeneratif yang sering dijumpai pada lansia adalah *osteoarthritis* (OA) yang menyebabkan kerusakan pada rawan sendi, penebalan tulang subkondral, pertumbuhan osteofit, kerusakan ligamentum serta inflamasi sinovium. Semua hal tersebut mengakibatkan nyeri, pembengkakan, disertai gangguan pada otot di sekitarnya (kelemahan otot quadriceps femoris pada OA lutut) sehingga menyebabkan terbatasnya luas gerak sendi. Pada lansia tentunya hal tersebut menyebabkan terbatasnya aktivitas dan mobilitas lansia sehingga status fungsional lansia akan rendah bahkan tergantung pada *care giver*.

Di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang juga diketahui bahwa riwayat penyakit responden bervariasi dan beberapa responden mengalami lebih dari 1 penyakit, variasi tersebut antara lain diabetes melitus 5 orang (10,6%), hipertensi 14 orang (29,8%), stroke 5 orang (10,6%), *osteoarthritis* 13 orang (27,7%), kanker kulit dan penyakit tiroid masing-masing 1 orang (2,1%) dan yang tidak memiliki penyakit 8 orang (17,0%). Berbeda dengan Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang, di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang diketahui bahwa riwayat penyakit terbanyak adalah hipertensi yaitu 14 orang (29,8%).

Mengingat cukup tinggi angka kejadian hipertensi yang dialami oleh lansia di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang, maka hal ini tentu harus mendapatkan perhatian khusus karena menurut Suhardjono (2009), keadaan penurunan fungsi kognitif dan demensia pada lansia, lebih sering ditemui pada hipertensi kronik. Keadaan ini terjadi karena penyempitan dan sklerosis arteri kecil di daerah subkortikal, yang mengakibatkan hipoperfusi, kehilangan autoregulasi, penurunan sawar otak dan pada akhirnya terjadi proses demyelinisasi *white matter* subkortikal, mikroinfark dan penurunan kognitif. Kemunduran kognitif ditandai dengan lupa pada hal yang baru, akan tetapi masih dapat melakukan aktivitas dasar sehari-hari. Pengobatan hipertensi dapat mencegah terjadinya penurunan kognitif.

E. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Berdasarkan pemeriksaan *Geriatric Depression Scale (GDS)* yang dilakukan pada saat penelitian, diketahui bahwa semua lansia yang menjadi sampel penelitian baik di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 maupun Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang tidak mengalami depresi, karena jika dari hasil

pemeriksaan *Geriatric Depression Scale* (GDS) menunjukkan bahwa responden mengalami depresi maka responden tersebut termasuk dalam kriteria eksklusi sehingga tidak dijadikan sampel dalam penelitian ini, hal tersebut dilakukan atas dasar teori yang dikemukakan oleh Purba (2002) dan Carayannis (2000) dalam Suryadi (2004) bahwa demensia pada penderita depresi bisa sifatnya sebagai pseudodemensia.

Selain itu menurut (Beland dan Zunzunegui (1999), Konno dkk (2005), Lee (2000), Lai dkk (2002), Palmer (1999) dalam Agung (2006), status emosional lansia khususnya depresi merupakan faktor yang memegang peran penting dalam terjadinya penurunan status fungsional lansia. Lansia yang mengalami depresi diketahui memiliki derajat ketergantungan yang tinggi pada ADL dasarnya, lamanya masa perawatan dan pemulihan setelah sakit serta prediksi mortalitas pada lansia yang depresi, karena itu penapisan status emosional atau depresi menjadi sangat penting pada pengkajian paripurna pasien geriatrik.

F. Fungsi Kognitif

Berdasarkan hasil pemeriksaan fungsi kognitif responden dengan menggunakan kuesioner MoCA-Ina diketahui bahwa mayoritas responden mengalami penurunan fungsi kognitif, yaitu 23 orang (65,7%) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan 24 orang (72,7%) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang.

Mengingat cukup tinggi penurunan fungsi kognitif yang dialami oleh lansia di kedua tempat penelitian tersebut, maka diharapkan bagi pemerintah dan pengurus panti agar lebih memperhatikan fungsi kognitif dari lansia tersebut, penelitian ini hanya bersifat skrining namun tindaklanjutnya diserahkan kepada pihak panti dan pemerintah agar bisa memastikan lebih lanjut keadaan fungsi kognitif lansia dan mencegah progresivitasnya.

Menurut Surhone, Tennoe dan Hensonnow (2010) dalam Hartawan (2011), gangguan mengingat sering merupakan gejala yang pertama timbul pada demensia dini. Pada tahap awal yang terganggu adalah memori barunya, yakni cepat lupa apa yang baru saja dikerjakan. Namun lambat laun memori lama juga dapat terganggu.

G. *Activity Daily Living* (ADL)

Pada hasil pemeriksaan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) dengan menggunakan *Barthel Index*, diketahui bahwa mayoritas responden independen (mandiri) dalam melakukan ADL yaitu 22 orang (62,9%) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan 22 orang (66,7%) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang. Sedangkan responden yang dependen (ketergantungan) dalam melakukan ADL di kedua tempat penelitian tersebut berturut-turut masing-masing 13 orang (37,1%) dan 11 orang (33,3%).

Meskipun mayoritas lansia di kedua tempat penelitian tersebut mandiri, tetapi kesehatan lansia harus tetap diperhatikan mengingat banyaknya faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian dalam melakukan ADL seperti yang diuraikan oleh beberapa penulis yang dikutip dari skripsi Agung (2006), faktor-faktor yang mempengaruhi ADL antara lain usia, jenis kelamin, fungsi kognitif, depresi, aktivitas fisik, indeks massa tubuh (IMT), aktivitas sosial dan penyakit kronik.

Activity Daily Living (ADL) atau Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS dasar) adalah keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya, meliputi berpakaian, makan minum, *toileting*, mandi dan berhias (Mahoney dan Barthel (1996), Granger dkk (1996) dan Trombly (1990) dalam Setiahardja, 2005). Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil ke dalam kategori ADL/AKS dasar

ini (Kirby (1998) dalam Setiahardja, 2005). Di sumber lain, juga disertakan kemampuan mobilitas dalam ADL/AKS dasar ini (Morgenthal (2001) dalam Setiahardja, 2005). Berdasarkan hasil penilaian *Activity Daily Living* (ADL) menggunakan *Barthel Index* diketahui bahwa mayoritas responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang mengalami gangguan ADL pada komponen naik turun tangga yaitu sebanyak 14 orang (40,0%), sedangkan mayoritas responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang mengalami gangguan ADL pada komponen buang air besar (*bowel*) dan naik turun tangga yaitu sebanyak 8 orang (24,2%).

4.2.2 Analisis Bivariat

Persentase ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif menurun di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang adalah 52,2%. Persentase ini lebih tinggi dibandingkan ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif normal yaitu 8,3%. Sedangkan persentase kemandirian dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif menurun di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang adalah 47,8%. Persentase ini lebih rendah dibandingkan kemandirian dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif normal yaitu 91,7%.

Persentase ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif menurun di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang adalah 45,8%. Persentase ini lebih tinggi dibandingkan ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif normal yaitu 0%. Sedangkan persentase kemandirian dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi

kognitif menurun di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang adalah 54,2%. Persentase ini lebih rendah dibandingkan kemandirian dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia dengan fungsi kognitif normal yaitu 100%.

Berdasarkan hasil uji statistik antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) didapatkan nilai p hitung (*p value*) yaitu 0,013 untuk penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan nilai p hitung (*p value*) yaitu 0,015 untuk penelitian di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang, karena nilai p hitung (*p value*) lebih kecil dari α (0,05) maka H_0 ditolak sehingga diketahui bahwa ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Shely di Posbindu Lansia Pergeri Depok RW 02, analisis data menggunakan uji *Chi-Square* didapatkan nilai $p = 0,000$ (nilai $p < 0,05$) menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara fungsi kognitif terhadap tingkat kemandirian pada lansia (Shely, tt). Hasil penelitian ini juga didukung oleh teori yang dikemukakan Beland dan Zunzunegui (1999), King dan Lipsky (2000), Soejono (2000), Lachs dkk (1990), Konno dkk (2005), Palmer (1999) dalam Agung (2006), yang menyebutkan bahwa pada lansia dengan gangguan kognitif jelas terlihat memiliki tingkat atau derajat ketergantungan ADL dasar yang tinggi karena ketidakmampuan mereka melakukan ADL dasar secara mandiri akibat gangguan kognitif yang ada.

Menurut Pranarka (2006), penurunan fungsi kognitif akan menyebabkan gangguan pada sistem saraf pusat, yaitu pengurangan massa otak dan pengurangan aliran darah otak. Selanjutnya akan menyebabkan atrosit berploriferasi sehingga *neurotransmitter*

(dopamin dan serotonin) akan berubah. Perubahan *neurotransmitter* ini akan meningkatkan aktivitas enzim monoaminoksidase (MAO). Kondisi ini akan membawa dampak pada melambatnya proses sentral dan waktu reaksi sehingga fungsi sosial dan okupasional akan mengalami penurunan yang signifikan dibandingkan kemampuan sebelumnya (McGilton, 2007). Hal inilah yang membuat lansia menjadi kehilangan minat pada aktivitas kehidupan sehari-hari dan memerlukan beberapa bantuan untuk melakukan beberapa aktivitas yang sebelumnya mampu dilakukan sendiri. Pieter dan Namora (2010) mengungkapkan bahwa gangguan yang terjadi pada fungsi psikis misalnya lansia menjadi sering mengalami perasaan rendah diri, bersalah atau merasa tidak berguna lagi. Kondisi-kondisi seperti ini dapat membuat lansia menutup diri dengan orang muda ataupun sebayanya sehingga tidak berminat untuk terlibat dalam interaksi sosial.

Selain itu, pada penelitian yang dilakukan Kuczynski dkk (2009), disebutkan bahwa walaupun tanpa adanya penyakit neurodegeneratif, perubahan struktur otak manusia terjadi seiring pertambahan usia. Serta perubahan patologis pada serebrovaskuler juga berhubungan dengan kemunduran fungsi kognitif. Hal tersebut tentu akan berpengaruh pada aktivitas sehari-hari atau *Activities of Daily Living* (ADL) sehingga dapat menurunkan kualitas hidup lansia yang berimplikasi pada kemandirian dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari (Nugroho, 2008).

Menurut Ferri C. dkk dalam Mongisidi, Tumewah dan Kembuan (2012), di kalangan lansia penurunan fungsi kognitif merupakan penyebab terbesar terjadinya ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas normal sehari-hari dan juga merupakan alasan dominan yang menyebabkan terjadinya ketergantungan terhadap orang lain untuk merawat diri sendiri (*care dependence*) pada lansia. Tanpa adanya upaya pencegahan yang efektif, peningkatan jumlah populasi lansia

akan mengakibatkan terjadinya peningkatan jumlah penduduk dengan demensia.

Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktivitas sosial dan okupasi yang normal juga aktivitas kehidupan sehari-hari (Stanley dan Beare, 2006). Menurut Martono (2009), demensia adalah suatu sindroma klinik yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan ingatan memori sedemikian hebat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Secara garis besar manifestasi kliniknya yaitu perjalanan penyakit yang bertahap (biasanya selama beberapa bulan atau tahun) dan tidak terdapat gangguan kesadaran (penderita tetap sadar).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Fadhia tahun 2012 tentang Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian dalam Melakukan *Activities of Daily Living* (ADL) pada Lansia di UPT PSLU Pasuruan yang menggunakan kuesioner MMSE dan Kart *Index* didapatkan hasil analisis statistik dengan uji korelasi Pearson bahwa $r = 0,143$ dengan signifikansi (dua arah) = $0,428$. Ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian dalam melakukan ADL pada lansia di UPT PSLU Pasuruan. Menurut Fadhia sebagai peneliti, perbedaan hasil penelitian tersebut dengan teori yang ada terjadi karena 76% lansia di UPT PSLU Pasuruan termasuk aktif dalam melakukan berbagai kegiatan, selain itu mayoritas responden sudah jauh dari keluarga selama bertahun-tahun serta adanya aturan sosial yang diterapkan di UPT PSLU tersebut. Aktivitas atau kebugaran, jauh dari keluarga bertahun-tahun dan adanya aturan sosial inilah yang mengharuskan lansia di UPT PSLU untuk tetap mandiri walaupun fungsi kognitifnya sudah menurun sehingga didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan

kemandirian dalam melakukan ADL pada lansia di UPT PSLU Pasuruan (Fadhia, 2012).

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Stanley (2007) yang membagi demensia menjadi beberapa stadium yaitu stadium I (awal) berlangsung 2-4 tahun dan disebut sebagai stadium amnestik dengan gejala gangguan memori, berhitung dan aktivitas spontan menurun. Fungsi memori yang terganggu adalah memori baru atau lupa hal baru yang dialami dan tidak mengganggu aktivitas rutin dalam keluarga. Stadium II (pertengahan) berlangsung 2-10 tahun, gejalanya antara lain disorientasi, gangguan bahasa (*afasia*), mudah bingung, penurunan fungsi memori lebih berat sehingga penderita tidak dapat melakukan kegiatan sampai selesai, gangguan kemampuan merawat diri, gangguan siklus tidur, mulai terjadi inkontensia, tidak mengenal anggota keluarga, tidak ingat sudah melakukan suatu tindakan sehingga sering dilakukan berulang serta ada gangguan visuospasial yang menyebabkan penderita mudah tersesat di lingkungan. Stadium III (akhir) berlangsung 6-12 tahun, yaitu penderita menjadi vegetatif, tidak bergerak dan gangguan komunikasi yang parah (membisu), ketidakmampuan untuk mengenali keluarga dan teman-teman, gangguan mobilisasi dengan hilangnya kemampuan untuk berjalan, kaku otot, gangguan siklus tidur-bangun dengan peningkatan waktu tidur, tidak bisa mengendalikan buang air besar atau kecil serta kegiatan sehari-hari membutuhkan bantuan orang lain dan kematian terjadi akibat infeksi atau trauma. Jika dihubungkan dengan teori Stanley (2007) tersebut, perbedaan hasil penelitian terdahulu di UPT PSLU Pasuruan mungkin dikarenakan demensia yang dialami oleh mayoritas responden merupakan stadium I (stadium awal) yang bermanifestasi selama 2-4 tahun dan belum mengganggu aktivitas sehari-hari, sehingga ketika dilakukan penilaian fungsi kognitif dan ADL didapatkan hasil yang tidak berhubungan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang dapat disimpulkan bahwa:

1. Mayoritas responden mengalami penurunan fungsi kognitif, yaitu sebanyak 23 orang (65,7%) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan 24 orang (72,7%) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang, sedangkan responden yang memiliki fungsi kognitif normal di kedua tempat penelitian tersebut berturut-turut masing-masing 12 orang (34,3%) dan 9 orang (27,3%).
2. Mayoritas responden mandiri dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) yaitu sebanyak 22 orang (62,9%) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang dan 22 orang (66,7%) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang, sedangkan responden yang memiliki ketergantungan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di kedua tempat penelitian tersebut berturut-turut masing-masing 13 orang (37,1%) dan 11 orang (33,3%).
3. Ada hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang (nilai $p = 0,013$ dan $0,015$).

5.2 Saran

Berikut ini adalah beberapa saran yang dapat peneliti berikan yang diharapkan untuk ditindaklanjuti:

1. Bagi pemerintah Kota Palembang harus lebih memperhatikan kehidupan dan kesehatan lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang terutama dalam hal ruangan tempat lansia beristirahat sehingga kualitas hidup lansia di panti jompo menjadi lebih baik lagi, hal ini mengingat ruangan yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang kurang memadai.
2. Bagi pengelola panti seharusnya dan sebaiknya:
 - a. Lebih memperhatikan kesehatan lansia melalui kerjasama dengan tenaga kesehatan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan secara berkala terutama bagi Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang, sedangkan bagi Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang harus tetap mempertahankan dan bahkan meningkatkan kepedulian dalam hal kesehatan terhadap lansia.
 - b. Memberikan tindak lanjut secara farmakologi dan non-farmakologi terhadap penurunan fungsi kognitif dan kemandirian lansia sehingga dapat menekan progresivitas, misalnya dengan mengadakan kegiatan senam lansia untuk meningkatkan kebugaran lansia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari atau *Activity Daily Living* (ADL) dan stimulasi otak melalui senam otak untuk mempertahankan fungsi kognitif lansia agar tetap baik.
3. Bagi pihak keluarga dan masyarakat diharapkan untuk senantiasa bersedia memberi dukungan dan merawat orang tua sendiri semasa hidupnya agar kualitas hidup lansia terpelihara dengan baik.
4. Bagi lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif maupun yang memiliki fungsi kognitif normal diharapkan untuk selalu melakukan stimulasi otak (latih, ulang, perhatikan, asosiasikan), misalnya secara sederhana adalah dengan mengisi teka-teki silang. Selain itu lansia

diharapkan untuk senantiasa mengikuti senam lansia maupun senam otak jika program tersebut diselenggarakan oleh pihak panti.

5. Bagi peneliti selanjutnya:
 - a. Perlu dilakukan penelitian yang mengeksklusikan semua faktor yang dapat mempengaruhi hasil penelitian fungsi kognitif dan *Activity Daily Living* (ADL) sehingga didapatkan hasil yang lebih valid.
 - b. Perlu juga dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif dan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL).

DAFTAR PUSTAKA

- Agung, I. 2006. Uji Keandalan dan Kesahihan Indeks Activity of Daily Living Barthel untuk Mengukur Status Fungsional Dasar pada Usia Lanjut di RSCM. Tesis, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Program Studi Ilmu Penyakit Dalam (dipublikasikan).
- Badan Pusat Statistik. 2012. Statistik Penduduk Lanjut Usia Indonesia 2011. Jakarta: Badan Pusat Statistik, (http://www.bps.go.id/hasil_publicasi/stat_lansia_2011/index3.php?pub=Statistik%20Penduduk%20Lanjut%20Usia%20Indonesia%202011, diakses 11 September 2014).
- Brown, M.M. dan Hachinski, V.C. 1999. Keadaan Bingung Akut, Amnesia dan Demensia. Terjemahkan Oleh: Andry Hartono dkk. Dalam: Asdie, A.H. (Editor), Harrison Prinsip-prinsip Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: EGC.
- Dahlan, M.S. 2013. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Darmojo, R.B. 2009. Teori Proses Menua. Dalam: Martono, H. dan Pranarka, K. (Editor), Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Indonesia.
- _____. 2009. Gerontologi dan Geriatri di Indonesia. Dalam: Sudoyo, A.W. dkk. (Editor), Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: InternaPublishing.
- Depkes RI. 2013. Populasi Lansia Diperkirakan Terus Meningkat Hingga Tahun 2020, (<http://www.depkes.go.id/article/view/13110002/populasi-lansia-diperkirakan-terus-meningkat-hingga-tahun-2020.html>, diakses 28 Agustus 2014).
- _____. 2013. Triple Burden Ancam Lansia, (<http://www.depkes.go.id/article/view/13100008/triple-burden-ancam-lansia.html>, diakses 28 Agustus 2014).
- Ediawati, E. 2012. Gambaran Tingkat Kemandirian dalam Activity of Daily Living (ADL) dan Resiko Jatuh pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur. Skripsi, FIK UI (dipublikasikan).
- Fadhia, N. 2012. Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian dalam Melakukan Activities of Daily Living (Adl) pada Lansia di UPT PSLU Pasuruan, (<http://www.e-bookspdf.org/download/kemandirian-lansia.html>, diakses 28 Agustus 2014).
- Haring, H.P. 2002. Cognitive Impairment After Stroke. Current Opinion in Neurology. 15:79 (<http://www.cogsci.ucsd.edu/classes/WI10/COGS172/CognitiveImpairmentAfterStroke.pdf>, diakses 1 September 2014).

- Hartawan, J. 2011. Hubungan Jumlah Limfosit Total dan Limfosit T CD4+ dengan Gangguan Fungsi Kognitif pada Pasien HIV-AIDS. Thesis, Bagian Neurologi FK Undip (dipublikasikan), (<http://eprints.undip.ac.id/33646/>, diakses 1 September 2014).
- Ismawati dkk. tt. Hubungan Derajat Klinis dan Gangguan Kognitif pada Penderita Parkinson dengan Menggunakan Montreal Cognitive Assesment Versi Indonesia (MoCA-Ina). Makassar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, (<http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/9625/Hubungan%20Derajat%20Klinis.pdf?sequence=1>, diakses 1 September 2014).
- Kuczynski dkk. 2009. "An Inverse Association of Cardiovascular Risk and Frontal Lobe Glucose Metabolism", *Neurology*, vol. 72, hal. 738–743.
- Kurniati, A. 2011. *Hubungan Antara Retinopati Diabetika dengan Gangguan Kognitif pada Penderita Pasca Stroke Iskemik*. Thesis, Semarang : Bagian Neurologi, FK Undip.
- Kushariyadi. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Martono, H. 2009. Gangguan Kesadaran dan Kognitif pada Usia Lanjut (Konfusio Akut dan Dementia. Dalam: Martono, H. dan Pranarka, K. (Editor), Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Indonesia.
- McGilton, K.S. 2007. Guideline Recommendation to Improve Dementia Care, (http://www.nursingcenter.com/library/journalarticleprint.asp?Article_ID=712124, diakses 11 Januari 2015).
- Mongisidi, R., Tumewah, R. dan Kembuan, M.A.H.N. 2012. Profil Penurunan Fungsi Kognitif pada Lansia di Yayasan-Yayasan Manula di Kecamatan Kawangkoan, (<https://203.130.254.141/index.php/eclinic/article/view/3297/2840>, diakses 28 Agustus 2014).
- Myers, J.S. 2008. Factors Associated with Changing Cognitive Function in Older Adults: Implications for Nursing Rehabilitation. 33(3): 117.
- Notoatmodjo. 2011. *Kesehatan Masyarakat: "Ilmu dan Seni"*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, W. 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Panentu, D. dan Irfan, M. 2013. Uji Validitas dan Reliabilitas Butir Pemeriksaan dengan Montreal Cognitive Assesment Versi Indonesia (MoCA-Ina) Pada Insan Pasca Stroke Fase Recovery. *Jurnal Fisioterapi*. 13(1):57

- (<http://ejournal.esaunggul.ac.id/index.php/Fisio/article/view/646/607>, diakses 1 September 2014).
- Patel, B.B. dan Holland, N.W. 2012. Mild Cognitive Impairment: Hope for Stability, Plan for Progression. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 79(12):858-859, (<http://www.ccjm.org/content/79/12/857.full.pdf+html>, diakses tanggal 3 September 2014).
- Petersen, R.C. 2011. Mild Cognitive Impairment. *The New England Journal of Medicine*. 364(23): 2227.
- Pieter, H.Z. dan Namora, L. 2010. *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana.
- Pokorski, R.J. 2002. Differentiating Age-Related Memory Loss From Early Dementia. *Journal Insurance of Medicine*. 34:101 (<https://aaimedicine.org/journal-of-insurance-medicine/jim/2002/034-02-0100.pdf>, diakses 3 September 2014).
- Pranarka, K. 2006. Penerapan Geriatrik Kedokteran Menuju Usia Lanjut yang Sehat, (<http://www.univmed.org/wpcontent/uploads/2011/02/KRISPRANAKA.pdf>, diakses 11 Januari 2015).
- Prasasti, I. 2014. Gambaran Kemampuan Fungsi Kognitif Pada Lansia di Persatuan Pensiunan Polri dan Perkumpulan Pengajian Dian Kemala Al-Hikmah Polda Sumsel. Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang (tidak dipublikasikan).
- Rochmah, W. dan Harimurti, K. 2009. Demensia. Dalam: Sudoyo, A.W. dkk. (Editor), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: InternaPublishing.
- Sadock, B.J. dan Sadock, V.A. 2010. *Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis* (edisi ke-2). Terjemahkan Oleh: Profitasari dan Nisa, T.M. Jakarta: EGC.
- Sari, N.Y. 2013. Gambaran Mini Mental State Examination (MMSE) pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang. Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang (tidak dipublikasikan).
- Setiahardja, A.S. 2005. Penilaian Keseimbangan dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lansia di Panti Werdha Pelkris Elim Semarang dengan Menggunakan Berg Balance Scale dan Indeks Barthel. Tesis, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Program Studi Rehabilitasi Medik (dipublikasikan), (<http://eprints.undip.ac.id/12804/1/2005PPDS4437.pdf>, diakses 1 September 2014).

- Setiati, S., Harimurti K. dan Govinda, A. 2009. Proses Menua dan Implikasi Kliniknya. Dalam: Sudoyo, A.W. dkk. (Editor), Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: InternaPublishing.
- Shely, P. tt. Hubungan Fungsi Kognitif Terhadap Kemandirian, (<http://library.upnvj.ac.id/pdf/5FKS1KEDOKTERAN/0810211114/ABSTRAK.pdf>, diakses 11 Januari 2015).
- Smith, T., Gildeh, N. dan Holmes, C. 2007. The Montreal Cognitive Assessment: Validity and Utility in a Memory Clinic Setting. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 52(5):329, (http://www.stvincents.ie/dynamic/file/montreal_reference.pdf, diakses 1 September 2014).
- Soejono, C.H., Probosuseno dan Sari, N.K. 2009. Depresi pada Pasien Usia Lanjut. Dalam: Sudoyo, A.W. dkk. (Editor), Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: InternaPublishing.
- Stanley, M. dan Beare, P.G. 2006. Buku Ajar Keperawatan Gerontik (edisi ke-2). Terjemahkan Oleh: Nety Juniarti dan Kurnianingsih, S. Jakarta: EGC.
- Stanley, M. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Suhardjono. 2009. Hipertensi pada Usia Lanjut. Dalam: Sudoyo, A.W. dkk. (Editor), Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: InternaPublishing.
- Suryadi. 2004. Hubungan Antara Tingkat Gangguan Kognitif dengan Stadium Retinopati Diabetika pada Diabetes Melitus Tipe 2. Tesis, Fakultas Kedokteran Program Pascasarjana Universitas Diponegoro (dipublikasikan), (<http://eprints.undip.ac.id/12345/1/2004MIB3804.pdf>, diakses 1 September 2014).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. 1998. (https://www.dpr.go.id/uu/uu1998/UU_1998_13.pdf, diakses pada 28 Agustus 2014).



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130/D/T/2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045

Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

LEMBAR PENJELASAN
KEPADA CALON SUBJEK PENELITIAN

Saya, Merri Pebriyanti dari Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang akan melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang” atau “Hubungan Fungsi Luhur dengan Kemandirian Bapak/Ibu yang Sudah Memasuki Masa Lanjut Usia (usia \geq 60 tahun) dalam Melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proporsi (jumlah), persentase dan hubungan fungsi kognitif (fungsi luhur) dengan kemandirian dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.

Peneliti mengajak Bapak/Ibu untuk ikut serta dalam penelitian ini. Keikutsertaan Bapak/Ibu masing-masing diperkirakan membutuhkan waktu selama 15 menit.

Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini adalah secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun. Seandainya Bapak/Ibu menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, tidak ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/Ibu.

Apabila Bapak/Ibu bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Bapak/Ibu diminta untuk menandatangani atau memberikan cap jempol pada lembar persetujuan. Prosedur selanjutnya adalah:

1. Peneliti akan menanyakan kepada Bapak/Ibu mengenai identitas diri yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, lama tinggal di panti, alasan tinggal di panti, pendidikan terakhir dan riwayat penyakit.
2. Bapak/Ibu akan diperiksa menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang merupakan suatu alat ukur untuk mengetahui apakah Bapak/Ibu mengalami depresi atau tidak. Jika Bapak/Ibu tidak mengalami depresi maka dapat mengikuti pemeriksaan berikutnya.



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130/D/T/2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045

Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

3. Peneliti akan melakukan penilaian fungsi kognitif (fungsi luhur) Bapak/Ibu dengan menggunakan kuesioner MoCA-Ina melalui 10 buah pertanyaan.
4. Peneliti akan melakukan penilaian kemandirian Bapak/Ibu dalam melakukan aktivitas sehari-hari dengan menggunakan kuesioner Barthel *Index* melalui 10 buah pertanyaan.

Sebagai subjek penelitian, Bapak/Ibu wajib untuk mengikuti aturan atau petunjuk penelitian seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya. Jika ada yang belum jelas, Bapak/Ibu dapat bertanya lebih lanjut kepada peneliti.

Manfaat penelitian ini bagi Bapak/Ibu adalah dapat mengetahui keadaan fungsi kognitif (fungsi luhur) dan kemandirian Bapak/Ibu dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, sehingga bisa dilakukan tindakan pencegahan maupun penekanan progresivitas dari penurunan fungsi kognitif (fungsi luhur) dan gangguan aktivitas kehidupan sehari-hari tersebut sehingga kualitas hidup Bapak/Ibu tetap terjaga.

Semua informasi yang berkaitan dengan identitas Bapak/Ibu akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh peneliti. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas Bapak/Ibu.

Bapak/Ibu diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bapak/Ibu dapat menghubungi saya Merri Pebriyanti sebagai peneliti secara langsung maupun melalui nomor Hp. 085268107707.

Palembang, November 2014
Peneliti,

(Merri Pebriyanti)
NIM: 702011057



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130/D/T/2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
 Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045
 Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

LEMBAR PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
 Jenis Kelamin :
 Usia :

Telah menerima dan mengerti penjelasan tentang penelitian “Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang” atau “Hubungan Fungsi Luhur dengan Kemandirian Bapak/Ibu yang Sudah Memasuki Masa Lanjut Usia (usia \geq 60 tahun) dalam Melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang”. Saya memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan dan manfaatnya, maka dari itu saya bersedia menjadi subjek penelitian (responden) dalam penelitian ini.

Demikianlah persetujuan ini saya buat atas kesadaran sendiri dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Palembang, November 2014

Peneliti,

Saksi,

Yang Menyatakan,

(Merri Pebrivanti)
 NIM.702011057

(.....)
 Nama Jelas

(.....)
 Nama Jelas

Lampiran 4

Geriatric Depression Scale (GDS)

No.	Pertanyaan	Ketentuan Jawaban bernilai (0)	Jawaban Pasien*	Skor Pasien
1.	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	Ya	Ya/Tidak	
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	Tidak	Ya/Tidak	
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Tidak	Ya/Tidak	
4.	Apakah anda merasa bosan?	Tidak	Ya/Tidak	
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Ya	Ya/Tidak	
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Tidak	Ya/Tidak	
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	Ya	Ya/Tidak	
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	Tidak	Ya/Tidak	
9.	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	Tidak	Ya/Tidak	
10.	Apakah anda merasa punya banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan dengan kebanyakan orang?	Tidak	Ya/Tidak	
11.	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	Ya	Ya/Tidak	
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Tidak	Ya/Tidak	
13.	Apakah anda merasa penuh semangat?	Ya	Ya/Tidak	
14.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Tidak	Ya/Tidak	
15.	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	Tidak	Ya/Tidak	
TOTAL SKOR				

skor ≥ 5 dinyatakan depresi

INTERPRETASI PASIEN : Depresi / Tidak Depresi

* **Lingkari Jawaban Pasien**

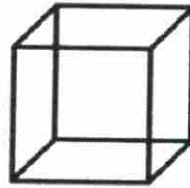
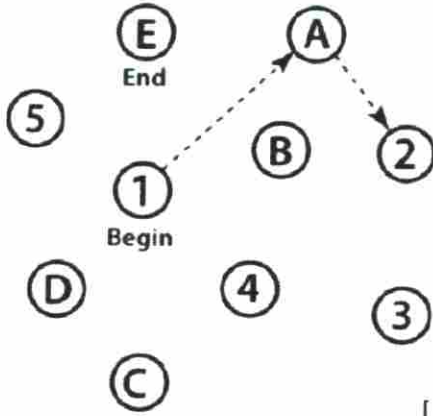
Lampiran 5

MONTREAL COGNITIVE ASSESMENT-Versi Indonesia (MoCA-Inda)

NAMA:
Pendidikan:
Jen. Kelamin:

Tgl Lahir:
Tgl Pemeriksaan:

VISUOSPASIAL/EKSEKUTIF



salin gambar

Gambar jam (11 lebih 10 menit)
(3 poin)

POIN

[]

[]

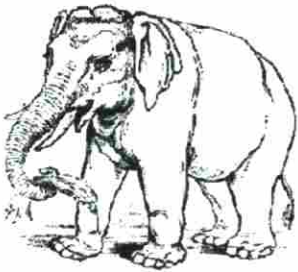
[] bertuk

[] angka

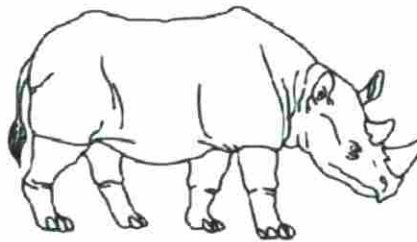
[] jarum jam

.../5

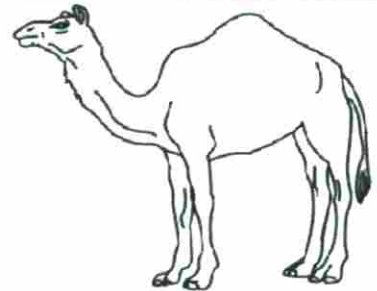
PENAMAAN



[]



[]



[]

.../3

MEMORI

Baca kata berikut dan minta subjek mengulangnya. lakukan 2 kali, meski berhasil pada percobaan ke-1. lakukan recall setelah 5 menit

wajah	Sutera	Masjid	anggrek	merah
ke-1				
ke-2				

ATENSI

Baca daftar angka (1 angka/detik)

Subjek harus mengulangi dari awal [] 2 1 8 5 4
Subjek harus mengulangi dari belakang [] 7 4 2

.../2

Baca daftar huruf. subjek harus mengetuk dengan tangannya setiap kali huruf A muncul. poin nol jika ≥ 2 kesalahan

[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB .../1

Pengurangan berurutan dengan angka 7. Mulai dari 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65
4,5 hasil benar: 3 poin, 2 atau 3 benar: 2 poin; 1 benar: 1 poin, 0 benar: 0 poin

.../3

BAHASA

Ulangi: Wati membantu saya menyapu lantai hari ini. []

Tikus bersembunyi di bawah dipan ketika kucing datang. []

.../2

Sebutkan sebanyak mungkin kata yang dimulai dengan huruf S [] (N ≥ 11 kata)

.../1

ABSTRAKSI

Kemiripan antara, contoh pisang - jeruk = buah [] kereta - sepeda [] jam tangan - penggaris

.../2

DELAYED RECALL

Harus mengingat kata TANPA PETUNJUK

wajah	Sutera	Masjid	anggrek	merah
[]	[]	[]	[]	[]

poin untuk recall tanpa petunjuk

Opsional

petunjuk kategori
petunjuk pilihan ganda

.../5

ORIENTASI

[] Tanggal [] Bulan [] Tahun [] Hari [] Tempat [] Kota

.../6

Normal ≥ 26 / 30

Tota

.../30

Dilakukan oleh.....

Tambahkan 1 poin jika pend. ≤12 tahun

Lampiran 6

Barthel Index

No.	Item yang Dinilai	Skor	Nilai
1.	Makan (<i>feeding</i>)	0 = tidak mampu 5 = butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll 10 = mandiri	
2.	Mandi (<i>bathing</i>)	0 = tergantung orang lain 5 = mandiri	
3.	Perawatan diri (<i>Grooming</i>)	0 = membutuhkan bantuan orang lain 5 = mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur	
4.	Berpakaian (<i>dressing</i>)	0 = tergantung orang lain 5 = sebagian dibantu (misal mengancing baju) 10 = mandiri	
5.	Buang air kecil (<i>bladder</i>)	0 = inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 5 = kadang inkontinensia (maks. 1x24 jam) 10 = kontinensia (teratur)	
6.	Buang air besar (<i>bowel</i>)	0 = inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 5 = kadang inkontinensia (1x/minggu) 10 = kontinensia (teratur)	
7.	Penggunaan toilet	0 = tergantung bantuan orang lain 5 = membutuhkan bantuan tetapi bisa melakukan beberapa hal sendiri 10 = mandiri	
8.	Transfer (berpindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya)	0 = tidak mampu 5 = butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 10 = bantuan kecil (1 orang) 15 = mandiri	
9.	Mobilitas (berjalan pada permukaan yang rata)	0 = immobile (tidak mampu) 5 = menggunakan kursi roda 10 = berjalan dengan bantuan satu orang 15 = mandiri (meskipun menggunakan alat bantu, seperti tongkat)	
10.	Naik turun tangga	0 = tidak mampu 5 = membutuhkan bantuan (alat bantu) 10 = mandiri	
Total nilai:			
Keterangan:			

Interpretasi:

Skor 0-90 : dependen (ketergantungan)

Skor 91-100 : independen (mandiri)

Lampiran 7



SURAT IZIN MELAKUKAN PENELITIAN

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KOTA PALEMBANG
 JL. LUNJUK JAYA NOMOR 3 – DEMANG LEBAR DAUN PALEMBANG
 TELPON (0711) 368726
 Email : badankesbang@yahoo.co.id

Palembang, 28 Oktober 2014

Nomor : 070 / 1577 / RAN KRP / 2014
 Sifat : -
 Lambaran : -
 Perihal : Izin Pengambilan Data / Penelitian

Kepada Yth
 1. Kepala Dinas Sosial Kota Palembang
 2. Pimpinan Panti Sosial Tresna Werdha Teratai
 3. Pimpinan Panti Werdha Dharma Bakti

di -
 Palembang

Memperhatikan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 1964.a / I-13 / FK-UIMP / X / 2014 Tanggal 20 Oktober 2014 perihal tersebut diatas, dengan ini diheritahkan kepada saudara bahwa :

No.	Nama	NIM	Judul Penelitian
1	Merri Pebriyanti	702011057	Hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam melakukan Activity Daily Living (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Km.6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti Km.7 Palembang

Untuk melakukan Pengambilan Data secara langsung.

Lama Pengambilan Data : 28 Oktober 2014 s.d 31 Desember 2014

Dengan Catatan :

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah dirogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian/survey/riset agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku dilaerah setempat.
4. Apabila izin penelitian/ survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian/survey/riset diwajibkan memberikan laporan tertulis kepada Walikota Palembang melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi dan untuk dibantu seperlunya.

a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN
 POLITIK KOTA PALEMBANG
 KEPALA BIDANG KESATUAN BANGSA

INGRID YOLANDA, S.STP, MM
 PENATA TINGKAT I
 NIP. 198006061999122001

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. Mahasiswa Yhs

SURAT IZIN MELAKUKAN PENELITIAN



PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

DINAS SOSIAL

Jalan Merdeka No. 26 Palembang, Provinsi Sumatera Selatan
Telepon : (0711) 351592 / 364122 Fax : (0711) – 351592 Kode Pos 30131

Palembang, 4 November 2014

Nomor : 070 / 1431 / Sos / 2014
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian/Pengambilan Data

Yth. Kepala STWT
Kota Palembang
di -
Palembang

Sehubungan dengan Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Palembang tanggal 28 Oktober 2014 Nomor : 070 /1522/BAN.KBP/ 2014 Perihal Izin Pengambilan data/ Penelitian Mahasiswa Muhamadiyah Palembang :

No.	Nama	Nim	Judul
1	Merri Pebriyanti	702011057	Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan Activity Daily Living (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Km.6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti Km.7 Palembang
2	Evi Maisyari	702011034	Hubungan antara Sosiodemografi dan Insomnia pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Km.6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti Km.7 Kota Palembang Periode Oktober- Desember 2014
3	Lilia Musfida	702011050	Hubungan antara Inkontinensia Urin dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha Km.6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti Km.7 Kota Palembang

Untuk ini agar mahasiswa tersebut diatas dapat dibantu melakukan pengambilan data/ Penelitian secara langsung mulai tanggal 28 Oktober s.d 31 Desember 2014 dengan ketentuan bahwa tujuan penelitian semata-mata untuk bahan ilmu pengetahuan dan bukan untuk di publikasikan kepada pihak lain dan setelah selesai melakukan kegiatan tersebut agar melaporkan hasilnya secara tertulis kepada Kepala Dinas Sosial Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi.



Drs. H. FAIZAL AR, M. Si
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP. 196708181986031002

Tembusan Yth :

1. Dekan Fakultas kedokteran Universitas Muhamadiyah Palembang
2. Mahasiswa Ybs



SURAT IZIN MELAKUKAN PENELITIAN

PANTI WERDHA DHARMA BHAKTI
(DHARMA BHAKTI SENIOR CITIZEN NURSING HOME)

Jl. Kol. H. Burlian Km. 7 Palembang 30152 Telp. 0711-421878

Palembang, 27 Nopember 2014

Nomor : 070/PWDB/XI/2014
Lampiran : - 0 -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Merri Pebriyanti.
Mahasiswa Program Studi
Pendidikan Kedokteran
Universitas Muhammadiyah
Palembang.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Palembang Tertanggal 28 Oktober 2014 No : 070/1522/BAN KBP//2014,
Perihal Izin penelitian
dengan Judul : HUBUNGAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KEMANDIRIAN
LANSIA DALAM MELAKUKAN ACTIVITY DAILY LIVING
(ADL) DI PANTI WERDHA DHARMA BHAKTI
JL.KOL.H.BURLIAN KM 7 PALEMBANG.

Maka dari itu kami memberikan izin untuk penelitian tersebut dan yang
Bersangkutan dimohon mengajukan Proposal sehubungan dengan Judul tersebut.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya
Diucapkan terimakasih.



Panti Werdha Dharma Bhakti

Chrispina
Sr.M.Chrispina FCh.
Pimpinan.

Lampiran 8

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN


DINAS SOSIAL KOTA PALEMBANG
PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA TERATAI

Alamat : Jalan Sosial Km. 6 Palembang

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 461 / 76 / PTWT / 2014

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : EDAYATI
 NIP : 196212221985032005
 Jabatan : Kepala Panti Tresna Werdha Teratai (PTWT)
 Jl sosial No. 796 Rt/Rw. 16/03 Km. 6 Palembang.

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : MERRI PEBRIYANTI
 NIM : 702011057
 Semester : VII
 Universitas : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
 Judul Skripsi : Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan Activity Daily Living (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Km.6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti Km. 7 Palembang.

Berdasarkan surat yang kami terima tanggal 4 Nopember 2014. Nomor : 070/1431/Sos/2014, Anak tersebut telah selesai menjalankan Penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dari Tanggal 02 Nopember s/d Tanggal 27 Nopember 2014.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan benar, agar dapat di pergunakan sebagaimana mestinya.

Palembang, 27 Nopember 2014

 Kepala Panti Tresna Werdha Teratai
 Km. 6 Palembang


SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN



PANTI WERDHA DHARMA BHAKTI (DHARMA BHAKTI SENIOR CITIZEN NURSING HOME)

Jl. Kol. H. Burlian Km. 7 Palembang 30152 Telp. 0711-421878

SURAT KETERANGAN

No.004 /PWDB/I/2015

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Sr.M.Chrispina FCh.
 Jabatan : Pimpinan Panti Werdha Dharma Bhakti.
 Jl.Kol.H.Burlian RT.05 Rw.02 Km 7 Palembang.

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Merri Pebriyanti
 Nim : 702011057
 Status : Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Semester 7.
 Judul Proposal : Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia Dalam Melakukan Activity Daily Living (ADL) di Panti Werdha Dharma Bhakti
 Jl.Kol.H.Burlian Km 7 Palembang.

Yang bersangkutan Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Semester 7.Benar telah selesai melaksanakan Penelitian di Panti Werda Dharma Bakti Jl.Kol.H.Burlian Km 7 Palembang pada tanggal 4 Desember 2014 sampai dengan tanggal 8 Januari 2015.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan dengan sebenarnya, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Panti Werdha Dharma Bhakti

Mrs
 Sr.M.Chrispina FCh.
 Pimpinan.

Lampiran 9

**TABULASI HASIL PENELITIAN DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA TERATAI
KM 6 PALEMBANG**

No.	Usia (thn)	JK	Tingkat Pendidikan	Riwayat Penyakit	Skor GDS	Skor Fungsi Kognitif	Skor ADL
1.	70	Pr	SD	HT, OA	2	27	95
2.	89	Lk	SD	DM, HT, OA	2	26	100
3.	72	Pr	SMA	HT, OA	3	16	90
4.	70	Pr	SMP	Tidak ada	2	26	100
5.	72	Lk	SD	HT	4	16	90
6.	98	Pr	SD	OA	1	20	95
7.	72	Lk	SD	Katarak	1	19	80
8.	71	Pr	SD	OA	3	17	85
9.	66	Pr	SD	OA	4	26	100
10.	92	Pr	T. Sekolah	OA	4	26	100
11.	76	Lk	SMA	OA	4	28	100
12.	64	Lk	SD	HT, OA, Asma	3	26	95
13.	70	Lk	SD	HT	3	16	95
14.	84	Lk	SD	OA, Katarak	4	18	95
15.	84	Lk	T. Sekolah	Tidak ada	0	26	95
16.	69	Lk	SD	Tidak ada	0	26	95
17.	68	Pr	SMP	Tidak ada	2	17	95
18.	70	Lk	SD	HT	3	17	85
19.	60	Lk	SD	HT	3	19	95
20.	60	Lk	SD	Tidak ada	4	26	100
21.	62	Pr	SMP	HT, OA	4	18	90
22.	60	Pr	SD	Tidak ada	4	20	100
23.	90	Pr	SD	Tidak ada	1	12	100
24.	83	Lk	SD	OA	2	15	90
25.	76	Pr	SD	OA	1	18	80
26.	80	Pr	T. Sekolah	Katarak	4	14	80
27.	73	Pr	T. Sekolah	HT, Katarak	1	21	95
28.	70	Lk	T. Sekolah	OA	2	14	55
29.	91	Pr	SD	OA	2	16	85
30.	74	Pr	SD	OA	3	26	100
31.	68	Pr	SD	OA	1	20	95
32.	70	Pr	SD	OA	4	26	90
33.	74	Lk	SD	OA	2	17	100
34.	70	Pr	SD	OA	0	21	100
35.	85	Pr	SD	OA	3	18	85

Keterangan:

- T. Sekolah = Tidak Sekolah
 T. Menikah = Tidak Menikah
 DM = Diabetes Melitus
 HT = Hipertensi
 OA = Osteoarthritis

**TABULASI HASIL PENELITIAN DI PANTI WERDHA DHARMA BHAKTI KM 7
PALEMBANG**

No.	Usia (thn)	JK	Tingkat Pendidikan	Riwayat Penyakit	Skor GDS	Skor Fungsi Kognitif	Skor ADL
1.	60	Pr	SMP	Tidak Ada	4	20	95
2.	60	Pr	P. Tinggi	DM	3	26	100
3.	80	Lk	P. Tinggi	Tidak Ada	2	22	90
4.	70	Pr	SMP	HT	3	26	100
5.	65	Pr	SD	DM, Stroke, OA	4	21	100
6.	72	Pr	SMP	OA, Stroke	4	19	60
7.	68	Pr	SD	Stroke	4	14	70
8.	70	Pr	SD	DM, HT, OA	3	20	90
9.	67	Lk	SMA	Stroke	4	19	50
10.	74	Pr	SMA	OA	2	16	90
11.	74	Pr	T. Sekolah	OA	3	14	90
12.	60	Lk	SMP	OA	3	17	55
13.	77	Lk	SD	HT	4	16	85
14.	81	Pr	SMA	HT, OA	2	20	100
15.	80	Lk	T. Sekolah	HT, OA	2	20	100
16.	85	Lk	T. Sekolah	HT, OA	0	27	100
17.	70	Lk	SD	Tidak Ada	3	21	100
18.	79	Pr	SMA	HT, OA	1	28	100
19.	85	Pr	T. Sekolah	Tidak Ada	4	17	100
20.	85	Lk	SD	HT	2	26	100
21.	88	Pr	P. Tinggi	HT	1	28	100
22.	77	Pr	SD	Tidak Ada	1	26	95
23.	78	Pr	SD	HT	2	18	90
24.	65	Pr	SD	HT, P.Tiroid	1	23	100
25.	92	Pr	SD	DM, HT, OA	2	18	100
26.	64	Pr	SD	KK	2	16	95
27.	66	Pr	P. Tinggi	OA	0	30	100
28.	62	Lk	SD	DM, HT, Stroke	0	30	100
29.	67	Pr	T. Sekolah	OA	4	13	100
30.	90	Pr	T. Sekolah	HT	1	21	100
31.	68	Pr	SMP	Tidak Ada	1	22	90
32.	71	Lk	SD	Tidak Ada	2	18	100
33.	65	Pr	SD	Tidak Ada	3	22	100

Keterangan:

- T. Sekolah = Tidak Sekolah
- P. Tinggi = Perguruan Tinggi
- T. Menikah = Tidak Menikah
- DM = Diabetes Melitus
- HT = Hipertensi
- OA = Osteoarthritis
- KK = Kanker Kulit
- P. Tiroid = Penyakit Tiroid

Lampiran 10

DATA HASIL ANALISIS STATISTIKA SPSS

HASIL ANALISIS UNIVARIAT

1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

A. Klasifikasi Usia Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Klasifikasi Usia Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60-74 tahun (elderly)	23	65.7	65.7	65.7
75-90 tahun (old)	9	25.7	25.7	91.4
> 90 tahun (very old)	3	8.6	8.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

B. Klasifikasi Usia Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Klasifikasi Usia Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60-74 tahun (elderly)	20	60.6	60.6	60.6
75-90 tahun (old)	12	36.4	36.4	97.0
> 90 tahun (very old)	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

A. Jenis Kelamin Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	15	42.9	42.9	42.9
Perempuan	20	57.1	57.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

B. Jenis Kelamin Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	10	30.3	30.3	30.3
Perempuan	23	69.7	69.7	100.0
Total	33	100.0	100.0	

3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

A. Tingkat Pendidikan Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	5	14.3	14.3	14.3
SD	25	71.4	71.4	85.7
SMP	3	8.6	8.6	94.3
SMA	2	5.7	5.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

B. Tingkat Pendidikan Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	6	18.2	18.2	18.2
SD	14	42.4	42.4	60.6
SMP	5	15.2	15.2	75.8
SMA	4	12.1	12.1	87.9
Perguruan Tinggi	4	12.1	12.1	100.0
Total	33	100.0	100.0	

4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit

A. Riwayat Penyakit Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6

Riwayat Penyakit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Ada	6	13.6	13.6	13.6
Diabetes Melitus	1	2.3	2.3	15.9
Hipertensi	10	22.7	22.7	38.6
Katarak	4	9.1	9.1	47.7
Osteoarthritis	22	50.0	50.0	97.7
Asma	1	2.3	2.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

B. Riwayat Penyakit Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang
Riwayat Penyakit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Ada	8	17.0	17.0	17.0
Diabetes Melitus	5	10.6	10.6	27.7
Hipertensi	14	29.8	29.8	57.4
Stroke	5	10.6	10.6	68.1
Osteoarthritis	13	27.7	27.7	95.7
Kanker Kulit	1	2.1	2.1	97.9
Penyakit Thyroid	1	2.1	2.1	100.0
Total	47	100.0	100.0	

5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Geriatric Depression Scale (GDS)

A. GDS Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang
Geriatric Depression Scale (GDS)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Depresi	35	100.0	100.0	100.0

B. GDS Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang
Geriatric Depression Scale

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Depresi	33	100.0	100.0	100.0

6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Fungsi Kognitif

A. Fungsi Kognitif Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Fungsi Kognitif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Fungsi Kognitif Menurun	23	65.7	65.7	65.7
Fungsi Kognitif Normal	12	34.3	34.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Eksekutif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	33	94.3	94.3	94.3
Tidak Terganggu	2	5.7	5.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Visuospatial

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	31	88.6	88.6	88.6
Tidak Terganggu	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Memori (Delay Recall)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	29	82.9	82.9	82.9
Tidak Terganggu	6	17.1	17.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Atensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	23	65.7	65.7	65.7
Tidak Terganggu	12	34.3	34.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Bahasa + Penamaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	19	54.3	54.3	54.3
Tidak Terganggu	16	45.7	45.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Abstraksi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	21	60.0	60.0	60.0
Tidak Terganggu	14	40.0	40.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Orientasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	19	54.3	54.3	54.3
Tidak Terganggu	16	45.7	45.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

B. Fungsi Kognitif Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang
Fungsi Kognitif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Fungsi Kognitif Menurun	24	72.7	72.7	72.7
Fungsi Kognitif Normal	9	27.3	27.3	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Eksekutif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	27	81.8	81.8	81.8
Tidak Terganggu	6	18.2	18.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Visuospatial

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	27	81.8	81.8	81.8
Tidak Terganggu	6	18.2	18.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Memori (Delay Recall)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	31	93.9	93.9	93.9
Tidak Terganggu	2	6.1	6.1	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Atensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	24	72.7	72.7	72.7
Tidak Terganggu	9	27.3	27.3	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Bahasa + Penamaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	15	45.5	45.5	45.5
Tidak Terganggu	18	54.5	54.5	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Abstraksi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	21	63.6	63.6	63.6
Tidak Terganggu	12	36.4	36.4	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Orientasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	3	9.1	9.1	9.1
Tidak Terganggu	30	90.9	90.9	100.0
Total	33	100.0	100.0	

7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Activity Daily Living* (ADL)**A. ADL Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang**
Activity Daily Living (ADL)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependen (Ketergantungan)	13	37.1	37.1	37.1
Independen (Mandiri)	22	62.9	62.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Makan (Feeding)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	3	8.6	8.6	8.6
Tidak Terganggu	32	91.4	91.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Mandi (Bathing)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Terganggu	35	100.0	100.0	100.0

Perawatan Diri (Grooming)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	1	2.9	2.9	2.9
Tidak Terganggu	34	97.1	97.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Berpakaian (Dressing)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	2	5.7	5.7	5.7
Tidak Terganggu	33	94.3	94.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Buang Air Kecil (Bladder)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	11	31.4	31.4	31.4
Tidak Terganggu	24	68.6	68.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Buang Air Besar (Bowel)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	9	25.7	25.7	25.7
Tidak Terganggu	26	74.3	74.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Penggunaan Toilet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	3	8.6	8.6	8.6
Tidak Terganggu	32	91.4	91.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Transfer (Berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	4	11.4	11.4	11.4
Tidak Terganggu	31	88.6	88.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Mobilitas (Berjalan pada permukaan yang rata)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	1	2.9	2.9	2.9
Tidak Terganggu	34	97.1	97.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Naik Turun Tangga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	14	40.0	40.0	40.0
Tidak Terganggu	21	60.0	60.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

B. ADL Responden di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang
Activity Daily Living

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependen (Ketergantungan)	11	33.3	33.3	33.3
Independen (Mandiri)	22	66.7	66.7	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Makan (Feeding)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	2	6.1	6.1	6.1
Tidak Terganggu	31	93.9	93.9	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Mandi (Bathing)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	1	3.0	3.0	3.0
Tidak Terganggu	32	97.0	97.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Perawatan Diri (Grooming)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	3	9.1	9.1	9.1
Tidak Terganggu	30	90.9	90.9	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Berpakaian (Dressing)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	3	9.1	9.1	9.1
Tidak Terganggu	30	90.9	90.9	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Buang Air Kecil (Bladder)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	4	12.1	12.1	12.1
Tidak Terganggu	29	87.9	87.9	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Buang Air Besar (Bowel)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	8	24.2	24.2	24.2
Tidak Terganggu	25	75.8	75.8	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Buang Air Besar (Bowel)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	8	24.2	24.2	24.2
Tidak Terganggu	25	75.8	75.8	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Transfer (Berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	4	12.1	12.1	12.1
Tidak Terganggu	29	87.9	87.9	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Mobilitas (Berjalan pada permukaan yang rata)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	2	6.1	6.1	6.1
Tidak Terganggu	31	93.9	93.9	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Naik Turun Tangga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Terganggu	8	24.2	24.2	24.2
Tidak Terganggu	25	75.8	75.8	100.0
Total	33	100.0	100.0	

HASIL ANALISIS UNIVARIAT BIVARIAT

A. Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Fungsi Kognitif * Activity Daily Living (ADL)	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%

Fungsi Kognitif * Activity Daily Living (ADL) Crosstabulation

			Activity Daily Living (ADL)		Total
			Dependen (Ketergantungan)	Independen (Mandiri)	
Fungsi Kognitif	Fungsi Kognitif Menurun	Count	12	11	23
		Expected Count	8.5	14.5	23.0
		% within Fungsi Kognitif	52.2%	47.8%	100.0%
Fungsi Kognitif Normal		Count	1	11	12
		Expected Count	4.5	7.5	12.0
		% within Fungsi Kognitif	8.3%	91.7%	100.0%
Total		Count	13	22	35
		Expected Count	13.0	22.0	35.0
		% within Fungsi Kognitif	37.1%	62.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.492 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	4.750	1	.029		
Likelihood Ratio	7.454	1	.006		
Fisher's Exact Test				.013	.012
Linear-by-Linear Association	6.306	1	.012		
N of Valid Cases ^b	35				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.46.

b. Computed only for a 2x2 table

B. Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kemandirian Lansia dalam Melakukan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Fungsi Kognitif * Activity Daily Living	33	100.0%	0	.0%	33	100.0%

Fungsi Kognitif * Activity Daily Living Crosstabulation

			Activity Daily Living		Total
			Dependen (Ketergantungan)	Independen (Mandiri)	
Fungsi Kognitif	Fungsi Kognitif Menurun	Count	11	13	24
		Expected Count	8.0	16.0	24.0
		% within Fungsi Kognitif	45.8%	54.2%	100.0%
Fungsi Kognitif Normal		Count	0	9	9
		Expected Count	3.0	6.0	9.0
		% within Fungsi Kognitif	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	11	22	33
		Expected Count	11.0	22.0	33.0
		% within Fungsi Kognitif	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.188 ^a	1	.013		
Continuity Correction ^b	4.297	1	.038		
Likelihood Ratio	8.906	1	.003		
Fisher's Exact Test				.015	.013
Linear-by-Linear Association	6.000	1	.014		
N of Valid Cases ^b	33				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 11

DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 4. Wawancara dengan Lansia Perempuan di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang



Gambar 5. Wawancara dengan Lansia Laki-laki di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 Palembang



Gambar 6. Wawancara dengan Lansia Perempuan di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang



Gambar 7. Wawancara dengan Lansia Laki-laki di Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang



Gambar 8. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu Responden





Gambar 9. Pemeriksaan Tekanan Darah Responden



Gambar 10. Pengukuran Berat Badan Responden

Lampiran 12



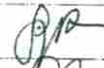









KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN PROPOSAL PENELITIAN



NAMA MAHASISWA : MERRI PEBRIYANTI	PEMBIMBING I : dr. H. Syahrul Muhammad, MARS.
N I M : 702011057	PEMBIMBING II : dr. Putri Rizki Amalia Badri

JUDUL PROPOSAL :

"HUBUNGAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KEMANDIRIAN LANSIA DALAM MELAKUKAN
ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) DI PANTI TRESNA WERDHA TERATAI KM 6 PALEMBANG"
DAN PANTI WERDHA DHARMA BHAKTI KASIH KM 7 PALEMBANG"

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	21 Juli 2014	Revisi Judul			
2.	11 September 2014	Bimbingan BAB I, II, III			
3.	12 September 2014	Bimbingan + Sharing BAB I, II, III (Revisi)			
4.	15 September 2014	Finishing cara penulisan			
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

<p>Dikeluarkan di : Palembang Pada tanggal : 15 / 09 / 2014 a.n. Dekan Ketua UPK,</p>	  dr. Yesi Astri, M.Kes.
--	---

Lampiran 13



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Merrif Pebriyanti

PEMBIMBING I : dr. H. Syahrul Muhammad, MARS.

N I M : 702011057

PEMBIMBING II : dr. Putri Rizki Amalia Badri

JUDUL SKRIPSI :

"Hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian Lansia dalam Melakukan Activity Daily Living (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai KM 6 dan Panti Werdha Dharma Bhakti KM 7 Palembang"

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	6 Januari 2015	Bab IV "Hasil & Pembahasan"			
2.	9 Januari 2015	Bab IV "Hasil & Pembahasan" (Revisi)			
3.	10 Januari 2015	Bab V "Kesimpulan & Saran"			
4.	12 Januari 2015	Abstraks			
5.	12 Januari 2015	ACC skripsi			
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
 Pada tanggal : 13 / 01 / 2015

a.n. Dekan
 Ketua UPK,



dr. Yesi Aetri, M. Kes.

BIODATA

Nama : Merri Pebriyanti
Tempat Tanggal Lahir : Tanjung Beringin, 15 September 1993
Alamat : Jl. Palembang-Betung KM. 45 No. 003 RT. 002/
RW. 002 Kelurahan Mulya Agung,
Kec. Banyuasin III, Kab. Banyuasin
(Palembang-Sumatera Selatan) Kode Pos 30753
Telp/Hp : 085268107707
Email : merripebriyanti_2011@yahoo.com
Agama : Islam
Nama Orang Tua
 Ayah : Ansori
 Ibu : Rusmiyati
Jumlah Saudara : 3 (tiga)
Anak ke : 1 (pertama)
Riwayat Pendidikan : 1. SDN Mulya Agung (1999-2005)
2. SMP N4 Banyuasin III (2005-2008)
3. SMA Plus Negeri 2 Banyuasin III (2008-2011)
4. Fakultas Kedokteran Universitas
Muhammadiyah Palembang (2011-Sekarang)



Palembang, 02 Februari 2015

A handwritten signature in black ink. The signature is stylized and includes a heart shape at the beginning. The name 'Merri' is clearly visible.

(Merri Pebriyanti)