

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA LANSIA TENTANG  
DEMENSIA DI KOTA MAKASSAR**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi  
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan*



**Oleh :**

**REVI AGUSTINA KURNIAWATI**

**R011191081**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2023**

## LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

Halaman Persetujuan Seminar Hasil

### GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA LANSIA TENTANG DEMENSIA DI KOTA MAKASSAR



Oleh :

**REVI AGUSTINA KURNIAWATI**

**R011191081**

Disetujui untuk diseminarkan oleh :

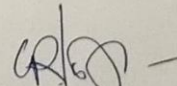
Dosen Pembimbing

Pembimbing I,



**DR. Karmila Sarih S.Kep. Ns., M.Kes**  
NIP. 197207271996032006

Pembimbing II



**Arnis Puspitha R., S., Kep., Ns., M.Kes**  
NIP. 198404192015042002

## LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PENGESAHAN  
"GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA LANSIA TENTANG DEMENSIA DI  
KOTA MAKASSAR"

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/Tanggal : Rabu, 1 November 2023

Pukul : 13.00 – Selesai

Tempat : Ruang Seminar Kp 112

Disusun Oleh:


REVIAGUSTINA KURNIAWATI  
R011191081

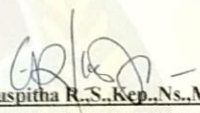
Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS


Pembimbing I

Pembimbing II

  
Dr. Karmila Sarih S.Kep. Ns., M.Kes  
NIP. 197207271996032006

  
Arnis Puspittha R. S., Kep., Ns., M.Kes  
NIP. 198404192015042002

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

  
Dr. Yuliana Syam S., Kcp., Ns., M.Kes  
NIP. 19760618200212 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

### PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Revi Agustina Kurniawati


NIM : R011191081

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain, apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar atau tanpa paksaan dari pihak manapun.

Makassar, November 2023

Yang membuat pernyataan,

  
Revi Agustina Kurniawati

## **KATA PENGANTAR**

Tiada kata yang pantas peneliti lafaskan kecuali ucapan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Pengetahuan Keluarga Lansia Tentang Demensia di Kota Makassar “. Penyusunan skripsi penelitian ini merupakan salah satu syarat pada program Strata-I di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Proses penyusunan skripsi ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan, namun adanya bimbingan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini. Pada kesempatan kali ini perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih saya kepada kedua orang tua peneliti tercinta, ayahanda Sukemi dan ibunda Supriati serta kakak laki-laki Arif Muzhaironi dan Tomi Indarto, S.T, kakak perempuan Mike Rima Indriyati, S.Pd dan adik saya Dimas Galih Prasetyo dan Maitsaa Alya Nurkhatimah serta seluruh keluarga yang telah memberikan doa dan dukungan baik moril maupun materil selama kuliah hingga penyusunan skripsi ini.

Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin

3. Ibu Kusrini S Kadar, SKp. MN. PhD dan Ibu Dr. Karmila Sarih, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing pertama yang telah memberikan arahan-arahan serta masukan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi ini.
4. Ibu Arnis Puspitha R.,S.,Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing kedua yang telah memberikan arahan-arahan serta masukan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN selaku penguji pertama yang telah memberikan arahan-arahan serta masukan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Framita Rahman, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku penguji kedua yang telah memberikan arahan-arahan serta masukan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi ini.
7. Bapak Andi Baso Tombong, S.,Kep.,Ns.,M.ANP selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama proses perkuliahan.
8. Seluruh dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
9. Terima Kasih kepada uni, Teten, Mia, Riani dan Eca yang tiada hentinya memberikan doa dan dukungan serta motivasi kepada peneliti.
10. Terimakasih kepada keluarga besar Siaga Ners Unhas yang telah memberikan banyak bantuan dan semangat selama proses pengerjaan skripsi ini.

11. Teman-teman angkatan 2019 “GL1KO9EN” Reguler A dan B, terima kasih selalu menemani dan menguatkan dari awal perjalanan sampai akhir.

12. Semua pihak yang peneliti tidak dapat sebutkan satu persatu.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, peneliti tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali berdoa semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada Hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya. Akhirnya, dengan segala kerendahan hati peneliti menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penyusunan skripsi skripsi ini, karena sesungguhnya kebenaran sempurna hanya milik Allah SWT semata. Oleh karena itu, peneliti senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, November 2023

Revi Agustina Kurniawati

## ABSTRAK

Revi Agustina Kurniawati. R011191081. **GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA LANSIA TENTANG DEMENSIA DI KOTA MAKASSAR**, dibimbing oleh. Karmila Sarih dan Arnis Puspitha R

**Latar belakang:** Demensia menjadi salah satu masalah kesehatan yang sering dialami lansia. Fenomena jumlah lansia yang mengalami demensia membuat lansia banyak membutuhkan ataupun bergantung pada orang lain terutama keluarga yang merupakan orang terdekat lansia.

**Tujuan penelitian:** Untuk mengidentifikasi gambaran serta karakteristik demografi pengetahuan keluarga lansia tentang demensia di kota Makassar

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain studi deskriptif menggunakan pendekatan cross sectional. Pengumpulan sampel menggunakan teknik purposive sampling dengan jumlah sampel sebanyak 384 orang. Alat ukur penelitian ini yaitu dementia knowledge assessment scale (DKAS)

**Hasil:** Hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea dan Puskesmas Kasi-kasi menunjukkan responden memiliki pengetahuan yang kurang 278 (72,4%) sedangkan karakteristik responden pada kategori usia yaitu remaja akhir dan dewasa akhir memiliki pengetahuan baik 36 (9,4%). Berdasarkan jenis kelamin perempuan memiliki pengetahuan kurang 235 (61,2%). Pada jenjang pendidikan perguruan tinggi memiliki pengetahuan kurang 143 (37,2%). Responden dengan jenis pekerjaan ibu rumah tangga memiliki pengetahuan yang kurang 109 (28,4%). Responden yang tidak berpenghasilan memiliki pengetahuan kurang 218 (56,8%). Responden yang tidak memiliki lansia dengan demensia memiliki pengetahuan kurang 199 (51,8%). Responden yang pernah berinteraksi dengan ODD memiliki pengetahuan kurang 156 (40,6%). Serta responden yang tidak pernah mendapat informasi memiliki pengetahuan kurang sebanyak 207 (53,9%).

**Kesimpulan dan saran:** Pengetahuan keluarga lansia tentang demensia di Kota Makassar yaitu memiliki pengetahuan yang kurang sebanyak (72,4%). Dengan berakhirnya penelitian ini dapat menjadikan pelayanan kesehatan untuk lebih memperhatikan hal-hal yang perlu diberikan dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan lebih tepat sasaran.

**Kata kunci:** pengetahuan, keluarga, lansia, demensia

**Sumber literatur:** 57 kepustakaan (2014-2023)



## ABSTRACT

Revi Agustina Kurniawati. R011191081. **FAMILY KNOWLEDGE OF THE ELDERLY ABOUT DEMENSIA IN MAKASSAR CITY**, supervised by Karmila Sarih and Arnis Puspitha R.

**Background:** Dementia is one of the health problems that is often experienced by the elderly. The phenomenon of the number of elderly people experiencing dementia makes the elderly need or depend on others, especially families who are the closest people to the elderly.

**Aim:** to identify the description and demographic characteristics of elderly family knowledge about dementia in Makassar city.

**Methods:** This research is a quantitative study with a descriptive study design using a cross sectional approach. Sample collection using purposive sampling technique with a total sample size of 384 people. The measuring instrument for this research is the dementia knowledge assessment scale (DKAS).

**Results:** The results of research conducted in the working area of Tamalanrea Health Center and Kasi-kasi Health Center showed that respondents had poor knowledge 278 (72.4%) while the characteristics of respondents in the age category, namely late adolescents and late adults, had good knowledge 36 (9.4%). Based on gender, women have less knowledge 235 (61.2%). At the college education level, 143 (37.2%) had poor knowledge. Respondents with the type of work of housewives have less knowledge 109 (28.4%). Respondents with no income had poor knowledge 218 (56.8%). Respondents who did not have elderly with dementia had insufficient knowledge 199 (51.8%). Respondents who had interacted with elderly people with dementia had insufficient knowledge 156 (40.6%). And respondents who have never received information have less knowledge as much as 207 (53.9%).

**Conclusions and suggestions:** The knowledge of elderly families about dementia in Makassar City is lacking knowledge as many as 278 (72.4%). With the end of this study, it can make health services pay more attention to things that need to be given in providing information so that the information provided is more targeted.

**Keywords:** knowledge, family, elderly, dementia

**Source of literature:** 57 literature (2014-2023)

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>B. Rumusan Masalah.....</b>	<b>5</b>
<b>C. Tujuan Penelitian .....</b>	<b>6</b>
<b>D. Kesesuaian Penelitian Dengan Roadmap Prodi.....</b>	<b>6</b>
<b>E. Manfaat Penelitian .....</b>	<b>7</b>
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
<b>A. Tinjauan Umum Tentang Lansia .....</b>	<b>8</b>
<b>B. Tinjauan Umum Tentang Demensia .....</b>	<b>10</b>
<b>C. Tinjauan Umum Tentang Keluarga .....</b>	<b>18</b>
<b>D. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan keluarga.....</b>	<b>21</b>
<b>E. Originalitas Penelitian .....</b>	<b>24</b>
<b>BAB III KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>27</b>
<b>A. Kerangka Konsep.....</b>	<b>27</b>
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>28</b>
<b>A. Rancangan Penelitian .....</b>	<b>28</b>
<b>B. Tempat Dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>28</b>
<b>C. Populasi dan Sampel.....</b>	<b>29</b>
<b>D. Variabel penelitian.....</b>	<b>31</b>
<b>E. Instrumen Penelitian.....</b>	<b>36</b>

<b>F. Pengumpulan Data.....</b>	<b>37</b>
<b>G. Pengelolaan Data.....</b>	<b>38</b>
<b>H. Analisa Data.....</b>	<b>39</b>
<b>I. Alur Penelitian.....</b>	<b>40</b>
<b>J. Prinsip Etika Penelitian.....</b>	<b>41</b>
<b>BAB V HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>42</b>
<b>A. Karakteristik Responden.....</b>	<b>42</b>
<b>B. Jawaban Atas Pertanyaan Penelitian.....</b>	<b>44</b>
<b>BAB VI PEMBAHASAN.....</b>	<b>51</b>
<b>A. Bahasan Temuan.....</b>	<b>51</b>
<b>B. Implikasi Dalam Praktik Keperawatan.....</b>	<b>62</b>
<b>C. Keterbatasan Penelitian.....</b>	<b>63</b>
<b>BAB VII PENUTUP.....</b>	<b>64</b>
<b>A. Kesimpulan.....</b>	<b>64</b>
<b>B. Saran.....</b>	<b>64</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>66</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>72</b>

## DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Kerangka konsep penelitian.....	27
Bagan 2. Alur penelitian .....	40

## DAFTAR TABEL

Tabel 1 Originalitas Penelitian.....	24
Tabel 2 Distribusi Frekuensi dan Persentase Karakteristik Responden di Wilayah Kerja puskesmas Kassi-Kassi Dan Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar (n=384) .....	43
Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga Lansia .....	45
Tabel 4. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga Lansia Tentang Demensia	46
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga Lansia Tentang Demensia	47
Tabel 6. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga Lansia Tentang Demensia di Kota Makassar Berdasarkan Karakteristik Responden (n=384) .....	49

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Dalam beberapa tahun terakhir jumlah lansia di Indonesia mengalami pertumbuhan yang signifikan. Menurut Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil) pada tahun 2021 terdapat 30,16 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia. Penduduk lansia adalah mereka yang berusia 60 tahun ke atas. Kelompok ini jumlahnya mencapai 11,01% dari total penduduk Indonesia yang berjumlah 273,88 juta jiwa. Kementerian Kesehatan memperkirakan pada tahun 2030 jumlah penduduk lansia akan semakin meningkat menjadi 42 juta jiwa (13,82%) dan akan semakin bertambah lagi menjadi 48,2 juta jiwa (13,82%) pada tahun 2035 (Databoks, 2022).

Jumlah lansia di kota Makassar berdasarkan hasil sensus penduduk 2020 dengan perkiraan usia kurang lebih berusia 75 tahun sebanyak 1,38% dan yang berusia 56 – 74 tahun sebanyak 10,68 % dan persentase jumlah lansia berusia 60 tahun keatas sebanyak 8,51 % dari total penduduk 1.423.877. Berdasarkan data dari Susenas 2021 terdapat delapan provinsi di Indonesia memasuki fase penduduk tua disebabkan persentase jumlah penduduk diatas sepuluh persen, dari delapan provinsi tersebut Sulawesi Selatan termasuk didalamnya dengan urutan ke 6 presentase lansia sebanyak 11,24 % (Statistik, 2021).

Lansia akan mengalami suatu proses yang disebut *aging proses* atau proses penuaan. Dalam proses ini lansia akan mengalami perubahan-perubahan dimana akan berdampak pada masalah kesehatan, salah satunya adalah penurunan fungsi kognitif yang dimana kelak akan menyebabkan terjadi penyakit demensia pada kelompok lansia (Putri, 2021). Kehilangan kemampuan fungsi kognitif menyebabkan manusia mengalami keterbatasan kemampuan dalam berinteraksi dengan lingkungannya (Retno S & Heru P, 2019).

Demensia menjadi salah satu masalah kesehatan yang sering dialami oleh lansia. *Alzheimer's Disease International* (2017) menyatakan bahwa Didunia jumlah lansia yang mengalami demensia saat ini diperkirakan mendekati 46,8 atau 50 juta, 20,9 juta di Asia Pasifik dan ada sekitar 10 juta kasus baru pada setiap tahunnya. Di Indonesia sendiri, diperkirakan ada sekitar 1.2 juta orang dengan demensia pada tahun 2016, yang akan meningkat menjadi 2 juta di 2030 dan 4 juta orang pada tahun 2050 (Alzheimer's, 2019).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar tahun 2023 bahwa lansia yang mengalami gangguan kognitif di kota Makassar pada tahun 2022 sebanyak 1.182 orang. Kasus dengan gangguan kognitif terbanyak di kota Makassar yaitu di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea sebanyak 151 kasus dan wilayah kerja Puskesmas Kasi-kasi sebanyak 191 kasus sehingga total keseluruhan lansia dengan gangguan kognitif di 2 Puskesmas tersebut sebanyak 342 kasus. Banyak lansia yang memiliki hambatan dan masalah kesehatan sehingga membutuhkan bantuan dan tergantung pada keluarga. Hambatan dan masalah

kesahatan yang sering dialami oleh lansia yaitu gangguan kognitif yang berhubungan dengan terjadinya demensia (Putri, 2021). Orang dengan demensia sering mengeluhkan adanya penurunan daya ingat, komunikasi, perubahan mood seperti depresi, perubahan perilaku dan kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. demensia akan menimbulkan dampak pada bidang sosial ekonomi seperti peningkatan biaya perawatan medis dan sosial (Pramana & Harahap, 2020). Dampak yang diakibatkan oleh demensia tidak hanya dialami oleh penderita namun akan berdampak pula pada keluarga yang merawat dimana akan menjadi stressor akibat adanya tekanan fisik, emosional dan keuangan dalam merawat penderita (Mulyani et al., 2019).

Demensia yang dialami lansia tidak hanya mempengaruhi dirinya sendiri melainkan dapat mempengaruhi orang-orang di sekitarnya terutama keluarga yang merawatnya. Dalam penelitian E. Kurniasih & Pradana (2019) dan Safitri & Pradana (2021) menunjukkan bahwa lansia dengan demensia membutuhkan peran penting dari keluarga, yang dimana hubungan pengetahuan keluarga tentang demensia sangatlah penting untuk perawatan yang berpusat pada keluarga serta memberikan pelatihan dan bimbingan. Dari hasil penelitian yang dilakukan Ahadi Pradana (2019) dengan menggunakan metode literatur review menunjukkan bahwa terdapat perasaan negatif pada keluarga jauh lebih besar dibanding perasaan positif keluarga, dimana dampak dari perasaan negatif pada keluarga anggota yang dirawat akan memunculkan beberapa perasaan negatif seperti depresi, isolasi, risiko mencederai diri, kekerasan kepada penderita demensia. Ketidapkahaman



dan ketidaktahuan anggota keluarga akan proses penyakit demensia dapat menjadi faktor penghambat dalam pemberian perawatan maksimal bagi penderita demensia.

Dukungan keluarga memegang peran penting dalam mengatasi masalah lansia dimana keluarga adalah orang terdekat hubungannya dengan lansia (Fadhli & Sari, 2022). Dukungan keluarga pada lansia demensia meliputi dukungan informasional seperti memberikan atau membantu lansia mendapatkan informasi tentang demensia dan pengobatannya, mendampingi lansia ke posbindu untuk mendapatkan penyuluhan dan lain sebagainya (U. Kurniasih et al., 2021). Dalam memberikan dukungan dan merawat lansia membutuhkan peningkatan pengetahuan kesehatan untuk mengetahui kondisi kesehatan yang akan dialami oleh lansia yang mana hal ini akan mendukung dalam perawatan lansia dan peningkatan kualitas hidup lansia itu sendiri.

Pengetahuan keluarga mengenai masalah kesehatan sangat berdampak besar dalam peningkatan kualitas hidup lansia. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Mulyani et al. (2021) tentang pengetahuan dan sikap terhadap orang dengan demensia pada masyarakat umum di Yogyakarta menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang demensia lebih rendah dimana pertanyaan dapat dijawab dengan benar oleh responden sebanyak 45% serta sebagian besar responden rata-rata berada pada skor 17 (18,6%).

Berdasarkan beberapa penelitian diatas yang berkaitan dengan pengetahuan demensia. Meskipun banyak sektor yang terlibat dalam masalah kesehatan, keluarga adalah kunci dalam memberikan perawatan sehingga Pentingnya pengetahuan dalam merawat anggota keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik. Oleh karena itu, peneliti sangat tertarik untuk mengetahui bagaimana “Gambaran pengetahuan keluarga lansia tentang demensia di kota Makassar”. Penelitian akan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea dan wilayah kerja Puskesmas Kasi-kasi dengan pertimbangan yaitu kedua lokasi tersebut memiliki jumlah lansia dengan gangguan kognitif terbanyak di kota Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Fenomena dari jumlah lansia di Indonesia serta jumlah lansia yang mengalami demensia membuat lansia banyak membutuhkan atau bergantung pada orang lain terutama keluarga yang merupakan orang terdekat lansia. Lansia dengan ketergantungan kepada keluarga banyak disebabkan oleh demensia. Penyakit penyerta tersebut dapat mempengaruhi kegiatan aktivitas sehari-hari lansia. Salah satu fakta dari budaya di Indonesia yaitu di mana lansia masih banyak yang dirawat sendiri oleh keluarga. Namun, dalam merawat lansia membutuhkan peningkatan pengetahuan kesehatan atau literasi kesehatan untuk mengetahui kondisi kesehatan yang akan dan atau sedang dialami oleh lansia yang mana hal ini akan mendukung dalam perawatan lansia dan peningkatan kualitas hidup lansia itu sendiri. Dengan

demikian rumusan masalah dari penelitian ini adalah bagaimana gambaran tingkat pengetahuan keluarga lansia tentang demensia di kota Makassar?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Dari penelitian ini diharapkan dapat diketahui gambaran pengetahuan keluarga lansia tentang demensia di Kota Makassar

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Diketuinya gambaran tingkat pengetahuan keluarga lansia tentang demensia di kota Makassar
- b. Teridentifikasinya gambaran pengetahuan keluarga lansia tentang demensia di kota Makassar berdasarkan karakteristik responden

### **D. Kesesuaian Penelitian Dengan Roadmap Prodi**

Penelitian ini berjudul “Gambaran pengetahuan keluarga lansia tentang demensia di kota Makassar” berdasarkan RoadMap penelitian program studi ilmu keperawatan, maka penelitian ini sesuai dengan domain 2 yaitu: optimalisasi pengembangan insani melalui pendekatan dan upaya **promotif, preventif**, kuratif dan rehabilitas pada individu, **keluarga**, kelompok dan **masyarakat**.

## **E. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Bermanfaat memberikan tambahan informasi pengetahuan mengenai tingkat pengetahuan keluarga lansia tentang demensia.

### **2. Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Institusi**

Sebagai sumber perpustakaan atau referensi dan bahan dokumentasi ilmiah dalam pengembangan ilmu pengetahuan dalam keperawatan komunitas, keluarga dan gerontik terkait gambaran tingkat pengetahuan keluarga lansia tentang demensia.

#### **b. Bagi Responden**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi responden mengenai demensia pada lansia.

#### **c. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi gambaran bagaimana tingkat pengetahuan keluarga tentang demensia, serta menjadi acuan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan tema yang sama.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Lansia**

##### **1. Definisi Lansia**

Usia lanjut atau lansia dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Berdasarkan pada Undang-undang pasal 1 ayat (2), (3), (4) No. 13 Tahun 1998 tentang kesehatan mengatakan usia lanjut adalah seseorang yang usianya telah mencapai lebih dari 60 tahun Maryam et al., 2008 dalam (sya'diah 2018). Menurut Pudjiastuti (2003) dalam Muhith (2016) mendefinisikan lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia telah mengalami proses penuaan dengan ditandai terjadinya penurunan pada fungsi organ pada tubuh diakibatkan oleh berkurangnya jumlah dan kemampuan sel tubuh sehingga lansia mudah dan sering mengalami berbagai masalah kesehatan.

##### **2. Perubahan yang terjadi pada lansia**

###### **a. Perubahan Fisik**

Lansia akan mengalami banyak perubahan pada fisiknya yang dapat mempengaruhi pada kesehatannya. Perubahan-perubahan fisiologis Menurut muhith (2016) yang dialami lansia berupa terjadi penurunan hubungan antara persarafan dan lambat dalam merespon,

menurunnya kepekaan dalam pendengaran terutama pada bunyi suara, sulit mengerti kata- kata, 50 % terjadi pada usia diatas 65. Pada penglihatannya lansia akan mengalami penurunan lapang pandang yang menghambatnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. lansia juga akan kehilangan gigi, rasa lapar menurun, sensitifitas indra pengecap menurun dan menurunnya kepekaan terhadap rasa manis dan asin. paru-paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat menyebabkan nafas berat, kedalaman nafas menurun.

Pada sistem lain lansia juga mengalami perubahan seperti:

- 1) Sistem genitourinari: Terjadi atrofi ginjal, otot – otot pada vesika urinari melemah dan kapasitasnya menurun sampai 200 cc, pembesaran prostat 75 % dialami oleh pria diatas 55 tahun, frekuensi berkemih meningkat, pada wanita sering terjadi atrofi vulva
- 2) Sistem endokrin: hampir semua produksi hormon pada sistem endokrin menurun, penurunan sekresi hormon pada kelamin menurun (progesteron, estrogen dan testosteron)
- 3) Sistem integumen: munculnya keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis, kuku menjadi keras dan rapuh
- 4) Sistem muskuloskeletal: tulang kehilangan densitasnya dan makin rapuh menjadi kiposis, tendon mengkerut dann atrofi serabut erabit

oto sehingga lansia menjadi lamban bergerak, otot kram, dan tremor (Sunaryo et al., 2016).

#### **b. Perubahan Psikologis**

Perubahan yang berkaitan dengan usia telah dilaporkan adalah identitas peran gender. Dengan bertambahnya usia, laki-laki dan perempuan tampaknya menjadi lebih serupa dalam hal nilai-nilai dan gaya kepribadian (Sunaryo et al., 2016). Penelitian di sejumlah budaya yang berbeda telah menemukan bahwa laki-laki cenderung menjadi lebih memelihara, ekspresif dan mencari kelompok saat mereka tumbuh dewasa dan menua, sedangkan perempuan cenderung menjadi lebih berperan penting dan berorientasi pada hasil kerja. Perubahan psikologis pada lansia meliputi short term memory, frustrasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi dan kecemasan (Primasari, 2018).

### **B. Tinjauan Umum Tentang Demensia**

#### **1. Definisi Demensia**

Demensia adalah sindrom neurodegeneratif yang timbul karena adanya kelainan yang bersifat kronis dan progresif disertai dengan penurunan fungsi kognitif. Gangguan fungsi kognitif biasanya disertai dengan perburukan kontrol emosi, perilaku dan motivasi. Demensia merupakan gabungan dua atau lebih jenis demensia (Barker & board, 2019).

Demensia saat ini merupakan penyebab kematian ketujuh di antara semua penyakit dan salah satu penyebab utama kecacatan dan ketergantungan di antara orang lanjut usia di seluruh dunia. Demensia memiliki dampak fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, tidak hanya bagi orang yang hidup dengan demensia, tetapi juga bagi pengasuh, keluarga, dan masyarakat pada umumnya (Lintina et al., 2022).

## **2. Faktor- Faktor Penyebab Demensia**

Demensia dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dikategorikan, menjadi dua yaitu faktor yang dapat di modifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Yang termasuk faktor yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia, jenis kelamin, genetik, dan riwayat penyakit keluarga, disabilitas intelektual dan sindroma down. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi diantaranya hipertensi, penggunaan alkohol, asam folat dan vitamin B, aktivitas fisik, dukungan keluarga, dan pola hidup sehat (U. Kurniasih et al., 2021) dan (Marsiadi, 2016). Faktor – faktor ini akan sangat mempengaruhi kemampuan aktivitas fisik lansia dalam aktivitas sehari – hari.



### **3. Klasifikasi Demensia**

#### **a. Demensia tipe alzheimer**

Sekitar 50 – 60 % penderita demensia mengalami demensia tipe ini. Demensia tipe ini memiliki tanda dan gejala yaitu terjadi penurunan fungsi kognitif secara bertahap dan progresif, daya ingat terganggu biasanya ditemukan adanya afasia, apraksia, agnosia, dan gangguan fungsi eksekutif (Alzheimer's, 2019). Penderita juga mengalami kesulitan dalam mengingat informasi baru ataupun bahkan tidak mampu mempelajari hal-hal baru. Adanya perubahan kepribadian seperti sering merasa curiga, depresi dan kehilangan inisiatif (Sya'diyah, 2018).

#### **b. Demensia vaskuler**

Demensia vaskuler merupakan demensia kedua yang paling sering terjadi pada lansia. Demensia tipe ini disebabkan adanya penurunan fungsi kognitif seperti alzheimer, namun terdapat tanda dan gejala neurologis fokal seperti peningkatan refleks tendon dalam, respon tar eksensor, palsei pseudobulbar, kelainan gaya berjalan, kelemahan anggota gerak (Sya'diah, 2018).

Pencegahan demensia tipe ini dapat dilakukan dengan menurunkan faktor risiko misalnya hipertensi, diabetes melitus, merokok, aritmia dan konsumsi alkohol. Demensia vaskular biasanya dapat dibedakan dengan demensia alzheimer dengan penyertanya dan perburukan penyakit serebrovaskular selama satu periode waktu

(Barker & Board, 2019). Namun, perburukan yang jelas dan bertahap mungkin tidak ditemukan pada semua kasus.

**c. Demensia Lewy Body**

Demensia dengan *lewy body* berada urutan ketiga setelah demensia vascular dan alzheimer. Demensia *lewy body* adalah penyakit yang berhubungan dengan penumpukan protein yaitu alpha- synuclein pada otak (Verma et al., 2018). Penumpukan protein ini akan mempengaruhi cairan yang pada otak sehingga akan ada perubahan yang menyebabkan permasalahan pada proses berfikir, bergerak, perilaku, dan sikap. Faktor risiko terjadinya demensia *lewy body* banyak disebabkan oleh faktor usia, riwayat keluarga atau genetik, penyakit yang diderita dan gaya hidup (Pratiwi et al., 2019). Orang yang memiliki anggota dengan demensia *lewy body* meningkatkan risiko terjadinya meskipun dengan hubungan genetic yang jauh atau kecil.

**d. Demensia Frontemporal**

Frontotemporal mengacu pada sekelompok gangguan yang menyebabkan hilangnya sel saraf secara progresif di lobus frontal dan temporal otak (Barker & board, 2019). Kerusakan sel saraf menyebabkan hilangnya fungsi di daerah otak ini, yang dapat menyebabkan penurunan perilaku dan kepribadian, gangguan bahasa atau perubahan fungsi otot dan motorik. Faktor risiko penyebab

demensia frontemporal ini sebagian besar penderitanya diakibatkan dari riwayat keluarga (Alzheimer's Association, 2023).

Perubahan otak yang menyebabkan demensia mungkin bersifat sementara, tetapi paling sering bersifat permanen dan memburuk, menyebabkan peningkatan kecacatan. Demensia dikategorikan menjadi 3 yaitu *Behavioral variant frontotemporal dementia* (bvFTD) atau demensia frontemporal varian perilaku merupakan gangguan yang paling umum, dapat menyebabkan perubahan kepribadian, perilaku, emosi dan penilaian. Afasia progresif primer (PPA) gangguan yang menyebabkan pada perubahan dalam kemampuan berkomunikasi seperti berbicara, membaca, menulis dan memahami perkataan orang lain. Penyakit ini juga menyebabkan gangguan pada gangguan gerak jika bagian otak yang mengontrol otak terpengaruh (Alzheimer's Association, 2023).

#### **4. Tanda Dan Gejala Demensia**

Menurut *alzheimer association* dalam (Masriadi, 2016) memaparkan bahwa terdapat sepuluh tanda dalam mendeteksi dini yaitu diantaranya:

- a. Kehilangan memori yang mengganggu aktivitas sehari-hari. penderita akan mudah melupakan informasi yang baru dipelajari, tidak mampu mengingat jadwal dan peristiwa penting, bertanya berulang kali tentang hal sama dan tidak mampu mengikuti petunjuk

- b. Kesulitan dalam berencana dan memecahkan masalah. Pada beberapa akan menunjukkan gejala kemunduran kemampuan dalam mengikuti rencana dan akan mengalami kesulitan dalam hal berkonsentrasi dan mengerjakan pekerjaan yang sebelumnya dikerjakan.
- c. Kesulitan dalam menyelesaikan tugas, pekerjaan dan aktivitas familiar. Tanda perilaku ini adalah kesulitan dalam beraktivitas yang membutuhkan langkah berurutan atau bermasalah saat menuju suatu tempat yang akrab dalam keseharian.
- d. Disorientasi waktu dan tempat. Penderita biasanya mengalami kebingungan pada jadwal yang biasa dilakukan. Kadang pula lupa hendak melakukan apa dan dimana untuk mendapatkan sesuatu. Sering melupakan percakapan, janji atau suatu peristiwa dan akan mengingatnya di kemudian hari.
- e. Kesulitan dalam memahami gambaran visual dan ruang. Penderita akan kesulitan dalam membaca, menentukan warna dan tidak mampu menilai sebuah bentuk
- f. Bermasalah dengan kata dalam berbicara dan menulis. Orang dengan penyakit ini mungkin akan mengalami masalah dalam berkomunikasi. Saat berbicara, penderita akan tiba-tiba berhenti ditengah-tengah dan tidak memiliki ide untuk melanjutkan pembicaraan. Penderita akan kesulitan dalam menemukan kata-kata yang tepat atau sering menggunakan kata yang tidak semestinya.

- g. Salah dalam menempatkan benda. Penderita akan merasa kehilangan dan tidak mampu mengulangi atau mengingat apa yang baru saja dilakukan yang mengakibatkan penderita kadang menuduh orang lain mencuri atau mengambil barangnya.
- h. Lemah dalam mengambil keputusan. Penderita biasanya lemah dalam membuat keputusan yang berhubungan dengan keuangan, tidak membayar tagihan tepat waktu, memberi lebih banyak uang kepada kesir jauh dari seharusnya atau membeli barang yang tidak dibutuhkan.
- i. Menarik diri dari pekerjaan atau aktivitas sosial. Gejala lain yang ditunjukkan berupa menarik diri dari lingkungan kerja, aktivitas sosial, tidak berminat pada hobi atau olahraga kegemaran.
- j. Perubahan mood, perilaku dan kepribadian. Penderita akan menjadi kebingungan, mudah curiga, depresi, ketakutan atau gelisah. Penderita akan mudah merasa kecewa dengan keadaan rumah, tempat kerja, teman-teman dan tempat yang dulunya disenangi.

## **5. Pemeriksaan Demensia**

Demensia dapat didekteksi dengan pemeriksaan fungsi kognitif diantaranya *Abbreviated Mental Test*, *Short Blessed Test*, *Clock Drawing Test (CDT)*, kuesioner aktivitas harian/ *Activity Daily Living* dan skrining kepada *caregiver*/ keluarga pasien dengan menggunakan kuesioner Ina-AD8. Pemeriksaan ini diutamakan pada penderita lanjut usia yang mengalami penurunan fungsi kognitif, kemampuan berfikir dan

kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (Anam, 2022). Alat skrining kognitif lain yang digunakan yaitu pemeriksaan status mental mini atau *mini – mental state examination* (MMSE). Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui kemampuan orientasi, registrasi, perhatian, daya ingat, kemampuan bahasa dan berhitung.

## **6. Pencegahan Demensia**

Pencegahan demensia terbagi menjadi dua kelompok yaitu pencegahan yang dapat dilakukan oleh diri sendiri dan yang dapat dilakukan dengan bantuan orang lain. Pencegahan yang dapat dilakukan dengan diri sendiri diantaranya terapi kenangan, latihan fisik seperti olahraga, latihan berhitung, latihan fungsi otak dengan berbicara-bincang dengan kerabat atau orang sekitar dan menerapkan atau mengembangkan keterampilan yang dimiliki (U. Kurniasih et al., 2021). Sedangkan dengan bantuan orang lain yaitu mengajak saat menyimpan barang ke tempat semula dan menganjurkan mengambil barang sendiri, membantu dan mengajak bersosialisasi dan menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, memberikan bantuan dalam farmakologi atau antioksidan, berkonsultasi pada dokter dan tim medis serta menyeimbangkan konsumsi makanan bergizi (Sahar et al., 2019).

## **C. Tinjauan Umum Tentang Keluarga**

### **1. Definisi keluarga**

Menurut Johnson (1992) dalam Mertajaya et al., (2019) mendefinisikan Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terkait dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, yang mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan orang yang lainnya. Keluarga merupakan salah unit sosial terkecil dalam masyarakat. Dimana keluarga menjadi tempat pertama dan utama dalam memulai kehidupan dan berinteraksi dengan antara satu dengan lainnya. Dimana didalam keluarga setiap anggotanya memiliki tugas dan fungsinya masing-masing, dan setiap anggota tersebut melaksanakan tugas dan fungsinya tersebut untuk mencapai tujuan bersama. Menurut national center for statistics (1990) Mertajaya et al., (2019) mendefinisikan keluarga merupakan kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang berhubungan dengan kelahiran, perkawinan, atau adopsi dan tinggal bersama dalam satu rumah.

Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan ataupun adopsi. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika berpisah saling memperhatikan satu sama lain. anggota keluarga saling berinteraksi satu sama lain dan mempunyai peran sosial masing masing

seperti suami, istri, adik, kakak, nenek, kakek, ayah dan ibu dan anak.

Mempunyai tujuan, menciptakan dan mempertahankan budaya.

## **2. Fungsi keluarga**

Menurut Friedman (1986) dalam Mertajaya et al., (2019) menyatakan bahwa fungsi dalam keluarga merupakan apa yang dikerjakan dalam keluarga sedangkan fungsi keluarga meliputi proses yang digunakan dalam keluarga untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Proses ini meliputi komunikasi antar anggota keluarga, tujuan, pemecahan konflik, pemeliharaan, dan penggunaan sumber internal dan eksternal.

Dalam perkembangannya fungsi keluarga menurut Friedman (1992) dalam Mertajaya et al., (2019) dikelompokkan menjadi 5 yaitu :

- a. Fungsi afektif dan koping: keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stres.
- b. Fungsi sosialisasi: keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping; memberikan feedback; dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.
- c. Fungsi reproduksi: keluarga melahirkan anaknya
- d. Fungsi ekonomi: keluarga memberikan financial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat.



- e. Fungsi fisik: keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

### **3. Peran Keluarga**

Peran keluarga merupakan perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu pada suatu posisi atau kondisi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari dengan harapan dan pola perilaku pada keluarga, kelompok dan masyarakat. Peran keluarga dalam meningkatkan dan menjaga kualitas hidup lansia yaitu dengan merubah perilaku lansia kearah perilaku hidup bersih dan sehat, memperbaiki lingkungan baik fisik, sosial dan ekonomi serta mengusahakan pelayanan kesehatan bagi lansia. Peran keluarga menurut friedman 1998 yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, melakukan perawatan, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat dan mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat (Fadhlia & Sari, 2022).

### **4. Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan Andarmoyo (2012) dalam Kurniasih et al., (2021). Keluarga secara konstan berhadapan dengan perlunya mengubah persepsi

dan hidup mereka terhadap lansia, dorongan untuk perubahan dapat datang dari dalam maupun dari luar. strategi dan proses dukungan keluarga berfungsi sebagai proses dan mekanisme yang bermakna besar dimana melalui proses dan mekanisme fungsi keluarga menjadi nyata. Tanpa dukungan keluarga yang efektif, fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dukungan keluarga tidak dapat dicapai secara adekuat.

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan keluarga**

##### **1. Definisi pengetahuan**

Dalam kamus besar bahasa indonesia pengetahuan berasal dari kata “tahu” yang memiliki arti lain yaitu mengerti setelah melihat (menyaksikan, mengalami dan sebagainya) mengenal dan mengerti. Mubarak (2011) dalam Darsini et al., (2019) mendefinisikan bahwa pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berdasarkan pengalaman manusia itu sendiri dan pengetahuan akan bertambah sesuai dengan proses pengalaman yang dialaminya.

Menurut Darsini et al., (2019) Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka pengetahuan orang tersebut akan semakin luas. Akan tetapi, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan

menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap positif terhadap objek tertentu.

## **2. Pengetahuan Keluarga Tentang Demensia**

Pengetahuan merupakan hal penting dalam upaya pencegahan demensia. Demensia masih menjadi hal yang sangat asing bagi masyarakat. Masih banyak masyarakat yang menganggap bahwa demensia adalah hal yang normal yang dialami oleh lansia. Dari penelitian Ahadi Pradana (2019) menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan demensia yang rendah mengarahkan pada sikap negatif yang dimana akan berdampak pada keluarga anggota yang dirawat akan memunculkan beberapa perasaan negatif seperti depresi, isolasi, risiko mencederai diri, kekerasan kepada penderita demensia. Pemahaman tentang demensia yang kurang dapat menghambat dalam pencegahan, deteksi dan pengobatan demensia (WHO, 2018).

## **3. Pengukuran Pengetahuan demensia**

Alat ukur yang dapat digunakan dalam pengukuran pengetahuan demensia yaitu kuesioner *demensia knowledge assessment scale* (DKAS) yang dikembangkan oleh Annear *et.al* (2014) dan kuesioner ini telah di terjemahkan kedalam bahasa Indonesia dan telah dilakukan uji reliabilitas oleh (Mulyani et al., 2021) yang memiliki reliabilitas yang baik dengan Cronbach's alpha = 0,674. Kuesioner DKAS ini terdiri dari 25 item pertanyaan dengan rentang skor maksimal 50 dan skor minimal 0.

Kuesioner ini memiliki pilihan jawaban salah, mungkin salah, mungkin benar, benar dan tidak tahu.

## E. Originalitas Penelitian

Tabel 1 Originalitas Penelitian

No	Author, Tahun, Judul Penelitian, Negara	Tujuan Penelitian	Metode	Sampel/Partisipan	Hasil
1.	<p><b>Nama penulis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sri mulyani</li> <li>• Eria riski artanti</li> <li>• Azam david syaifullah</li> </ul> <p><b>Tahun:</b> 2019</p> <p><b>Judul penelitian:</b></p> <p>Knowledge and attitudes towards people with demensia among general population in Yogyakarta</p>	<p>Untuk mengetahui pengetahuan dan sikap terhadap penderita demensia pada masyarakat umum di Yogyakarta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan <i>cross sectional</i> dengan teknik survey kuesioner.</li> <li>• Alat pengumpulan data kuesioner demografi, <i>Alzheimer's Disease Knowledge Scale</i> (ADKS), dan <i>Bryan's Dementia Attitudes Scale</i> (BDAS)</li> </ul>	<p>Sampel dari penelitian ini adalah 210 orang dari seluruh masyarakat Yogyakarta yang menghadiri seminar gratis tentang demensia yang diadakan Alzheimer Indonesia di Yogyakarta dan mengisi kuesioner.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separuh dari pertanyaan ADKS dapat dijawab dengan benar oleh lebih dari empat puluh lima persen dengan niali rata-rata berada pada skor 17</li> <li>• Skor penilaian pada BDAS pada penelitian ini menunjukkan sikap umum populasi terhadap pasien demensia pesimis dengan rata-rata sikap 11,31, namun nilai rata-rata optimisme adalah 10,56 yang nilainya tidak berbeda jauh dengan hasil antara optimism dengan pesimis.</li> </ul>

	<b>Negara:</b> Indonesia				
2.	<b>Nama Penulis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Merry Olvia</li> <li>Heny Suseani</li> <li>Christantie Effendy</li> </ul> <b>Tahun : 2018</b> <b>Judul Penelitian :</b> Gambaran Pengetahuan <i>Family Caregiver</i> dalam Merawat Pasien Demensia <b>Negara:</b> <b>Indoneia</b>	Untuk mengetahui Gambaran Pengetahuan <i>Family Caregiver</i> dalam Merawat Pasien Demensia	<ul style="list-style-type: none"> <li>penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif non eksperimental dengan menggunakan rancangan cross sectional.</li> <li>Alat pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner <i>Dementia Knowledge Assesment Scale</i> (DKAS)</li> </ul>	Sampel dari penelitian ini terdiri dari 53 <i>family caregiver</i> pasien demensia yang tercatat klinik memori RSUP Dr.Sardjito pada bulan Mei 2018.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengetahuan <i>family caregiver</i> pasien demensia rata-rata adalah 23.25 dari skor total maksimal 50.</li> <li>Rata-rata skor pengetahuan family caregiver tentang demensia tertinggi adalah pada domain 3 Care consideration (rata-rata 8.17±2.64) dan terendah pada domain 2 Communication and behaviour (rata-rata 4.19±1.82).</li> </ul>
3.	<b>Nama Penulis:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nurul Hidayah</li> <li>Almira Rahmatika</li> </ul> <b>Tahun: 2021</b> <b>Judul Penelitian:</b> Sidemen: Pemberdayaan Kader Posyandu	bertujuan untuk memberdayakan kader posyandu lansia dalam pencegahan demensia melalui kelas edukasi yang dilakukan secara daring.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelaksanaan edukasi dilakukan secara daring melalui metode ceramah dan tanya jawab, media yang digunakan adalah YouTube dan Grup WhatsApp.</li> <li>Kemudian mengisi pre test dan post test</li> </ul>	Peserta yang tergabung dalam grup WhatsApp sebanyak 130 orang, 90 peserta mengisi <i>pre test</i> dan hanya 58 peserta yang mengisi <i>post test</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terdapat peningkatan skor pengetahuan sebelum dan sesudah program edukasi</li> <li>Responden mendapat nilai rata-rata <i>pre test</i> 26,26 dan <i>post test</i> 32.31</li> </ul>

	Lansia Dalam Pencegahan Demensia <b>Negara: Indoneia</b>		dengan kuesioner DKAS.		
4.	<b>Nama Penulis:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sri Mulyani</li> <li>• Azam Daud Saifullah</li> </ul> <b>Tahun: 2021</b> <b>Judul Penelitian:</b> Effect of Dementia Training on Knowledge and Attitude Among Long-Term Care Staff in Yogyakarta, Indonesia <b>Negara: Indoneia</b>	Mengetahui pengaruh pelatihan keterampilan perawatan demensia terhadap pengetahuan dan sikap tentang demensia pada staf perawatan jangka panjang di Yogyakarta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penelitian pra-eksperimental ini dilakukan dengan menggunakan metode one-group pre-test dan post-test.</li> <li>• Alat pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner <i>dementia knowledge assessment scale</i> (DKAS) dan kuesioner <i>dementia attitude scale</i> (DAS).</li> </ul>	Partisipan yang berpartisipasi pada penelitian ini yaitu 30 anggota staff di perawatan jangka panjang di Yogyakarta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan staf tentang demensia (<math>t = 4,78</math>, <math>p = 0,000</math>) dan sikap terhadap penderita demensia (<math>t = 3,27</math>, <math>p = 0,003</math>) meningkat secara signifikan setelah pelatihan demensia yang diberikan oleh pelatih Alzheimer Indonesia</li> </ul>