

**SKRIPSI**

**PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PADA LANSIA PENDERITA  
*DEMENTIA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TURIKALE  
KABUPATEN MAROS**

**FILZAWATI SINDANGAN**

**K011171539**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2023**

**SKRIPSI**

**PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PADA LANSIA PENDERITA  
*DEMENTIA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TURIKALE  
KABUPATEN MAROS**

**FILZAWATI SINDANGAN**

**K011171539**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2023**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PADA LANSIA PENDERITA  
*DEMENTIA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TURIKALE KABUPATEN  
MAROS TAHUN 2022

Disusun dan diajukan oleh


FILZAWATI SINDANGAN  
K011171539

Telah dipertahankan di hadapan panitia ujian yang dibentuk dalam rangka  
Penyelesaian studi program sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin  
pada tanggal 16 Februari 2023  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

  
Sudirman Nasir, S.Ked., MWH., Ph.D  
Nip. 19731231 200801 1 037

  
Muh. Arsyad Rahman, SKM., M.Kes  
Nip. 19700418 199412 1 002

Ketua Program Studi,

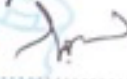


  
Dr. Hasnawati Amqam, SKM., M.Sc.  
Nip. 19760418 200501 2 001


## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Kamis Tanggal 16 Februari 2023.

Ketua : **Sudirman Nasir, S.Ked., MWH., Ph.D** (.....) 

Sekretaris : **Muh. Arsyad Rahman, SKM., M.Kes** (.....) 

Anggota :

1. **Prof. Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS** (.....) 

2. **Nurmala Sari, SKM, M.Kes, MA** (.....) 

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Filzawati Sindangan  
NIM : K011171539  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
HP : 085349539898  
Email : filzawatisindangan@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul artikel "Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia Penderita *Dementia* di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros" benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, April 2023

  
Filzawati Sindangan

## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku  
Makassar, March 2023

**Filzawati Sindangan**

**“Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia Penderita *Dementia* di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros”**

**(xiii + 105 Halaman + 40 lampiran)**

*Dementia* merupakan penyakit multifaktorial yang disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan. Muncul sebagai pandemi di masyarakat kalangan lansia. Kesalahpahaman tentang penyebab *dementia* dan ketakutan dicap sebagai penderita dapat menyebabkan penderita diperlakukan dengan buruk. Stigma masyarakat juga dapat menyebabkan kualitas perawatan dan diagnosis *dementia* yang lebih rendah. Perilaku pencarian pengobatan merupakan salah satu penentu dalam menerima perawatan yang tepat dan keterlambatan dalam diagnosis. Dengan diketahuinya status *dementia* pada lansia di masyarakat dapat digunakan sebagai dasar dalam mengembangkan program yang berhubungan dengan intervensi *dementia* lansia di masyarakat.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi kejadian Perilaku Pencarian Pengobatan *Dementia* Berdasarkan data dan permasalahan maka penelitian ini dilakukan karena biasanya penderita dengan gejala klinis awal tidak segera dibawa ke dokter hingga akhirnya proses penyakit sudah sangat terlambat. Selain itu penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui seperti apa faktor yang dapat mendorong dalam mengakses pelayanan kesehatan, perawatan yang didapat, dan hambatan yang dialami.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Penentuan informan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dalam penelitian dilakukan dengan wawancara teknik *door to door* untuk mencari data, dilakukan dengan berinteraksi secara simbolik dengan informan yang diteliti. Hasil penelitian ini dianalisis dengan melakukan *thematic analysis* atau analisis tematik. Informasi yang terkumpul dari

informan dibandingkan satu sama lain untuk mengklasifikasikan tema-tema umum. Selanjutnya tema umum diberi kode kemudian dikategorikan berdasarkan pertanyaan penelitian untuk menyusun kesimpulan dan data disajikan dalam bentuk tabel, diagram, narasi.

Adapun hasil yang didapatkan berdasarkan realitas terhadap wawancara yang dilakukan ialah mayoritas informan tidak melakukan pengobatan, cenderung menerima kondisi lansia dan hanya menerima pemeriksaan *home care* yang dilakukan puskesmas. Tantangan yang ditemukan pada petugas Kesehatan dalam memberikan pelayanan yakni kurang SDM dan anggaran. Selain itu pendamping memiliki banyak tekanan dan dampak emosional hambatan dalam mengakses pengobatan yakni tidak memiliki pengetahuan yang cukup dan permasalahan ekonomi.

**Jumlah Pustaka : 61**

**Kata Kunci : Perilaku Pencarian Pengobatan, *Dementia*, Lansia**

## **SUMMARY**

**Hasanuddin University  
Public Health Faculty  
Health Promotion and Science Behavior  
Makassar, March 2023**

**Filzawati Sindangan**  
**“Health Seeking Behavior among Elderly Dementia in the Turikale Health Center Area, Maros”**  
**(xiii + 105 pages + 40 attachment)**

*Dementia is a multifactorial disease caused by genetic and environmental factors, appearing as a pandemic in the community among the elderly. Misconceptions about the causes of dementia and fear of being labeled as a sufferer can lead to poorly treated sufferers. Community stigma can also lead to lower quality of care and diagnosis of dementia. Health seeking behavior is one of the determinants of receiving appropriate treatment and delays in diagnosis. Knowing the dementia status of the elderly in the community can be used to develop programs related to elderly dementia interventions.*

*This study aims to explore the incidence of Dementia Health Seeking Behavior. Based on the data and problems. This research was conducted because patients with early clinical symptoms are usually only immediately taken to the doctor once the disease process is too late. In addition, this study also aims to find out what factors can encourage access to health services, care received, and obstacles experienced.*

*This study used a qualitative research method with a case study design. Informants in this study determined to use a purposive sampling technique. Data collection in the study was carried out using door-to-door technical interviews to find data, carried out by interacting symbolically with the informants studied. The results of this study were analyzed by conducting thematic analysis or thematic analysis. Information collected from informants is compared with one another to classify common themes. Furthermore, the general themes are coded and then categorized based on research questions to conclude, and data are presented in tables, diagrams, and narratives.*



*The results obtained based on the reality of the interviews conducted were that the majority of informants did not take medication, tended to accept the condition of the elderly, and only received home care checks undertaken by the public health center. Health workers' lack of human resources and budget is challenging to provide services. In addition, companions have a lot of pressure and emotional impact on barriers to accessing treatment, namely, insufficient knowledge and economic problems.*

***Number of References: 61***

***Keywords: Health seeking behavior, Dementia, Elderly***

## KATA PENGANTAR

*Bismillah*

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan saya sebagai penulis kemudahan sehingga saya sebagai penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Tanpa pertolongan-Nya tentunya penulis tidak akan sanggup untuk menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Shalawat serta salam semoga terlimpah curahkan kepada baginda tercinta kita yaitu Nabi Muhammad SAW yang kita nanti nantikan syafa'atnya di akhirat nanti.

Penulis mengucapkan syukur kepada Allah SWT atas limpahan nikmat sehat-Nya, baik itu berupa sehat fisik maupun akal pikiran, sehingga penulis mampu untuk menyelesaikan pembuatan skripsi sebagai persyaratan untuk ujian sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.

Penulis tentu menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dan masih banyak terdapat kesalahan serta kekurangan di dalamnya. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik serta saran dari pembaca untuk skripsi ini, supaya skripsi ini nantinya dapat menjadi skripsi yang lebih baik lagi. Demikian, dan apabila terdapat banyak kesalahan pada skripsi ini penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya.

Dalam penyelesaian Tugas Akhir ini, penulis sepenuhnya menyadari bahwa tulisan ini tidak akan selesai tanpa pihak-pihak yang telah ikhlas membantu baik serta memberikan dukungan yang tiada henti hentinya kepada penulis sehingga tugas akhir ini dapat diselesaikan. Terima kasih sebesar-besarnya kepada segenap pribadi dan berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam proses penyelesaian skripsi, antara lain:

1. Kedua Orang Tua Penulis. Ayah saya **Baba Sindangan**, Ibu saya **Sitti Rabiah** yang telah tulus ikhlas memberikan kasih sayang, cinta, doa, perhatian, dukungan moral dan materi yang telah diberikan selama ini. Terima kasih telah meluangkan segenap waktunya untuk mengasuh, mendidik, membimbing, dan mengiringi perjalanan hidup penulis dibarengi alunan doa yang tiada henti agar penulis sukses dalam menggapai cita-cita.
2. Saudara-saudara penulis. Kakak saya Muhammad Fadhlán Sindangan terima kasih atas perhatian, kasih sayang, canda tawa dan yang telah membantu penulis dalam menyusun serta motivasi kepada penulis.
3. Pembimbing Tugas Akhir Bapak Sudirman Nasir, S.Ked., M.WH., Ph.D selaku pembimbing pertama dan Bapak Muh. Arsyad Rahman, S.KM., M.Kes selaku pembimbing kedua. Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya untuk waktu, tenaga, ilmu dan arahan yang diberikan hingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
4. Penguji Tugas Akhir Bapak Prof. Dr, dr. H. Muh. Syafar, MS dan Ibu Nurmala Sari S.KM M.Kes, MA selaku penguji penulis atas arahan dan motivasinya selama seminar proposal dan seminar hasil penulis.
5. Civitas Akademika Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin:
  - a. Bapak Muh. Arsyad Rahman, S.KM., M.Kes selaku ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

- b. Ketua Program Studi Magang Bapak Muhammad Rachmat, SKM, M.Kes terima kasih untuk arahan dan bimbingannya selama penulis menjalani kegiatan Magang.
  - c. Seluruh staf kepegaiwan Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu dalam bidang pengurusan kelengkapan administratif.
  - d. Bapak Ibu Dosen Prodi Kesehatan Masyarakat yang tidak sempat disebutkan namanya, terima kasih atas segala ilmu dan pengetahuan yang telah diberikan selama penulis menjalani perkuliahan di Universitas Hasanuddin.
6. Kerabat dan Rekan-rekan Penulis
- a. Kepada sahabat penulis Afifah Nada Aqilah terima kasih karena telah banyak membantu serta senantiasa mengawal sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
  - b. Kepada teman-teman seperjuangan dari maba yaitu selalu ada di saat suka dan duka penulis Zul Fatiha Lukmayani Muhammad Nur Ilham Arifin, Hasdar, Andi Hanan Qonitah, Aisyah Sandra, Rifdah Putri Ayunda, Andi Suci Setiani, Afiiyah, Dwiyanti Vitaloka Hassani, Annisa Putri Dwi Maharai, Mifta Annajasi. Terima kasih kepada kalian yang memberikan warna, pelajaran, kesabaran, dan semuanya kepada penulis.
  - c. Teman-teman *Seventeen* atas kebersamaan yang kalian berikan selama penulis berada di bangku perkuliahan, melewati suka dan duka dalam perkuliahan dan berjuang untuk meraih mimpi masing masing.

- d. Teman-teman penulis Faidhatul Hikmah, Inesda Salsabila, Eka Sukmawati, Nurhikmawati, Rifdah Aulia, Adhelya Batari Cahyani, Dinda Nurafiah untuk setiap dukungan, doa, dan semangat yang diberikan kepada penulis.
  - e. Keluarga Besar IPPM Pangkep, Terkhususnya teman-teman angkatan 2017 IPPM Pangkep yang tidak sempat saya sebutkan namanya, terima kasih banyak atas segala bantuan ataupun dukungan selama ini.
7. Seluruh informan yang telah berpartisipasi dalam wawancara dimana telah memberikan informasi yang sangat penting bagi penulis meskipun beberapa topik sangat peka untuk dibahas.
8. Lembaga terkait yakni Dinas Kesehatan Kabupaten Maros dan UPT Puskesmas Turikale yang telah membantu penulis dalam memperoleh kelengkapan data penelitian.

Semua pihak yang namanya tidak dapat disebutkan satu per satu. Terima kasih atas bantuan yang telah diberikan dengan tulus. Semoga tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi semua kalangan khususnya pengembangan ilmu Kesehatan Masyarakat. Mari terus berkarya untuk hari ini, esok dan nanti. Semoga apa yang telah kita kerjakan senantiasa mendapat ridho dari-Nya.

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB I	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	8
BAB II	
A. Tinjauan tentang Perilaku .....	10
B. Tinjauan tentang Perilaku Pencarian Pengobatan.....	14
C. Tinjauan tentang Otak.....	17
D. Tinjauan tentang Dementia.....	18
E. Tinjauan tentang Lansia.....	21
F. Kerangka Teori .....	24
BAB III	
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti.....	25
B. Kerangka Konsep.....	27
C. Definisi Konseptual .....	28
BAB IV	
A. Jenis Penelitian .....	31
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	32
C. Informan Penelitian.....	32
D. Metode Penentuan Informan.....	32
E. Sumber Data .....	33
F. Instrumen Penelitian .....	33
G. Teknik Analisis Data .....	34
H. Keabsahan Data .....	35

BAB V	
A. Hasil Penelitian.....	36
B. Pembahasan .....	85
BAB VI	
A. Kesimpulan.....	94
B. Saran .....	95
DAFTAR PUSTAKA.....	96

## DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
<b>Tabel 1.1</b> <i>Health Life Expectancy</i> Indonesia Tahun 2019 .....	2
<b>Tabel 2.1</b> Gangguan Psikologis pada Lanjut Usia yang Mengalami <i>Dementia</i> ... .....	21
<b>Tabel 5.1</b> Karakteristik Informan Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia Penderita <i>Dementia</i> di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros.....	38
<b>Tabel 5.2</b> Kode dan Tema Pengetahuan <i>Dementia</i> .....	46
<b>Tabel 5.3</b> Kode dan Tema Gejala <i>Dementia</i> .....	58
<b>Tabel 5.4</b> Kode dan Tema Perilaku Pencarian Pengobatan <i>Dementia</i> .....	84



## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
<b>Gambar 2.1</b> <i>Skema Theory Health Belief Model</i> .....	12
<b>Gambar 2.2</b> Lobus Utama .....	17
<b>Gambar 2.3</b> Kerangka Teori .....	24
<b>Gambar 3.1</b> Kerangka Konsep Penelitian .....	27
<b>Gambar 5.1</b> Skema Pengobatan Gejala yang dipahami sebagai Hipertensi..	70
<b>Gambar 5.2</b> Skema Pengobatan Gejala yang dipahami sebagai Stroke .....	71
<b>Gambar 5.3</b> Skema Pengobatan Gejala yang dipahami sebagai Nyeri Kronis . .....	72

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*Dementia* merupakan penyakit multifaktorial yang disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan (WHO, 2016). Muncul sebagai pandemi di masyarakat kalangan lansia (lanjut usia), diartikan menjadi suatu penurunan kemampuan intelektual yang bisa mengakibatkan perubahan perilaku, penurunan memori, orientasi, kesulitan dalam berkomunikasi dan mengambil keputusan sehingga mengakibatkan kegiatan sehari-harinya terganggu (Wang et al., 2020).

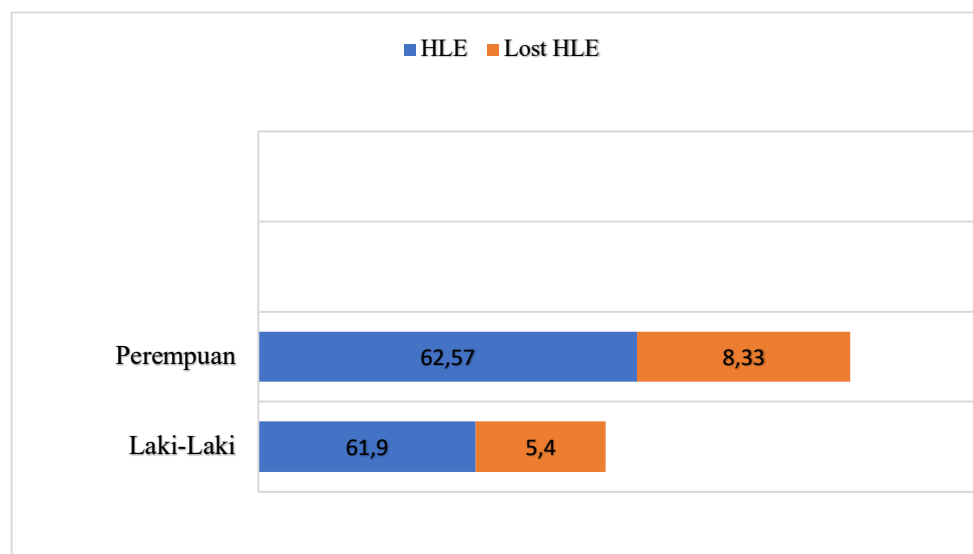
Menurut Kementerian Kesehatan RI Pelayanan dan Peningkatan Kesehatan Usia Lanjut, peningkatan kesehatan lansia adalah salah satu prioritas Indonesia bersama negara-negara di Asia Tenggara dalam *South-East Asia Regional Office* (SEARO) (Kebijakan Kesehatan Indonesia, 2020). Berdasarkan data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik, telah menunjukkan bahwa Indonesia mengalami peningkatan populasi lansia dari 9,6% (25,7 juta jiwa) pada tahun 2019 dan pada tahun 2035 telah diprediksi akan terjadi ledakan jumlah penduduk sebanyak 48 juta jiwa.

Peningkatan jumlah penduduk lansia akan diikuti dengan meningkatnya permasalahan kesehatan. Pada lansia terjadi kemunduran sel-sel karena proses penuaan yang dapat berakibat pada kelemahan organ, kemunduran fisik, timbulnya berbagai macam penyakit terutama penyakit degeneratif. Hal ini

akan menimbulkan masalah kesehatan, sosial, dan membebani perekonomian baik pada lanjut usia maupun pemerintah (Kholifah, 2016).

*Life Expectancy* (LE) ialah salah satu indikator keberhasilan terhadap perbaikan kualitas kesehatan dan kondisi sosial masyarakat. Angka harapan hidup di Indonesia pada tahun 2017 untuk laki-laki adalah 69,16 tahun meningkat di tahun 2020 menjadi 69,59 tahun dan untuk perempuan pada tahun 2017 mencapai 73,06 tahun meningkat di tahun 2020 menjadi 73,46 tahun. Permasalahannya, bukan hanya mampu bertahan hidup tetapi apakah individu dalam kondisi sehat (Statistik, 2021)

**Tabel 1.1 *Health Life Expectancy* Indonesia Tahun 2019**



**Sumber:** WHO (2019)

Berdasarkan data WHO tahun 2019 didapatkan *Health Life Expectancy* (HLE) pada tahun 2019 adalah 61,9 tahun untuk laki-laki dan untuk perempuan HLE didapatkan 62,57 tahun. Meskipun wanita hidup lebih lama, HLE yang hilang juga lebih lama, rata-rata 1,5 tahun atau 21,7% lebih banyak dibandingkan laki-laki (World Health Organization, 2019).

Studi menemukan bahwa dengan bertambahnya usia berat otak menurun 2,7 gram pada pria dan 2,2 gram pada wanita per tahun (Hartmann *et al.*, 1994). Cairan serebrospinal atau *Cerebrospinal Fluid* (CSF) adalah cairan yang ditemukan pada sistem saraf pusat yang berfungsi melindungi otak. Menariknya, tingkat produksi CSF ini menurun pada penderita *dementia alzheimer*.

Beberapa juga berpendapat bahwa pasien yang lebih berumur telah kehilangan jaringan otak beberapa waktu sehingga memiliki lebih sedikit cadangan untuk pemulihan. Komponen penting adalah *hippocampus*. *Hippocampus* dianggap sebagai *holy grail of memory*. Peran *hippocampus* ditemukan menjadi pemain utama dalam gejala awal *dementia alzheimer* (Sahyouni, Verma and Chen, 2020).

Tahap awal penyakit *dementia alzheimer* secara klasik dikaitkan dengan penyimpangan dalam ingatan. Masalah ingatan hanya sebagian kecil dari konstelasi gejala klinis yang membangun penyakit *dementia alzheimer*. Beberapa gejala lain yang sering terlihat termasuk penurunan kesadaran spasial (*sense of position in space*), sulit untuk mengemudi di lingkungan atau jalan yang normal, selain perubahan memori, disorientasi, dan kehilangan kesadaran spasial, pasien menderita gangguan bahasa, sehingga sulit untuk berkomunikasi secara efektif (Sahyouni, Verma and Chen, 2020).

Berdasarkan laporan hasil survei sikap terhadap *dementia* yang mencakup empat kelompok demografis: orang yang hidup dengan *dementia*, perawat, praktisi kesehatan, dan masyarakat. Mengungkapkan hampir 80% masyarakat

prihatin tentang perkembangan *dementia*, 35% pengasuh di seluruh dunia mengatakan bahwa mereka menyembunyikan diagnosis *dementia* dari anggota keluarga, hampir 62% penyedia layanan kesehatan di seluruh dunia menganggap *dementia* adalah bagian dari penuaan normal dan 40% masyarakat umum menganggap dokter dan perawat mengabaikan penderita *dementia* (Alzheimer's Disease International, 2019).

Jumlah penderita *dementia* di Indonesia diproyeksikan meningkat secara signifikan. Para peneliti banyak melakukan riset dalam mengkaji *dementia*, disebabkan banyak terjadi kesalahpahaman pengertian di antara anggota keluarga di Indonesia terkait *dementia*. Banyak anggota keluarga atau masyarakat umum khususnya lansia yang merasa bahwa kehilangan memori dan gangguan kognitif sebagai bagian dari proses penuaan yang normal. Kurangnya kesadaran akan gejala awal *dementia* di antara pendamping menciptakan tantangan yang cukup substansial dalam mendeteksi penyakit yang melemahkan lansia (Suriastini *et al.*, 2020).

Morris *et al.*, (2020 hal 1744) menyatakan bahwa *dementia* pada umumnya dipandang sebagai kondisi medis yang disebabkan oleh penyakit. Kesalahpahaman tentang penyebab *dementia* dan ketakutan dicap sebagai penderita *dementia* dapat menyebabkan penderita diperlakukan dengan buruk atau dirugikan. Stigma masyarakat secara lebih luas juga dapat menyebabkan kualitas perawatan dan diagnosis *dementia* yang lebih rendah.

Data dari *World Health Organization* (WHO) dan *Alzheimer's Disease International Organization* memaparkan jumlah total orang dengan *dementia*

di seluruh dunia pada tahun 2020 mencapai 50 juta orang, dengan hampir 60% penderita berada di negara berkembang baik dari kalangan menengah maupun ke bawah dan terjadi hampir 10 juta kasus baru setiap tahun. Tidak hanya itu, jumlah total penderita *dementia* diproyeksikan mencapai 82 juta pada tahun 2030 dan 152 juta pada tahun 2050 (WHO, 2020).

Orang dengan *dementia* di Asia Tenggara diperkirakan meningkat dari 2,48 juta di tahun 2010 menjadi 5,3 juta pada tahun 2030. Hal ini tercatat total penderita penyakit *dementia* di Indonesia telah mencapai 1,2 juta pada tahun 2016, yang akan diprediksikan meningkat sebanyak 2 juta orang di tahun 2030 dan 4 juta orang pada tahun 2050 (Alzheimer's Indonesia, 2019).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020, telah menunjukkan di Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2020 tercatat 5.744 jiwa mengalami gangguan kognitif, adapun daerah yang terdapat populasi terbanyak adalah Kabupaten Maros sebanyak 1.351 jiwa, diikuti oleh Kota Makassar dengan 1.128, jiwa Tana Toraja 570 jiwa dan Kabupaten Jeneponto sebesar 417 jiwa (Dinkes Sulsel, 2020).

Data profil kesehatan Kabupaten Maros pada tahun 2020 Puskesmas Turikale merupakan wilayah yang memiliki jumlah lansia tertinggi setelah puskesmas mandai dengan jumlah lansia 5,354 jiwa (Dinkes Maros, 2020). Berdasarkan pengambilan data awal di Puskesmas Turikale terdapat 56 jiwa lansia yang mengalami gangguan kognitif dan gangguan mental sebanyak 36 jiwa, tersebar di 7 kelurahan (UPT Puskesmas Turikale, 2020).

Klages et al., (2011, hal 2) mengemukakan bahwa penderita *dementia* pada lansia memiliki dua sampai tiga kali risiko lebih besar. Proses perusakan ini bersifat progresif dan dapat terjadi dengan cepat atau perlahan. *Behavioral Psychological Symptom of Dementia* (BPSD) adalah gejala *dementia* berupa persepsi, isi pikir, perasaan dan perilaku yang terganggu, seperti agitasi (gelisah), depresi, apatis, pertanyaan yang berulang, psikosis, agresivitas, masalah tidur, berjalan-jalan (*wandering*), dan perilaku lain yang tidak semestinya. Penelitian menemukan bahwa masalah BPSD merupakan salah satu faktor penyebab stress bagi Pendamping Keluarga (Fauth and Gibbons, 2014).

Pada umumnya, seseorang yang menderita suatu penyakit atau dalam kondisi sehat (*disease but no illness*) diyakini tidak akan bertindak apa pun terhadap penyakitnya. Namun, apabila seseorang terserang suatu penyakit dan merasakan sakit di tubuhnya, maka akan muncul suatu upaya yang dilakukan seseorang dalam menyembuhkan suatu penyakit yang dideritanya (Notoatmodjo, 2014). Berbagai upaya yang sering kali dilakukan saat menderita suatu penyakit, antara lain mengobati diri sendiri (membeli obat warung atau apotek), berobat ke pelayanan kesehatan ataupun ke pelayanan kesehatan tradisional (Febriani, 2019).

Perilaku pencarian pengobatan didahului oleh proses pengambilan keputusan yang selanjutnya diatur oleh individu, norma masyarakat, serta harapan terhadap penyedia layanan kesehatan. Sedangkan, menurut Ukwaja et al., (2013 hal 7) yang menyatakan bahwa perilaku pencarian pengobatan

merupakan salah satu penentu dalam menerima perawatan yang kurang tepat dan keterlambatan dalam diagnosis.

Sejatinya, perawatan orang-orang dengan *dementia* dilakukan di rumah atau *dementia care unit*. Penelitian di Inggris mengungkapkan bahwa 67% penderita *dementia* dirawat di rumah oleh keluarga dan teman. Indonesia pun serupa, selain karena budaya "merawat sendiri orang tua" telah mendarah daging, Indonesia juga belum memiliki *dementia care unit* yang memadai. Dengan kata lain, masih banyak anggapan bahwa merawat orang tua dengan *dementia* di rumah adalah pilihan yang paling tepat.

Selain itu, stres mental emosional juga sering muncul pada individu karena menganggap penyakitnya tidak kunjung sembuh, ditambah dengan adanya biaya pengobatan (Handayani *et al.*, 2010). Dengan diketahuinya status *dementia* pada lansia di masyarakat dapat digunakan sebagai dasar dalam mengembangkan program yang berhubungan dengan intervensi *dementia* lansia di masyarakat.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan data dan permasalahan tersebut, maka penelitian ini penting dilakukan karena biasanya penderita dengan gejala klinis awal tidak segera dibawa ke dokter hingga akhirnya proses penyakit sudah sangat terlambat. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul ***“Perilaku Pencarian Pengobatan pada Lansia Penderita Dementia di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros”***.



### **C. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan perumusan masalah di atas, maka dapat dikemukakan tujuan yang ingin dicapai dari penelitian, yaitu:

#### 1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis perilaku pencarian pengobatan penderita *dementia* pada lansia.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Diketuainya perilaku pencarian pengobatan *dementia* pada seorang lansia.
- b. Diketuainya faktor pendorong lansia dalam melakukan pencarian pengobatan *dementia*.
- c. Diketuainya perawatan dan tindakan yang didapatkan pada lansia dalam pengobatan *dementia*.
- d. Diketuainya hambatan yang dihadapi lansia dalam melakukan pencarian pengobatan *dementia*.
- e. Diketuainya cara lansia dalam mengatasi hambatan dalam melakukan pencarian pengobatan *dementia*.

### **D. Manfaat Penelitian**

Berdasarkan hasil dari penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dan memberikan kontribusi baik secara praktis maupun teoretis, yaitu:

#### **1. Manfaat Praktis**

- a. Bagi peneliti

Adapun penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi peneliti dapat menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti tentang perilaku pencarian pengobatan pada lansia dengan *dementia*.

b. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat membantu memberikan informasi kepada keluarga dan kerabat sebagai salah satu referensi kajian dalam memberikan *support* dan perhatian yang baik bagi lansia dengan *dementia*.

c. Bagi lembaga dan pendidikan kesehatan masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi referensi sebagai studi pustaka dan kajian-kajian literatur bagi penelitian yang dilakukan baik dari dosen, mahasiswa dan lain-lain yang berkaitan dengan perilaku pencarian pengobatan lansia penderita *dementia*.

d. Bagi institusi kesehatan dan tenaga medis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi instansi di bidang kesehatan dan tenaga medis atau petugas kesehatan untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan bagi lansia khususnya penderita *dementia*.

## 2. Manfaat Teoretis

Secara teoretis penelitian ini bermanfaat untuk memperkaya konsep pengetahuan tentang perilaku pencarian pengobatan *dementia* pada lansia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan tentang Perilaku**

##### **1. Pengertian Perilaku**

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas *organism* (makhluk hidup) hasil interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan (Oktavialia, 2017). Robert Kwick dalam (Kholid, 2011) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu *organism* yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari.

Skinner (1938) merumuskan perilaku sebagai respons atau reaksi terhadap stimulus, dikenal dengan teori “S-O-R” (*Stimulus-Organism-Response*). Namun dalam kenyataan, stimulus yang diterima oleh *organism* tidak selamanya mampu menghasilkan perilaku, ada beberapa faktor lain yang berperan dalam munculnya perilaku, salah satunya adanya niat untuk berperilaku. Niat itu sendiri juga tidak akan muncul tanpa adanya determinan yang mempengaruhi (Mahyarni, 2013).

##### **2. Teori dan Model Perilaku**

###### **2.1 Teori *Health Belief Model***

Teori *Health Belief Model* (HBM) dikembangkan oleh Becker pada tahun 1984 (dalam Nadioo and Wills, 1996) dalam penjelasan *Health Belief Model*, persepsi individu sangat berpengaruh dalam menentukan seseorang untuk melakukan upaya pencegahan penyakit. Hal ini menjadikan HBM sebagai model yang menjelaskan pertimbangan

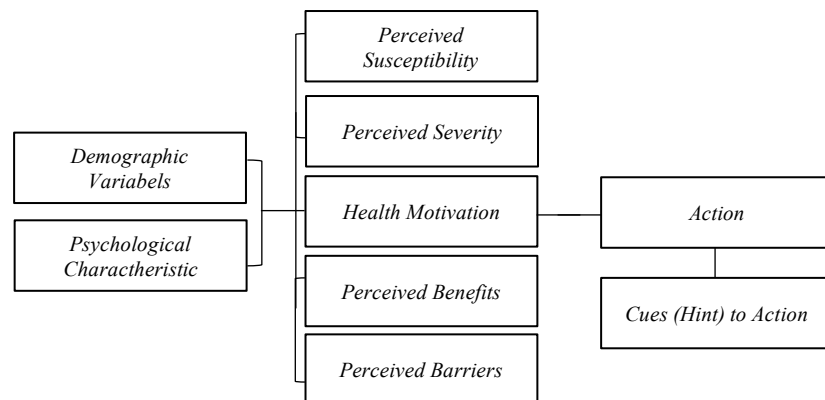
seseorang sebelum mereka berperilaku sehat (Stanley and Maddux, 1986).

HBM ini merupakan model kognitif yang artinya perilaku individu dipengaruhi proses kognitif dalam dirinya. Proses kognitif dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti variabel demografi, karakteristik sosiopsikologis, dan variabel struktural. HBM memiliki enam komponen yaitu:

- a. *Demographic variables* yang mempengaruhi individu adalah usia, gender, kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit.
- b. *Psychological characteristic* yakni tekanan rekan sebaya, gaya kepribadian dan lain-lain.
- c. *Perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan konstruk tentang resiko atau kerentanan (*susceptibility*) personal.
- d. *Perceived severity* adalah perasaan tentang keseriusan tertular penyakit atau membiarkannya tidak diobati termasuk evaluasi konsekuensi medis.
- e. *Health motivation* dimana konstruk ini terkait dengan motivasi individu untuk selalu hidup sehat. Terdiri atas kontrol terhadap kondisi kesehatannya serta *health value* (Conner, 2015).

- f. *Perceived benefits* manfaat yang dirasakan. Penerimaan susceptibility seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku.
- g. *Perceived barriers* atau hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut.
- h. *Cues to action* disebut sebagai strategi untuk mengaktifkan kesiapan. Rangsangan untuk memicu proses pengambilan keputusan untuk menerima tindakan kesehatan.

Secara skematis HBM digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 2.1**  
*The Health Belief Model*

## 2.2 Teori Andersen's Model

Anderson (1975) dan Thabrany dalam (Karamelka, 2015), mengemukakan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai model perilaku (*behavioral model of health services utilization*). Determinan

pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut meliputi pada tiga faktor, yaitu:

- a. Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristic*) ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda tergantung pada perbedaan demografi, struktur sosial dan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan (*health belief*).
- b. Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*) terdiri dari sumber daya keluarga (*family resource*) dan sumber daya masyarakat (*community resource*).
- c. Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*) merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

### **3. Perilaku Kesehatan**

Perilaku kesehatan adalah setiap aktivitas yang dilakukan berhubungan dengan upaya pencegahan, perlindungan diri dari masalah kesehatan lain, dengan tujuan mencegah atau mendeteksi penyakit untuk meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan (Conner, 2015). Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat disebut perilaku sehat (*healthy behavior*), perilaku orang yang sakit merupakan perilaku untuk memperoleh penyembuhan (*health seeking behavior*) (Pitra, Adi, 2013).

## **B. Tinjauan tentang Perilaku Pencarian Pengobatan**

### **1. Pengertian Perilaku Pencarian Pengobatan**

Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) adalah upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan, mulai dari mengobati sendiri (*self-treatment*) sampai mencari bantuan ahli (Safitri, Luthviatin and Ririanty, 2016). Notoatmodjo (2014, hal 107) menyatakan bahwa masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya. Tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha.

Perilaku pencarian pengobatan sangat erat hubungannya dengan respons seseorang ketika sakit. Adapun respons seseorang apabila sakit sebagai berikut:

- a. Tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa (*no action*)

Mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun gejala yang dideritanya akan sembuh dengan sendirinya.

- b. Melakukan pengobatan sendiri (*self treatment*)

Tindakan dalam melakukan pengobatan dan penyembuhan sendiri disebabkan adanya kepercayaan terhadap diri sendiri dan yakin dengan akan mendatangkan kesembuhan.

- c. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional treatment*)

Pada masyarakat awam, persepsi sakit masih bersifat sosial budaya tanpa memperhatikan aspek fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan lebih ke arah sosial budaya.

d. Mencari pengobatan ke fasilitas modern (*professional treatment*)

Pengobatan ini disediakan oleh lembaga-lembaga pemerintahan maupun swasta. Lembaga pemerintah bisa dikategorikan seperti puskesmas, balai pengobatan, dan rumah sakit. Lembaga pengobatan modern atau swasta diselenggarakan oleh dokter praktik atau dengan istilah *private medicine*.

Perilaku pencarian pengobatan pertama kali yang tepat dapat mencegah keterlambatan diagnosis, meningkatkan pemenuhan perawatan, dan meningkatkan promosi kesehatan dalam berbagai konteks (Mackian, Bedri and Lovel, 2004).

## 2. Penatalaksanaan *Dementia*

*The mental status examination* merupakan langkah pertama dalam mengevaluasi jenis dan tingkat keparahan gangguan kognitif. Tata laksana *dementia* bersifat simptomatik dan preventif. Sebagian besar perawatan farmakologis saat ini untuk *dementia* neurodegeneratif bertujuan untuk mengobatai gejala dan memperlambat laju perkembangan, terapi untuk gejala psikologi serta gangguan perilaku (Arvanitakis, Shah and Bennett, 2019).

Penggunaan inhibitor asetilkolinesterase (donepezil, galantamin, rivastigmin) dan antagonis N-methyl-D-aspartate/NMDA (memantin)



dapat digunakan pada pasien penyakit Alzheimer dan *dementia* vaskuler. Pada kasus *dementia* dengan gangguan psikologi dan perilaku dapat diberikan antipsikotik atau antidepresan (Chahyani and Hastuti, 2021). Tatalaksana non farmakologi dapat berupa pola makan yang sehat mencakup lebih banyak sayuran, buah-buahan, kacang-kacangan, protein kedelai, biji-bijian, dan ikan serta mengurangi konsumsi daging merah.

Penelitian telah menunjukkan bahwa regimen diet dapat menurunkan laju progresivitas gangguan kognitif dan risiko berkembangnya *dementia* Alzheimer. Begitu juga dengan olahraga teratur menunjukkan penurunan perkembangan gejala kognitif yang terkait dengan *dementia* Alzheimer dan vaskuler, meningkatkan kemandirian, dan menjaga aktivitas kehidupan sehari-hari. Selain itu dukungan psikologis dan sosial mencakup keluarga yang harus memahami hilangnya kemandirian lansia secara progresif.

### **3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan faktor penting dalam penentu kesehatan, erat hubungannya dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh efektivitas pelayanan tersebut (Karman, Sakka and Saptaputra, 2016). Rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan menurut Kepmenkes 2010, dapat disebabkan oleh:

- a. Jarak yang jauh (faktor geografi)
- b. Tidak tahu adanya suatu kemampuan fasilitas (faktor informasi)
- c. Biaya yang tidak terjangkau (faktor ekonomi)
- d. Tradisi yang menghambat pemanfaatan fasilitas (faktor budaya)

### C. Tinjauan tentang Otak

Otak adalah pusat emosi dan kepribadian ketika berfungsi dengan benar. Rata-rata otak manusia mengandung 100 miliar sel neuron, untuk setiap neuron ada sekitar 10 sel *glial*, diorganisasikan dalam dua bagian yang berbeda, namun kooperatif. CNS yang terdiri dari otak dan sumsum tulang belakang adalah pusat kendali utama tubuh, sementara PNS terdiri dari semua saraf yang memanjang keluar dari otak dan tulang belakang memungkinkan komunikasi bolak-balik antara pusat kendali utama dan seluruh tubuh (Sahyouni, Verma and Chen, 2020).

Kerusakan pada PNS atau CNS, baik dari trauma atau penyakit neurodegeneratif seperti *dementia alzheimer*, biasanya mengakibatkan ketidakmampuan sel-sel saraf untuk mengirimkan sinyal, sehingga menyebabkan hilangnya fungsi pada orang yang menderita (Altman, 1962).

Secara umum otak dibagi menjadi lobus frontal, temporal, parietal, dan oksipital yang masing-masing terkait dengan fungsi khusus. Sebagai contoh, lobus oksipital, terletak di bagian paling belakang otak, sebagian besar bertanggung jawab untuk indra penglihatan. Lobus temporal, mengapit sisi otak, umumnya bertanggung jawab untuk panca indra pendengaran dan kemampuan berbicara. Namun, berbagai lobus otak tidak berfungsi secara terpisah (Sahyouni, Verma and Chen, 2020).

Ahli saraf mengklasifikasikan berbagai jenis memori jangka pendek, episodik, semantik, dan prosedural. Ingatan jangka pendek adalah kemampuan untuk menyimpan informasi seperti mengingat nomor telepon yang baru saja diberikan. Menariknya, kategori ini biasanya jenis memori yang paling terpengaruh oleh penyakit *dementia alzheimer* sejak dini. Memori episodik kemampuan untuk menyimpan dan mengingat peristiwa otobiografi, kemudian menyerang ingatan semantik, yang merupakan kemampuan untuk mengingat definisi dan fakta. Memori prosedural kemampuan untuk melakukan tugas-tugas seperti mengendarai sepeda atau mengendarai mobil (Marx et al., 2006).

Penyakit Alzheimer memiliki onset relatif bertahap, penyakit tidak hanya menyerang secara tiba-tiba dan menyebabkan kehilangan ingatan yang drastis sebaliknya, penyakit secara perlahan dan pasti menghilangkan kerusakan memori yang berevolusi dari masalah ringan menjadi gangguan fungsi kognitif berat (Sahyouni, Verma and Chen, 2020).

## **D. Tinjauan tentang *Dementia***

### **1. Pengertian *Dementia***

*Dementia* menurut WHO adalah sindrom neurodegeneratif yang timbul karena adanya kelainan yang bersifat kronis dan progresif (WHO, 2016).

*Dementia* merupakan kumpulan gangguan otak yang memiliki kesamaan defisit perilaku dan kognitif, khususnya dalam memori, komunikasi dan bahasa, fokus dan perhatian, penalaran dan penilaian, serta persepsi visual (Maloney and Lahiri, 2016).

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)*

dalam Tanjung et al., (2019, hal 168), menjelaskan bahwa diagnosis *dementia* paling utama ditandai dengan kemunculan gangguan kognitif, diikuti dengan gangguan fungsi eksekutif maupun sosial.

## 2. Klasifikasi *Dementia*

a. Menurut kerusakan struktur otak:

- 1) *Dementia alzheimer*, membuat bagian-bagian otak mengerut dengan cepat, khususnya pusat memori (*hipokampus*). Penderita mengalami gangguan memori, kemampuan membuat keputusan dan juga penurunan proses berpikir.
- 2) *Dementia vascular*, disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah di otak, faktor risiko *stroke* dapat berakibat terjadinya *dementia*. Depresi bisa disebabkan karena lesi tertentu di otak akibat gangguan sirkulasi darah otak, dapat diduga sebagai *dementia vascular*.
- 3) Penyakit *lewy body (lewy body disease)*, adalah gumpalan-gumpalan protein *alpha-synuclein* yang abnormal yang berkembang di dalam sel-sel syaraf.
- 4) *Dementia frontotemporal*, menyangkut kerusakan yang berangsur-angsur pada bagian depan (frontal) dan temporal dari lobus (cuping) otak.

b. Klasifikasi *dementia* menurut umur:

- 1) *Dementia senilis* (> 65<sup>th</sup>)
- 2) *Dementia prasenilis* (< 65<sup>th</sup>)

c. Klasifikasi *dementia* menurut perjalanan penyakit:

1. Reversibel
2. Ireversibel (*normal pressure hydrocephalus, subdural hematoma, vit B defisiensi, intoksikasi Pb*)

### 3. Faktor Risiko

Faktor risiko *dementia alzheimer* yang terpenting adalah usia, riwayat keluarga, dan genetik. Genetik (*herediter*) berperan penting dalam peningkatan faktor risiko *dementia alzheimer*, dimana terdapat dua jenis gen yang berperan dalam perkembangan *alzheimer*. Kedua jenis gen tersebut adalah gen risiko dan gen determinan (Nisa and Lisiswanti, 2016).

### 4. Gejala Klinis

Berikut beberapa gejala yang biasanya terlihat pada penderita *dementia alzheimer*:

- a. Kehilangan memori dan kebingungan
- b. Kesulitan mengenali orang terdekat
- c. Kesulitan mempelajari tugas baru
- d. Kesulitan menyelesaikan tugas multi faset
- e. Kesulitan menyesuaikan dengan lingkungan baru
- f. Delusi, paranoia, dan halusinasi
- g. Impulsivitas

Salah satu ciri menarik penyakit *alzheimer* yang membuatnya sangat sukar dipahami adalah perkembangan bertahap gejala dan penurunan fungsi yang sangat bertahap pada penderita (Kales, Gitlin and Lyketsos, 2015). Stress pada orang dengan *dementia* dapat muncul karena ada perubahan

rutinitas, terlalu banyak stimulus yang salah diinterpretasikan, perubahan fisik dan lingkungan sosial serta harapan yang melampaui kapasitas kemampuannya.

Secara ringkas Cox (2007) menyatakan bentuk-bentuk gangguan psikologis yang juga terdapat pada lanjut usia yang mengalami *dementia*, di antaranya dapat dilihat pada matriks di bawah ini:

**Tabel 2.1 Gangguan Psikologis pada Lanjut Usia yang mengalami *Dementia***

No.	Jenis	Bentuk
1.	<i>Delusi</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Isi pikiran yang tidak dapat diidentifikasi kebenarannya</li> <li>b. Tidak dapat dipahami berdasarkan bukti-bukti yang nyata</li> </ul>
2.	Halusinasi	Biasanya pasien akan mengalami: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Halusinasi pendengaran</li> <li>b. Halusinasi penglihatan halusinasi haptik</li> </ul>
3.	Kesalahan persepsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien merasakan dirinya bukan dirinya yang sebenarnya</li> <li>b. Merasa bahwa pasangannya suami/istri bukan lagi pasangan hidupnya</li> <li>c. Tidak dapat mengidentifikasi sesuatu peristiwa atau kejadian</li> </ul>
4.	Depresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien senantiasa murung, sedih dan merasa tidak berdaya</li> <li>b. Sering kali melakukan percobaan bunuh diri.</li> <li>c. Mudah tersinggung dan bersifat kekanak-kanakan</li> </ul>
5.	Apatis	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien biasanya tidak berminat terhadap hal-hal yang dahulunya amat diminati</li> <li>b. Sistem perawatan diri terganggu</li> <li>c. Menarik diri daripada segala bentuk aktivitas sosial</li> </ul>
6.	Cemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Senantiasa bertanya hal yang sama secara berulang-ulang</li> <li>b. Senantiasa meremas-remas tangan</li> <li>c. Tidak dapat duduk diam</li> </ul>

## E. Tinjauan tentang Lansia

### 1. Pengertian Lanjut Usia

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia (lanjut usia), menyatakan bahwa lansia adalah orang yang berusia 60 tahun ke atas. Usia 60 tahun merupakan usia yang rawan terjadi pada manusia karena dapat menyebabkan penurunan kemampuan fisik dan kognitif. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya, kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *aging process*.

## 2. Klasifikasi

Adapun klasifikasi menurut WHO yang menyatakan bahwa terdapat tiga kategori lansia, yaitu:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun
- b. Usia lanjut (*elderly*) 60-74 tahun
- c. Usia tua (*old*) 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) > 90 tahun.

## 3. Perubahan pada Lanjut Usia

Proses menua menyebabkan terjadinya perubahan secara fisik dan psikososial pada lansia.

### a. Perubahan fisik

Perubahan fisik yang terjadi antara lain penurunan sistem *muskuloskeletal*, sistem saraf, gangguan pendengaran dan penglihatan, sistem reproduksi. Penurunan kemampuan pada sistem *muskuloskeletal* akibat digunakan secara terus-menerus menyebabkan sel tubuh lelah terpakai dan regenerasi jaringan tidak dapat

mempertahankan kestabilan lingkungan internal, seperti penurunan aliran darah ke otot, atrofi dan penurunan massa otot, gangguan sendi, tulang kehilangan densitasnya, penurunan kekuatan dan stabilitas tulang, kekakuan jaringan penghubung yang menyebabkan hambatan dalam aktivitas seperti gangguan berjalan (Santoso and Rohmah, 2011).

b. Perubahan psikososial

Perubahan psikososial dapat terjadi akibat adanya penyakit kronis, gangguan pancaindra seperti kebutaan dan ketulian, dan gangguan gerak sehingga intensitas hubungan lansia dengan lingkungan sosialnya berkurang karena lansia lebih banyak berada di rumah (Nugroho, 2014).

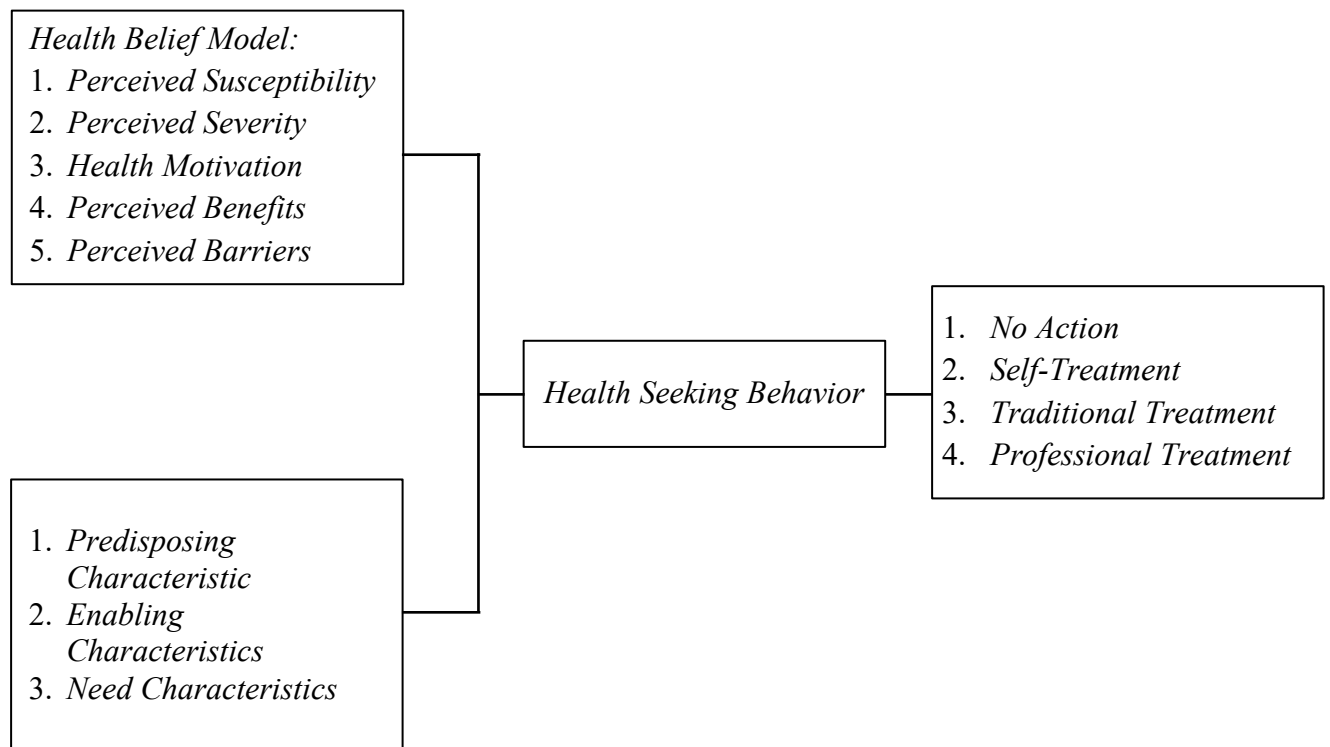
c. Penurunan fungsi kognitif

Perubahan tidak hanya terjadi pada fisik dan psikososial, tetapi juga pada kognitif, karena fungsi kognitif dipengaruhi oleh adanya perubahan pada struktur dan fungsi organ otak, penurunan fungsi sistem *muskuloskeletal*, dan sistem reproduksi. Atrofi yang terjadi pada otak akibat penuaan menyebabkan penurunan hubungan antar saraf, mengecilnya saraf pancaindra sehingga waktu respons dan waktu bereaksi melambat, defisit memori, gangguan pendengaran, penglihatan, penciuman, dan perabaan (Nugroho, 2014).



## F. Kerangka Teori

Modifikasi teori pencarian pengobatan oleh Rosenstock (1974) dan Andersen's (1975) dapat diilustrasikan pada gambar di bawah ini:



**Gambar 2.4**  
**Modifikasi Teori HBM dan Andersen's Model**