

**PROSIDING SEMINAR &
PRESENTASI ILMIAH KONGRES NASIONAL II
IKATAN PERAWAT KESEHATAN KOMUNITAS INDONESIA**



**PRAKTEK KEPERAWATAN MANDIRI
MEMPERKUAT PELAKSANAAN
SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL KESEHATAN**

HOTEL SHERATON YOGYAKARTA
30 OKTOBER - 1 NOVEMBER 2013

**PROSIDING SEMINAR & PRESENTASI ILMIAH
KONGRES NASIONAL II
IKATAN PERAWAT KESEHATAN KOMUNITAS INDONESIA**

Reviewer :

Dra.Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
Dr. Ni Made Riasmini, M.Kep, Sp.Kom

Editor :

Titih Huriah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kom
Bondan Palestin, SKM, M.Kep.,Sp.Kom
Heru Subekti, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Purwanta, S.Kp.,M.Kes
Akhmadi, S.Kp., M.Kep.,Sp.Kom
Nurul Hidayah, S.Kep.,Ns.,M.Nurse
Sri Mulyani, S.Kep.,Ns.,MN
Dinasti Pudang Binoriang, S.Kep.,Ns
Ratna Lestari, S.Kep.,Ns
Suwarsi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

DAFTAR ISI

Daftar Isi
Kata Pengantar Ketua Panitia
Praktik Keperawatan Berbasis Keluarga Dalam Menyongsong Pelaksanaan SJSN (Dra.Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD)
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN KELUARGA
Pengaruh Terapi Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus (Senja Paramita, Asep Iskandar, Fajar Tri Asih)
Hubungan Antara Tingkat Kepatuhan Perawat Dalam Melakukan <i>Home Care</i> Dengan Penurunan Penyakit Infeksi Pada Balita Malnutrisi Di Kota Yogyakarta (Titih Huriah, Gita Kartika)
Efektifitas Promosi Kesehatan Tentang Penyakit Demam Berdarah Dan Cara Pencegahannya Melalui Metode Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) (Arneliwati, Febriana Sabrian)
Hubungan Karakteristik Remaja, Keluarga Dan Pola Asuh Keluarga Dengan Pengendalian Risiko Penyalahgunaan Napza Pada <i>Aggregate</i> Remaja Di Kelurahan Tugu Kota Depok (Intan Asri Nurani, Junaiti Sahar, Ety Rekawati)
Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Penyalahguna Narkotika Di Panti Sosial Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta (Filia Linda Hapsari, Induniasih, Sulistyaningsih)
Relationships Parenting and Family Characteristics on Nutrition Status in Childhood Elementary School Village School in Tugu, Depok City (Uswatul Khasanah, Junaiti Sahar, Widyatuti)
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
Analisis Spasial Dan Faktor Risiko Terjadinya Cedera Kepala Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Pada Pengendara Sepeda Motor Di Wilayah Kabupaten Sleman (Heru Subekti, Rahadyan Magetsari, Lutfan Lazuari, Anis Fuad)
Pengalaman Remaja Sebagai Pendidik Sebaya Dalam Pencegahan Perilaku Seks Bebas Di Wilayah Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok (Diah Ratnawati, Astuti Yuni Nursasi, Henny Permatasari)
Pengalaman Anggota Kelompok Swabantu Dalam Memperoleh Dukungan Untuk Memberikan Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Ciracas Jakarta Timur: Studi (Istianna Nurhidayati, Junaiti Sahar, Henny Permatasari)
Implementasi Teori <i>Caring</i> Jean Watson Dengan Diari Terapeutik (Detik): Pendekatan Dalam Mereduksi Skor Stres Melalui Catatan Harian Perasaan Odha Dampingan LSM Sadar Hati Kota Malang (Lukmanul Hakim, Kumboyono)
Efektivitas Terapi Komplementer Gabungan (Meditasi, Aromaterapi dan Musik) Terhadap Perubahan Tingkat Stres Siswa SMK Diponegoro Penawangan Kab Grobogan (Agustina Ari Handayani)
Perbandingan Kualitas Hidup Masyarakat Dengan Gagal Ginjal Stadium Akhir yang Menjalani Terapi Pengganti Ginjal (Nur Chayati)
Kelompok Swabantu Dalam Pencegahan Tingkat Kecacatan Klien Kusta Di Kabupaten Jember (Tantut Susanto)
Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Kabupaten Subang Tahun 2012 (Muhammad Saefulloh, Gunawan W)
Efektifitas Komunikasi Terapeutik Terhadap Perilaku Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan Di Puskesmas Pejaten Barat Jakarta Selatan Tahun 2013 (Reni Chairani)

Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah Dan Identifikasi Peran Faktor Determinan Sebagai Upaya Peningkatan Kesejahteraan Siswa Di Sekolah (Yoyok Bakti Prasetyo).....
Design Of Wei Chi 14 Meridian Exercise Which Has Low Impact, Beauty, Safety And Potential Movement To Increase Health For Community (Sutarno,S.St.,M.Kes)
Gebas Dede (Gerakan Bebas Demam Berdarah Desa) Sebagai Upaya Pencegahan Dan Penanggulangan Demam Berdarah Di Desa Lojejer Kecamatan Wuluhan Kabupaten Jember (Ferdiana Revitasari, Nurul Azizah, Devintania Kurniasti N. H., Wahyu Elok Pambudi, Akhmat Robbi Tricahyono, Tantut Susanto)
Pengaruh Penyuluhan Penyakit TB Paru Dengan Audio Visual Terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Pada Keluarga Dengan Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Gurah (Moch. Maftuchul Huda Fita Eny Purwanti)
Pengaruh Abdominal Stretching Exercise Terhadap Penurunan Skala Nyeri Menstruasi Pada Remaja Siswi SMP Negeri 1 Indralaya (Ns. Putri Widita M., S.Kep., M.Kep ; Herliawati, S.Kp., M.Kes. ;Erpina S.Kep.)
Efektifitas “Paket Promkes Balita Sehat” Dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan Di Posyandu Di Kelurahan Maulafa Kupang, Tahun 2012 (Margaretha Teli, Skep, Ns, Msc).
Beberapa Faktor Demografi Yang Berhubungan Dengan Tingkat Pengetahuan Kader Tentang Perawatan TBC Di Puskesmas Gatak Sukoharjo Tahun 2012 (Abi Muhlisin, M.Kep- Arum Pratiwi, M.Kep)
Promosi Kesehatan Menggunakan Metode Pendidikan Kesehatan Individual Terhadap Perilaku Pencegahan Penyakit TB Paru (Agrina, Ari Pristiana Dewi)
Upaya Peningkatan Status Kesehatan Masyarakat Melalui Praktik Profesi Keperawatan Komunitas (Poppy Fitriyani, Henny Permatasari, Tri Widyastuti Handayani)
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN GERONTIK
Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Dasar Sehari-Hari Di Dusun Jodog Gilangharjo Pandak Bantul (Titih Huriah, Ratna Lestari, Dian Suspiyanti)
Hubungan Karakteristik Dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Agregat Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta (Thomas Aquino Erjinyuare Amigo, Junaiti Sahar, Sukihananto)
Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga Di Panti Sosial Tresna Wredha Abiyoso Provinsi D.I. Yogyakarta : Studi Fenomenologi (Nuurhidayat Jafar, Wiwin Wiarsih, Henny Permatasari)
Head Massage Therapy Effect Of Head Pain In The Elderly Social Institution Yogyakarta Provincial Unit Budhi Luhur (Induniasih, Wahyu Ratna, Atiek Badi'ah, Sutrisno)
Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok Sebagai Model Intervensi Keperawatan Untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsional Lansia (Bondan Palestin, Maryana, Sugeng, Budhy Ermawan)
Analisa Hubungan Faktor Demografi Dan Hipertensi Terhadap Terjadinya Cedera Pada Lansia Di Posbindu Matahari Rw 09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat (Syamsul Anwar, Isti Andriani)
Kualitas Hidup Lansia Hipertensi Dapat Meningkatkan Dengan Dukungan Penghargaan dan Emosional Keluarga (Agnes Dewi Astuti, Junaiti Sahar ² Dan Sukihananto)
Perbedaan Terapi Musik Dan Tehnik Relaksasi Progresif Terhadap Kualitas Tidur Lansia (Komang Ayu Henny Achjar)
Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru (Herawati, Syamsul Arifin, Noor Kamelia)
Efek Kombinasi <i>Kegel's Exercise, Bladder Training</i> Dan Pengaturan Diet Dalam Menurunkan Episode Inkontinensia Urin Pada Lansia Di Panti Wredha Propinsi D.I Yogyakarta (Wahyu Ratna, Sri Arini Winarti, Sari Candra Dewi, Maryana)
Penurunan Insomnia Melalui Stimulasi Cahaya Pada Lansia (Nasrudin)

KATA PENGANTAR

KETUA PANITIA KONAS II IPKKI

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Kuasa, atas karuniaNya, Kongres Nasional Ke II Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas (IPKKI) dapat dilaksanakan di Yogyakarta. Shalawat serta salam semoga tercurah ke Junjungan Nabi Muhammad SAW, kepada keluarga, sahabat dan ummat akhir zaman.

Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas (IPKKI) adalah sebuah organisasi berhimpunnya para perawat dengan peminatan keperawatan komunitas yang dibentuk sebagai badan kelengkapan organisasi profesi untuk melakukan pengembangan dan pembinaan praktik keperawatan komunitas. Saat ini selain IPKKI pusat, IPKKI juga telah dideklarasikan di delapan provinsi di Indonesia.

Kegiatan Kongres Nasional Ke 2 di Yogyakarta diselenggarakan atas kerjasama seluruh panitia pusat maupun panitia daerah. Peserta berasal dari seluruh Indonesia dan dihadiri oleh tamu undangan dari organisasi profesi yang berada di bawah naungan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Pada kesempatan ini, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya pada semua pihak yang telah membantu terlaksananya kegiatan ini. Hanya Allah yang bisa membalas semuanya. Akhir kata semoga kegiatan ini membawa manfaat bagi peningkatan kesehatan masyarakat Indonesia pada umumnya dan maju terus perawat kesehatan komunitas Indonesia.

Wassalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, Oktober 2013
Ketua Panitia

Bondan Palestin, M.Kep.,Sp.Kom

PRAKTIK KEPERAWATAN BERBASIS KELUARGA DALAM MENYONGSONG PELAKSANAAN SJSN*)

**Disusun oleh:
Dra.Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD**

**Dosen
Kelompok Keilmuan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia**

*) Makalah disajikan pada Seminar Nasional Keperawatan dalam rangka Kongres Nasional II Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia di Yogyakarta, 30-31 Oktober 2013.

“Praktik Keperawatan Berbasis Keluarga Dalam Menyongsong Pelaksanaan SJSN: Model Perawat Sahabat Keluarga”

Latar belakang

Sistem jaminan sosial nasional sesuai undang-undang nomor 40 tahun 2004 merupakan tonggak bersejarah reformasi menyeluruh jaminan sosial di Indonesia, mengingat jaminan sosial yang ada saat ini bersifat parsial atau belum menyeluruh. Undang-undang nomor 40 tahun 2004 juga mengamanatkan perlunya jaminan sosial untuk seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh suatu badan yang disebut Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). Selanjutnya Undang-undang nomor 24 tahun 2011 menetapkan bahwa jaminan sosial nasional akan diselenggarakan oleh BPJS terdiri dari BJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan kesehatan nasional akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang pelaksanaannya akan dimulai 1 Januari 2014. Jaminan kesehatan nasional ini merupakan bentuk perlindungan kesehatan untuk menjamin agar seluruh masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Implementasi JKN sesuai UU SJSN dan UU BPJS perlu didukung oleh semua profesi kesehatan, terutama perawat/Ners mengingat perawat merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun di masyarakat. Perawat berinteraksi langsung dan terlama dengan masyarakat, karena perawat bekerja 24 jam dalam satu hari dan 7 hari dalam satu minggu. Potensi ini perlu menjadi pertimbangan dan perhatian yang serius oleh pemangku kebijakan, sehingga pemberdayaan perawat secara optimal melalui pelayanan dan asuhan keperawatan dapat mendorong implementasi JKN tepat sasaran dan optimal.

Pelayanan dan asuhan keperawatan bagian integral dari pelayanan kesehatan, sehingga kontribusi optimal perawat sesuai kompetensinya dapat memberikan dampak positif peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Namun pada kenyataannya belum semua perawat termasuk yang bekerja di Puskesmas dan wilayah sekitarnya diberdayakan secara optimal sesuai profesi dan kompetensinya. Seyogyanya pemanfaatan perawat tidak hanya untuk pelayanan dalam gedung rumah sakit, puskesmas atau di puskesmas rawat inap, namun jauh lebih penting adalah penempatan perawat di masyarakat dalam mendeteksi masalah kesehatan di masyarakat terutama di keluarga, sehingga intervensi dini dapat dilakukan dan tindakan promotif dan preventif untuk anggota keluarga/masyarakat yang belum secara aktual mengalami masalah juga dapat dilakukan, sehingga meminimalkan biaya rawat inap atau biaya pengobatan, pada akhirnya dana dapat dipergunakan untuk pembangunan yang dapat mensejahterakan masyarakat.

Pelayanan dan asuhan keperawatan di keluarga/rumah sangat penting dilakukan dengan beberapa alasan antara lain: Hemat biaya; lingkungan keluarga memberikan efek terapeutik bagi anggota keluarga; pemberdayaan keluarga lebih optimal; lama rawat di rumah sakit dapat diperpendek; dan kesempatan untuk merawat kasus-kasus penyakit terminal atau kronis yang tidak memerlukan perawatan lama di rumah sakit. Pelayanan keperawatan berbasis keluarga didasari asumsi bahwa kesehatan berdampak pada seluruh anggota keluarga, sehat dan sakit merupakan suatu peristiwa dalam keluarga, keluarga juga akan mempengaruhi proses dan keluaran asuhan keperawatan (Kaakinen, et.al, 2010; Friedman, Bowden, & Jones, 2002). Keluarga berpengaruh secara bermakna terhadap kesehatan dan kesejahteraan anggota keluarganya, sehingga perawat memiliki komitmen moral dan etik melibatkan keluarga didalam asuhan keperawatan mereka (Wright & Leahey, 2009). Ditunjang pula dengan hasil kajian Depkes RI tahun 2000 diperoleh hasil: 97,7 % menyatakan perlu dikembangkan pelayanan kesehatan di rumah (Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan, RI, 2002) yang berarti perlu melibatkan keluarga secara aktif.

Pelayanan keperawatan berbasis keluarga disebut juga dengan perawatan di rumah (family home care), dimaksudkan untuk memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah

dengan melibatkan klien dan keluarga secara aktif mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan dan asuhan keperawatan dapat dilakukan oleh perawat secara mandiri atau berkolaborasi dengan profesi dan para profesional lainnya sesuai kebutuhan klien berdasarkan hasil pengkajian perawat dengan melibatkan keluarga. Pelayanan dan asuhan keperawatan berbasis keluarga perlu memegang prinsip efisien, efektif dan akuntabel.

Tujuan makalah ini memberikan gambaran kepada peserta seminar tentang praktik keperawatan berbasis keluarga dalam menyongsong pelaksanaan SJN khususnya JKN.

Pengertian Praktik Keperawatan Berbasis Keluarga atau keperawatan di rumah

Praktik yg dilakukan untuk pemulihan kondisi kesehatan klien yg dilaksanakan di tempat tinggalnya dan merupakan area spesialisasi dalam praktik keperawatan yg merupakan cabang dari keperawatan kesehatan komunitas (ANA dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Sedangkan Maurer dan Smith (2013), pelayanan sesuai kebutuhan klien dan keluarga yg direncanakan, dikoordinir dan disediakan oleh pemberi pelayanan kep di rumah melalui staf yang dipekerjakan, pengaturan sesuai kontrak yg disepakati atau kombinasi keduanya. Pengertian lain adalah semua pelayanan dan produk yg diberikan pada klien di rumahnya untuk mempertahankan, memulihkan, atau meningkatkan kesehatan fisik, mental dan emosional, ditujukan untuk mengoptimalkan tingkat kemandirian klien dan meminimalkan dampak kecacatan melalui pelayanan diluar institusi (Allender & Spradley, 2005; Canadian Nuses Association, 2013).

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa praktik keperawatan berbasis keluarga atau keperawatan di rumah merupakan praktik yang dilakukan untuk membantu memulihkan kesehatan klien dilakukan di rumahnya dengan melibatkan klien dan keluarga secara aktif untuk mencapai kemandirian klien dan keluarga. Praktik keperawatan berbasis keluarga memiliki beberapa elemen yakni: 1) klien; 2) keluarga klien; 3) Perawat; dan 4) tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan klien. Ketiga atau keempat elemen ini harus bersinergi untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan secara optimal dan mandiri. Praktik keperawatan berbasis keluarga didasari asumsi bahwa kesehatan akan berdampak pada seluruh anggota keluarga, sehat dan sakit merupakan suatu peristiwa yang terjadi dalam keluarga, dan keluarga akan mempengaruhi proses dan keluaran asuhan keperawatan dalam keluarga. Dengan demikian keterlibatan keluarga sebagai mitra perawat sangat penting untuk keberlanjutan asuhan keperawatan dan kualitas asuhan keperawatan yang baik (Kaakinen, et.al, 2010; Lyon, Bolla & Nies, 1998).

Peran dan fungsi perawat dalam praktik keperawatan berbasis keluarga/keperawatan di rumah

Ada 15 peran perawat dalam keperawatan keluarga (Kaakinen, et.al, 2009; Friedman, Bowden & Jones, 2002; dan Maurer & Smith, 2013). Namun secara sederhana digambarkan oleh Humphrey dan Milone-Nuzzo (dalam Capital health 2011, <http://www.cdha.nshealth.ca>, diunduh tanggal 10 Oktober 2013) peran dan fungsi perawat keluarga di rumah sebagai berikut:

1. Penetapan cakupan pembiayaan (*Determining financial coverage*):
Perawat perlu mengkaji dan membuat kontrak yang jelas dengan klien dan keluarga terkait siapa yang harus membayar pelayanan yang diberikan mulai dari awal kunjungan rumah sampai akhir selesainya pelayanan di rumah. Pada awal kunjungan rumah perawat pun harus mengkaji jenis pelayanan yang dibutuhkan berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan perawat dan program pengobatan yang ditetapkan dokter. Penelaahan yang dilakukan termasuk jenis pelayanan yang dijamin asuransi, jika klien dijamin asuransi. Untuk pelayanan yang tidak dijamin asuransi perawat harus mendiskusikan dengan klien dan keluarga siapa yang harus menanggung biaya tersebut.
2. Melakukan asuhan keperawatan langsung (*direct care*)
Direct care dimaknai sebagai intervensi keperawatan aktual yang diberikan pada saat kunjungan rumah (home visit). Kegiatan asuhan keperawatan langsung mencakup: pengkajian terhadap

klien, misalnya mengkaji sistem kardiovaskuler pada klien hipertensi; melakukan prosedur keperawatan (misal mengganti balutan); dan penyuluhan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang diit dan cara minum obat. Fokus asuhan keperawatan yang direncanakan harus mencakup kurun waktu 24 jam, sehingga perlu diintegrasikan dengan keterlibatan keluarga dan atau pendamping klien (*caregiver*) lain yang berperanserta dalam asuhan klien. Penyusunan rencana asuhan termasuk tujuan jangka panjang dan jangka pendek yang harus dicapai dalam asuhan keperawatan klien serta alternatif penyelesaian masalah.

Keluarga dan atau *caregiver* dapat membantu memberikan asuhan kepada klien sebatas kemampuannya, tindakan yang dilakukan tidak membahayakan klien, pada saat perawat tidak ada di rumah klien, akan tetapi perawat harus siap dipanggil sewaktu-waktu dibutuhkan klien. Sesuai perkembangan kesehatan klien, maka kunjungan perawat dapat di kurangi bertahap, misalnya mulai dari tiap hari, tiga kali seminggu, dua kali seminggu dan satu kali seminggu dan seterusnya. Misalnya pada kasus luka diabetes kunjungan yang dilakukan untuk: 1) Perawatan luka; 2) Memantau perkembangan penyembuhan luka; 3) Kaji tanda dan gejala infeksi; 4) Kaji apakah prosedur sudah tepat dilakukan; dan 5) Koordinasikan dan komunikasikan kemajuan klien kepada dokter terkait pengobatan klien.

Perawat yang bekerjasama dengan klien tidak secara langsung memberikan pelayanan terkait kebersihan personal klien (misalnya mandi, ganti pakaian, dll), meskipun tindakan ini diperlukan untuk menunjang penyembuhan klien, namun perawat dapat mengkaji kebutuhan tindakan ini dan dapat mengajarkan keluarga untuk melakukan atau menyarankan kepada keluarga untuk menggunakan jasa *caregiver* yang dapat melakukan tindakan tersebut. Perawat perlu menyediakan waktu untuk berdiskusi dengan klien terkait asuhan keperawatan yang dibutuhkannya. Jika klien membutuhkan asuhan keperawatan melebihi dari apa yang diperoleh sesuai asupan keluarga, maka perawat dapat mendiskusikan dengan keluarga alternatif pelayanan lain misalnya *respite care*, *daycare* atau bentuk pelayanan yang terstruktur lainnya.

3. Menjadi koordinator pelayanan

Perawat yang bekerja di rumah (*home care*) selain melakukan asuhan keperawatan langsung, juga melakukan pelayanan dan asuhan tidak langsung yakni bertanggung jawab dalam mengkoordinir pelayanan yang diberikan personil profesional lain seperti dokter, farmasi dan paraprofessional lain seperti fisioterapi, ahli diit, dan sebagainya, yang berkontribusi dalam pelayanan kesehatan klien di rumah. Peran utama perawat sebagai koordinator ini adalah mengkaji kebutuhan klien terhadap pelayanan dan menetapkan prioritas yang berdampak terhadap penyembuhan dan kemandirian klien. Perawat memfasilitasi pemenuhan kebutuhan tersebut dengan menghubungi parapihak yang dibutuhkan klien dengan persetujuan klien dan keluarga. Sebagai koordinator pelayanan, perawat juga harus memiliki wawasan tentang pelayanan yang tersedia di sekitar tempat tinggal klien dan bagaimana mengaksesnya. Perawat juga harus memiliki informasi yang terbaru tentang perkembangan klien dan tindakan yang dilakukan oleh parapihak yang terlibat dalam asuhan klien, serta melakukan konferensi kasus bila diperlukan.

4. Melakukan supervisi terhadap para profesional

Perawat yang bekerja di rumah dapat dibantu oleh asisten perawat atau *caregiver* yang dilatih untuk melakukan *personal care* atau keperawatan dasar dibawah supervisi perawat teregistrasi dan bersertifikat serta kinerja mereka perlu dipantau sekurang-kurangnya tiap dua minggu sekali.

5. Meyakinkan keberlanjutan perawatan klien

Perawat harus mengakomodir asuhan keperawatan untuk 24 jam dan meyakinkan agar asuhan yang diberikan kepada klien selama 24 jam sesuai dengan rencana yang disusunnya serta dimonitor agar keberlanjutan asuhan yang diberikan dapat dicapai. Pemantauan atau monitoring dilakukan melalui verbal klien, keluarga atau tim perawatan di rumah yang disampaikan langsung dan atau melalui telepon penting dilakukan. Jika terjadi perubahan kondisi klien yang membutuhkan rujukan ke tatatan layanan kesehatan lain misalnya rumah sakit, maka perawat

yang merawat klien di rumah harus menyertakan semua rencana dan catatan perkembangan perawatan klien di rumah, sehingga dapat dijadikan bahan tindak lanjut perawatan di rumah sakit.

6. Menjadi advokat klien

Perawat juga dapat mengadvokasi klien bagaimana melakukan negosiasi pada pihak asuransi yang menjamin perawatan klien dan membantu menjelaskan prosedurnya. Seringkali prosedur asuransi membuat klien dan keluarga cemas akibat informasi yang diberikan pihak asuransi kurang dipahami dengan baik. Cemas ini dapat menghambat proses penyembuhan klien. Advokasi lain dapat diberikan perawat terkait fasilitas layanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh pasien termasuk alamat fasilitas tersebut. Khusus untuk klien yang tidak mampu, perawat dapat menganjurkan kepada keluarga agar menghubungi dinas sosial untuk mendapatkan dukungan yang diperlukan klien dan keluarga dan memberitahukan pada keluarga bagaimana mengakses pelayanan tersebut.

Peran dan fungsi perawat tersebut dilaksanakan selama praktik, perawat dapat menggunakan beberapa model praktik keperawatan keluarga. Beberapa model keperawatan keluarga dapat dipilih sebagai kerangka kerja untuk melakukan asuhan keperawatan kepada keluarga. Pada makalah ini difokuskan menggunakan model Asuhan keperawatan berfokus pada keluarga (Family Centre Nursing/FCN) sebagai kerangka kerja dan kemitraan keluarga dan perawat (Nurse-Family Partnership/NFP) sebagai pendekatan dalam melakukan pelayanan dan asuhan keperawatan kepada anggota keluarga. Adapun alasan penulis menggunakan kedua model tersebut, model ini lebih sederhana dan melibatkan keluarga secara aktif dalam merawat anggota keluarga, perawat dan keluarga dapat bermitra dalam menyelesaikan masalah anggota keluarga, sehingga keberlanjutan asuhan keperawatan dapat dipertahankan.

Bentuk praktik keperawatan berbasis keluarga di rumah

Praktik keperawatan berbasis keluarga ini merupakan asuhan keperawatan memposisikan klien dalam konteks keluarga dan keluarga sebagai sistem. Masalah yang timbul pada anggota keluarga sebagai pengaruh dari keluarga dan satu anggota keluarga yang bermasalah akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain (Friedman, Bowden & Jones, 2003; Wright & Leahey, 2009).

1. Nurse-Family Partnership (NFP)

Asuhan keperawatan keluarga menggunakan NFP yang dilakukan pada klien secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi perilaku anggota keluarga yang lain maknanya perawat sekaligus dapat melatih anggota keluarga yang lain mengenal perilaku yang tidak sehat dan melakukan intervensi dini perilaku sehat. Keterlibatan keluarga sebagai mitra (NFP) dalam asuhan keperawatan keluarga dapat melatih anggota keluarga terutama caregiver utama di dalam keluarga untuk turut aktif mengenali atau mendeteksi perubahan pada anggota keluarga dan bersama perawat mengatasi risiko atau masalah yang dapat timbul pada anggota keluarga melalui peningkatan pemahaman tentang masalah yang dihadapi anggota keluarga.

Menurut Ball, Barnes, dan Meadows (2012), model NFP telah diujicobakan di UK dan USA pada ibu yang hamil anak pertama melalui kemitraan perawat dan keluarga dalam membantu keluarga khususnya ibu hamil anak pertama, dengan menjadikannya sebagai orang tua yang memiliki pengetahuan yang baik, sehingga dapat mempersiapkan anaknya untuk mencapai sukses di kemudian hari. Intervensi keperawatan mulai dari dalam kandungan sampai anak berusia 2 tahun. Model ini secara bermakna telah meningkatkan perilaku keluarga khususnya ibu sebagai caregiver utama dalam keluarga untuk mempersiapkan dirinya dan anaknya dengan baik serta keluarga merasa puas dengan apa yang dilakukan. Pendampingan yang dilakukan perawat di rumah klien melibatkan keluarga sebagai mitra, mulai dari masa kehamilan sampai anaknya berusia 2 tahun. Perawat melakukan beberapa sesi pelatihan dan pendampingan selama hamil terkait kesehatan ibunya, janinnya, perawatan selama kehamilan, proses persalinan. Setelah melahirkan perawat juga melakukan sesi pelatihan dan pendampingan tentang bagaimana ibu merawat dirinya sendiri sehingga dapat merawat bayinya dengan baik, kesehatan bayi dan perawatan bayi serta masalah-masalah yang dapat timbul pada bayi baru lahir, imunisasi. Pada fase anak usia 1-2 tahun beberapa sesi pendampingan

dilakukan terkait tumbuh kembang balita dan masalah yang perlu diantisipasi serta stimulasi tumbuh kembang. Pendampingan yang dilakukan tidak hanya terkait kesehatan, namun perawat juga memasukan materi yang turut berpengaruh terhadap kesehatan, misalnya pengaturan ekonomi dan bimbingan karir untuk keluarga sehingga keluarga dapat merencanakan masa depan keluarga dan anaknya lebih baik. Setiap sesi tidak hanya pemberian materi, juga ketrampilan yang harus dilatihkan pada keluarga. Tindakan yang memerlukan ketrampilan spesialistik keperawatan dilakukan langsung oleh perawat dan tindakan yang bersifat personal terkait ADL dan IADL, perawat mempersiapkan keluarga untuk menjadi mitra perawat. Selama perawat tidak di rumah klien, keluarga dapat menghubungi perawat apabila ada hal-hal yang menimbulkan keraguan pada keluarga atau perubahan kondisi klien. Perubahan kondisi klien yang memerlukan pemantauan yang ketat dari perawat atau memerlukan tindak lanjut intervensi spesialistik lain, maka dilakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat.

Tahap awal model ini, perlu dibangun hubungan saling percaya antara perawat dan keluarga, perawat haruslah memiliki kemampuan mengenali budaya keluarga dan memahami cara memotivasi keluarga untuk melakukan asuhan kepada anggota keluarga. Pendekatan ini dilakukan oleh sekelompok perawat 4-6 yang telah mendapatkan sertifikasi NFP, namun pendampingan terhadap keluarga tetap dilakukan perawat secara individu. Sekelompok perawat NFP disupervisi oleh satu orang supervisor yang telah berpengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan di rumah/masyarakat, dengan latar belakang pendidikan magister keperawatan atau Ners yang berpengalaman dan telah memiliki sertifikat NFP dan sertifikat pelatih.

Pendampingan dilakukan perawat melalui kunjungan rumah (home visits) dan mendisain sesi pelatihan dan praktik di rumah sesuai kebutuhan keluarga berdasarkan pengkajian perawat saat pertama kali mengunjungi keluarga. Perawat pun secara berkala melakukan konferensi kasus (case conference) untuk membahas perkembangan asuhan yang diberikan dan atau melalui kunjungan rumah. Supervisor memberikan arahan untuk penyempurnaan asuhan keperawatan yang diberikan serta memastikan asuhan keperawatan yang diberikan timnya sudah sesuai. Tim NFP ini dapat dalam bentuk agensi swasta atau terintegrasi dengan pelayanan kesehatan yang ada.

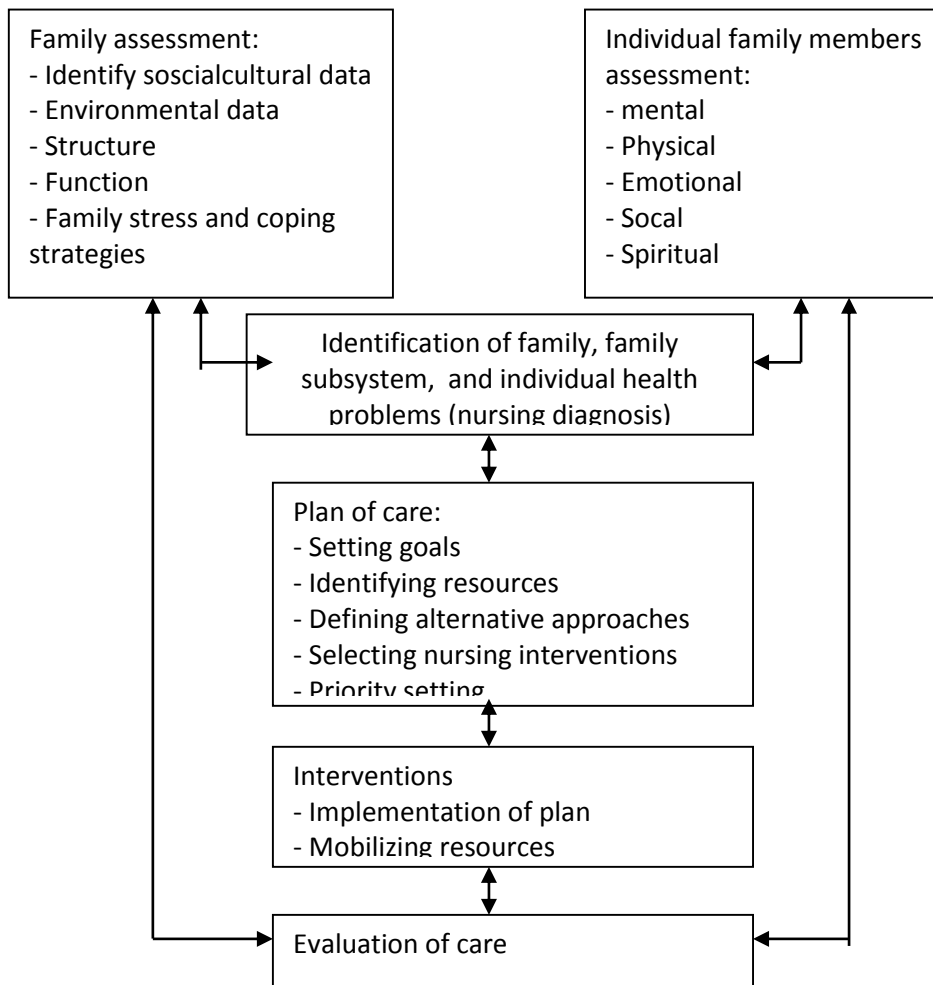
2. Model *Family Centre Nursing* (FCN)

Praktik keperawatan menggunakan FCN sebagai kerangka kerja. Diawali dengan mengkaji dari dua sisi yakni individu klien yang mengalami masalah kesehatan dan keluarga sebagai konteks atau sistem yang mempengaruhi kesehatan anggota keluarga. Menurut Friedman, Bowens dan Jones (2004), pengkajian terhadap klien sebagai individu anggota keluarga yang bermasalah mencakup mental, fisik, emosi, sosial dan spiritual. Sedangkan pengkajian terhadap sistem keluarga mencakup sosial budaya keluarga, lingkungan, struktur, fungsi, stres dan strategi koping keluarga. Berdasarkan kedua kajian tersebut, maka dirumuskan masalah klien dan keluarga sebagai diagnosis keperawatan.

Berdasarkan diagnosis ini maka ditetapkan tujuan yang ingin dicapai untuk menyelesaikan masalah, mengidentifikasi sumber-sumber yang tersedia, mengidentifikasi alternatif penyelesaian masalah dan memilih bentuk intervensi yang sesuai dan memprioritaskan tindakan yang akan dilakukan. Selanjutnya berdasarkan rencana yang disusun diimplementasikan dengan memobilisasi sumber-sumber yang tersedia baik di dalam atau luar keluarga. Akhir dari tahapan proses ini dilakukan evaluasi sesuai tujuan dan indikator evaluasi, serta sebagai input untuk pengkajian lanjut pada individu klien atau sistem keluarga.

Menurut pandangan penulis model NFP dapat menjadi acuan dalam pelayanan dan asuhan keperawatan berbasis keluarga dengan melakukan modifikasi sesuai situasi dan kondisi di Indonesia atau lokal area untuk kasus-kasus yang lain seperti klien TB, kusta, pasca stroke, lansia DM, hipertensi, remaja dengan risiko dan lain-lain. Untuk perawat yang melakukan praktik berbasis keluarga ini sebelumnya perlu diberikan pelatihan terkait bagaimana melakukan asuhan keperawatan di rumah dengan melibatkan keluarga sebagai mitra. Titik masuk praktik keperawatan berbasis keluarga ini dimulai dari adanya kasus dari puskesmas, paska rawat rumah sakit atau laporan kader setempat atau kebutuhan keluarga sendiri untuk asuhan keperawatan di rumah. Proses keperawatan

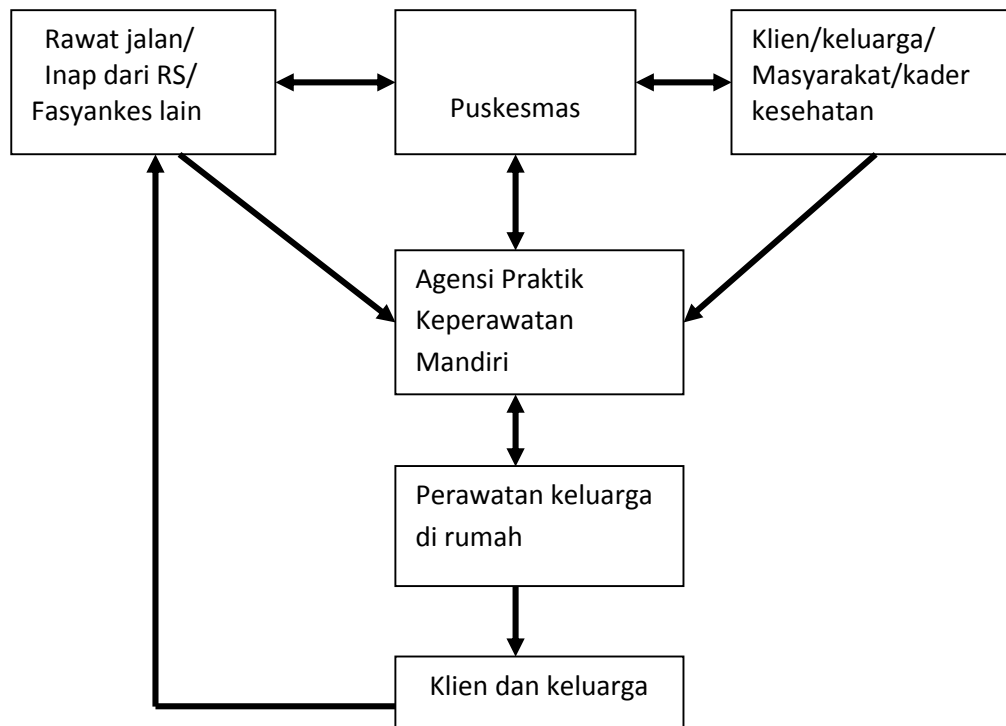
dilakukan dapat menggunakan model *Family Centre Nursing* (FCN). Secara skematis FCN dapat digambarkan pada diagram berikut:



(Friedman, Bowens, dan Jones, 2004)

Mekanisme praktik keperawatan keluarga di rumah

Praktik keperawatan keluarga di rumah dapat dilakukan atas rujukan rumah sakit atau puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lain atau atas permintaan klien dan atau keluarga atau masyarakat/kader kesehatan. Mekanisme praktik yang dapat dilakukan oleh institusi pelayanan kesehatan yang ada atau menggunakan agensi praktik mandiri perawat, dapat digambarkan pada diagram berikut :



Pelaksanaan praktik keperawatan berbasis keluarga di rumah mengacu pada SJSN

Pelaksanaan praktik keperawatan berbasis keluarga perlu memenuhi beberapa persyaratan yakni persyaratan personel dan persyaratan agensi keperawatan mandiri (Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan, RI, 2002).

Persyaratan Personel Perawat, memiliki:

1. Surat tanda registrasi (STR) dan Surat Izin Perawat (SIP)
2. Sertifikat praktik keperawatan di rumah
3. Pengalaman bekerja di rumah sakit sebagai pelaksana perawatan minimal 2 tahun

Khusus untuk koordinator pelayanan berbasis keluarga kualifikasi pendidikan minimal lulusan Ners yang memiliki pengalaman praktik di rumah sakit minimal 2 tahun dan memiliki sertifikat keperawatan berbasis keluarga.

Persyaratan Agensi Keperawatan Mandiri, memiliki:

1. Izin Usaha dari Pemda setempat
2. Izin pelayanan dari Dinas Kesehatan setempat
3. Memiliki fasilitas untuk perawatan di rumah termasuk *home visit kits*, sesuai standar.

Praktik keperawatan yang dilakukan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian. Semua proses keperawatan yang dilakukan didokumentasikan secara baik dan benar. Dokumentasi dapat menggunakan manual atau elektronik menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Perawatan luka terbuka/post op
2. Pemasangan kateter
3. Perawatan dekubitus
4. Pemberian /adm.insulin sesuai program dokter
5. Perawatan ostomi

6. Pemberian makanan melalui selang (nasogastric feeding)
7. Pendidikan kesehatan terkait masalah kes klien
8. Penatalaksanaan inhalasi pada klien COPD
9. Perawatan luka diabetes
10. Enema pada klien yang sulit buang air besar
11. Melatih ROM
12. Terapi komplementer sesuai sertifikat yg dimiliki
13. dll

Pelaksanaan praktik keperawatan berbasis keluarga di rumah mengacu pada SJSN seyogyanya dapat dilakukan di rumah dengan dukungan JKN, namun tahap awal JKN hanya menjamin pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditetapkan BPJS Kesehatan yakni puskesmas, klinik, atau rumah sakit sehingga praktik keperawatan berbasis keluarga perlu diintegrasikan dengan Fasyankes yang ada, karena pelayanan kesehatan berbasis keluarga di rumah dapat menghemat biaya rawat inap, pelayanan dan asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah melibatkan semua anggota keluarga, sehingga tidak saja merawat yang sakit, sekaligus dapat memberikan informasi pada anggota keluarga yang risiko sakit akibat pola hidup yang kurang sehat dan deteksi serta intervensi dini dapat dilakukan. Misalnya adanya kasus lansia dengan diabetes dirujuk dari puskesmas untuk dilakukan praktik keperawatan di rumah untuk pengendalian faktor risiko yakni gula darah, diet dan olah raga. Pada saat melakukan asuhan keperawatan di rumah pada lansia yang menderita diabetes tersebut, perawat juga harus mengkaji pola makan keluarga, kebiasaan olah raga sekaligus mengkaji faktor risiko diabetes pada anggota keluarga yang lain. Tahap berikutnya JKN seyogyanya juga mencakup pelayanan keperawatan berbasis keluarga, untuk mengoptimalkan implementasi SJSN.

Penutup

Praktik keperawatan berbasis keluarga dapat menghemat biaya dan asuhan akan lebih efektif diberikan di lingkungan yang nyaman untuk klien dengan melibatkan secara aktif *caregiver* keluarga. Praktik ini dapat diberikan mulai dari yang sederhana sampai kompleks yang diberikan oleh perawat/ners sesuai kompetensi yang dimiliki. Agar hambatan dalam praktik keperawatan dapat diminimalkan, maka perawat/ners perlu dipersiapkan dengan baik mulai dari pendidikan formal atau melalui pelatihan terstruktur dan didukung dengan fasilitas peralatan yang memadai serta melatih perawat bagaimana beradaptasi dalam lingkungan keluarga yang mungkin berbeda budaya dengan perawat sendiri dan tetap memegang kode etik keperawatan Indonesia. Selanjutnya perlu didukung dengan pengelolaan yang baik.

Pada tahap awal dapat dilakukan perluasan (*extended*) dari pelayanan rumah sakit atau puskesmas sesuai ketentuan JKN, namun meningkatnya populasi dan untuk mendekatkan pelayanan ke masyarakat, serta pelayanan kesehatan yang diberikan lebih hemat biaya dan pelayanan efektif, maka agensi praktik keperawatan mandiri sudah saatnya dibangun dengan persiapan yang matang dan melalui mekanisme perizinan praktik keperawatan di rumah. Upaya ini perlu didukung dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang memperluas jaminan tidak saja untuk klien yang sakit di rumah sakit, klinik atau puskesmas, akan tetapi juga anggota keluarga yang memiliki risiko atau rentan dengan melibatkan profesi yang banyak bersentuhan langsung dengan masyarakat yakni perawat/ners, sehingga pelayanan kesehatan semakin meningkat dan kualitas hidup penduduk lebih baik..

Rujukan

- Allender, J.A., dan Spradley, B.W.(2005). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*, Philadelphia: Lippincott William's & Wilkins
- Ball, M., Barnes, P.J., dan Meadows, P. (2012). *Issues Emerging from the First 10 Pilot Sites Implementing the Nurse-Family Partnership Home-Visiting Programme in England*, London: Birkbeck University.
- Canadian Nurses Association. (2013). *Optimizing the role of nursing home care*, Ottawa: CNA
- Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan, RI. (2002) *Pedoman perawatan kesehatan di rumah*, Jakarta: Depkes, RI.
- Friedman, M.R., Bowdens, V.R., dan Jones, E.(2003). *Family Nursing: Research, Theory and Practice*, 5th edn, Philadelphia: WB. Saunders.
- Humphrey, C.J., dan Milone-Nuzzo, P. dalam Capital health. (2011). *Family practice nurse program*, <http://www.cdha.nshealth.ca/primary-health-care/family-practice-nurse-program>, diunduh, 10 Oktober 2013.
- Kaakinen, J.R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D.P., dan Hanson, S.M.H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice and reserach*, 4th.ed, Philadelphia: F.A Davis, Co
- Lyon, L.C., Bolla, C.D, dan Nies, M.A. (1998) *The home visit and home health care*, Philadelphia: WB. Saunders.
- Maurer.F.A., dan Smith, C.M. (2013). *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*, 5th.edn, St.Louis: Elsevier-Saunders
- Stanhope, M., dan Lancaster, J.(2004). *Community health nursing*, St.Louis: The Mosby in Affiliate of Elsevier.
- Wright, L., dan Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 5th.edn, Philadelphia: F.A Davis, Co.



**KELOMPOK KEILMUAN
KEPERAWATAN
KELUARGA**

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KEPATUHAN PERAWAT DALAM
MELAKUKAN HOME CARE DENGAN PENURUNAN PENYAKIT INFEKSI
PADA BALITA MALNUTRISI DI KOTA YOGYAKARTA**
*(The Relationship between Home Care Compliance with Decreased of Infectious Diseases
of Children Under Five with Malnutrition In Yogyakarta)*

Titih Huriah¹, Gita Kartika²

¹ Departemen Keperawatan Komunitas PSIK FKIK, titih_psikumy@yahoo.com

² Mahasiswa PSIK FKIK UMY

ABSTRACT

Malnutrition is a major public health problem worldwide and is the cause of one to two million preventable child deaths each year. Malnutrition is one of a big health problem in Indonesia, including Yogyakarta Special Region. A problem of malnutrition was influenced directly by two factors, food consumption and infectious diseases. Recent advances in the treatment of malnutrition have enabled severely waste children to recover at home, but home care program is determined by several factors, one of which is compliance nurse. The purpose of this study was to determine the relationship between nurses compliance in doing home care with decreased episodes of infectious diseases in children under five with malnutrition in the city of Yogyakarta. The research method was descriptive correlation with cross-sectional design. Samples were children under five with malnutrition in the city of Yogyakarta and the use of sampling techniques was consecutive sampling for children under five and purposive sampling for nurses. The number of samples are 35 children and 18 nurses. Analysis used the Spearman Rank test. The results showed a decline in infectious disease episodes before and after treatment indicated by the mean value 0.71 before treatment and become 0.00 after home care treatments for diarrhea. Majority of the nurses said to be obedient in terms of quantity rather than quality. The result of relation between nurses compliance in home care and the decrease in infectious disease was showed by P value=0.939, more than 0.05 level. Conclusion is there is no relation between compliance nurse in doing home care with the decreases of infectious disease episodes in children under five with malnutrition in Yogyakarta. Suggestion from this research is public health centers and other health institutions have to evaluate and apply existing programs in health centers so as to improve the competence of nurses.

Keywords: *compliance, home care, infectious disease episodes.*

PENDAHULUAN

Balita adalah anak yang berusia dibawah 5 tahun (0 sampai 60 bulan).. Pada usia balita merupakan periode penting pada tumbuh kembang sehingga memerlukan asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhannya⁴. Salah satu permasalahan yang saat ini sering dialami balita terutama di negara miskin dan berkembang adalah malnutrisi pada balita.

Malnutrisi adalah kondisi defisiensi energy dan protein yang secara progresif menyebabkan kerusakan mukosa sehingga menurunkan resisten terhadap kolonisasi dan invasi kuman pathogen yang pada akhirnya akan menurunkan sistem imunisasi sehingga akan mempengaruhi insiden penyakit infeksi seperti diare, ISPA, ISK, dan demam yang berkontribusi menjadi penyebab kekurangan gizi atau malnutrisi pada balita atau menjadi faktor yang memperberat keadaan balita malnutrisi⁵.

Malnutrisi masih menjadi suatu permasalahan di Indonesia termasuk di Daerah Istimewa Yogyakarta. Pada tahun 2010 angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut di kabupaten di DIY adalah: Kulonprogo 0,88%, Bantul 0,58%, Gunung Kidul 0,70%, Sleman 0,66% dan kota Yogyakarta 1,01% dari 17.676 balita yang ditimbang¹. Malnutrisi pada balita menjadi suatu hal yang sangat serius karena dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya sehingga rentan mengalami masalah kesehatan, seperti infeksi dan penyakit kronis².

WHO sejak tahun 2007 telah mensosialisasikan program *community-based management of severe acute malnutrition* dan Puskesmas merupakan salah satu institusi kesehatan yang menerapkan dan melaksanakan program *home care* untuk balita malnutrisi. Program *home care* di puskesmas dapat dilakukan oleh perawat puskesmas, hal ini dengan pertimbangan tenaga keperawatan merupakan tenaga kesehatan terbesar di Indonesia.

Home care adalah suatu sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya⁶. Berbagai keuntungan dari pelayanan *home care* bagi klien yaitu pelayanan akan lebih sempurna, holistic dan komprehensif. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat yaitu faktor internal (pengetahuan, sikap, kemampuan, motivasi) dan faktor eksternal (karakteristik organisasi, karakteristik kelompok, karakteristik pekerjaan, karakteristik lingkungan). Faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit infeksi yaitu kebersihan lingkungan dan sanitasi, pola asuh, pemberian ASI, usia anak.

Keberhasilan program *home care* ditentukan oleh beberapa faktor salah satunya adalah kepatuhan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah. Kepatuhan perawat dalam menerapkan standar keperawatan masih rendah yang dipengaruhi oleh faktor pelatihan standar asuhan dan pengetahuan perawat³, berdasarkan penjelasan di atas penulis ingin mengetahui hubungan antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi di kota Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan adalah *deskriptif correlational* dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah balita malnutrisi dengan atau tanpa komplikasi yang berjumlah 72 balita dan 77 perawat yang ada di 18 puskesmas wilayah Kota Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling* untuk balita dan *purposive sampling* untuk perawat. Hasil validasi didapatkan jumlah balita malnutrisi adalah 35 orang dan untuk perawat 18 orang dari perwakilan setiap puskesmas.

Variabel bebas penelitian ini adalah tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dan variabel terikat adalah penurunan episode penyakit infeksi. Intervensi dan pengukuran untuk kepatuhan perawat dilihat dari frekuensi kunjungan ke rumah balita malnutrisi dengan skala pengukuran yang digunakan adalah skala rasio. Penurunan episode penyakit infeksi dilihat dari frekuensi menderita penyakit infeksi selama 14 hari terakhir yang diukur pada awal perlakuan dan setelah perlakuan *home care*. Penurunan penyakit infeksi diukur dengan menggunakan alat ukur berupa daftar pertanyaan atau kuesioner yang diberikan kepada orang tua (ibu) balita malnutrisi berupa tanda dan gejala dari penyakit infeksi seperti diare, ISPA, ISK, yang diderita balita malnutrisi. Batasan ISPA adalah gejala demam, batuk, beringus dan sesak napas. Batasan diare adalah berak cair ≥ 3 kali dalam sehari. Skala pengukuran yang digunakan untuk episode penyakit infeksi adalah skala rasio dan penilaiannya dengan melihat perbedaan nilai sebelum dan sesudah perlakuan *home care*.

Setelah sampel ditetapkan selanjutnya dilakukan pengumpulan data. Cara pengambilan data berupa data sekunder yang didapatkan dari format pengkajian penyakit infeksi dan daftar kehadiran atau kunjungan perawat dalam setiap intervensi selama tiga bulan dan setelah itu peneliti menyimpulkan hasil penelitian yang diperoleh dari analisis data. Cara pengumpulan data dengan metode wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur untuk mengetahui kejadian penyakit infeksi yang terjadi pada balita malnutrisi.

Analisis univariat untuk memberikan gambaran karakteristik masing-masing variabel penelitian dengan menggunakan distribusi frekuensi dan prosentase pada masing-masing kelompok. Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi menggunakan uji statistik yaitu dengan uji hipotesis korelatif dengan uji *Spearman Rank (Rho)*. Peneliti juga mendapatkan persetujuan kelayakan etika penelitian dari komite etik Fakultas Kedokteran UGM untuk melakukan penelitian.

HASIL PENELITIAN

1. Frekuensi Karakteristik Responden

Tabel 1.

Distribusi frekuensi karakteristik responden jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, ASI, status imunisasi, pengasuh.

No	Karakteristik	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	22	62.9
	Perempuan	13	37.1
2	Tingkat Pendidikan Ibu		
	SD	3	8.6
	SMP	8	22.9
	SMA	17	48.6
	D3/S1	7	20
3	Tingkat Pendidikan Bapak		
	SD	3	8.6
	SMP	6	17.1
	SMA	22	62.9
	D3/S1	4	11.4
4	Status Imunisasi		
	Lengkap	34	100
5	Pemberian ASI		
	Tidak eksklusif	21	60
	Eklusif	14	40
6	Penghasilan Orang Tua		
	Kurang dari UMR	17	48.6
	Sama atau lebih dari UMR	18	51.4
7	Pengasuh Anak		
	Pembantu	1	2.9
	Nenek	7	20
	Ibu	27	77.1
8	Pekerjaan orang tua		
	Buruh	6	17.1
	Swasta	16	45.7
	Wiraswasta	12	34.3
	PNS	1	2.9

Sumber : data primer

Tabel 1 memperlihatkan bahwa pada karakteristik jenis kelamin responden mayoritas laki-laki 22 orang. Berdasarkan tingkat pendidikan orang tua, mayoritas responden berpendidikan SMA 17 orang begitupun dengan tingkat pendidikan bapak mayoritas SMA 22 orang, untuk pekerjaan orang tua responden mayoritas adalah swasta 16 orang, status imunisasi 34 orang, pemberian ASI mayoritas balita mendapatkan ASI tidak eksklusif 21 orang, penghasilan orang tua mayoritas diatas UMR 18 orang, dan untuk pengasuh anak mayoritas 27 orang diasuh oleh ibu.

Tabel 2.

Distribusi deskriptif karakteristik responden berdasarkan usia, jumlah saudara, usia ibu.

No	Karakteristik	Min	Mak	Mean	SD
1	Usia	4	59	32.00	13.207
2	Jumlah saudara	0	6	2.21	1.388
3	Usia ibu	19	44	32.43	6.518

Sumber : data primer

Dari tabel 2 karakteristik usia didapatkan nilai rata-rata (*mean*) usia adalah 32 bulan, karakteristik berdasarkan jumlah saudara responden nilai *mean* adalah 2 orang, karakteristik berdasarkan usia ibu responden nilai *mean* adalah 32.43 tahun.

2. Analisis univariat

a. Deskriptif kepatuhan

Tabel 3.

Distribusi deskriptif kepatuhan perawat dalam melakukan *homecare* pada balita malnutrisi

No		Min	Mak	Mean	Sd
1	Kepatuhan perawat	2	7	6.18	1.623

Sumber : data primer

Berdasarkan tabel 3 frekuensi kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* memiliki nilai *mean* 6.18 kali kunjungan.

b. Deskriptif episode penyakit infeksi

Tabel 4.

Distribusi deskriptif penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi

No	Episode penyakit infeksi	Min	Max	Mean	SD
1	Sebelum				
	ISK	0	4	.12	.686
	ISPA	0	7	1.59	2.324
	Diare	0	6	.71	1.528
	Demam	0	2	.06	.343
2	Sesudah				
	ISK	0	0	.00	.000
	ISPA	0	3	.09	.514
	Diare	0	0	.00	.000
	Demam	0	2	.12	.478

Sumber : data primer

Berdasarkan tabel 4 episode penyakit infeksi sebelum perlakuan, penyakit infeksi yang mengalami penurunan yang signifikan adalah diare dan ISK dengan nilai *mean* untuk diare 0.71 sebelum perlakuan dan setelah perlakuan nilai menjadi *mean* 0.00 sedangkan ISK nilai *mean* 0.12 sebelum perlakuan dan setelah perlakuan nilai menjadi *mean* 0.00.

3. Analisis bivariat : Uji hipotesis hubungan antara kepatuhan perawat dalam melakukan *Home care* dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi

Tabel 5.

Hubungan antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi.

	<i>Sig.(2-Tailed)</i>	<i>r</i>
Kepatuhan perawat dengan episode penurunan penyakit infeksi	0.939	0.014

Sumber : data primer

Berdasarkan data tabel 5 dengan menggunakan *SPSS.15* uji *sperman's rho* diperoleh nilai koefisien sebesar 0.014 bernilai lemah yang artinya tingkat kepatuhan perawat tidak memiliki keeratan yang kuat dengan penurunan penyakit infeksi pada balita dan nilai $P = 0.939 > 0.05$ maka H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi di kota Yogyakarta.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan usia anak di kategorikan dari umur 4-59 bulan dengan rata-rata 32.00 dan *Standart devisiasi* 13.207. Didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Sintamurniwati (2006) bahwa semakin muda umur anak (0-24 bulan) makin besar resiko terjadinya penyakit dimana sistem pertahanan tubuh anak yang belum matur menyebabkan kekurangan antibody sehingga memudahkan terjadinya penyakit infeksi⁷.

Karakteristik usia orang tua khususnya usia ibu di kategorikan dari usia 19-44 tahun dengan nilai rata-rata 32.43 dengan *SD* 6.518. pada saat penelitian rata-rata usia orang tua khususnya ibu balita masih sangat muda yaitu dibawah 20 tahun. Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu dalam mengasuh anak. Hal ini di dukung oleh pernyataan oleh WHO dan BKKBN dimana rentang umur 20-40 merupakan usia pada fase dewasa sehingga semakin cukup umur seseorang maka, tingkat kemampuan dan kekuatan dalam berfikir dan bekerja akan menjadi lebih matang⁸.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, di dapatkan bahwa mayoritas reponden adalah laki-laki 22 orang namun jenis kelamin tidak menjadi tolak ukur balita mengalami malnutrisi karena sebelum validasi jumlah laki-laki dan perempuan hampir sebanding hal ini di dukung juga oleh penelitian yang dilakukan Adisasmiti (2007) dalam Rizky (2007) bahwa jenis kelamin bukan faktor mempengaruhi terjadinya diare pada balita di Indonesia namun faktor yang mempengaruhi diantaranya lingkungan, pemberian ASI eksklusif, status gizi, prilaku dan pengetahuan ibu⁹.

Karakteristik tingkat pendidikan orang tua responden, mayoritas jenjang pendidikan responden adalah SMA yang berjumlah 22 orang. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan. Hal ini mendukung pernyataan oleh Nursalam (2003) dan Notoatmodjo (2007) bahwa tingkat pendidikan adalah tingkatan suatu proses yang berkaitan dalam pengembangan aspek kepribadian manusia yang mencakup pengetahuan, nilai, sikap, keterampilan, dan bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar orang lain dapat memahami¹⁰.

Karakteristik pekerjaan orangtua responden mayoritas adalah swasta 16 orang. Andini (2002) dalam Risky (2007) menyatakan bahwa status pekerjaan orang tua berpengaruh terhadap status kesehatan anak dimana status pekerjaan orang tua berkaitan dengan pendapatan sehingga mempengaruhi pemenuhan kebutuhan keluarga khususnya kebutuhan anak baik materi maupun psikologis.

Karakteristik berdasarkan status imunisasi responden mayoritas responden dengan kategori status imunisasi lengkap. Dari hasil yang didapatkan mayoritas responden memiliki status imunisasi yang lengkap dengan prosentase 100.0 %. Depkes RI (2005) dalam Hasanah (2007) menyatakan bahwa imunisasi merupakan suatu usaha memberikan kekebalan pada tubuh bayi dan anak terhadap penyakit tertentu dan meningkatkan kesehatan khususnya bayi baru lahir agar memperoleh kekebalan sedini mungkin terhadap penyakit berbahaya¹¹.

Karakteristik pemberian ASI responden berdasarkan hasil yang didapatkan mayoritas responden tidak mendapatkan ASI eksklusif dengan prosentase 60.0 % dan yang mendapatkan ASI secara eksklusif memiliki prosentase 40.0%. pada saat penelitian rata-rata ibu sudah memberikan makanan selain ASI pada usia kurang dari 6 bulan sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi status kesehatan balita dan hal ini mendukung oleh pernyataan oleh Hasanah (2007) ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi usia 0-6 bulan pemberian makanan atau minuman tambahan kepada bayi sebelum usia 0-6 bulan dapat mempengaruhi status gizinya.

Karakteristik pengasuh anak sehari-hari berdasarkan hasil yang didapatkan mayoritas responden di asuh oleh ibu dengan prosentase 77,1 % sedangkan sisanya di asuh oleh pembantu

2.9 % dan nenek 20 %. Dalam hal pemenuhan status gizi bayi dan anak peran orang tua khususnya ibu sangat penting karena orang terdekat dengan bayi dan anak adalah ibu.

2. Kepatuhan

Mayoritas perawat termasuk dalam kategori patuh dalam melakukan *home care* dengan nilai *mean* 6.18 kali dengan *SD* 1.623 kali, dengan nilai Min 2 kali kunjungan dan nilai Mak 7 kali kunjungan. Menurut pernyataan perawat, faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* ketersediaan waktu dan adanya rolling pekerjaan sehingga menghambat perawat untuk melakukan penelitian. Hal ini mendukung pernyataan Sarwono (1997) dalam Asti (2012), bahwa secara umum faktor yang mempengaruhi kepatuhan seseorang yakni; pengetahuan dan keahlian mengenai isu-isu yang ada, motivasi yang menyangkut tentang perilaku, sikap, dan keyakinan¹². Oleh sebab itu kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap perawat dapat di tingkatkan dengan meningkatkan pelayanan keperawatan yang profesional dan kepatuhan perawat terhadap suatu tugas.

3. Episode Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi terbanyak yang dialami oleh balita sebelum perlakuan *home care* adalah ISPA nilai rata-rata 1.59 dan diare dengan nilai rata-rata 0.71 diikuti dengan ISK nilai rata-rata 0.12. Setelah perlakuan *home care* penurunan angka penyakit diare dan ISK lebih besar dibandingkan ISPA dari data deskriptif penyakit infeksi menunjukkan bahwa dalam 3 bulan perlakuan *home care* yang dilakukan perawat penyakit ISPA memiliki nilai rata-rata 0.09 sedangkan diare dan ISK hampir sepenuhnya tidak terjadi lagi. Penelitian ini mendukung penelitian Rasmaliah (2004), bahwa setiap anak diperkirakan mengalami 3-6 episode ISPA setiap tahunnya. 40%-60% dari kunjungan di puskesmas adalah oleh penyakit ISPA¹³. Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) dari hasil data jumlah kunjungan kasus ISPA dan diare pada balita di PKM Mangarabombang menunjukkan kasus ISPA lebih tinggi dibandingkan kasus diare pada bulan November 2007 sampai dengan bulan Maret.

4. Hubungan Tingkat Kepatuhan Perawat Dengan Penurunan Episode Penyakit Infeksi.

Uji hipotesis dengan menggunakan uji *spermank's rank* diperoleh nilai $P < 0,05$ maka H_0 di terima dan H_a ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi di kota Yogyakarta dan diperoleh nilai (r) 0.014 yang berarti memiliki keeratan hubungan yang lemah antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi di Kota Yogyakarta.

Hal ini terjadi dikarenakan untuk kepatuhan perawat, peneliti tidak melihat kualitas dari perawat melainkan kuantitas perawat dalam melakukan *home care* dimana untuk tingkat kepatuhan perawat menilai dari jumlah frekuensi kunjungan perawat dan dari hasil dokumentasi perawat dalam melakukan tindakan *home care*. Pada akhir penelitian ini perawat hanya mengisi kuesioner di awal tindakan tetapi di akhir tindakan tidak banyak perawat melakukan pengisian dokumentasi atau kuesioner dari penelitian sehingga untuk menilai kualitas perawat peneliti tidak melakukannya hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Tyas (2010) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam pendokumentasian asuhan perawat yang dominan yaitu unsur tenaga dan motivasi dibandingkan dengan unsur sarana, pelatihan, *supervise, punishment, reward* dan waktu

Pernyataan diatas tidak mendukung penelitian yang dilakukan oleh Elly (2008) yang mengatakan bahwa kepatuhan perawat pada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan sangat baik, pelaksanaan tindakan keperawatan dalam arti perawat mau dan mampu memberikan perawatan yang spesifik untuk menghilangkan, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan pasien dan mampu melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru yang terjadi pada pasien salah satunya dengan cara pelaksanaan program *home care*. Sedangkan untuk penyakit infeksi banyak faktor yang mempengaruhi yaitu Usia ibu balita yang relatif masih sangat muda untuk memenuhi kebutuhan balita dan satus pemberian ASI¹⁴.

Penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) bahwa faktor yang menjadi kontribusi dalam penurunan angka kejadian penyakit pada balita KEP adalah adanya peningkatan praktik

pengasuhan anak, khususnya praktik pemeliharaan kesehatan atau kebersihan anak sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi seperti diare dan ISPA pada balita juga adanya perbaikan pemberian makan pada anak. Praktik pemberian makan secara langsung akan mempengaruhi kuantitas dan kualitas makanan, meningkatkan asupan energi dan protein sehingga penyediaan zat-zat gizi untuk pembentukan zat kekebalan pada anak meningkat.

Oleh sebab itu kepatuhan perawat bukanlah faktor yang berkontribusi secara langsung penurunan penyakit infeksi melainkan proses atau pendidikan yang diberikan secara langsung kepada orang tua balita terkait pemberian pengetahuan tentang pemberian makanan atau pengetahuan tentang penyakit infeksi yang terjadi pada balita malnutrisi.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan selama 3 bulan, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi di Kota Yogyakarta. Bagi institusi kesehatan untuk lebih mengevaluasi dan mengaplikasikan program yang ada di puskesmas sehingga dapat meningkatkan kompetensi perawat.

RUJUKAN

1. Dinkes Provinsi DIY. 2010, Profil Kesehatan DIY Tahun 2010, Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. WHO. (2012). *Malnutrition: Maternal, newborn, child and adolescent health*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/malnutrition/en Diunduh pada tanggal 21 Oktober 2012.
3. Darawad, Muhammad. Hussami, Mahhmoud. 2012, *Investigating Jordanian Nurses Handwashing Beliefs, Attitude, And Compliance*, American journal of infection control, No xxx (2012) 1-5
4. Muaris, Hindah. (2006). *Sarapan sehat untuk anak balita*, Gramedia pustaka utama, Jakarta.
5. Ayu, S. (2008). Pengaruh Program Pendampingan Gizi Terhadap Pola Asuh, Keadian Infeksi dan Status Gizi Balita Kurang Energi Protein, Thesis, Master Gizi Masyarakat. UNDIP, Semarang.
6. Neis, M.A. & Mc. Ewen, M. (2011), *Community Health Nursing*, W.B. Saunders Company, Philedelpihia.
7. Sinthamurniwaty. (2006). Faktor-Faktor Resiko Kejadian Diare Akut Pada Balita (Study Kasus Dikabupaten Semarang). Thesis, Megister Epidemiologi. UNDIP, Semarang.
8. Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
9. Rizki. (2007). *Prevalensi Infestasi Nematode Usus pada Balita dengan Gizi Buruk dan Hubungannya dengan Factor-Faktor Resiko di Kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul, Yogyakarta*. Skripsi strata satu. FKIKUMY, Yogyakarta.
10. Notoatmodjo. (2007). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
11. Hasanah, Nur. (2007). *Gambaran Penyakit ISPA Balita Di Puskesmas Kasihan Bantul Yogyakarta*. Skripsi Starata Satu. FKIKUMY. Yogyakarta.
12. Asti. Helen tri juni. (2012). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Petugas Cleaning Service di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Skripsi strata satu. PSIK-FKIKUMY, Yogyakarta.
13. Rasmaliah. (2004). Infeksi saluran penapasan akut (ISPA) dan penanggulangannya. Fakultas kesehatan masyarakat universitas sumatera utara. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-rasmaliah9.pdf>, diakses tanggal 7 september 2013.
14. Elly. Aprianti. (2011). *Gambaran Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Asuhan Keperawatan di Zaal Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Lahat*. Skripsi strata satu. Akademi Keperawatan Pemda Lahat, Sumatra Selatan.



**KELOMPOK KEILMUAN
KEPERAWATAN
GERONTIK**

**HUBUNGAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KEMANDIRIAN LANSIA
DALAM PEMENUHAN AKTIVITAS DASAR SEHARI-HARI
DI DUSUN JODOG GILANGHARJO PANDAK BANTUL**
*(The Relation between Cognitive Function With Independency of Activity Daily Living on
Elderly In Jodog Village Gilangharjo Pandak Bantul)*

Titih Huriah¹ Ratna Lestari² Dian Suspiyanti³

¹ Departemen Keperawatan Komunitas PSIK FKIK, titih_psikomy@yahoo.com

² PSIK STIKES A. Yani Yogyakarta

³ Mahasiswa PSIK STIKES A. Yani Yogyakarta

ABSTRACT

The increasing number of the elderly will become problems due to the aging process. The aging process influences elderly life especially in health problems, one of them is the cognitive function. The cognitive decreasing will be a serious problem because it attacks the elderly's thought. The cognitive destruction on the elderly known as demensia. Sliding scale of demensia will influence the social activities, normal occupation and daily activities whereas the daily activities are important to the viability, health and prosperity of the elderly. The study aimed to know between cognitive function with the independency of the elderly in fullfiling activity daily living in Jodog Village, Gilangharjo, Pandak, Bantul. The study used a cross sectional design. The data collection used proportional random sampling methode, with 62 elderly were involved. The data are collected through MMSE and Katz Index questionnaire. The data analysis method used the univariat and bivariat analysis of Kendall's tau with $p < 0,05$. The result of cognitive function showed that 11,3% of the elderly have average level of cognitive function, 56,5% have light interruption level of cognitive function, and 3,2 % have heavy destruction level of cognitive function. The assesment of independency of the elderly in doing activity daily living shows that the indepeny of the elderly in category A (35,5%), B (19,4%), C (17,7%), D (14,5%), E (4,8%), F (1,6%) and G (6,5%). The result of Kendall's tau correlation between cognitive function with the indepeny of the elderly in doing daily activities has 0,003 significance level ($0 < 0,05$) with the lowest correlation strength (coefficient correlation 0,321). There was a correlation between cognitive function and independency elderly in doing activity daily living. The result of study can give more information for cadre at Jodog Village about the value of elderly cognitive impairment and independency of activity daily living.

Keywords: *cognitive function, independency, activity of daily living.*

PENDAHULUAN

Pemerintah telah menunjukkan hasil yang positif dalam pembangunan nasional diberbagai bidang, yaitu dengan adanya kemajuan ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, terutama dibidang medis dan ilmu kedokteran sehingga dapat meningkatkan kualitas penduduk dan peningkatan jumlah penduduk terutama usia lanjut bertambah cepat. Tahun 2012 jumlah lansia yang berusia lebih dari 60 tahun meningkat lebih dari tiga kali dari laju pertumbuhan penduduk secara keseluruhan¹.

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki proporsi penduduk lansia tertinggi yaitu 14,02% dari total penduduk lanjut usia di Indonesia. Semakin bertambahnya jumlah lansia, disisi lain akan menjadi sebuah permasalahan. Permasalahan ini terkait adanya proses menua, yang membuat lansia banyak mengalami kemunduran secara alami dalam hidupnya. Proses penuaan pada lansia berdampak pada berbagai aspek kehidupan baik sosial, ekonomi dan terutama kesehatan, karena dengan semakin bertambahnya usia, fungsi organ akan semakin menurun baik karena faktor alamiah maupun karena penyakit.

Salah satu masalah kesehatan yang sering timbul pada lansia adalah masalah pada fungsi kognitif. Gangguan kognitif akan menjadi masalah serius karena menyerang proses fikir lansia. Gangguan proses fikir pada lansia ini sering disebut demensia yang menggambarkan kerusakan

fungsi kognitif global dan bersifat progresif yang mempengaruhi aktivitas sosial yang normal juga aktivitas kehidupan sehari-hari⁴. Lansia akan cenderung membutuhkan pelayanan yang luas terutama dalam melaksanakan aktivitas dasar sehari-harinya. Padahal aktivitas dasar sehari-hari merupakan hal yang esensial untuk kelangsungan hidup, kesehatan dan kesejahteraan lansia. Jika tidak ada penanganan lebih lanjut akan menyebabkan gangguan fungsi kognitif pada lansia sehingga dampaknya menyebabkan lansia membutuhkan bantuan dan mengalami ketergantungan sebagian atau penuh dalam berbagai aktivitasnya terutama aktivitas sehari-hari yang sering dilakukan lansia⁵.

Jumlah lansia yang mengalami peningkatan kejadian demensia dari tahun ke tahun menjadi sebuah masalah serius, yang menyebabkan lansia akan mengalami banyak kemunduran dan membutuhkan bantuan yang luas sehingga kemandirian lansia semakin lama menjadi berkurang dan menyebabkan lansia mengalami ketergantungan baik penuh maupun sebagian terutama dalam melaksanakan aktivitas dasar sehari-harinya, padahal aktivitas dasar sehari-hari merupakan hal yang penting untuk kelangsungan hidup lansia.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian non-eksperimental dengan rancangan penelitian *cross sectional*, menggunakan metode kuantitatif dan bersifat *deskriptif korelasi*. Penelitian ini dilakukan di Dusun Jodog, Kelurahan Gilangharjo, Kecamatan Pandak, Bantul. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia yang berada di Dusun Jodog, Kelurahan Gilangharjo, Kecamatan Pandak. Jumlah seluruh populasi adalah 165 orang lansia, yaitu 87 orang lansia yang berusia 61– 74 tahun dan 78 orang lansia yang berusia 75-80 tahun. Sampel yang diteliti sebanyak 62 lansia dengan menggunakan teknik *probability sampling*, yaitu dengan *proporsional random sampling*.

Instrumen penilaian fungsi kognitif menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*) dan instrumen penilaian kemandirian dalam aktivitas dasar sehari-hari dengan *Katz Index*. Data primer diambil dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden yang sebelumnya dijelaskan terlebih dahulu maksud dan tujuan penelitian. Setelah lansia bersedia menjadi responden, kemudian menandatangani surat persetujuan menjadi responden. Lansia yang memenuhi syarat dalam kriteria inklusi dan eksklusi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini diberikan kuesioner kemudian dibacakan dan dilakukan test fungsi kognitif menggunakan kuesioner MMSE dan kemandirian dalam Aktivitas Dasar Sehari – hari menggunakan *Katz Index*, setelah itu kuesioner dikumpulkan kembali, kemudian dilihat kembali apakah kuesioner telah diisi dengan baik. Selanjutnya data yang sudah terkumpul tersebut dilakukan *editing, coding, entry, cleaning, tabulating* Kemudian dilakukan analisa data menggunakan program komputerisasi. Analisa data berupa analisis univariat yaitu distribusi frekuensi dan analisa bivariat menggunakan korelasi *Kendal Tau* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

HASIL PENELITIAN

1. Frekuensi Karakteristik responden

Tabel 1

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin, usia, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan riwayat penyakit

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Jenis kelamin :		
Laki – laki	28	45,2
Perempuan	34	54,8
Usia :		
60– 74 tahun	38	61,3
75– 80 tahun	15	24,2
>80 tahun	9	14,5
Status Pernikahan		
Menikah	31	50
Berpisah/cerai	3	4,8
Janda/duda	24	38,7
Tidak menikah	4	6,5
Tingkat pendidikan :		
Tamat SMA	2	3,2
Tamat SMP	6	9,7
Tamat SD/Tidak tamat SD	54	87,1
Riwayat Penyakit :		
Tidak memiliki riwayat apapun	34	54,8
Memiliki riwayat penyakit	28	45,2

Sumber : Data Primer

2. Analisa Univariat

a. Deskriptif Fungsi Kognitif Lansia

Tabel 2

Distribusi deskriptif Fungsi Kognitif Lansia dalam pemenuhan Aktivitas dasar sehari-hari

Fungsi Kognitif	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Normal	7	11,3
Gangguan ringan	35	56,5
Gangguan sedang	18	29,0
Gangguan berat	2	3,2
Jumlah	62	100

Sumber : Data Primer

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki gangguan fungsi kognitif ringan yaitu 35 orang (56,5%).

b. Deskriptif Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktivitas Dasar Sehari-hari

Hasil penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari dengan menggunakan kuesioner *Katz Index*, hasil yang diperoleh menunjukkan sebagian besar lansia dalam kategori A yaitu mandiri dalam 6 aktivitas yaitu 35,5

3. Analisa Bivariat: Uji hipotesis hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktifitas dasar sehari-hari

Tabel 3

hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktifitas dasar sehari-hari

Kemandirian lansia	Fungsi Kognitif						TOTAL		P value		
	Normal		Gangguan ringan		Gangguan sedang		Gangguan Berat				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Kategori A	3	4.8	16	25.8	2	3.2	1	1.6	22	35.5	0,003
Kategori B	2	3.2	7	11.3	3	4.8	0	0	12	19.4	
Kategori C	2	3.2	5	8.1	4	6.5	0	0	11	17.7	
Kategori D	0	0	4	6.5	5	8.1	0	0	9	14.5	
Kategori E	0	0	3	4.8	0	0	0	0	3	4.8	
Kategori F	0	0	0	0	1	1.6	0	0	1	1.6	
Kategori G	0	0	0	0	3	4.8	1	1.6	4	6.5	
Total	7	11.3	35	56.5	18	29	2	3.2	62	100	

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa sebagian besar kemandirian lansia dalam kategori A, yaitu sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif ringan yaitu sebanyak 16 orang (25,8%). Kemandirian lansia dalam kategori B sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif ringan sebanyak 7 orang (11,3%). Sebagian besar kemandirian lansia dalam kategori C memiliki gangguan fungsi kognitif ringan sebanyak 5 orang (8,1%). Sebagian besar lansia dalam kategori B, C, D, E, F, G tidak memiliki gangguan fungsi kognitif berat, kemudian sebagian besar kemandirian lansia dalam kategori D, E, F, G tidak memiliki fungsi kognitif normal dan sebagian besar lansia dalam kategori F dan G tidak memiliki gangguan fungsi kognitif ringan.

Kemandirian lansia dalam kategori D sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif sedang yaitu sebanyak 5 orang (8,1%). Kemandirian lansia dalam kategori E sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif ringan sebanyak 3 orang (4,8%). Kemandirian lansia dalam kategori F sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif sedang sebanyak 1 orang (1,6%). Kemandirian lansia dalam kategori G sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif sedang sebanyak 3 orang (4,8%).

Uji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan analisis bivariat dengan rumus *Kendall's tau*. Analisis ini dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan yang signifikan antara dua variabel dengan skala ordinal. Hipotesisnya yaitu H_0 ditolak jika nilai signifikansinya lebih kecil dari taraf signifikansi 0,05, yang berarti kedua variabel tersebut mempunyai hubungan yang signifikan. Hasil uji korelasi *Kendall's tau* antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari, diperoleh tingkat signifikansi sebesar 0,003 ($p < 0,05$), sehingga H_0 diterima.

Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari. Nilai koefisien korelasi sebesar 0,321 menunjukkan arah korelasi positif dengan tingkat hubungan rendah. Angka korelasi positif menunjukkan bahwa semakin baik fungsi kognitif lansia maka semakin baik kemandirian lansia dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah responden perempuan lebih banyak daripada responden laki-laki yang dapat dilihat dalam tabel 1. Hasil ini didukung dengan data BPS (2010) yang menunjukkan bahwa persentase penduduk laki – laki di Provinsi DIY sebesar 49,31% dan penduduk perempuan sebesar 50,69%.⁽⁷⁾

Berdasarkan tabel 1 diatas, usia responden penelitian terbanyak yaitu 61-74 tahun. Hasil ini sesuai dengan data profil kesehatan DIY tahun 2010 yang menunjukkan bahwa usia 61 – 64 tahun sebanyak 28,15%, usia 65 – 69 tahun sebanyak 23,23%, usia 70-74 tahun sebanyak 19,61% dan yang berusia diatas 75 tahun sebanyak 29%.⁽⁸⁾

Status pernikahan responden menunjukkan separuh (50%) lansia berstatus menikah, hal ini dapat dilihat dalam tabel 4.1. Hasil ini sesuai dengan data BPS yang menunjukkan bahwa usia lebih dari 60 tahun keatas menunjukkan bahwa 59,76% penduduk berstatus menikah, 8,57% berstatus belum menikah, dan 31,67% berstatus duda/janda (BPS, 2010). Sedangkan profil kesehatan DIY tahun 2010 menunjukkan sebagian besar lansia menikah (59,24%), berstatus cerai (37,57%), dan belum pernah kawin (0,97%) (Profil Kesehatan DIY, 2010).

Tingkat pendidikan terakhir responden sebagian besar adalah Tamat SD atau tidak tamat SD, hal ini dapat dilihat dari tabel 1. Hal ini berbeda dengan hasil sensus penduduk BPS tahun 2010 yang menyebutkan bahwa penduduk pedesaan yang mempunyai tingkat pendidikan terakhir SMP/ sederajat sebesar 19,36%, pendidikan terakhir SMA/ sederajat sebesar 13,30% dan pendidikan terakhir Perguruan Tinggi sebesar 2,92% (BPS, 2010). Tingkat pendidikan terakhir responden di Dusun Jodog ini berbeda dibandingkan data yang ada di BPS. Hal ini menunjukkan penurunan kesadaran masyarakat lansia di Dusun Jodog dalam menempuh pendidikan.

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian responden lansia tidak memiliki riwayat penyakit yaitu sebesar 54,8% dan yang memiliki riwayat penyakit sebesar 45,2%. Pertanyaan riwayat penyakit disini adalah adanya diagnosa dokter dan merupakan laporan responden. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar lansia yang mengalami riwayat penyakit adalah diabetes melitus dan hipertensi.

3. Fungsi Kognitif

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar lansia memiliki gangguan fungsi kognitif ringan, hal tersebut terlihat dalam tabel 2. Hasil penilaian fungsi kognitif menggunakan MMSE diketahui bahwa penilaian item pertama yang berisi penilaian orientasi, yaitu orientasi waktu dan orientasi tempat.

Terdapat 12 orang responden (19,4%) lansia yang tidak mendapatkan skor maksimal karena hanya dapat menjawab 3 dari 5 pertanyaan item orientasi waktu, sedangkan terdapat 5 responden (8,1%) yang tidak dapat menjawab maksimal, karena hanya dapat menjawab 3 dari 5 pertanyaan item orientasi tempat. Responden lupa jam, hari, tanggal, bulan, tahun dan tempat. Gangguan ini termasuk dalam gangguan visuospasial yaitu seseorang yang lupa waktu dan tempat. Gangguan visuospasial merupakan salah satu manifestasi gangguan fungsi kognitif.⁽⁹⁾

Hasil penilaian registrasi menunjukkan sebagian besar responden mampu menyebutkan kembali nama 3 benda yang disebutkan peneliti. Terdapat 6 responden (6,7%) yang tidak mendapat skor karena tidak dapat mengingat 3 nama benda yang disebutkan. Responden mengatakan lupa dengan nama benda yang disebutkan pertama kali oleh peneliti. Tes registrasi digunakan untuk menilai memori kerja. Hasil memori kerja negatif menunjukkan bahwa otak responden tidak mampu menyimpan informasi.⁽¹⁰⁾ Gangguan mengingat merupakan gejala awal yang timbul pada demensia dini (Lumbantobing, 2004). Tes perhatian dan perhitungan yang dilakukan pada responden menunjukkan sebagian besar responden mendapat skor maksimal, namun terdapat 12 responden (19,4%) yang sama sekali tidak mendapatkan skor. pencapaian nilai yang tidak maksimal pada tes perhatian dan perhitungan menunjukkan bahwa seseorang mengalami penurunan konsentrasi (Dahlan, 2003).

Tes mengingat kembali merupakan rangkaian dari tes registrasi. Terdapat 16 responden (25,8%) yang mampu menyebutkan kembali tiga nama benda yang telah disebutkan peneliti pada tes registrasi dan memperoleh nilai maksimal, kemudian terdapat 16 responden (25,8%) responden mampu menyebutkan satu dari tiga nama benda dan terdapat 21 responden (33,98%) responden mampu menyebutkan dua dari tiga nama benda dan terdapat 9 responden (14,5%) yang sama sekali tidak dapat mengingat 3 nama benda tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mampu menyebutkan dua dari tiga nama benda pada tes mengingat kembali. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat disfungsi proses pencarian dan pemanggilan kembali informasi (Dahlan, 2003).

Hasil tes bahasa menggambarkan sebagian besar responden (85,5%) responden tidak mengalami gangguan dalam menyebutkan dua nama benda yang ditunjuk oleh peneliti. Terdapat 5 responden (8,1%) yang tidak mampu menyebutkan nama benda yang ditunjukkan. Gangguan penamaan yang dialami oleh seorang lansia menunjukkan terjadinya lesi fokal di otak atau disfungsi difus hemisfer.⁽¹¹⁾

Tes pengulangan yang dilakukan pada responden menunjukkan sebagian besar responden (80,6%) mengalami gangguan dalam tes pengulangan ini, sedangkan terdapat 12 orang (19,4%) responden dapat mengulang kata – kata yang diucapkan oleh peneliti. Gangguan pengulangan ini dapat terjadi akibat adanya gangguan pada peri sylvian hemisfer kiri.⁽¹²⁾ Tes pengertian verbal dilakukan dengan cara meminta responden melakukan tiga perintah bertahap. Hasil tes penilaian verbal responden menunjukkan 90,3% responden tidak mengalami gangguan dalam penilaian verbal. Hanya Terdapat 5 responden (8,1%) yang mengalami gangguan penilaian verbal yang menunjukkan adanya disfungsi lobus temporal posterior kiri atau korteks parieto temporal.

Penilaian fungsi eksekutif dilihat dari tiga tes yaitu perintah tertulis, menulis kalimat dan menggambar atau konstruksi. Hasil tes perintah tertulis yang dilakukan pada responden menunjukkan hasil sebagian besar responden (95,2%) memperoleh nilai maksimal, hanya ada tiga responden yaitu (4,8%) yang tidak dapat melakukan perintah tertulis. Tes menulis kalimat yang dilakukan pada responden menunjukkan sebanyak 30 responden (48,4%) dapat melakukan perintah menulis kalimat, sedangkan 32 responden (51,61%) tidak dapat melakukan perintah tersebut. Hasil tes menggambar/konstruksi menunjukkan 43 responden (69,4%) tidak dapat menyalin gambar pentagon dengan tepat, sedangkan terdapat 19 responden (30,6%) responden yang dapat menyalin gambar pentagon dengan tepat. Melakukan fungsi eksekutif membutuhkan integritas sistem neuron multi vokal antara korteks lobus frontal, ganglion basalis, dan thalamus. Gangguan fungsi eksekutif sebagian besar disebabkan oleh gangguan metabolik, intoksikasi, infeksi serebral, trauma kepala, tumor otak, lesi lobus frontalis dan akibat degenerasi

4. Kemandirian Lansia Dalam Aktivitas Dasar Sehari-hari

Hasil penelitian menunjukkan frekuensi tingkat aktivitas dasar sehari-hari lansia secara mandiri lebih banyak yaitu yang masuk dalam kategori A, namun masih ada lansia yang juga mengalami kemandirian dalam aktivitas dasar sehari-harinya yang termasuk dalam kategori B, C, D, E, F, dan mengalami ketergantungan semua aktivitas dalam kategori G.

Kemandirian responden secara langsung diukur secara langsung dengan mengacu pada *Katz Index* yang terdiri dari 6 fungsi, yaitu mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah, kontinensia dan makan. Kemandirian ini didasarkan pada status sekarang dan bukan pada kemampuan yang sebelumnya. Seseorang yang menolak untuk melaksanakan suatu fungsi dicatat sebagai tidak melakukan fungsi tersebut walaupun ia dianggap mampu.

Berdasarkan penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari yaitu mandi, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (54,8%) mandiri dalam aktivitas mandi, namun terdapat (45,2%) yang tergantung dalam aktivitas mandi. Ketergantungan dalam aktivitas mandi pada lansia menunjukkan adanya penurunan fungsi tubuh secara perlahan-lahan seiring dengan adanya proses menua yang salah satunya akan menyebabkan aktivitas mandi menjadi terganggu. (13)

Hasil Penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari berpakaian, menunjukkan hasil sebagian besar responden (75,8%) masih sanggup mandiri, hanya terdapat (24,2%) lansia yang tergantung dalam aktivitas berpakaian. Ketergantungan dalam aktivitas berpakaian pada lansia disebabkan adanya kemunduran fisik pada lansia yang menyebabkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidup.

Hasil penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari berpindah posisi menunjukkan hasil sebagian besar responden (88,7%) mandiri dalam aktivitas pindah posisi sedangkan hanya (11,3%) responden yang mengalami ketergantungan dalam aktivitas pindah posisi. Gangguan muskuloskeletal pada lansia seperti penurunan kekuatan otot sehingga lansia menjadi lemah untuk berjalan dan berpindah, osteoporosis, dan persendian membesar dan menjadi kaku.

Hasil penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari kontinensia menunjukkan bahwa sebagian besar responden mandiri (66,1%) dan (33,9%) responden yang mengalami ketergantungan. Seiring dengan bertambahnya usia terjadi kemunduran fungsi kekuatan otot kandung kemih maupun anus pada lansia, sehingga menyebabkan kemampuan lansia dalam mengatur BAK/BAB menjadi menurun atau bahkan menghilang sehingga dapat terjadi inkontinensia.

Hasil penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari makan menunjukkan hasil sebagian besar responden masih sanggup mandiri (91,9%) sedangkan (8,1%) lansia mengalami ketergantungan. Gangguan makan yang dialami lansia disebabkan karena adanya kemunduran kemampuan fisik yang mengakibatkan dapat meningkatnya ketergantungan serta lansia cenderung membutuhkan bantuan orang lain yaitu salah satunya pada penyediaan makanan (Maryam, 2008).

5. Hubungan fungsi kognitif terhadap kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas dasar sehari-hari

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan *Kendall's tau* diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari.

Hal ini ditunjukkan dengan tingkat signifikansi antara kedua variabel sebesar 0,003 ($p < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, nilai koefisien korelasi sebesar 0,321 menunjukkan arah korelasi positif dengan tingkat hubungan rendah. Angka korelasi positif menunjukkan bahwa semakin baik fungsi kognitif lansia maka semakin baik kemandirian lansia dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan terdapat hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari lansia di Dusun Jodog, Kelurahan Gilangharjo, Pandak, Bantul. Bagi Perawat di Puskesmas Pandak hasil penelitian ini diharapkan untuk perawat dapat memberikan pengawasan atau *screening* gangguan fungsi kognitif pada lansia dengan pemeriksaan MMSE dan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari dengan pemeriksaan *Katz Index*.

KEPUSTAKAAN

1. World Health Organization. *Jumlah Lansia Semakin Meningkat*. http://www.voaindonesia.com/content/whopopulasi_lansia_di_dunia_semakin_bertambah/177255.html, diakses tanggal 3 desember 2012
2. Nugroho. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatri. Edisi ke 3*. Jakarta: EGC
3. Badan Pusat Statistik. (2011). *Statistik penduduk lansia*. Jakarta: BPS Indonesia
4. Stanley, M & Gauntlett, P.B. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Jakarta: EGC
5. Sulistyarini. (2011). Pola Aktivitas Sehari- hari pada Pasien Demensia di Instalansi Rawat Jalan RS Baktis Kediri. *Skripsi*. Dipublikasikan
6. Puskesmas 1 Pandak. *Rekapitulasi Jumlah Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Pandak 1 tahun 2012*. Yogyakarta: Data Puskesmas 1 pandak
7. Badan Pusat Statistik Indonesia. *Hasil Sensus Penduduk Indonesia Tahun 2010*. <http://www.bps.go.id>, diakses tanggal 13 maret pukul 22.55
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Profil Kesehatan DIY, DIY: Depkes RI*
9. Lumbantobing, S.M. (2004). *Neurogeriatri*. Jakarta: FK UI;
10. Dahlan, P. (2003). Pemeriksaan Neuropsikologi Pada Demensia. *Berkala Neurosains*
11. Suwono, W. (2003). Demensia: Suatu Pendeteksian Dini dan Terapinya. *Majalah Kedokteran Atma Jaya*, 2, 39-49
12. Martini, S. Gangguan Kognitif Paska stroke dan Faktor Risikonya. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 17, 195-201; 2002
13. Maryam, R.S, Fatma, M.E, Jubaedi, A. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medi

