

CLOCK DRAWING: ASESMEN UNTUK DEMENSIA (Studi Deskriptif pada Orang Lanjut Usia Di Kota Semarang)

Sri Hartati, Costrie Ganes Widayanti

Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro
Jl. Prof Sudharto. SH, Kampus Tembalang, Semarang, 50275

tthartati@gmail.com ; costrie.ganes@gmail.com

Abstrak

Dengan bertambahnya umur nampaknya faktor resiko menderita demensia juga akan meningkat. Ada berbagai macam instrumen yang dapat digunakan untuk melakukan *screening*, akan tetapi biasanya dibutuhkan seorang ahli yang terlatih untuk mengadministrasikannya. Untuk itulah, peneliti pada tulisan ini ingin memberikan pilihan lain dari penggunaan instrumen *screening* untuk demensia, yang dinamakan Clock Drawing Test. Tujuan Penelitian ini adalah memberikan gambaran mengenai pengadministrasian Clock Drawing Test di Indonesia dan fungsinya untuk mengetahui tanda-tanda orang lanjut usia yang mengalami demensia. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan melibatkan 133 orang responden. Hasil penelitian menggambarkan bahwa tes menggambar jam mudah diadministrasikan dan tidak ada penolakan dari responden. Pendidikan dan jenis pekerjaan tidak mempengaruhi administrasi dari tes tersebut.

Kata Kunci : clock drawing test, demensia, lansia

PENDAHULUAN

Kapan orang menjadi tua? apakah proses penuaan sebagai akibat fisik yang aus dan penurunan kemampuan terjadi tanpa adanya perubahan yang mendasar pada sikap individu?. Penuaan adalah suatu proses biologis, meskipun para ahli biologis belum menemukan kesimpulan untuk menjelaskan karakteristik umum dari penuaan (Cox, 1988, dalam Shirdev & Levey, 2004). Schaie dan Willis (1992) mengatakan bahwa tahap usia tua akan dialami oleh semua orang, ada perubahan fisik, psikis dan sosial yang terjadi. Di sisi lain kondisi fisik dan psikis setiap orang lanjut usia akan berbeda. Hal tersebut berkaitan dengan pengalaman masa lalu dan lingkungan sosial budaya mereka. Akibatnya, di berbagai negara akan mempunyai karakteristik usia lanjut yang berbeda, salah satunya adalah harapan hidupnya.

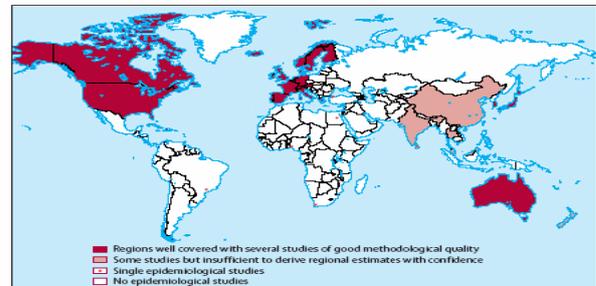
Saat ini penduduk yang berusia lanjut (> 60 tahun) di Indonesia terus meningkat jumlahnya bahkan pada tahun 2005-2010 diperkirakan akan menyamai jumlah balita yaitu sekitar 8,5% dari jumlah seluruh penduduk atau sekitar 19 juta jiwa. Kondisi ini merupakan suatu tantangan untuk mempertahankan kesehatan dan kemandirian para lanjut usia agar tidak menjadi beban bagi dirinya, keluarga maupun masyarakat. Dari jumlah itu, sekitar 15% diantaranya mengalami demensia atau pikun, di samping penyakit degeneratif lainnya seperti penyakit kanker, jantung, reumatik, osteoporosis, katarak (Prodia, 2007).

Menurut The World Factbook (2002), berbagai negara mempunyai variasi yang besar pada harapan hidup penduduknya. Misalnya di Jepang dan Switzerland usia harapan hidup hampir mencapai 80 tahun. Kemiskinan, bencana alam, masalah politik dan ekonomi menyebabkan usia harapan hidup di berbagai negara seperti Bangladesh, Pakistan dan Chad

tetap antara 50-60 tahun bahkan ada yang lebih rendah. Di negara-negara yang sedang berkembang usia harapan hidup berkisar 10 tahun atau lebih ada di bawah rata-rata usia harapan hidup penduduk dunia. (dalam Shirdev & Levey, 2004) Usia harapan hidup yang lebih lama akan menyebabkan perubahan yang terjadi pada struktur dan sistem pada masyarakat dunia. Berbagai permasalahan yang dialami oleh para orang lanjut usia seperti tersedianya tenaga kerja yang masih potensial, fasilitas untuk mereka, serta masalah medis dan psikis yang sering dialami (misal: depresi, demensia, penyakit jantung, darah tinggi).

WHO membagi epidemiologi dan prevalensi demensia berdasarkan wilayah geografi di seluruh dunia menjadi empat bagian yaitu (AMRO [wilayah Amerika], EURO [Eropa], EMRO [Afrika utara dan timur tengah], AFRO [Afrika], SEARO [Asia Selatan] and WPRO [wilayah Pasifik bagian barat]). Gambar di bawah ini memperlihatkan bagian wilayah di dunia yang memperlihatkan bukti-bukti penelitian prevalensi demensia. Bagian yang berwarna merah (Amerika utara, Eropa, Jepang dan Australis) memperlihatkan wilayah yang melakukan beberapa penelitian tentang demensia yang mempunyai metodologi yang dianggap berkualitas. Bagian yang berwarna merah muda, adalah penelitian epidemiologi yang kurang mempertimbangkan kualitas dan kuantitas estimasi yang tepat. Bagian yang berwarna putih merupakan wilayah di dunia yang sama sekali tidak mempunyai penelitian tentang epidemiologi demensia. Sedangkan bagian yang bertitik merah adalah wilayah yang kurang lebih hanya mempunyai satu penelitian tentang epidemiologi demensia. (Final Report, 2005). Dari gambaran tersebut terlihat bahwa data-data tentang demensia tidak seluruhnya dapat diperoleh di berbagai budaya di dunia. Data-data tentang epidemiologi dan prevalensi biasanya hanya pada negara-negara yang mempunyai sejarah metode penelitian yang baik (bagian berwarna

merah). Sebagian dari hasil-hasil penelitian tersebut akan diuraikan dibawah ini.



(Source: Ferri dkk, 2005, dalam Final Report, 2005)

Penelitian yang dilakukan pada tahun 1998 menyatakan bahwa alzheimer menyerang mereka yang berusia di atas 50 tahun, sementara di Indonesia usia termuda yang mengalami penyakit ini berusia 56 tahun. Kira-kira 5% usia lanjut 65 - 70 tahun menderita demensia dan meningkat dua kali lipat setiap 5 tahun mencapai lebih 45 % pada usia diatas 85 tahun. Pada negara industri kasus demensia 0.5 - 1.0 % dan di Amerika jumlah demensia pada usia lanjut 10 - 15% atau sekitar 3 - 4 juta orang. Demensia Alzheimer merupakan kasus demensia terbanyak di negara maju Amerika dan Eropa sekitar 50 - 70%. Demensia vaskuler penyebab kedua sekitar 15 - 20% sisanya 15 - 35% disebabkan demensia lainnya. (dalam Wibowo, 2007). Penduduk Amerika yang keturunan Afrika lebih beresiko menderita demensia daripada etnis sama yang bertempat di negara asal (Ibadan, Negeria). (Hendrie dkk., 1995)

Menurut Hendrie dkk. yang melakukan penelitian di tahun 1995, meskipun faktor genetik memegang peranan yang penting terjadi demensia, nampaknya faktor lingkungan juga memberikan sumbangan besar pada faktor resikonya. Faktor lingkungan tersebut berkaitan dengan gaya hidup. Menurut penulis, gaya hidup yang tidak sehat yang

merupakan faktor resiko yang utama berbagai penyakit, misalnya stroke, penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus. Di sisi lain menurut Final Report dari pemerintah Australia (2005) penyakit tersebut merupakan faktor resiko besar untuk terjadinya demensia. Penelitian yang dilakukan tahun-tahun sebelumnya menyatakan bahwa sekitar 70% penderita stroke mengalami gangguan kognitif (ringan - berat) dan sekitar 25-30% diantaranya berkembang menjadi demensia. Stroke kemungkinan secara langsung menyebabkan demensia atau stroke merupakan factor presipitasi proses degeneratif pada demensia seperti pada demensia Alzheimer. (dalam Wibowo, 2007)

Penelitian tahun 1998 di Jepang dan Cina menggambarkan prevalensi demensia vaskuler 50-60% dan 30 - 40% demensia akibat penyakit Alzheimer. Tidak menutup kemungkinan mereka yang di bawah 40 tahun bisa terserang penyakit pikun akut ini. (dalam Wibowo, 2007). Faktor lingkungan yang merupakan faktor resiko tersebut juga terjadi pada etnis Asia yang ada di menjadi penduduk di Amerika. Prevalensi demensia lebih kecil pada etnis Asia (Jepang) yang tinggal di negara asal. Penelitian yang dilakukan di negara bagian Washington DC tersebut juga menyarankan untuk mendukung keberadaan penderita demensia, sebaiknya perawatan lebih didasarkan pada komunitas, sehingga nilai-nilai budaya asal tetap akan terjaga (Graves dkk., 1996).

Alzheimer kebanyakan menyerang kaum hawa karena hormon wanita lebih cepat masuk masa menopause ketimbang pria dengan masa andropausenya. Bahayanya, memang alzheimer lebih banyak hingga pada wanita daripada pria. Jadi faktor resiko Demensia Alzheimer (DA) terjadi pada usia lanjut, wanita, trauma kapitis berat, pendidikan rendah dan menyangkut faktor genetik kasusnya 1 - 5%. (dalam Wibowo, 2007) Sedangkan pada penelitian Lerner (1999) terlihat bahwa resiko wanita mendapatkan

penyakit demensia jenis Alzheimer lebih dikarenakan angka harapan hidupnya lebih besar daripada pria. Menurutnya faktor resiko terbesar penyakit demensia adalah usia lanjut, dan jenis kelamin tidak mempunyai hubungan yang langsung dengan penyakit tersebut.

Demensia vaskuler merupakan jenis demensia terbanyak ke 2 setelah demensia Alzheimer, dengan angka kejadian demensia vaskuler tidak berbeda jauh dengan angka kejadian demensia Alzheimer. Jellinger dkk. (2002) mengutarakan bahwa angka kejadian demensia vaskuler sekitar 47% dari populasi demensia secara keseluruhan (demensia Alzheimer 48% dan demensia oleh sebab lain 5%). Erkinjutti (2004) melaporkan kejadian demensia vaskuler pada populasi usia lebih dari 65 tahun sekitar 1,2 - 4,2% dan pada kelompok usia diatas 65 tahun menunjukkan peningkatan angka kejadian dari 0,7% dalam kelompok usia 65 - 69 tahun hingga mencapai 8,1% pada kelompok usia diatas 90 tahun. Angka kejadian demensia vaskuler ini kemungkinan akan bertambah seiring dengan meningkatnya kejadian CVD. Demensia vaskuler dan demensia Alzheimer merupakan penyebab utama demensia, bahkan diantara keduanya sering terjadi bersamaan. Erkinjutti (2005) melaporkan hasil penelitian patologi melalui proses otopsi, pada 50% penderita demensia Alzheimer terlihat adanya CVD dan pada 80% penderita demensia vaskuler didapatkan kelainan sesuai dengan Alzheimer. (dalam Wibowo, 2007) Sebelumnya dari penelitian Lerner (1999) berdasarkan jenis kelamin, wanita lebih beresiko menderita demensia Alzheimer dan pria menderita demensi vaskuler, untuk berbagai etnis yang ada di Amerika

Dengan bertambahnya umur nampaknya faktor resiko menderita demensia juga akan meningkat. Orang yang berumur 65 tahun keatas akan mempunyai resiko 11% dan umur 85 tahun keatas resiko semakin besar yaitu 25% - 47%. Selain itu,, bertambah majunya bidang ilmu farmakologi untuk penderita

demensia, dibutuhkan berbagai macam usaha untuk melakukan skrining terhadap penderitanya. Skrining tersebut diperlukan agar dapat diberikan pengobatan yang lebih dini untuk memperlambat keparahan demensia.

Menurut Shah (2004), prevalensi demensia dan tipe atau golongannya bervariasi berdasarkan wilayah negara dan etnis yang berbeda. Variasi ini kemungkinan didasarkan pada metodologi penelitian yang digunakan. Misalnya, tes kognitif yang digunakan untuk mendiagnosa demensia di salah satu negara, mungkin tidak tepat untuk digunakan di negara lain. Diperlukan pengembangan instrumen atau alat diagnostik yang akan mempertimbangkan perbedaan bahasa, latar belakang pendidikan, budaya dan gaya hidup tersebut. Sebelumnya McCracken (1997) menyatakan bahwa alat ukur (terutama dengan wawancara) yang kurang tepat seringkali menyebabkan sampel dari responden yang tidak memakai bahasa yang sama tidak mampu menjawab pertanyaan peneliti. Penelitian tentang demensia memang memerlukan metode yang sesuai dengan karakteristik responden. Faktor budaya dan lingkungan nampaknya perlu mendapatkan pertimbangan pada waktu membuat penilaian. Selama ini tidak belum ada penelitian-penelitian yang memakai metode yang terstandaridasasi untuk mengetahui demensia di berbagai negara. Tidak semua penelitian menggunakan metodologi yang memadai untuk mengumpulkan datanya.

Salah satu instrumen yang digunakan untuk melakukan skrining dengan angket oleh Monnot, Brosey, dan Ross (2005) mampu mencegah penyakit demensia menjadi lebih parah karena mendapatkan penanganan dini. Angket tersebut diberikan oleh orang yang merawat atau menemani orang lanjut usia tersebut. Menurut para ahli tersebut sebelumnya ada berbagai macam instrumen yang dapat digunakan untuk melakukan skrining, akan tetapi biasanya dibutuhkan

seorang ahli yang terlatih untuk mengadministrasikannya. Untuk itulah, peneliti pada tulisan ini ingin memberikan pilihan lain dari penggunaan instrumen skrining untuk demensia, yang dinamakan *Clock Drawing Test*.

Oleh karena untuk mengetahui lebih dini resiko orang lanjut usia yang kemungkinan akan menderita demensia dibutuhkan suatu instrumen yang mudah digunakan. Pada penelitian ini permasalahan yang ingin dirumuskan adalah :

- a) Apakah *Clock Drawing Test* dapat diadministrasikan tanpa adanya penolakan dari responden ?
- b) Apakah pendidikan berpengaruh pada kemampuan responden menyelesaikan *Clock Drawing Test* ?
- c) Apakah *Clock Drawing Test* dapat digunakan untuk mengetahui tanda-tanda orang lanjut usia yang akan mengalami demensia ?

Demensia

Istilah demensia itu berasal dari bahasa asing *emence* yang pertama kali dipakai oleh Pinel (1745 - 1826). Pikun sebagaimana orang awam mengatakan merupakan gejala lupa yang terjadi pada orang lanjut usia. Pikun ini termasuk gangguan otak yang kronis. Biasanya (tetapi tidak selalu) berkembang secara perlahan-lahan, dimulai dengan gejala depresi yang ringan atau kecemasan yang kadang-kadang disertai dengan gejala kebingungan, kemudian menjadi parah diiringi dengan hilangnya kemampuan intelektual yang umum atau demensia. Jadi istilah pikun yang dipakai oleh kebanyakan orang, terminologi ilmiahnya adalah demensia. (Schaei & Willis, 1991). Jabaran demensia sekarang adalah "kehilangan kemampuan kognisi yang sedemikian berat hingga mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan". (dalam Kusumoputro, 2006)

Sedangkan Cummings dan Benson (1992) menggunakan istilah “*senescence*” yang menandakan perubahan proses menua yang masih dalam taraf normal dan istilah “*senility*” untuk gangguan intelektual yang terjadi pada lanjut usia tetapi belum mengalami “*dementia*” (Besdin, 1987). Sejak lama istilah perubahan dan gangguan intelektual tersebut dipergunakan tanpa ada jabaran yang rinci. Hampir semua orang lansia yang mengalami kemunduran fungsi mentalnya secara mudah disebut sebagai telah mengalami demensia. Dalam kenyataan belum tentu lansia sudah mengalami demensia dan mungkin hanya baru dalam taraf predemensia. Istilah predemensia belum begitu dikenal oleh masyarakat (Kuntjoro, 2002).

Keadaan demensia pada usia lanjut terjadi tidak secara tiba-tiba, tetapi secara berangsur-angsur melalui sebuah rangkaian kesatuan dimulai dari “*Senescence*” berkembang menjadi “*senility*” yang disebut sebagai kondisi “*pre-demensia*” dan selanjutnya baru menjadi “*dementia*”. Pengenalan demensia masa kini dipusatkan pada pengenalan dini melalui rangkaian kesatuan tersebut yaitu mulai dari kondisi “*senescence*” yang dikenal sebagai “*benign senescent forgetfulness (BSF)*”, dan “*age-associated memory impairment (AAMI)*”, – berlanjut menjadi kondisi “*Senility*” yang antara lain dikenal sebagai “*cognitively impaired not demented (CIND)*”, dan “*mild cognitive impairment (MCI)*”. Akhirnya barulah disusul fase “*dementia*” (Kuntjoro, 2002).

Ditambahkan oleh Kusumoputro (2006) orang yang mengalami demensia selain mengalami kelemahan kognisi secara bertahap, juga akan mengalami kemunduran aktivitas hidup sehari-hari (*activity of daily living/ADL*). Ini pun terjadi secara bertahap dan dapat diamati. Awalnya, kemunduran aktivitas hidup sehari-hari ini berujud sebagai ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas hidup yang kompleks (*complex activity of daily living*) seperti tidak mampu mengatur keuangan,

melakukan korespondensi, bepergian dengan kendaraan umum, melakukan hobi, memasak, menata boga, mengatur obat-obatan, menggunakan telepon, dan sebagainya. Lambat laun penyandang tersebut tidak mampu melakukan aktivitas hidup sehari-hari yang dasar (*basic activity of daily living*) berupa ketidakmampuan untuk berpakaian, menyisir, mandi, *toileting*, makan, dan aktivitas hidup sehari-hari yang dasar (*basic ADL*). Jadi proses demensia terjadi secara bertingkat dalam tahapan-tahapan yang dapat diamati dan dikenali kalau saja orang dekatnya waspada.

Akibat proses penuaan, mau tidak mau terjadi kemunduran kemampuan otak. Diantara kemampuan yang menurun secara linier atau seiring dengan proses penuaan adalah (dalam Kuntjoro, 2002):

- a. *Daya Ingat (memori)*, berupa penurunan kemampuan penamaan (*naming*) dan kecepatan mencari kembali informasi yang telah tersimpan dalam pusat memori (*speed of information retrieval from memory*).
- b. *Intelegensia Dasar (Fluid intelligence)* yang berarti penurunan fungsi otak bagian kanan yang antara lain berupa kesulitan dalam komunikasi non verbal, pemecahan masalah, mengenal wajah orang, kesulitan dalam pemusatan perhatian dan konsentrasi (dalam Flavel, 1997). Dari penelitian Finkel dan Pederson (2000), ditemukan bahwa ada hubungan antara bertambahnya umur dengan kecepatan untuk melakukan persepsi. Kemampuan mempersepsi (*Perceptual speed*) disini dicontohkan seperti melakukan identifikasi suatu objek atau mengingat suatu *digit symbol*. Kemampuan persepsi ini penting karena akan mempengaruhi kemampuan kognitif seseorang. Biasanya akan mengalami penurunan seiring bertambahnya usia.

Clock Drawing Test

Pertama kali penelitian tentang *Clock Drawing Test* (CDT) tahun 1983. Saat itulah tes tersebut digunakan di berbagai macam *setting*. Tes tersebut memerlukan kemampuan pemahaman, kemampuan visual spasial, kemampuan merekonstruksi, konsentrasi, pengetahuan angka, ingatan visual dan fungsi eksekutif. Meskipun tes tersebut mampu untuk menguji aspek kognitif yang luas, CDT tidak terlalu menekankan pada aspek pengetahuan dibandingkan dengan tes lain misalnya *The abbreviated mental test score* (AMTS) yang lebih pendek ataupun *the Mini Mental State Examination* (MMSE) yang lebih umum. (Henderson, Scot, & Hotopf, 2007),

Inti dari tugas tes tersebut adalah aktivitas menggambar permukaan jam kemudian menggambar jarum jam yang menunjuk pada arah tertentu sebagai simbol dari waktu. Sejumlah variasi sudah berkembang, demikian juga variasi dari sistem penilaiannya, akan tetapi yang disering digunakan adalah yang dikembangkan oleh Manos dan Shulman. CDT menunjukkan korelasi yang baik dengan tes fungsi kognitif yang lain yaitu MMSE dan *The Blessed Dementia Rating Scale* (Henderson, Scot, & Hotopf, 2007).

CDT mempunyai kemungkinan kelemahan terbesar karena tidak sesuai untuk orang-orang yang mengalami gangguan penglihatan atau gangguan neurologis lengan bagian atas seperti kelumpuhan atau tremor. Beberapa ahli berpendapat bahwa umur dan pendidikan menyebabkan bias pada penilaian CDT, meskipun ahli lain mengatakan sebaliknya. Di sisi lain, CDT mempunyai banyak keuntungan dibandingkan dengan metode skrining gangguan kognitif yang lain yaitu tidak terpengaruh dengan suasana hati, bahasa atau budaya, selain itu tidak membutuhkan pengetahuan yang tidak semestinya. Selain itu, CDT biasanya menarik perhatian para penderita karena tidak terlalu lama dan mudah diterima. (Henderson, Scot, & Hotopf, 2007).

Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini memberikan gambaran mengenai pengadministrasian *Clock Drawing Test* di Indonesia dan fungsinya untuk mengetahui tanda-tanda orang lanjut usia yang mengalami demensia.

METODE

Pemilihan Subjek

Subjek penelitian merupakan responden dari mahasiswa peserta mata kuliah Psikogeriatri. Mereka mendapatkan tugas untuk mencari orang lanjut usia yang ada di sekitar mereka untuk dites, diobservasi dan diwawancarai, Orang lanjut usia yang dipilih yang mempunyai kriteria berumur diatas 55 tahun. Sebelumnya, mahasiswa diberikan pelatihan selama satu hari (dalam satu kali pertemuan kuliah) untuk memberikan instruksi, aspek yang diobservasi dan diwawancarai.

Para mahasiswa yang bertugas mengambil data sudah mempunyai bekal pengetahuan tentang orang lanjut usia, baik berkaitan dengan perubahan fisik, kognitif, emosi dan sosialnya maupun dengan berbagai macam penyakit yang biasa di alami orang lanjut usia tersebut.

Responden yang diberikan CDT sebanyak 140 orang, tetapi tidak seluruhnya dapat dianalisis karena ada beberapa data yang tidak ditampilkan misalnya pendidikan, tidak ada hasil wawancara dan observasi mengenai keseharian responden. Jumlah data yang memadai adalah 133 responden.

Instrumen Penelitian

Untuk mengambil data digunakan *Clock Drawing Test* dari Shulman, Gold, Cohen, dan Zucchero (1993). Pengadministrasiannya sebagai berikut :

- a) Instruksi
Langkah 1: Memberikan responden sehelai kertas dengan lingkaran yang seperti jam, besarnya relatif sesuai dengan angka yang akan digambar. Ditunjukkan bagian atas dan bawah.
Langkah 2: Responden diminta untuk menggambar angka-angka di lingkaran

tersebut sehingga berbentuk seperti jam dan menggambar jarum jam yang menunjuk jam '11 lewat 10 menit'

- b) Skoring
Skoring dapat diperhatikan pada tabel 1 berikut ini.

Skor	Kesalahan	Contoh-contoh
1	Sempurna	Tidak ada kesalahan sama sekali
2	Kesalahan visual spasial kecil	a) kesalahan membuat spasi angka yang kecil b) menggambar angka jam di luar lingkaran c) membalik kertas saat menuliskan jam sehingga angka terbalik d) Menggambar jari-jari untuk menyesuaikan angka jam
3	Tidak mampu menunjuk seting jam '11 lebih 10 menit' padahal saat organisasi visual spasial terlihat sempurna atau hanya menunjukkan penyimpangan yang kecil	a) Jarum yang menunjuk menit ada di angka 10 b) Menulis jam 11 lebih 10 menit c) Tidak mampu menggambar penunjuk waktu
4	Disorganisasi visual spasial yang ringan sehingga tidak mungkin akan menunjuk jam '11 lebih 10 menit'	a) Pembuatan spasi yang tidak akurat b) Menghilangkan angka c) Perseverasi: mengulang lingkaran atau melanjutkan lebih 12 dengan 13, 14, 15, dst d) Bagian kiri kanan terbalik: angka digambarkan berkebalikan arah jarum jam e) Disgrapia: tidak mampu menulis angka dengan akurat
5	Tingkat yang parah pada disorganisasi tersebut seperti pada skoring 4	Lihat contoh dari skoring 4
6	Tidak mampu merepresentasikan jam	a) Tidak ada usaha sama sekali b) Tidak ada kemiripan dengan jam sama sekali c) Menulis nama atau kata

(Shulman, Gold, Cohen & Zuccherro, 1993)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan laporan mahasiswa yang bertugas sebagai tester CDT merasa tidak mengalami kesulitan untuk mengadministrasikan tes ini pada responden. Dari observasi dan wawancara yang dilakukan mahasiswa, hanya ada beberapa yang melaporkan penolakan. Penolakan tersebut bukan karena responden takut.

Hasil wawancara dan observasi tersebut memberikan gambaran bahwa meskipun

banyak dari responden yang hanya berpendidikan SD bahkan ada yang lupa tempat sekolahnya, mereka tidak berkeberatan

menyelesaikan tes tersebut. Kehati-hatian, banyak pertanyaan yang diajukan, memperlihatkan kekhawatiran karena takut berbuat salah, meminta bantuan. Menurut Schaie dan Willis (1991) adalah perilaku yang wajar saat lansia diberikan tes. Oleh karena itu, salah satu keuntungan dari CDT untuk mengetahui gangguan kognitif pada lansia

adalah kemudahan pengadministrasian dan biasanya lebih diterima karena tidak berkaitan dengan aspek pengetahuan dasar. (Henderson, Scot & Hotopf, 2000)

Responden yang mengisi CDT dan mendapat skor ≤ 3 memang lebih banyak yang berpendidikan SD, tetapi bukan berarti pendidikan sebagai faktor yang mempengaruhi kemampuan menyelesaikan CDT. Di sisi lain, responden yang berpendidikan SD pun banyak yang mampu menyelesaikan CDT dengan baik dan mendapat skor 1. Oleh karena itu, penelitian survei yang lebih besar perlu dilakukan untuk menjangkau responden yang baik agar diketahui dengan pasti pengaruh pendidikan terhadap skor CDT untuk responden Indonesia.

Untuk menjawab pertanyaan nomor tiga yaitu apakah skor CDT mampu untuk memprediksi tanda-tanda demensia, perlu ditelaah lebih dalam dengan memperhatikan contoh dari beberapa responden yang mempunyai skor ≤ 3 , sebagai berikut :

Subjek 1 : Responden berumur 62 tahun, pendidikan S2, pensiunan Pegawai, saat ini ia masih aktif berolah raga pagi dan malam hari, serta membersihkan rumah. Skor yang didapatkan responden adalah 4 karena ia menulis angka 1, 2, 3, 4 menjadi 13, 14, 15, dan seterusnya. Dilihat dari pendidikan responden, nampaknya kesalahan yang dibuat tidak perlu terjadi apabila dibandingkan dengan responden lain yang mempunyai pendidikan lebih rendah, dan tidak bekerja. Oleh karena, responden perlu mendapatkan asesmen lebih lanjut berkaitan dengan fungsi eksekutifnya

Subjek 2: Responden berumur 89 tahun, pendidikan SMA, pensiunan pegawai, saat ini ia masih aktif kegiatan dan mengatur jadwal sehari-hari untuk dirinya. Ia sadar banyak ingatannya yang dilupakan. Skor yang didapat adalah 3 yaitu jarum yang menunjuk menit ada di angka 10 (membuat sendiri angka 10 di

sebelah diantara angka 11 dan 12). Usia yang semakin tinggi mempunyai faktor resiko yang lebih besar untuk mengalami gangguan fungsi kognitif, terlihat pada responden bahwa ia kurang mampu memahami instruksi verbal untuk menunjuk jam 11 lebih 10 menit.

Subjek 3 : Responden berumur 73 tahun, pendidikan Sekolah Keguruan, pensiunan Kepala Sekolah. Ia sudah banyak mengalami penurunan daya ingat, ia mudah melupakan kejadian yang baru saja berlangsung. Skor yang didapat adalah 3 yaitu jarum yang menunjuk menit ada di angka 10 (membuat sendiri angka 10 di sebelah diantara angka 11 dan 12). Usia yang lebih muda dari responden 2, tetapi responden ini melakukan kesalahan yang sama. Dari wawancara dengan anaknya, meskipun aktivitas kehidupan sehari-harinya masih mandiri, ia memerlukan bantuan untuk mengingat kejadian-kejadian sehari-hari. Sebagai salah satu aspek kognitif yang paling mendasar, daya ingat manusia terbatas. Pada orang lansia, kemunduran ini akan semakin terlihat. Ada baiknya lebih diketahui sebenarnya lupa yang normal, mempunyai karakteristik yang bagaimana (Yani, 2007):

Subjek 4: Responden berumur 81 tahun, pendidikan setara SMA, dan tidak bekerja. Aktivitas kehidupan sehari-harinya banyak menerima bantuan dari orang lain, ia sering lupa. Skor yang didapat adalah 4, yaitu bagian kiri kanan terbalik: angka digambarkan berkebalikan arah jarum jam.

Dari beberapa contoh responden di atas, digambarkan bahwa meskipun tes tersebut terlihat mudah akan tetapi tidak semua responden mampu menyelesaikannya dengan baik. Berbagai kemunduran kognitif dapat mempengaruhi hasil tes tersebut. Menurut Shah (2001), sebenarnya CDT dapat digunakan untuk mendeteksi bukti-bukti awal adanya fungsi neurologis yang kurang baik.

Culture, Medicine and Psychiatry, 23, 501–529.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa:

- a) CDT mudah diadministrasikan dan tidak memerlukan waktu yang panjang bagi responden untuk menyelesaikannya.
- b) Kesimpulan sementara dari hasil observasi dan wawancara, pendidikan bukanlah faktor utama penyebab responden mendapatkan skor yang tinggi, tetapi pendidikan dapat membantu responden untuk menyelesaikan tugas dengan baik.

Saran

- a) Untuk mendapatkan hasil valid dan *reliable*, CDT perlu dikorelasikan dengan tes lain yang lebih baik secara psikometri.
- b) CDT dapat diadministrasikan lebih mudah daripada tes yang lain, oleh karena itu perlu kiranya dibuat standarisasi CDT untuk responden Indonesia

DAFTAR PUSTAKA

Duke, L.M. & Kaszniak, A.W. (2000). Executive Control Functions in Degenerative Dementias: A Comparative Review. *Neuropsychology Review*, 10, (2).

Flavel, J.H. (1997). *Cognitive Development*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

Finkel, D. & Pederson, N.L. (2000). Contribution of Age, Genes, and Environment to the Relationship Between Perceptual Speed and Cognitive Ability. *Psychology and Aging*, 15, (1), 56-64.

Fox, K., Hinton, W.L. & Lefkoff, S. (1999). Take Up The Caregiver's Burden: Stories of Care for Urban African American Elders with Dementia.

Freund, B., Gravenstein, S., Ferris, B., Burke, B.L. & Shaheen, E. (2005). Drawing clocks and driving cars : use of brief tests of cognition to screen driving competency in older adults, *J Gen Intern Med*, 20, 240–244.

Graves, A.B. (1996). Prevalence of dementia and its subtypes in the japanese american population of king county, washington state, the *kame* project. *American Journal of Epidemiology by The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health*, 144 (8).

Greider, K. & Neimark, J.M (1996), Making Our Minds Last a Lifetime - anti Aging Research, *Psychology Today, Nov-Dec, 1996*.

Henderson, M., Scot, S. & Hotopf, M., (2007). Use of the clock-drawing test in a hospice population, *Palliative Medicine* 2007; 21: 559–565

Hendrie, H.C. (1995). Prevalence of Alzheimer's Disease and Dementia in Two Communities: Nigerian Africans and African Americans, *American Journal of Psychiatri*, Vol. 152 : 1482-1492.

Kuntjoro, Z.S. (2002). *Pengenalan Dini Demensia (Predemensia)*, (diambil tgl 20 Oktober 2007), www.e-psikologi.com/usia/170602.htm

Kusumoputro, (2007). *Kelemahan Kognisi Ringan sebagai Awal Pikun Alzheimer pada Lanjut Usia*, (diambil tgl 20 Oktober 2007) <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0307/01/opini/401780.htm>

Lerner, A.J. (1999). Commentary: Women and Alzheimer's Disease, *The*

Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism Vol. 84, No. 6.

Application, Boston: Pearson Education, Inc

Mc-Cracken, dkk. (1997). *Prevalence of Dementia and Depression among Elderly People in Black and Ethnic Minorities*, Departement of Psychiatry, University of Liverpool.

Shulman, K.I., Gold, D.P., Cohen, C.A. & Zucchero, C.A. (1993). Clock drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int J Geriatry Psychiatry*. 1993;8:487-496.

Monnot, M., Brosey, M. & Ross, E. (2005). Screening For Dementia: Family Caregiver Questionnaires Reliably Predict Dementia, *JABFP July–August 2005* Vol. 18 No. 4

Rees, G., Chye, A.P. & Lee, S.H. (2006). Demensian di Kawasan Asia Pasifik: Sudah Wabah, *Ringkasan Eksekutif Laporan, Access Economics Pty Limited*

Santrock, J.W. (1999). *Life-Span Development*, Seventh Edition, Boston: McGraw-Hill

Wibowo, A.S. (2007). Manajemen Demensia Alzheimer dan Demensia Vaskuler. <http://abgnet.blogspot.com/2007/09/manajemen-demensia-alzheimer-dan.html> (diambil tanggal 30 April 2008)

Schaie K.W. & Willis, S.L. (1991). *Adult Development and Aging*, New York: HarperCollins Publishers

Shah, A. (2004) Crosss-Cultural Issues and Cognitive Impairment, <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Dementia%20%20Culture.pdf>.

Yani, S.M. (2007). *Demensia (Kepikunan)*. (Diambil tanggal 20 Oktober 2007). www.mitrakeluarga.com/kemayoran/ke-sehatan008.html

Shah, J. (2001). Only Time Will Tell: Clock Drawing As An Early Indicator Of Neurological Dysfunction, *P&S Medical Review*, Vo. 7 No. 2

----- (2007). HOMOSISTEIN Sebagai Faktor Risiko Kepikunan, Seri Edukasi PRODIA. (diambil tgl 20 Oktober 2007),

Shirdev, E.B. & Levey, D.A. (2004). *Cross-Cultural Psychology, Critical Thinking and Contemporary*

www.prodia.co.id/info_terkini/edukasi/2007_edu_homosistein42d6ee65b827a38f44956092d28ba985