

**KEBUTUHAN *CAREGIVER* DALAM MERAWAT LANSIA  
DENGAN DEMENSIA DI PANTI WREDHA KOTA  
SEMARANG**

**PROPOSAL SKRIPSI**

**Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi**



**Oleh:**

**ROSSY RATNARATIH KUSUMA DHEWI**

**NIM. 22020113140085**

**DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS DIPONEGORO**

**SEMARANG, MARET 2017**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa **Proposal Skripsi** yang berjudul :

**KEBUTUHAN *CAREGIVER* DALAM MERAWAT LANSIA DENGAN DEMENSIA DI PANTI WREDHA KOTA SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Rossy Ratnaratih Kusuma Dhewi

Nim : 22020113140085

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk di *review*

Pembimbing,



Rita Hadi W., S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom

NIP. 19791018 200312 2 001

## LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa **Proposal Skripsi** yang berjudul:

### **KEBUTUHAN *CAREGIVER* DALAM MERAWAT LANSIA DENGAN DEMENSIA DI PANTI WREDHA KOTA SEMARANG**

Dipersembahkan dan disusun oleh :  
Nama : Rossy Ratnaratih Kusuma Dhewi  
NIM : 22020113140085

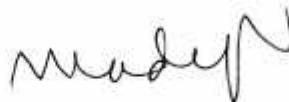
Telah diuji pada 5 April 2017 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk **melakukan penelitian**

Penguji I,



Ns. Muhammad Muin, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom  
NIP.19771004 200501 1 004

Penguji II,



Madya Sulisno, S.Kp., M.Kes  
NIP.19740505 201012 1 001

Penguji III,



Rita Hadi W., S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom  
NIP. 19791018 200312 2 001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat, hidayah dan karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi dengan judul **“Kebutuhan *Caregiver* dalam Merawat Lansia dengan Demensia di Panti Wredha Kota Semarang”**.

Penyusunan proposal skripsi ini tidak akan berjalan dengan lancar tanpa adanya bantuan dari bimbingan berbagai pihak, maka dari itu peneliti ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Orang tua saya, Bapak Sugeng Wijiyono dan Ibu Ririn Saptaningtyas serta kakak (Robby GMS) dan adik – adik saya (Ronna KP, Rozza PP, Roqqy AW, Rommy NAS) tercinta yang selama ini telah menjadi motivasi terbesar saya yang selalu memberikan doa yang tulus, dukungan serta semangat dalam penyelesaian proposal skripsi.
2. Ibu Rita Hadi W.,S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom selaku dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan motivasi, saran, dukungan, waktu, kesabaran dan arahan selama proses penyusunan proposal skripsi
3. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
4. Ibu Sarah Ulliya,S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
5. Bapak Ns. Muhammad Muin,S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom selaku penguji I yang telah menyediakan waktu untuk melaksanakan ujian proposal skripsi

6. Bapak Madya Sulisno,S.Kp.,M.Kes selaku penguji II yang telah menyediakan waktu untuk melaksanakan ujian proposal skripsi
7. Panti Wredha Harapan Ibu dan Unit Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan pengambilan data awal penelitian
8. Staf Akademik dan Administrasi Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas dengan baik.

Semarang, Maret 2017

Rossy Ratnaratih Kusuma Dhewi

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	10
C. Tujuan Penelitian.....	11
D. Manfaat Penelitian.....	12
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. KONSEP LANSIA.....	14
1. Definisi Lansia .....	14
2. Karakteristik Lansia .....	15
3. Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Lansia akibat Proses Penuaan dan Implikasinya terhadap Fungsi Kognitif pada Lansia.....	16
4. Masalah Kesehatan pada Lansia yang Berhubungan dengan Fungsi Kognitif .....	19
B. DEMENSIA .....	21
1. Definisi Demensia .....	21
2. Penyebab Demensia .....	22
3. Manifestasi Klinis Demensia .....	22
4. Tipe Demensia.....	23
5. Tahap Demensia.....	26
6. Dampak Demensia .....	27
C. CAREGIVER .....	28
1. Definisi <i>Caregiver</i> .....	28

2. Jenis <i>Caregiver</i> .....	29
3. Manfaat <i>Caregiver</i> .....	29
4. Dampak Menjadi <i>Caregiver</i> .....	30
5. Kebutuhan <i>Caregiver</i> .....	30
6. Kebutuhan <i>Caregiver</i> dalam Merawat Demensia .....	31
7. Dampak dari Kebutuhan <i>Caregiver</i> yang Tidak Terpenuhi.....	34
D. Kerangka Teori.....	36

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Kerangka Konsep .....	37
B. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	37
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	38
D. Besar Sampel.....	38
E. Tempat dan Waktu Penelitian .....	39
F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran .....	39
G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data .....	40
H. Teknik Pengolahan dan Analisa Data .....	48
I. Etika Penelitian .....	50

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Halaman</b>
1	Definisi Operasional, Variabel Penelitian, dan Skala Pengukuran	40
2	Sebaran Pernyataan Kebutuhan Pengetahuan Tentang <i>Caregiver</i> dalam Merawat Lansia dengan Demensia	41
3	Sebaran Pernyataan Kebutuhan Keterampilan Tentang <i>Caregiver</i> dalam Merawat Lansia dengan Demensia	43



## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Halaman</b>
1	Kerangka Teori	36

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Nomor Lampiran</b>	<b>Keterangan Lampiran</b>
1	Lembar <i>Informed Consent</i> ( Permohonan menjadi Responden )
2	Kuesioner Penelitian
3	Jadwal Konsultasi dan Catatan Harian Konsultasi
4	Surat Permohonan Pengkajian Data Awal
5	Surat Permohonan Uji <i>Expert</i>
6	Surat Pernyataan telah melakukan Uji <i>Expert</i>
7	Surat Keterangan Telah Melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Lanjut Usia (Lansia) di seluruh dunia mengalami peningkatan jumlah yang tajam dalam beberapa tahun terakhir ini. Peningkatan jumlah penduduk berusia 60 tahun ke atas antara tahun 1970 sampai tahun 2025, diperkirakan akan meningkat 23% atau bertambah sekitar 694 juta jiwa. Menurut WHO, di kawasan Asia Tenggara populasi Lansia sebesar 8% atau sekitar 142 juta jiwa. Pada tahun 2010 jumlah Lansia 24.000.000 (9,77%) dari total populasi, dan tahun 2020 diperkirakan jumlah Lansia akan mencapai 28.800.000 (11,34%) dari total populasi.(1) Ditahun 2025 akan terdapat sekitar 1.2 milyar penduduk dunia berusia 60 tahun ke atas yang akan menjadi 2 milyar di tahun 2050, 80% di antaranya tinggal di negara-negara berkembang termasuk Indonesia(2).

Badan Pusat Statistik Republik Indonesia tahun 2009 memperkirakan jumlah Lansia di Indonesia mencapai 18.575.00 jiwa,(3) angka tersebut sekitar 7% dari jumlah seluruh penduduk dunia yang diperkirakan sebesar 234.181.400 jiwa. Komisi Nasional Lanjut Usia tahun 2010 memperkirakan proporsi populasi Lansia tersebut akan terus meningkat mencapai 11.34% ditahun 2030.(4) Badan Statistik Indonesia Republik Indonesia 2012 memperkirakan dilihat dari sebaran penduduk lansia menurut provinsi, penduduk Lansia memiliki presentase di atas 10% dan Jawa Tengah menempati posisi ke tiga sebesar 10.34% setelah

Yogyakarta (12.04%) dan Jawa Timur (10.40%).(5) Data Lansia Jawa Tengah tahun 2015 yang tercatat di Badan Pusat Statistik Kota Semarang tahun 2015 sebanyak 111.758 jiwa.(6) Semakin meningkatnya populasi Lansia menimbulkan banyak masalah di Indonesia.

Meningkatnya populasi Lansia di Indonesia membuat berbagai masalah dan penyakit yang khas terdapat pada Lansia ikut meningkat. Lansia adalah keadaan yang di tandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual.(7) *World Health Organization* (WHO) menggolongkan Lansia berdasarkan usia kronologis atau biologis menjadi empat kelompok yaitu: usia pertengahan (*middle/young elderly*) berusia antara 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60-70 tahun, usia tua (*old*) berusia antara 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.(7)(8) Berdasarkan penggolongan usia, Lansia memiliki beberapa karakteristik yang multipatologi.

Karakteristik multipatologi Lansia antara lain menurunnya daya cadangan biologis, berubahnya gejala dan tanda penyakit dari yang klasik, terganggunya status fungsional Lansia, dan sering terdapat gangguan nutrisi, gizi kurang atau buruk.(9) Karakteristik multipatologi dapat dilihat dari pola penyakit yang bergeser kearah penyakit-penyakit degeneratif seperti gangguan sendi, hipertensi, stroke dan diabetes yang berhubungan dengan status gizi lansia.(10) Sesuai dengan penelitian yang dilakukan

oleh ulfa pada tahun 2012 mendapatkan bahwa adanya penyakit akut atau kronis menunjukkan penurunan aktifitas fisik akibat dari bertambahnya usia dan perubahan pola makan yang menurun.(11)

Salah satu masalah yang akan banyak dihadapi adalah gangguan kognitif.(12) Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maryati dkk pada tahun 2015 dengan responden sebanyak 45 orang, menyimpulkan bahwa sebagian fungsi kognitif pada lansia hampir setengahnya mengalami perubahan fungsi kognitif.(13) Penelitian juga dilakukan oleh I Gusti Ayu Harry Sundariyati dkk pada tahun 2014 dengan responden sebanyak 84 orang, menyatakan bahwa 46 orang atau 54,8 % mengalami perubahan fungsi kognitif.(14) Penelitian lain yang mendukung juga dilakukan oleh Dian Prawesti dan Yason N. Y menyatakan bahwa dari 30 responden sebanyak 8 orang mengalami penurunan fungsi kognitif ringan, 16 orang mengalami penurunan fungsi kognitif sedang dan 5 orang mengalami penurunan fungsi kognitif berat.(15)

Dampak dari penurunan fungsi kognitif pada lansia seperti demensia, delirium dan depresi.(16) Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Purwita Sari dkk menyatakan bahwa 51 orang dari 98 orang responden Lansia mengalami demensia.(17) Penelitian lain juga dilakukan oleh Mustayah dan Wulandari. E pada tahun 2016 dengan responden sebanyak 22 orang Lansia menyatakan bahwa semua responden Lansia mengalami Demensia dengan kategori 11 orang mengalami

demensia ringan, 7 orang mengalami demensia sedang dan 4 orang mengalami demensia berat.(18)

Demensia merupakan gangguan neurologis yang paling umum pada Lansia. Demensia adalah suatu kemunduran intelektual berat dan progresif yang mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan aktivitas harian seseorang. Seseorang didiagnosa demensia bila dua atau lebih fungsi otak seperti ingatan dan keterampilan berbahasa menurun secara bermakna tanpa disertai penurunan kesadaran.(19) Di seluruh dunia 35,6 juta orang memiliki demensia, dengan lebih dari setengah (58%) yang tinggal di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, setiap tahun ada 7,7 juta kasus baru. Jumlah ini akan berlipat ganda pada 2030 dan lebih dari tiga kali lipat pada tahun 2050.(20)

Di Asia Pasifik pada tahun 2005 ada 4,3 juta per tahun kejadian demensia yang akan meningkat menjadi 19,4 juta per tahun pada tahun 2025. Prevalensi di Amerika mencapai 19,8% pada usia 65-74, 27,5% pada usia 75-84 serta di Taiwan dan China prevalensinya mencapai 9,9% sampai 46,7% pada rentang 60-108 tahun.(21) Menurut Alzheimer's Disease International tahun 2014 diperkirakan prevalensi demensia di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 1,033 juta, pada tahun 2030 sebesar 1,894 juta dan pada tahun 2050 sebesar 3,979 juta.(22) Demensia dapat menimbulkan beberapa dampak yang bervariasi tergantung pada stadium demensia yang dialami oleh Lansia.

Dampak dari demensia pada stadium awal adalah menurunnya fungsi kognitif seperti penurunan kemampuan daya ingat sehingga kesulitan dalam mengingat memori jangka pendek (*short term memory*), penurunan memahami dan menangkap informasi, kesulitan memecahkan masalah, kesulitan membuat keputusan.(8) Pada stadium yang lebih lanjut masalah menjadi lebih nyata antara lain Lansia akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, mengalami perubahan perilaku, melakukan perilaku yang tidak wajar dalam masyarakat dan sangat bergantung pada orang lain.(23) Sesuai dengan Penelitian yang dilakukan oleh Abdul Muhith pada tahun 2010 dengan responden sebanyak 41 orang, menyimpulkan bahwa terdapat 9 orang mengalami ketergantungan ringan, 15 orang mengalami ketergantungan moderat, 5 orang mengalami ketergantungan berat dan 2 orang mengalami ketergantungan penuh dalam pemenuhan ADL nya.(24) Penelitian lain yang mendukung dilakukan oleh Maftukhah pada tahun 2013 menyimpulkan bahwa ada hubungan antara status demensia dengan disabilitas fungsional.(25)

Peningkatan insiden dan prevalensi demensia merupakan tantangan bagi pemberi pelayanan kesehatan khususnya di Indonesia karena demensia memiliki berbagai dampak yang serius, namun Lansia juga harus tetap menjalankan kehidupannya.(26) Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Muharyani pada tahun 2010 menunjukkan bahwa demensia akan mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari Lansia

demensia berupa gangguan aktivitas makan (54.55%), kontinensia (30.30%), berpakaian (42.42%), *toileting* (48.49%), ambulasi (54.55%) serta aktivitas mandi (30.30%).(27) Pada Lansia demensia yang kondisinya sudah tidak dapat berfungsi normal diperlukan adanya *caregiver*, merupakan individu yang secara umum merawat dan mendukung individu lain (pasien) dalam kehidupannya.(28) *Caregiver* merupakan individu yang membantu merawat dan memberikan kenyamanan kepada Lansia guna meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan Lansia, membantu Lansia menerima kondisinya, serta membantu Lansia menghadapi ajal dengan diperlakukan secara manusiawi sampai ajal datang.(29) Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mira Afnesta Y dkk pada tahun 2015 menyatakan bahwa 47 dari 97 Lansia memiliki kualitas hidup yang buruk.(30) Penelitian lain yang dilakukan oleh Nur Rohmah pada tahun 2012 menyatakan bahwa faktor psikologis menjadi faktor dominan yang mempengaruhi kualitas hidup lanjut usia.(31)

Merawat Lansia dengan demensia sangat penting peranan dari *caregiver* baik keluarga atau tenaga yang dibayar, harus memiliki pengetahuan yang memadai tentang demensia dan mau belajar terus untuk mendapatkan cara-cara efektif dalam mengasuh pasien.(32) Kurangnya kemampuan *caregiver* dalam melakukan perawatan terhadap penderita demensia dapat disebabkan kurangnya pengetahuan yang dimiliki khususnya tentang demensia. Sehingga pengetahuan tentang demensia



sangat penting guna melakukan perawatan terhadap lansia yang mengalami demensia. Hal itu menunjukkan bahwa pengetahuan dan pengalaman dalam penanganan Lansia yang mengalami demensia sangat dibutuhkan dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap Lansia yang mengalami demensia. Penanganan Lansia dengan demensia membutuhkan perhatian yang sangat besar dari *caregiver*, sehingga baiknya pengetahuan yang dimiliki perawat mengenai demensia sangat membantu meningkatkan taraf kesehatan Lansia.(33) Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rizky Erwanto pada tahun 2015 menyatakan bahwa 51 dari 100 *caregiver* (52%) memiliki pengetahuan yang rendah tentang perawatan aktivitas sehari-hari lansia.(34) Penelitian lain yang mendukung dilakukan oleh Melda Elvarida pada tahun 2010 menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan perawat akan semakin baik asuhan keperawatan yang dihasilkan.(35)

Merawat Lansia dengan demensia selayaknya harus lebih teliti seperti merawat tubuh, menjaga keamanan dari bahaya, memelihara kebersihan dan mengontrol tingkah laku lansia.(36) Merawat Lansia dengan demensia adalah sebuah kondisi yang dilematis dengan segala konsekwensi dampak yang didapat oleh *caregiver* yaitu dampak psikologis, dampak ekonomi dan dampak pada kondisi fisik.(37) Dampak lain yang muncul pada *caregiver* antara lain kehilangan kehidupan sosial karena tidak mendapatkan waktu dalam berhubungan dengan teman dan kerabat untuk bersosialisasi.(38) Kondisi *caregiver* yang terbebani secara

emosional dapat memunculkan timbulnya permasalahan fisik maupun psikologis pada *caregiver*.(39) Sesuai dengan Penelitian yang dilakukan dilakukan oleh Brodaty et al pada tahun 2009 menjelaskan bahwa adanya prediktor untuk memproteksi *caregiver* dari munculnya dampak stress yang timbul akibat merawat lansia demensia.(40) Walaupun memberikan perawatan pada Lansia dapat menjadi stress dan variasi konsekwensi negatif pada fisik dan kesehatan mental, bukti menunjukkan menjadi *caregiver* dapat memberikan beberapa dampak baik seperti *caregiver* dapat memperbanyak dan meningkatkan pengalaman hidup yang dapat menciptakan dampak positif bagi *caregiver*, termasuk meningkatkan kesehatan mental, meningkatkan kedekatan dengan mereka yang disayangi, dan rasa kepuasan yang berkaitan dengan pemenuhan kewajiban sebagai *caregiver*.(41) Untuk menghindari terjadinya dampak terkait dengan masalah fisik dan masalah psikologis pada *caregiver*, perlu dipertimbangkan adanya kebutuhan pengetahuan dan keterampilan *caregiver* yang harus dipenuhi dalam merawat pasien demensia.

Penelitian baru – baru ini menyarankan bahwa *caregiver* membutuhkan pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan perawatan dan untuk mengurangi distress mereka sendiri.(42)(43) Schumacher et al menjelaskan keterampilan *caregiver* sebagai kemampuan untuk terlibat efektif dan lancar dalam sembilan proses perawatan membutuhkan psikomotor, kognitif dan kemampuan psikologis.(44) Keterampilan didefinisikan sebagai tujuan terarah, perilaku terorganisasi

yang diperoleh melalui praktik dan dilakukan dengan usaha ekonomi. Farran et al mendefinisikan keterampilan *caregiver* sebagai sesuatu yang pengasuh lakukan menggunakan perilaku yang diarahkan pada tujuan berdasarkan pengetahuan, pengalaman dan gaya kepribadian.(42)

Menurut E. Rosa et al Kebutuhan *caregiver* dalam merawat pasien demensia antara lain yaitu kebutuhan *caregiver* dalam mengetahui terkait dengan diagnosa yang tepat, kebutuhan akan pelatihan, kebutuhan untuk mendapatkan dukungan emosional dan kebutuhan akan bantuan dari jasa sosial.(45)(46) Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh E.Rosa et al pada tahun 2010 dengan 112 responden menyimpulkan bahwa ada korelasi antara kebutuhan emosional *caregiver* dengan beban subjektif dan objektif *caregiver*.

Hasil studi pendahuluan pada 24 Maret 2017 didapatkan data bahwa total ada 63 Lansia mengalami demensia ringan sampai berat. Kemudian dilakukan wawancara kepada 5 orang *caregiver* di Panti Wredha Harapan Ibu dan Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading mengatakan bahwa 5 *caregiver* belum mengetahui terkait dengan ciri khas dari gejala demensia, 3 *caregiver* mengatakan sulit untuk membedakan tanda demensia, 4 *caregiver* mengatakan membutuhkan pengetahuan lebih tentang perawatan yang harus dilakukan jika lansia telah mengalami demensia, 3 *caregiver* sering merasakan stress emosionalnya meningkat ketika menghadapi perilaku Lansia, 5 *caregiver* mengatakan bahwa untuk berkomunikasi dengan Lansia cukup sulit, 4

*caregiver* sering tidak bisa memahami kemauan Lansia, dan 3 *caregiver* merasa sedih dan stress ketika sudah memberikan perawatan secara maksimal sesuai dengan kemampuan yang dimiliki namun Lansia masih merasa belum puas. Berdasarkan permasalahan di atas peneliti ingin mengidentifikasi mengenai kebutuhan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia.

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

Kejadian demensia pada Lansia dapat mengakibatkan berbagai dampak yang serius. Pada stadium lanjut Lansia akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, mengalami perubahan perilaku, melakukan perilaku yang tidak wajar dalam masyarakat dan sangat bergantung pada orang lain. Pada lansia yang kondisinya sudah tidak berfungsi normal lagi diperlukan adanya *caregiver* untuk membantu merawat dan memberikan kenyamanan pada Lansia dalam waktu yang lama.

Proses perjalanan perawatan yang lama pada perawatan pasien demensia dapat menimbulkan dampak permasalahan fisik maupun psikologis pada *caregiver* seperti munculnya dampak stress yang timbul akibat merawat Lansia demensia karena beberapa kebutuhan *caregiver* tidak dapat terpenuhi dengan maksimal.

Fenomena yang didapatkan di Panti Wredha Harapan Ibu dan di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading pada Maret 2017 adalah *caregiver* belum mengetahui terkait dengan ciri khas dari gejala demensia,

*caregiver* mengatakan sulit untuk membedakan tanda demensia, *caregiver* mengatakan membutuhkan pengetahuan lebih tentang perawatan yang harus dilakukan jika lansia telah mengalami demensia, *caregiver* sering merasakan stress emosionalnya meningkat ketika menghadapi perilaku Lansia, *caregiver* mengatakan bahwa untuk berkomunikasi dengan Lansia cukup sulit, *caregiver* sering tidak bisa memahami kemauan Lansia, dan *caregiver* merasa sedih dan stress ketika sudah memberikan perawatan secara maksimal sesuai dengan kemampuan yang dimiliki namun Lansia masih merasa belum puas. Berdasarkan uraian tersebut, maka muncul pemikiran untuk menganalisa lebih lanjut tentang “Kebutuhan *Caregiver* dalam Merawat Lansia dengan Demensia di Panti Werdha Kota Semarang.”

### **C. TUJUAN PENELITIAN**

#### **A. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui kebutuhan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia di Panti Werdha.

#### **B. Tujuan Khusus**

1. Untuk mengidentifikasi kebutuhan pengetahuan *caregiver* dalam merawat Lansia di Panti Werdha.
2. Untuk mengidentifikasi kebutuhan keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia di Panti Werdha.

## **D. MANFAAT PENELITIAN**

### **1. Caregiver**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi bagi *caregiver* dalam rangka pemenuhan kebutuhan *caregiver* dalam memberikan perawatan, sehingga kedepannya orang yang bertugas sebagai *caregiver* dapat mengidentifikasi kebutuhan informasi dan keterampilan yang harus ditingkatkan *caregiver*.

### **2. Perawat**

Penelitian ini diharapkan dapat mempengaruhi proses pelayanan dan diharapkan dapat mengkaji serta mengantisipasi masalah yang menyangkut pemenuhan kebutuhan Lansia dengan demensia.

### **3. Institusi Keperawatan**

Penelitian ini diharapkan memberikan bekal kompetensi bagi mahasiswa sehingga mampu menerapkan ilmu keperawatan gerontik terutama untuk mengembangkan edukasi maupun pelatihan bagi *caregiver*.

### **4. Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan serta dapat mengaplikasikan beberapa ilmu yang telah diperoleh, ilmu keperawatan gerontik sebagai data dasar untuk mengetahui kebutuhan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia.

## **5. Panti Werdha**

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam mengadakan realitas yang dapat menjunjung pelayanan, sebagai pusat informasi dan mensejahterakan Lansia dengan Demensia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TINJAUAN TEORI**

##### **1. KONSEP LANSIA**

###### **a. Definisi Lansia**

Menua atau menjadi tua merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, namun dimulai sejak permulaan kehidupan.(23) Lansia merupakan keadaan yang ditandai dengan kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan ini berhubungan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual.(7)

Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita. Hal tersebut diperjelas dalam Undang-undang Nomor 13 Tahun 1008 dalam Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 tentang kesejahteraan lanjut usia.(47) WHO menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis atau biologis menjadi empat kelompok yaitu: usia pertengahan (*middle/ young elderly*) berusia antara 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60-70 tahun, usia tua (*old*) berusia antara 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.(7)(8) Prof. Dr. Koesmono Setyonegoro mengelompokkan



lanjut usia menjadi 3 kelompok yaitu: *young old* usia 70-75 tahun, *old* usia 75-80 tahun, dan *very old* usia lebih dari 80 Tahun.(23)

Berdasarkan beberapa penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa Lansia merupakan seseorang yang telah berusia 60 tahun keatas dan mengalami kegagalan yang berhubungan dengan penurunan daya kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis.

#### **b. Karakteristik Lansia**

Beberapa karakteristik yang terdapat pada Lansia diantaranya(9)(48):

- 1) Berusia 60 tahun ke atas
- 2) Kebutuhan dan masalah yang bervariasi pada rentang sehat sampai sakit, kebutuhan bio-psiko-sosial sampai spiritual, dan kondisi yang adaptif hingga kondisi maladaptif
- 3) Lingkungan yang bervariasi untuk tempat tinggal
- 4) Multipatologi
- 5) Menurunnya daya cadangan biologis
- 6) Berubahnya gejala dan tanda penyakit dari yang klasik
- 7) Terganggunya fungsional pasien Lansia
- 8) Sering terganggunya nutrisi, gizi kurang atau buruk

**c. Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Lansia akibat Proses Penuaan dan Implikasinya Terhadap Fungsi Kognitif pada Lansia(49)**

1) Penuaan sistem neurologis

Sistem neurologis, terutama otak merupakan suatu faktor utama dalam penuaan adaptif. Perubahan struktur yang paling tampak terjadi pada otak itu sendiri, meskipun bagian lain dari Sistem Saraf Pusat (SSP) juga terpengaruh. Korteks serebral merupakan daerah otak yang paling besar dipengaruhi oleh kehilangan dan penyusutan neuron. Distribusi neurin kolinergik, norepinefrin dan dopamin yang tidak seimbang, dikompensasi oleh hilangnya sel – sel yang menghasilkan sedikit penurunan intelektual.

Perubahan fungsional dapat berupa perlambatan refleks tendon profundan, penurunan diskriminasi rangsang taktil dan peningkatan ambang batas nyeri. Fungsi sistem syaraf otonom dan simpatis mungkin mengalami perlambatan secara keseluruhan. Plak senilis dan kekusutan neurofibril berkembang. Menurut Calne, 1985 mengatakan akumulasi pigmen lipofusin neuron menurunkan kendali sistem saraf pusat terhadap sirkulasi.

## 2) Patofisiologi defisit neurologis

Manifestasi klinis yang berhubungan dengan defisit neurologis dapat dilihat dari berbagai perspektif yaitu:

### a. Fisik

Dampak dari penuaan pada SSP sulit untuk ditentukan. dengan gangguan perfusi dan terganggunya aliran darah serebral, Lansia beresiko lebih besar mengalami kerusakan serebral tambahan, gagal ginjal, penyakit pernafasan serta kejang.

### b. Fungsional

Defisit fungsional dari gangguan neurologis yaitu berhubungan dengan penurunan mobilitas pada Lansia, yang disebabkan akibat penurunan kekuatan, rentang gerak dan kelenturan. Dengan berkurangnya kebebasan gerak Lansia mungkin memiliki kesulitan berdandan, toileting, dan makan. Penurunan pergerakan merupakan akibat dari kifosis, pembesaran sendi – sendi, kekejangan, dan penurunan tonus otot. Kekejangan dapat diakibatkan oleh cedera motor neuron di SSP. Braddom, 1996 dalam Stanley, 2006 menyatakan bahwa defisit mobilitas fungsional dan pergerakan membuat lansia menjadi sangat rentan untuk mengalami gangguan integritas kulit dan jatuh.

c. Kognisi-komunikasi

Perubahan kognisi dan komunikasi kemungkinan bervariasi dan berat. Beberapa hambatan komunikasi dapat terjadi sebagai akibat dari stroke dan penyakit parkinson. Christ, MA dalam Stanley, 2006 menyatakan dengan disorientasi dan konfusi dapat menurunkan kesadaran secara nyata. Penurunan ini mungkin progresif, permanen atau temporer tergantung pada sifat dan tingkat kerusakan serebral. Pada proses penuaan memori mungkin berubah. Disorientasi, halusinasi dan konfusi mungkin mengakibatkan deprivasi sensori karena kerusakan pada pusat serebral yang bertanggung jawab untuk memproses stimulasi.

d. Persepsi sensori

Persepsi sensori mempengaruhi kemampuan seseorang untuk saling berinteraksi dengan orang lain, untuk memelihara atau membentuk hubungan baru, berespon terhadap bahaya, dan menginterpretasikan masukan sensoris dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS).

e. Psikososial

Defisit neurologis yang mengakibatkan penarikan diri, isolasi, dan rasa asing memungkinkan Lansia menjadi lebih bingung dan mengalami disorientasi.

**d. Masalah kesehatan pada Lansia yang berhubungan dengan fungsi kognitif.(50)**

1) Gangguan kognisi

Gangguan kognisi disebabkan oleh detrusi langsung karena iskemik dan hipoksia, detrusi tidak langsung karena kompresi serta efek toksin dan kimiawi. Dampak dari gangguan kognisi yaitu agnosia (gangguan kemampuan mengenali bentuk objek), afasia (hilangnya kemampuan berbicara dan memahami), disfasia (gangguan kemampuan berbicara, memahami dan menggunakan simbol dalam bahasa verbal atau tulisan).

2) Demensia

Demensia merupakan hilangnya lebih dari satu fungsi kognitif atau intelektual yang dapat mengganggu kemampuan beraktivitas dalam kehidupan sehari-hari. Penyebab demensia antara lain karena defak pada sirkuit neuron otak.

3) Penyakit alzheimer

Penyakit alzheimer memiliki prognosis yang buruk dan merupakan gangguan degeneratif *corteks serebri* (terutama

bagian lobus frontalis dan hipokampus) yang dianggap sebagai bentuk progresif perimer demensia dan menyebabkan separuh dari kasus demensia.

4) Meningitis

Meningitis merupakan peradangan pada otak (dapat melibatkan peradangan 3 membran meninges yaitu duramater, araknoid dan pia meter) dan meninges medula spinalis dan biasanya disebabkan karena infeksi bakteri.

5) Nyeri kepala migrain

Nyeri kepala migrain merupakan nyeri kepala vaskular, berdenyut yang biasanya terjadi pada masa kanak-kanak dan akan sering kambuh sepanjang masa dewasa.

6) Sklerosis multipel

Sklerosis multipel merupakan penyakit kronik yang ditandai dengan demielinasi progresif substansia alba otak dan medula spinalis dengan periode eksaserbasi dan remisi. Kecacatan kronik pada orang dewasa muda 20-40 tahun dapat menjadi penyebab utama terjadinya sklerosis multipel.

7) Penyakit Parkinson

Penyakit parkinson adalah proses degeneratif yang mengenai neuron dopaminergik dalam substantia nigra yang merupakan area ganglia basalis yang mengeluarkan dan menyimpan dopamin neurotransmitter. Dopamin berfungsi

mencegah sel-sel otak yang tertekan untuk melakukan fungsi inhibisi normalnya. Jika reseptor non-dopaminergik lain dapat terkena, maka kemungkinan dapat menyebabkan depresi dan gejala non-motor lainnya.

## **2. DEMENSIA**

### **a. Definisi demensia**

Demensia merupakan gangguan neurologis yang paling umum pada Lansia. Demensia adalah suatu kemunduran intelektual berat dan progresif yang mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan aktivitas harian seseorang. Seseorang didiagnosa demensia bila dua atau lebih fungsi otak seperti ingatan dan keterampilan berbahasa menurun secara bermakna tanpa disertai penurunan kesadaran.(19)

Demensia (pikun) adalah kemunduraan kognitif yang sedemikian beratnya sehingga dapat mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan aktifitas sosial. Kemunduran kognitif pada demensia biasanya diawali dengan kemunduran memori maupun daya ingat (pelupa).(23)

Menurut Miller, Demensia digolongkan sebagai kemunduran menetap di beberapa fungsi intelektual yang disebabkan karena ketidakstabilan tingkat kesadaran. Sebagai tambahan, manifestasi non-kognitif adalah perubahan kepribadian dan tingkah laku yang dihubungkan dengan demensia.(46)

Berdasarkan beberapa penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa demensia merupakan kerusakan kognitif terutama fungsi intelektual yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktifitas harian seseorang.

#### **b. Penyebab Demensia**

Tanda awal demensia sangat tidak tampak dan samar-samar serta tidak langsung menjadi jelas. Proses menua tidak secara otomatis menyebabkan demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi disusunan saraf pusat.(12)

Ada beberapa faktor resiko penyebab demensia antara lain peningkatan usia seseorang di atas 65 tahun, genetik, trauma kepala, kurangnya pendidikan, lingkungan (keracunan aluminium), penyakit-penyakit tertentu (hipertensi sistolik, sindrom *down*, stroke serta gangguan imunitas), tekanan darah tinggi.(51) (52)

#### **c. Manifestasi Klinis Demensia**

Tanda awal demensia sangat tidak tampak dan samar-samar serta tidak langsung menjadi jelas. Namun dapat diketahui beberapa gejala awal yang sering menyertai demensia antara lain terjadi penurunan kinerja mental, *fatigue*, mudah sekali lupa, serta gagal dalam melakukan tugas. Gejala umum yang sering terjadi antara lain mudah lupa, aktivitas sehari-hari akan terganggu,



terjadinya disorientasi, cepat marah, berkurangnya kemampuan untuk konsentrasi dan resiko tinggi jatuh.(8)

#### **d. Tipe Demensia**

Ada beberapa bentuk demensia yang paling umum menurut(53) dan *Alzheimer's Australia*, 2005(54):

##### 1) Demensia *Alzheimer*

Demensia *Alzheimer* merupakan demensia yang paling umum dan terdapat pada 50% hingga 70% dari semua kasus demensia. Demensia *alzheimer* merupakan penyakit degeneratif otak yang progresif, mematikan sel otak sehingga mengakibatkan menurunnya daya ingat, kemampuan berfikir dan perubahan perilaku.(23) Demensia *Alzheimer* memiliki gambaran klinis dan patologi yang khusus dan bervariasi seperti usia, beberapa gambaran gangguan kognitif, kecepatan perburukan dan kehilangan daya ingat.

##### 2) Demensia *Vaskuler*

Demensia *Vaskuler* merupakan demensia yang berhubungan dengan masalah sirkulasi darah ke otak dan merupakan bentuk paling umum kedua dari demensia. Demensia disebabkan karena infark serebral(53) atau kematian sel syaraf di bagian tempat yang sakit. Demensia terjadi ketika infark serebral cukup luas untuk menghancurkan kawasan jaringan otak. Ada tiga tipe infark serebral yaitu satu atau lebih

stroke disebabkan oleh terhalangnya sebagian besar darah ke jaringan serebral, *lacunar* stroke mempengaruhi arteri kecil, dan *microinfarcts* mempengaruhi pembuluh darah kecil di otak.(46)

### 3) Penyakit Parkinson

Penyakit parkinson merupakan penyakit sistem syaraf yang terjadi secara progresif ditandai dengan gemetar, kaku pada anggota badan dan persendian, kesulitan berbicara dan kesulitan memulai gerak. Pada tahap lanjut dari penyakit parkinson dapat menyebabkan demensia.

### 4) *Lewy Body dementia*

Demensia dengan kumpulan *lewy bodies* diakibatkan oleh kemunduran dan matinya sel-sel saraf otak. Kumpulan *lewy* merupakan struktur abnormal yang berbentuk bola dan tumbuh di sel-sel syaraf. Orang yang mengalami demensia dengan kumpulan *lewy* memiliki gejala mengalami halusinasi visual, *parkinsonisme* dan kondisi sering berubah secara cepat.

### 5) *Fronto Temporal Lobar Degeneration (FTLD)*

Tipe demensia yang mengalami proses kemunduran dalam satu atau keduanya dari *lobus frontal* atau *lobus temporal* otak. Jenis demensia yang termasuk dalam FTLD antara lain *fronto temporal* demensia, *progressive non-fluent aphasia progressive non-fluent aphasia* yaitu kehilangan

kemampuan berbicara secara berangsur, *semantic* demensia yaitu penderita tidak dapat mengerti arti kata-kata dan penyakit *pick*.

6) Penyakit Huntington

Penyakit yang diakibatkan oleh kemunduran otak yang terjadi berangsur dan menimbulkan efek pada pikiran dan tubuh, yang ditandai dengan menurunnya kemampuan berfikir dan gerakan-gerakan anggota badan atau wajah tidak teratur dan tidak terkendali. Demensia sebagian besar terjadi pada kasus penyakit huntington.

7) Sindrom Korsakoff

Sindrom Korsakoff atau demensia terkait alkohol merupakan kerusakan otak yang tidak dapat diperbaiki lagi karena mengkonsumsi minuman keras yang terlalu banyak dan kekurangan vitamin B1. Bagian otak yang sering terkena ialah bagian otak yang sering digunakan untuk mengingat dan merencanakan, mengatur dan menilai, serta bergaul dan keseimbangan tubuh.

8) Penyakit Creutzfeldt-Jacob

Penyakit Creutzfeldt-Jacob merupakan penyakit otak yang jarang dan fatal. Gejala awal penyakit ini antara lain tidak dapat mengingat, tingkah laku berubah dan gerakan tidak terkoordinasi.

**e. Tahap Demensia(23)(54)**

## 1) Stadium Awal

Demensia memiliki awitan gejala yang tersembunyi dan membahayakan. Pada tahap awal sering diabaikan karena dianggap sebagai bagian normal dari proses otak menua. Beberapa dampak yang muncul antara lain:

- a) Kesulitan dalam berbahasa
- b) Mengalami kemunduran daya ingat yang bermakna
- c) Disorientasi waktu dan tempat
- d) Tersesati di tempat yang biasa di kenal
- e) Kesulitan membuat keputusan
- f) Kehilangan inisiatif dan motifasi
- g) Mengalami gejala depresi dan agresif
- h) Kehilangan minat terhadap hobi dan aktivitas.

## 2) Stadium pertengahan

Pada stadium pertengahan ingatan saat ini dan masa lampau memburuk dan membuat kekhawatiran mengenai keselamatan Lansia dan mengalami kesulitan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Beberapa dampak yang muncul:

- a) Sangat mudah lupa terkait dengan peristiwa baru dan nama orang

- b) Tidak dapat melakukan aktivitas seperti memasak, membersihkan rumah dan berbelanja
  - c) Sangat bergantung pada orang lain
  - d) Semakin sulit untuk berbicara
  - e) Membutuhkan bantuan untuk *personal hygiene*
  - f) Senang “ngeluyur” tanpa tujuan (*checking, Trailing, Pottering*)
  - g) Mengalami perubahan perilaku
  - h) Terdapat gangguan kepribadian
- 3) Stadium Akhir

Selama demensia stadium akhir orang tersebut semakin terikat dengan tempat tidur. Dampak yang muncul antara lain:

- a) Mengalami ketidakmandirian dan inaktif yang total
- b) Mengalami disorientasi personal
- c) Sulit memahami dan menilai peristiwa
- d) Tidak dapat menemukan jalan disekitar rumah sendiri
- e) Kesulitan untuk berjalan
- f) Mengalami inkontinensia
- g) Menunjukkan perilaku yang tidak wajar dimasyarakat
- h) Bergantung pada kursi roda atau tempat tidur.

#### **f. Dampak demensia**

Gangguan kognitif yang sering ditemukan antara lain adalah demensia. Demensia adalah jenis gangguan kognitif yang

paling berat karena sangat mengganggu fungsi sosial, ekonomi dan psikologis.(55) Demensia memiliki berbagai dampak lain yaitu masalah-masalah dengan orientasi, informasi dan pengetahuan umum, waspada, memori saat ini atau masa yang lalu, formulasi konsep, kognisi (perhitungan, pertimbangan dan abstraksi), memberikan alasan (*reasoning*) atau gangguan penggunaan bahasa.(50)

### 3. **CAREGIVER**

#### a. **Definisi Caregiver**

*Caregiver* adalah penyedia asuhan kesehatan untuk anak, dewasa dan Lansia yang mengalami ketidakmampuan fisik atau psikis kronis.(49) *Caregiver* merupakan individu yang membantu merawat dan memberikan kenyamanan kepada Lansia guna meningkatkan derajat kesehatan Lansia, membantu Lansia menerima kondisinya, serta membantu Lansia menghadapi ajal dengan diperlakukan secara manusiawi sampai ajal datang.(29) *Caregiver* menurut Oyebade adalah orang yang memberikan asuhan ataupun perawatan kepada orang lain yang sakit atau tidak mampu.(56) *Caregiver* tidak terbatas hanya pada pengasuh atau tenaga kesehatan yang bekerja secara profesional, melainkan juga meliputi orang tua dan anggota keluarga lain.(56)(57)

Berdasarkan beberapa penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa *caregiver* merupakan individu yang

memberikan sebuah perawatan kepada orang lain yang sakit maupun orang yang tidak mampu dan *caregiver* dapat berasal dari anggota keluarga, teman, atau tenaga profesional yang memperoleh bayaran.

**b. Jenis *Caregiver***

Terdapat 2 jenis *caregiver* yaitu formal *caregiver* dan Informal *caregiver*. formal *caregiver* merupakan individu yang menerima bayaran untuk memberikan perhatian, perawatan dan perlindungan kepada individu yang mengalami sakit. Sedangkan Informal *caregiver* merupakan individu yang menyediakan bantuan untuk individu lain dan masih memiliki hubungan keluarga maupun dekat dengannya antara lain, keluarga, teman atau tetangga dan biasanya tidak menerima bayaran.(58)

**c. Manfaat menjadi *Caregiver*(46)**

U.S House Select Committee on Aging., 1987 dalam Potter & Perry., 2005 mengidentifikasi dampak yang didapatkan ketika menjadi seorang *caregiver* sebagai berikut:

1. Kedekatan dengan individu (orang yang diberi perawatan)
2. Membantu finansial
3. Perspektif yang lebih luas mengenai stres
4. Meningkatkan pengertian pada penerimaan perawatan
5. Meningkatkan perasaan berguna dan kelayakan diri

6. Meningkatkan hubungan antara *caregiver* dan penerimaan perawatan

**d. Dampak menjadi *Caregiver*(46)**

Menurut Cohen et all & Schulz et all., 1990 dalam Potter & Perry., 2005 mengidentifikasi dampak yang didapatkan ketika menjadi seorang *caregiver* sebagai berikut:

- 1) Pelanggaran privasi
- 2) Kurangnya kontak sosial
- 3) Tidak mendapatkan waktu untuk sendiri atau melakukan aktivitas rekreasi
- 4) Meningkatkan kemungkinan menyerah terhadap tanggung jawab pekerjaan
- 5) Meningkatkan resiko mengalami depresi
- 6) Meningkatkan perasaan marah, bersalah, kesedihan, kecemasan, depresi, keadaan tidak berdaya, kelelahan kronis dan kelelahan emosional
- 7) Kesehatan fisik lebih lemah jika dibandingkan dengan orang yang tidak menjadi *caregiver*.

**e. Kebutuhan *caregiver***

*Caregiver* adalah penyedia asuhan kesehatan untuk anak, dewasa dan Lansia yang mengalami ketidakmampuan fisik atau psikis kronis.(49) Namun sebagai seorang *caregiver* juga memerlukan kebutuhan yang bertujuan untuk menghindari



terjadinya dampak terkait dengan masalah fisik dan masalah psikologis pada *caregiver*, perlu dipertimbangkan adanya kebutuhan dan keterampilan *caregiver* antara lain: *caregiver* memerlukan pelatihan untuk keterampilan yang mereka, mendapatkan beberapa pendidikan untuk pemberian perawatan,(59) kebutuhan lain adalah manajemen emosi dan stres fisik, dan memiliki waktu lebih untuk diri sendiri. Sebagian besar *caregiver* memerlukan informasi lebih tentang pelayanan pendukung (*support services*). (60)

**f. Kebutuhan *Caregiver* dalam merawat demensia(45)(46)(61)(62)**

Lansia dengan demensia perlu dirawat oleh teman, anggota keluarga maupun *caregiver* yang mendapatkan bayaran dengan tujuan agar kebutuhan sehari – hari Lansia dapat terpenuhi terutama. Namun dalam keperawatan kebutuhan juga ditujukan juga pada *caregiver* nya agar dapat terpenuhi. Kebutuhan *caregiver* antara lain:

- 1) Kebutuhan tahu tentang diagnosa(45)(46)(63)
  - a) Kebutuhan utama adalah *caregiver* perlu mengetahui tentang diagnosa yang tepat
  - b) Mengetahui tentang informasi penyakit dan tentang Kebutuhan yang berubah pada orang yang mengalami demensia dan kebtuhan yang perlu di penuhi untuk orang dengan demensia

- c) Mengetahui apa itu demensia dan mengetahui penyebab utama demensia
  - d) Memahami definisi dan arti dari delirium
  - e) Memahami bahwa delirium adalah kondisi kesehatan yang akut yang bisa menjadi fatal jika tidak dirawat
  - f) Menyadari tanda dan penyebab dari delirium
- 2) Pelatihan
- Caregiver* membutuhkan program pelatihan untuk(45)(64):
- a) Kesadaran mengenai demensia
  - b) Keterampilan bagaimana untuk membedakan antara demensia, delirium, depresi dan kondisi lain yang ditunjukkan dengan gejala yang sama
  - c) Kesadaran pengaruh dari kemungkinan kesalahan diagnosa
  - d) Informasi mengenai terapi farmakologi untuk demensia
  - e) Pelatihan keterampilan komunikasi yang efektif antara dokter dengan Lansia
  - f) Keterampilan manajemen gangguan kognitif
  - g) Keterampilan manajemen tingkah laku yang tepat terhadap penyakit
  - h) Keterampilan manajemen fungsional yang tepat terhadap penyakit
  - i) Menciptakan lingkungan yang aman
- 3) Kebutuhan dukungan emosional

Merawat orang dengan demensia, *caregiver* mengalami banyak tekanan secara emosional ketika memberikan perawatan, sehingga *caregiver* membutuhkan dukungan emosional untuk dirinya sendiri yang perlu dipenuhi, kebutuhan dukungan emosional antara lain:

- a) Strategi manajemen stress
  - b) Dukungan grup pemberi perawatan
  - c) Strategi koping psikologi
    - 1) Mendapatkan waktu luang untuk diri sendiri
    - 2) Membicarakan permasalahan dengan orang yang dapat dipercaya
  - d) Strategi untuk mengutarakan kecemasan, rasa bersalah, depresi, kemarahan, kesepian, rasa malu dengan lebih baik
  - e) Menerima permasalahan sakitnya
  - f) Permasalahan mengenai perubahan peran
  - g) Mendapatkan fasilitas bantuan perawatan
  - h) Konseling untuk pengasuh profesional
  - i) Mendapatkan pelatihan pendidikan untuk pengasuh profesional dalam melakukan perawatan
  - j) Mencari informasi melalui internet
- 4) Kebutuhan bantuan akan jasa sosial

*Caregiver* memerlukan bantuan dari jasa sosial untuk mengetahui beberapa hal berikut(45):

- a) Berbagai pelayanan yang ada
- b) Jasa sosial digunakan untuk membantu perekonomian
- c) Mengetahui lebih banyak tentang dasar dan institusi yang mungkin menyediakan bantuan berharga.

**g. Dampak dari kebutuhan *caregiver* yang tidak terpenuhi(65)**

Beberapa dampak yang dapat dialami:

1) Beban *caregiver* (*Caregiver Burden*)

*Caregiver* melaporkan beban tertinggi kemungkinan besar adalah karena berpendidikan rendah, untuk hidup dengan klien dan mereka berasumsi tidak ada pilihan untuk peran *caregiver*. Sebagian besar *caregiver* melaporkan memiliki waktu kurang untuk keluarga dan teman, meningkatnya stress emosional, dan melalaikan perawatan diri sendiri.

2) Pengaruh – pengaruh kesehatan (*helath effects*)

Resiko terbesar adalah menyakiti diri mereka sendiri. *Caregiver* memiliki taksiran tertinggi pada insomnia dan depresi, resiko dari sakit yang serius dan mungkin kurang untuk mengikut sertakan pencegahan kesehatan.

3) Beban keuangan (*Financial Burden*)

Banyak *caregiver* mengatur jadwal bekerja mereka, meninggalkan dan ketidakhadiran, atau berkurang beberapa jam seperti sebuah hasil dari tanggung jawab.

4) Persiapan yang kurang (*inadequate preparation*)

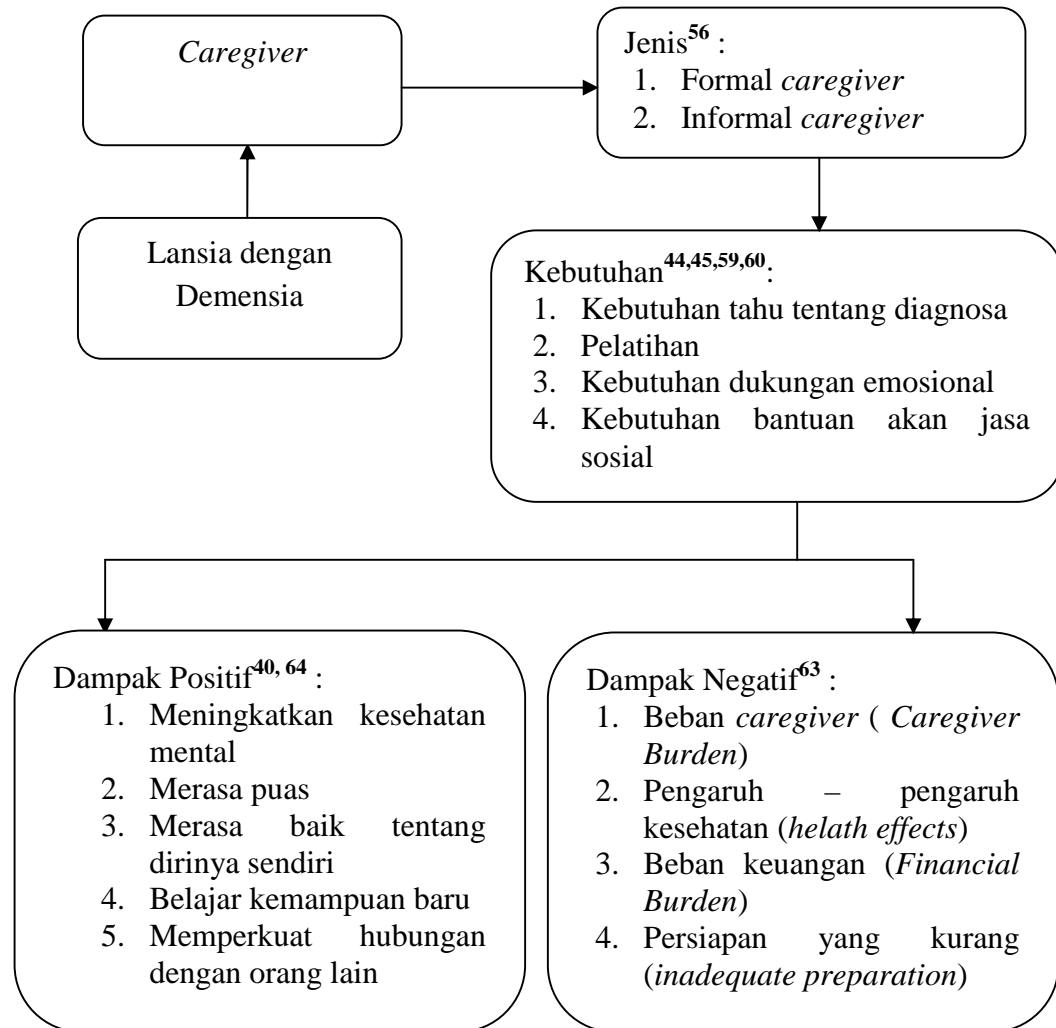
Sebagian besar *caregiver* merasa kurang persiapan pada pelatihan untuk kemampuan praktik mereka, tidak pernah menerima pendidikan formal dalam *caregiving*.

#### **h. Dampak dari kebutuhan caregiver yang terpenuhi**

Memberikan perawatan pada Lansia dapat menjadi stress dan variasi konsekwensi negatif pada fisik dan kesehatan mental, bukti menunjukkan menjadi *caregiver* dapat memberikan beberapa dampak baik seperti *caregiver* dapat memperbanyak dan meningkatkan pengalaman hidup yang dapat menciptakan dampak positif bagi *caregiver*, termasuk meningkatkan kesehatan mental, meningkatkan kedekatan dengan mereka yang disayangi, dan rasa kepuasan yang berkaitan dengan pemenuhan kewajiban sebagai *caregiver*.(41) memberikan pengasuhan dapat membuat *caregiver* merasa baik tentang diri mereka sendiri karena mereka merasa dibutuhkan, memberikan pengasuhan membuat *caregiver* belajar kemampuan baru, dan memperkuat hubungan mereka dengan orang lain.(66)

## B. KERANGKA TEORI

Kebutuhan *Caregiver* dalam Merawat Lansia Dengan Demensia di Panti Wredha Kota Semarang



Gambar 1: <sup>40,44,45,56,59,60,63,64</sup>

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 1. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep pada penelitian ini menggunakan variabel tunggal yaitu pengetahuan dan keterampilan.

- Kebutuhan pengetahuan *Caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia
- kebutuhan keterampilan *Caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia

#### 2. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode analisis deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan suatu penelitian untuk mengungkapkan atau menjabarkan suatu fenomena secara objektif dengan menggunakan prosedur ilmiah.(67) Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kebutuhan pengetahuan dan keterampilan *caregiver* dalam merawat lansia dengan demensia di Panti Wredha.

Metode yang digunakan adalah metode penelitian ini adalah metode *survey* (*Survey Research*) dengan cara pengambilan data sampel dari satu populasi menggunakan alat ukur yaitu kuesioner.(68) Metode ini digunakan untuk menyediakan informasi yang berhubungan dengan prevalensi, distribusi dan hubungan antara variabel pada satu populasi. Selain itu, metode penelitian *survey* juga bertujuan untuk mengumpulkan

informasi berupa tindakan seseorang, pengetahuan, kemauan, pendapat, perilaku serta nilai.(68)

### **3. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN**

#### **a. Populasi Penelitian**

Populasi merupakan keseluruhan subyek yang akan diteliti.(69) Populasi penelitian adalah keseluruhan subjek penelitian. Subjek penelitian yang dapat diteliti berupa benda atau orang dan memiliki sifat dan ciri-siri tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipenuhi kemudian ditarik kesimpulannya.(70)(71)(72) Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh *caregiver* yang berada di Panti Wredha Kota Semarang yang berjumlah 48 *caregiver* terdiri dari Panti Wredha Harapan Ibu berjumlah 10 *caregiver* dan dari Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading berjumlah 38 *caregiver*.

#### **b. Sampel Penelitian**

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dapat mewakili populasinya.(73) Teknik sampling merupakan cara yang digunakan untuk mengambil sampel dari populasi. Pada penelitian ini peneliti menggunakan teknik *Total Sampling*, merupakan pengambilan sampel dari keseluruhan jumlah populasi yang digunakan merupakan sampel penelitian.(74)

### **4. BESAR SAMPEL**

Dalam penelitian ini menggunakan teknik *Total Sampling*, sehingga besar sampel penelitian sama dengan populasi penelitian.



Seluruh *caregiver* yang ada di Panti wredha Kota Semarang digunakan sebagai sampel penelitian yang berjumlah 48 *caregiver* yang terdiri atas Panti Wredha Harapan Ibu berjumlah 10 *caregiver* dan di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading berjumlah 38 *caregiver*.

## **5. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan di Panti Wredha Kota Semarang yaitu Panti Wredha Harapan ibu dan Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading. Pengambilan data penelitian dilakukan pada April 2017.

## **6. VARIABEL PENELITIAN, DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN**

### **1. Variabel Penelitian**

Variabel memiliki pengertian ukuran ataupun ciri-ciri yang dimiliki oleh setiap anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki anggota lain. Variabel dalam penelitian ini adalah kebutuhan pengetahuan *Caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia dan kebutuhan keterampilan *Caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia.

### **2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran**

Definisi operasional merupakan unsur penelitian yang menjelaskan tentang cara menentukan variabel dan mengukur suatu variabel. Dengan kata lain, definisi operasional adalah suatu informasi ilmiah yang membantu peneliti lain yang ingin menggunakan variabel yang sama.(75) Definisi operasional menjadikan konsep yang masih

bersifat abstrak menjadi operasional yang memudahkan pengukuran variabel.(69) Adapun definisi operasional dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel.

**Tabel 1**  
**Definisi Operasional, Variabel Penelitian, dan Skala Pengukuran**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Kebutuhan Pengetahuan <i>Caregiver</i> dalam merawat Lansia dengan demensia	Pengetahuan yang dibutuhkan <i>caregiver</i> dalam melakukan perawatan pada Lansia dengan demensia	Kuesioner	<i>Prosentase</i>	Rasio
2.	Kebutuhan Keterampilan <i>Caregiver</i> dalam merawat Lansia dengan demensia	Keterampilan yang dibutuhkan <i>caregiver</i> dalam melakukan perawatan pada Lansia dengan demensia	Kuesioner	<i>Prosentase</i>	Rasio

## 7. ALAT PENELITIAN DAN CARA PENGUMPULAN DATA

### a. Alat Penelitian

Alat penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner yang dibagikan kepada responden. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang telah disusun untuk memperoleh data sesuai yang diinginkan peneliti.(69) Kuesioner yang digunakan untuk mengetahui kebutuhan pengetahuan dan keterampilan *caregiver* dalam merawat lansia dengan demensia merupakan kuesioner tertutup. Kuesioner tertutup merupakan kuesioner yang sudah di sediakan jawabannya

sehingga responden hanya perlu memilih sesuai dengan pendapatnya. Kuesioner mengenai kebutuhan *caregiver* dibuat sendiri oleh peneliti dan pernyataan disusun berdasarkan kisi-kisi yang diambil dari teori kebutuhan *Caregiver*.

Pernyataan – pernyataan disajikan dalam kuesioner yang disusun berdasarkan variabel – variabel yang diteliti antara lain:

1) Kuesioner A

Kuesioner pada bagian A berisi tentang kebutuhan pengetahuan *caregiver* dalam merawat Lansia yang bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai kebutuhan pengetahuan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia. Kuesioner kebutuhan pengetahuan terdiri dari 23 item pertanyaan dan kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti. Kuesioner kebutuhan pengetahuan menggunakan *checklist* yang memiliki pilihan jawaban Ya dan Tidak. Untuk jawaban Ya akan diberi skor 1 dan untuk jawaban Tidak akan diberi skor 0.

**Tabel 2**  
**Sebaran Pernyataan Kebutuhan Pengetahuan *Caregiver* dalam Merawat Lansia dengan Demensia**

Variabel	Sub Variabel	Sub – sub Variabel	No pertanyaan	Jumlah soal
Kebutuhan Pengetahuan <i>Caregiver</i> dalam merawat Lansia dengan demensia	1. Pengetahuan tentang diagnosa	1. Pengertian demensia	1	1
		2. Tanda dan gejala demensia	2	1
		3. Akibat demensia	3	1
		4. Informasi penyakit	4, 5, 6, 10	4
		5. Obat-obatan demensia	8	1

Variabel	Sub Variabel	Sub – sub Variabel	No pertanyaan	Jumlah soal
		6. Perubahan kebutuhan demensia	9	1
		7. Pemenuhan kebutuhan demensia	15, 16	2
		8. Penatalaksanaan dampak	11	1
		9. Jenis olahraga untuk demensia	12, 13, 14	3
	2. Kebutuhan dukungan sosial	1. Pengetahuan tanda stress pengasuh	17	1
		2. Jenis – jenis strategi koping	18, 19, 20	3
		3. Perubahan peran	21, 22, 23	3
	3. Kebutuhan bantuan jasa sosial	1. Jenis jasa untuk lansia demensia	7	1
<b>Total</b>	-			23

## 2) Kuesioner B

Kuesioner pada bagian B berisi tentang kebutuhan keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia yang bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai kebutuhan keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia. Kuesioner kebutuhan keterampilan yang terdiri dari 24 item pertanyaan dan kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti. Kuesioner kebutuhan keterampilan menggunakan *checklist* yang memiliki pilihan jawaban Ya dan Tidak. Untuk jawaban Ya akan diberi skor 1 dan untuk jawaban Tidak akan diberi skor 0.

**Tabel 3**  
**Sebaran Pernyataan Kebutuhan Keterampilan *Caregiver* dalam Merawat Lansia dengan Demensia**

Variabel	Sub Variabel	Sub – sub Variabel	No pertanyaan	Jumlah soal
Kebutuhan Keterampilan <i>Caregiver</i> dalam merawat Lansia dengan demensia	1. Keterampilan penanganan demensia	1. Kesadaran tentang demensia	7	6
		2. Perawatan demensia	8	
		3. Menghadapi perilaku sulit Lansia demensia	21, 22, 23, 24	
	2. Keterampilan komunikasi	1. Komunikasi penuh kasih sayang	9	1
	3. Keterampilan teknik komunikasi	1. Cara berkomunikasi	1	1
	4. Keterampilan pemenuhan kebutuhan ADL	1. Minum 2. Makan 3. BAB dan BAK 4. Mandi 5. Berpakaian 6. Lingkungan aman	2 3 4 5 6 20	6
5. Keterampilan manajemen koping	1. Strategi stress koping	10, 11, 12	9	
	2. Mengutarakan perasaan	14, 15, 16, 17, 18, 19		
6. Keterampilan Manajemen kognitif	1. Manajemen kognitif	13	1	
<b>Total</b>	-			<b>24</b>

#### b. Uji Validitas dan Reliabilitas

Instrument penelitian yang telah dibuat perlu dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Uji tersebut dilakukan menggunakan

instrumen penelitian yang sudah valid dan reliabel dan diharapkan mendapatkan data yang objektif.

#### 1) Uji validitas

Sebuah alat ukur dikatakan valid (sah) apabila alat ukur tersebut mampu mengukur secara tepat apa yang hendak diukur dan mengenai sasaran.(74) Uji validitas dipakai untuk mengukur tingkat kesahihan dari sebuah instrumen.(76) Uji validitas dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan 2 uji validitas. Pertama peneliti akan melakukan uji *expert* dengan 2 orang ahli (*expert*) dalam bidang Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan (KDDK) dan Keperawatan Gerontik untuk mengoreksi isi dari kuesioner agar kuesioner dapat dipertanggung jawabkan validitasnya. Uji *expert* dilakukan oleh Ibu Sarah Ulliya S.Kp., M.Kes dan Bapak Ns. Ibnu Abas, M.Kep., Sp. Kep.Kom. Setelah uji *expert* selesai dilanjutkan dengan uji coba kuesioner pada responden di Unit Rehabilitasi Sosial Wening Wardoyo Ungaran, Semarang.

Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *product moment* (r). Suatu instrument dikatakan valid apabila terhitung lebih besar dari pada r tabel.

Rumus korelasi *product moment* :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - \{\sum x\}\{\sum y\}}{\sqrt{\left\{\frac{\sum x^2 - (\sum x)^2}{N}\right\}\left\{\frac{\sum y^2 - (\sum y)^2}{N}\right\}}}$$

Keterangan :

$r_{xy}$  = koefisien korelasi antara variabel x dan y

N = jumlah responden

= jumlah variabel

x = skor masing – masing item

y = skor total

Hasil perhitungan dari setiap item dibandingkan dengan tabel nilai *product moment*. Bila r hitung sama atau lebih besar dibandingkan r tabel ( $r_{hitung} \geq r_{tabel}$ ), maka kuesioner dapat dikatakan valid.(77)

Validitas isi (*Content Validity*) merupakan hubungan isi dengan item atau pertanyaan – pertanyaan di dalam tes yang representatif dari semua domain – domain isi sesuai dengan tujuan instruksional khusus yang telah ditentukan.(78) Terdapat 23 pernyataan kebutuhan pengetahuan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia dan 24 pernyataan kebutuhan keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia.

*Content Validity* dilakukan uji *expert* dengan mengkonsultasikan kuesioner pada 2 orang ahli dalam bidang keperawatan yaitu Ibu Sarah Ulliya S.Kp., M.Kes yang merupakan dosen yang ahli dalam Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan di jurusan Keperawatan, Universitas Diponegoro dan bapak Ns. Ibnu Abas, M.Kep., Sp. Kep.Kom yang merupakan *caregiver* di Sasana

Tresna Werdha Karya Bhakti Yayasan Karya RIA Pembangunan. Kedua penguji *expert* ditanyakan untuk menguji relevansi pernyataan dengan menggunakan *Index of Content Validity* yang dijabarkan dalam 4 batasan angka penilaian yaitu nilai 1 (tidak relevan dan tidak dapat digunakan dalam penelitian), 2 (kurang relevan dan dapat digunakan dalam penelitian), 3 (relevan dengan revisi), 4 (sangat relevan).

Saran dan penilaian dari dua orang ahli dalam bidang keperawatan terhadap kuesioner pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Hasil *Content Validity* dari Ibu Sarah Ulliya S.Kp., M.Kes untuk Item pertanyaan pada kuesioner A nomor 1 diminta untuk lebih memperjelas maksud dari pernyataan tersebut. Pada kuesioner B pada item pernyataan nomor 21, 22, 23 dan 24, Ibu Sarah Ulliya S.Kp., M.Kes menilai pertanyaan dengan nilai 3 (relevan dengan revisi), item pernyataan no 8 pada kuesioner B perlu diperjelas lagi pernyataannya.

Hasil *Content Validity* dari Ns. Ibnu Abas, M.Kep., Sp. Kep.Kom menilai pernyataan dengan nilai 3 (relevan dengan revisi) pada item pertanyaan nomor 7 pada kuesioner A yang mana pernyataan ini perlu diperjelas kembali maksud dari pernyataan tersebut, diminta untuk mengurutkan nomor pernyataan sesuai dengan kebutuhan dasar untuk pengetahuan dan keterampilan



*caregiver*, selain perlu ada perbaikan pernyataan dan pengurutan item pernyataan pada kedua kuesioner, terdapat masukan untuk menambahkan 2 item pernyataan tentang menciptakan lingkungan yang nyaman dan strategi *caregiver* dalam menghadapi perilaku sulit pada demensia. Setelah melaksanakan revisi dan melakukan uji *expert* kembali didapatkan hasil bahwa terdapat perbaikan kembali pada kuesioner A pada item pernyataan nomor 4 dan 7 diminta untuk memilih salah satu karena *content* item pernyataan yang sama.

Validitas konstruksi (*Construct Validity*) mengandung arti bahwa suatu alat ukur dikatakan valid apabila cocok dengan konstruksi teoritik dimana kuesioner itu dibuat.(79) Uji *Construct Validity* pada penelitian ini dilakukan uji coba kuesioner “Kebutuhan pengetahuan *caregiver* (pengasuh) dalam merawat Lansia dengan demensia” dan “kebutuhan keterampilan *caregiver* (pengasuh) dalam merawat Lansia dengan demensia” pada 20 *caregiver* di Unit Rehabilitasi Sosial Wening Wardoyo Ungaran, Semarang. Hasil dari *Construct Validity* pada instrumen pada penelitian ini dikatakan valid jika nilai hitung  $r_{tabel} < r_{hitung}$  untuk 20 responden adalah 0,444 untuk setiap masing – masing item pernyataan yang disetujui *expert* sejumlah 47 pernyataan.

Item pernyataan kebutuhan pengetahuan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia memiliki 23 pernyataan valid

dari 23 pernyataan karena nilai  $r$  hitung antara 0,467 – 0,873. Item pernyataan kebutuhan keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia memiliki 24 pernyataan valid dari 24 pernyataan karena nilai  $r$  hitung antara 0,476 – 0,745. Tidak terdapat pernyataan yang tidak valid dari seluruh jumlah total pernyataan untuk instrumen pada penelitian ini. Sehingga, dalam penelitian ini menggunakan 47 pernyataan dengan 23 pernyataan kebutuhan pengetahuan dan 24 pernyataan kebutuhan keterampilan yang memenuhi syarat  $r_{hitung} > 0,444$ .

## 2) Uji Reliabilitas

Reliabilitas pada suatu penelitian merupakan suatu konsistensi, stabilitas, serta pengulangan instrumen pengumpulan data. Instrumen harus di uji reliabilitas setelah diuji validitasnya agar instrumen tersebut dapat dipahami oleh siapapun dan pada objek apapun.(76) Uji reabilitas merupakan ukuran suatu kestabilan responden dalam menjawab pertanyaan – pertanyaan yang merupakan suatu variabel dan telah disusun dalam bentuk kuesioner.(80) Uji reabilitas dipakai untuk mengukur kestabilan alat dari pengukuran yang digunakan, dalam hal ini kuesioner sebagai alat pengukurannya. Uji realibilitas untuk variabel kebutuhan pengetahuan dan kebutuhan keterampilan menggunakan uji *Alpha Cronbach*.

Rumus uji *Alpha Cronbach*:

$$= \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum S^2_j}{S^2_x} \right)$$

Keterangan :

$r_{11}$  = reabilitas instrumen

$k$  : banyak butir pertanyaan

$\sum S^2_j$  : jumlah varians butir

$S^2_1$  : varians total

Kriteria uji reabilitas adalah suatu konstruk variabel dikatakan reliabel jika memiliki nilai *Cronbach's Alpha* 0,006.(80) Sebagai patokan suatu kuesioner, maka dapat ditetapkan rentang nilai dari reliabilitas kuesioner yang tidak reliabel (0,00 – 0,20), jarang reliabel (0,20 – 0,40), reliabel (0,40 – 0,60), cukup reliabel (0,60 – 0,80) dan sangat reliabel (0,80 – 1,00).

Uji reliabilitas pada kuesioner “kebutuhan pengetahuan *caregiver* (pengasuh) dalam merawat Lansia dengan demensia” dan “kebutuhan keterampilan *caregiver* (pengasuh) dalam merawat Lansia dengan demensia” yang telah dilakukan pada 20 *caregiver* di Unit Rehabilitasi Sosial Wening Wardoyo Ungaran, Semarang. Hasil uji menyatakan dari 47 item pernyataan yang valid menyatakan bahwa dari 23 item pernyataan kebutuhan pengetahuan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia dinyatakan sangat reliabel karena nilai *alpha* lebih dari 0,6 yang ditunjukkan dengan nilai 0,945, untuk 24 item pernyataan kebutuhan

keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia dinyatakan sangat reliabel karena nilai *alpha* lebih dari 0,6 yang ditunjukkan dengan nilai 0,937.

### c. Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan langkah – langkah sebagai berikut:

#### a. Prosedur Administratif

- 1) Peneliti mengajukan surat pengantar dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang ke Badan Penanaman Modal Daerah (BPMD) Provinsi Jawa Tengah.
- 2) Peneliti mengajukan surat pengantar dari BPMD ke Dinas Sosial Povinsi Jawa Tengah dan Dinas Sosial Kota Semarang.
- 3) Peneliti mengajukan surat pengantar dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang ke Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading dan Panti Werdha Harapan Ibu.
- 4) Penelitian mengajukan surat ijin kepada bagian administrasi Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading dan Panti Werdha Harapan Ibu.
- 5) Peneliti menunggu jadwal pengambilan data

#### b. Prosedur Teknis

- 1) Pengambilan data dilakukan saat tidak ada kegiatan di ruangan
- 2) Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan kepada responden

- 3) Kemudian setiap responden diberi satu bendel kuesioner
- 4) Peneliti mendampingi responden dalam mengisi kuesioner dan membantu responden jika ada poin kuesioner yang kurang jelas
- 5) Peneliti memeriksa kelengkapan data yang dibutuhkan sebelum meninggalkan tempat penelitian.

## **8. TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA**

### **a. Cara Pengolahan Data**

Data yang telah terkumpul dalam pengolahan data perlu diolah terlebih dahulu. Tujuannya untuk menyederhanakan seluruh data yang terkumpul dan menyajikan data secara terstruktur.(76) Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan tahap – tahap sebagai berikut :

#### *1) Editing*

*Editing* dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul dan *editing* berfungsi untuk meneliti kelengkapan data diantaranya kelengkapan lembar dan instrumen penilaian Kebutuhan Pengetahuan dan Keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia serta kelengkapan pengisian data sehingga bila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera.

#### *2) Coding*

*Coding* merupakan suatu kegiatan pemberian kode numerik (angka), sehingga memudahkan proses pemasukan dan pengolahan

data di komputer. Dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali lokasi dan arti kode dari suatu variabel. Pemberian kode dalam penelitian ini adalah :

Pemberian kode pada kuesioner kebutuhan pengetahuan dan kebutuhan keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia. Pengkodean untuk jawaban Ya “1” dan untuk jawaban Tidak “0”.

### 3) *Entry Data*

*Entry data* merupakan memasukkan data yang telah diproses melalui program komputer ke dalam master tabel atau database, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana.

### 4) *Processing*

*Processing* dilakukan setelah diedit dan diberi kode, data diproses melalui program komputer.

### 5) *Tabulating*

*Tabulating* dilakukan dengan cara memasukan data hasil penelitian ke dalam tabel sesuai kriteria yang telah dilakukan.

### 6) *Cleaning*

*Cleaning* merupakan pengecekan kembali data yang telah dimasukkan atau *entry* ke dalam komputer benar – benar bebas dari kesalahan atau tidak. Cara membersihkan data yaitu dengan

mengetahui adanya *missing* data (tidak terdapat nilai yang hilang), untuk mengetahui variasi data dan mengetahui konsistensi data.(71)

b. Analisa Data

Data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat. Analisa univariat merupakan analisa deskriptif dengan cara mendeskripsikan data yang telah dikumpulkan dan diolah menjadi hasil – hasil analisa untuk mengetahui kebutuhan pengetahuan dan kebutuhan keterampilan *caregiver* dalam merawat Lansia dengan demensia di Panti Wredha Kota Semarang. Kumpulan data tersebut disajikan dalam bentuk tabel distribusi dan prosentase.(71) Tujuan analisa ini yaitu menjelaskan karakteristik masing – masing variabel yang diteliti.(81)

## 9. ETIKA PENELITIAN

Etik dalam penelitian adalah hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian, mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etik penelitian harus diperhatikan. Masalah etik dalam penelitian yang harus diperhatikan.(76) Etik penelitian dalam kegiatan penelitian ini meliputi :

a. Otonomi

Otonomi merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden.

b. *Anonymity*

*Anonymity* dilakukan untuk kerahasiaan identitas responden, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data yang diisi responden, namun lembar tersebut hanya diberikan kode tertentu.

c. *Non Maleficence*

Penelitian yang baik adalah penelitian yang dilakukan tidak mengandung unsur bahaya atau merugikan responden, apalagi hingga mengancam jiwa responden. Apabila responden merasa tidak nyaman atau tidak tertarik dengan perlakuan yang diberikan, maka penelitian dapat mencari responden yang lain.

d. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Data yang diperoleh dari responden akan dirahasiakan dan hanya menampilkan data yang berhubungan dengan penelitian. *Confidentiality* merupakan masalah etik dengan memberikan jaminan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya.

e. *Veracity*

Penelitian yang dilakukan hendaknya dijelaskan secara jujur tentang manfaat, efek, serta apa yang didapat jika responden dilibatkan dalam penelitian tersebut.

f. *Beneficence*



*Beneficence* merupakan mengambil tindakan positif untuk membantu orang lain, keinginan untuk berbuat baik, dan prinsip inti dari advokasi untuk responden.(82)

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Populasi Lansia Diperkirakan Terus Meningkat Hingga Tahun 2020. Jakarta: Kemenkes [Internet]. 2013; Available from: <http://www.depkes.go.id/pdf.php?id=13110002>
2. WHO. Active Ageing: A Policy Framework. WHO. 2002;
3. BPS. Statistik Indonesia 2009. 2009;
4. Komisi Nasional Lanjut Usia. Profil Penduduk Lanjut Usia 2009. Komisi Lansia. 2010;
5. Profil Penduduk Lanjut Usia di Indonesia. BPS Statistik Indonesia. 2013;
6. BPS. Statistik menurut umur di Kota Semarang 2015. Available from: <https://semarangkota.bps.go.id/linkTableDinamis/view/id/18>
7. Makhfudli, Ferry Efendi. Keperawatan kesehatan komunitas: Teori dan Praktik Dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
8. Azizah LM. Keperawatan Lanjut Usia. 1st ed. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2011.
9. Soejono Heriawan dkk. Pedoman Pengelolaan Kesehatan Geriatri untuk Dokter dan Perawat. Jakarta: Pusat Informasi Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam; 2006.
10. Sudiantara K, Githa, I.W, Antara, I.G.N.P.J. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi pada lansia. Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar.
11. Ulfa M. Gambaran persepsi kualitas hidup lansia dengan penyakit kronis di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 04 Margaguna Jakarta Selatan. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah. 2012;
12. Boedhi Darmajo dan, M. Hadi. Geriatri: Ilmu Kesehatan Usia Lanjut. Balai penerbit FKUI. 2010;
13. Maryati H, Bhakti, DS., & Dwiningtyas, M. Gambaran fungsi kognitif pada lansia di UPT Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto. 2015;1–6.
14. Sundariyati IG AH, Ratep N, & Westa, W. Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi status kognitif pada Lansia di wilayah kerja Puskesmas Kubu II, Januari-Februari 2014. 2015;4(1):1–12.

15. Prawesti D, & Yohanes Y. N. Fungsi kognitif pada Lansia di Posyandu Lansia Kelurahan Bangsal Kecamatan Pesantren Kota Kediri. *J STIKES*. 2015;8(1):53 – 63.
16. Carpenito, Lynda J. *Diagnosis Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis*. 9th ed. Alih bahasa: Manica Ester, editor. Jakarta: EGC;
17. Sari, M. N. L. P., Widodo G, G & Aini, F. Hubungan Aktivitas Fisik dan Aktivitas Kognitif terhadap kejadian demensia pada Lansia Kecamatan Boja. 2014;
18. Mustayah, & Wulandari, E. Demensia dengan kemampuan pemenuhan kebutuhan ADL (Activity Of Daily Living) pada Lansia didesa Kalirejo wilayah kerja Puskesmas Lawang – Malang. 3rd Univ Res Colloquium 2016. :170–81.
19. Kaplan HI, Sadock, B.J, & Grebb, J.A. sinopsis Psikiatri; Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri KI WHO. *Dementia: Public Health Priority*. 2012; Available from: [http://who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/2n/](http://who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/2n/).
20. WHO. *Dementia: Public Health Priority*. 2012; Available from: [http://who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/2n/](http://who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/2n/).
21. Wu, Ming-Shiang et al. Socio-demographic and health-related factors associated with cognitive impairment in the elderly in Taiwan. 2011; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/22.BMCPublicHealth.2011>
22. Alzheimer's Disease International. *Dementia in the Asia Pasific Region*. Alzheimer's Disease International. 2014 Nov;
23. Nugroho W. *Keperawatan gerontik & geriatrik*. Jakarta: EGC; 2008.
24. Muhith, A. Kemampuan fungsional lansia di UPT Panti Werdha "Majapahit" Mojokerto. *Hosp Majapahit*. 2010;2(2):16–32.
25. Maftukhah, Ambarawati, & Darnoto, S. Hubungan antara status demensia dengan disabilitas fungsional pada lansia di desa Gonilan Kartasura. *Surakarta Univ muhamadiyah surakarta*. 2013;
26. Suardiman, dan Siti Partini. *Psikologi Lanjut Usia*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada Press; 2011.
27. Muharyani, Widita P. *Demensia dan Gangguan Aktivitas Kehidupan*

- Sehari-hari (AKS) Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Wagatama Inderalaya. Available from: [http://jurnal/kesehatan/2010/demensia.co.id/docjurnal/2010/Pitri Widya Maharani-jurnal.pdf](http://jurnal/kesehatan/2010/demensia.co.id/docjurnal/2010/Pitri%20Widya%20Maharani-jurnal.pdf).
28. Awad, A, Voruganti, L. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008;
  29. Bandiyah, Siti. *Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2009.
  30. Yuzefo, MA., Sabrian, F & Novayelinda R. Hubungan Status Spiritual dengan Kualitas Hidup pada Lansia. *JOM*. 2015;2(2):1266–74.
  31. Rohmah, AIN., Purwaningsih & Bariyah, K. Kualitas Hidup Lanjut Usia. *J Keperawatan*. 2012;2(3):120–32.
  32. Turana, Yuda. *Merawat Demensia*. RS Atmajaya : Artikel. 2006;
  33. kusumawati, D.N. *Mengenai demensia pada Lanjut Usia*. 2012.
  34. Erwanto R. Faktor yang Berhubungan dengan Beban Keluarga dalam Merawat Aktifitas Sehari- Hari pada Lansia. *J nurs dan midwifery Indones*. 2015;(July):117–22.
  35. Elvarida M. *Hubungan pengetahuan dengan perawatan lansia*. UNDIP; 2010.
  36. Touhy T. *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. 2nd ed. Philadelphia: Mosby, Inc; 2005.
  37. Manigrasso L, Bernabei R. Faniglia del demente e la rete dei servizi. Trabucchi, M *Le Demenze Utet Period Torino*. 2002;585–99.
  38. Insiyah, & Hastuti, R.T. pengaruh terapi penyelesaian masalah (problem solving therapy) terhadap penurunan distress psikologik pada caregiver lansia di RT. 03 RW. 04 Mojosoongo, Jebres, Surakarta. *J Terpadu Ilmu Kesehat*. 2014;3(2):106 – 214.
  39. Widyastuti RH. *Gambaran Beban Keluarga dalam Merawat Lansia dengan Demensia di Kelurahan Pancoran Mas Depok Jawa Barat*. 2011; Available from: e-prints Universitas Diponegoro
  40. Brodaty, Henry, dan Marika Donkin. *Family caregivers of people with Dementia*. 2009; Available from:

<http://www.47news.jp/CN/201211/CN2012111401001150.html> pada 07/01/2017.

41. Elmore, Diane L. *The Impact of Caregiving of Physical and Mental Health: Implications for Research, Practice, Education, and Policy*. New York Springer Sci Media. 2014;15–31.
42. Farran CJ et al. Efficacy of behavioral interventions for dementia caregivers. *West J Nurs Res*. 2007;29(8):944–60.
43. Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging*. 2007;22(1):37–51.
44. Schumacher KL, et al. Family caregiving skill: development of the concept. *Res Nurs Heal*. 2000;23(3):191–203.
45. Rosa E, Lussignoli G, Sabbatini F, Chiappa A, Di Cesare S, Lamanna L, et al. Needs of caregivers of the patients with dementia. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2010;51(1):54–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.07.008>
46. Miller, Carol A. *Nursing care of older adults: theory and practice*. New York: Lippincott; 1999.
47. Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 13 Tahun 1998 Tentang kesejahteraan Lanjut usia. Available from: [www.bpkp.go.id/uu/filedownload/2/45/438.bpkp](http://www.bpkp.go.id/uu/filedownload/2/45/438.bpkp)
48. Dewi, Sofia Rhosma. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* .ED 1. Collins, Lauren G. & Swartz, Kristine. *Caregiver Care*. Philadelphia, Pennsylvania Am Fam Physician [Internet]. 2011;83(11):1310–1217. Available from: [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp).
49. Stanley, M, dan Patricia G.B. *Buku ajar keperawatan gerontik*. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2006.
50. Scanlon. Valerie C. *Buku ajar anatomi dan fisiologi*. 3rd ed. Alih bahasa F. X. Awal Prasetyo, editor. Jakarta: EGC; 2006.
51. Buss, Jaime Stockslager. *Buku saku patofisiologi menjadi sangat mudah*. 8th ed. Alih bahasa: huriawati Hartanto, editor. Jakarta: EGC; 2013.
52. Potter & Perry. *Fundamental Keperawatan vol 1*. Jakarta: EGC; 2005.

53. Nugroho. W. Keperawatan Gerontik & Geriatrik. Jakarta: EGC; 2006.
54. Australia. Alzheimer's. What is Dementia. 2005; Available from: [www.alzheimers.org.au](http://www.alzheimers.org.au)
55. Hanna, Santoso, dan Andar Ismail. Memahami Krisis Lanjut Usia. Jakarta: Gunung Muli; 2009.
56. Timby BK. Fundamental Nursing and Concept. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Wiliam and Wilkins; 2009.
57. Caregiver. 2011; Available from: [www.library.upnvj.ac.id](http://www.library.upnvj.ac.id)
58. Bumagin VE. Caregiving. New York: Springer; 2009.
59. Nadya R. Gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif wanita dewasa madya yang menjadi caregiver informal penderita skizofrenia. Depok: Fakultas Psikolog Universitas Indonesia; 2009.
60. Family Caregiver Alliance. Family caregiving: state of the art, future trends. Report from a national conference. San Francisco, Calif: Family Caregiver Alliance; 2007.
61. National Alliance for Caregiving; AARP. Caregiving in the U.S.: execu-tive summary [Internet]. Bethesda, Md: National Alliance for Caregiving; 2009. Available from: <http://www.caregiving.org/data/CaregivingUSAllAgesExecSum.pdf>.
62. Nolan. M, & Grant. G. Understanding Family Care. open University Press.
63. Workers DC. Knowledge and Skills Needed for Dementia Care. 2006;1–49.
64. Framework T. Dementia Core Skills Education and Training Framework. Ski Heal Heal Educ Engl Ski Care. 2015;1–88.
65. Collins. Lauren G, & Swartz. Kristine. Caregiver Care. Philadelphia, Pennsylvania Am Fam Physician. 2011;83(11):1310–1217.
66. Schulz. Richard, and Sherwood,Paula R. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. NIH Public Access. 2009;108:23–7.
67. Damin S. Riset Keperawatan: Sejarah dan Metodologi. Jakarta: EGC; 2003.
68. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2008.

69. Wasis. Pedoman riset praktis untuk profesi perawat. Jakarta: EGC; 2008.
70. Dewanto. George et al. Diagnosis & Tata Laksana dan Penyakit Saraf. Jakarta: EGC; 2009.
71. Lumbatobing, SM. Kecerdasan Pada Usia Lanjut dan Demensia. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 1997.
72. Hawardi, D. Sejahtera di Usia Senja : Demensia Psikoreligi pada Lanjut Usia (Lansia). Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2007.
73. Kay, Jerald, & Allan Tasman. Essential of Psychiatri. British Library Cataloguifb in Publication Data. 2006;
74. Sugiyono. Statistika Untuk Penelitian. Bandung: CV Alfabeta; 2002.
75. Sutana M Sudrajat. Dasar-dasar Penelitian Ilmiah. Bandung: CV Pustaka Setia; 2001.
76. Hidayat. A. Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
77. Riyanto A. Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011.
78. Donald Ary. dkk. Introduce to Research in Education. Eighth. Canada: Wadsworth Cengage Learning; 2010. 228 p.
79. Sudjiono. Anas. Pengantar Evaluasi Pendidikan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2003. 166 p.
80. Gumilar. I. Riset untuk bisnis dan Manajemen. Bandung: Utama (Universitas Widyautama); 2007.
81. Hastono S, P., Savari L. Statistik kesehatan. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada; 2007.
82. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: NY: Oxford University Press; 2009. 38-39 p.

