

**STRATEGI KOPING *CAREGIVER* LANSIA
DEMENSIA DI PANTI WREDHA**

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh :

ANNISA IKA SETYOWATI

NIM 22020114120026

DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG, SEPTEMBER 2018

HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya Bapak Tri Wartomo dan Ibu Titik Suyanti, adik Alfarizy Yanuar Putra, serta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberikan motivasi terbesar untuk menyelesaikan skripsi ini
2. Ibu Rita Hadi Widyastuti, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran
3. Ibu Megah Andriany S.Kp.M.Kep.,Sp.Kom dan Ibu Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep., MNS selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang berarti
4. Sahabat-sahabat tercinta, Meita, Gladis, Luluk, Nadia, Anisa Nur, Anisa Dyah, serta sahabat-sahabat yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu yang senantiasa memberikan bantuan dan motivasi
5. Teman-teman The Rising 2014, khususnya kelas A14.1, yang telah menjadi teman berbagi suka dan duka selama 4 tahun menuntut ilmu
6. Para Bapak dan Ibu *caregiver* di Panti Wredha tempat saya penelitian, semoga diberikan kesehatan dan kesabaran agar dapat merawat lansia Demensia di Panti Wredha
7. Pihak-pihak lain yang telah memberikan bantuan dan tidak dapat saya sebutkan satu per satu

Semoga skripsi ini membawa kebermanfaatn bagi kita semua

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Annisa Ika Setyowati
NIM : 22020114120026
Fakultas/Jurusan : Kedokteran / Keperawatan
Jenis : Skripsi
Judul : Strategi Koping *Caregiver* Lansia Demensia di Panti
Wredha

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta
3. Bersedia dan menjamin untuk menganggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, September 2018

Yang menyatakan



Annisa Ika Setyowati

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : Annisa Ika Setyowati
Tempat/tanggal lahir : Abepura, 02 Februari 1996
Alamat Rumah : Dsn. Karangsono RT 01/RW 01 Kelurahan Siraman,
Kecamatan Kesamben, Kabupaten Blitar, Jawa Timur
No Telp : 085338610330
Email : annisaika02@gmail.com

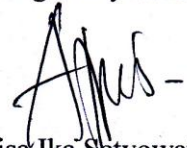
Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan hasil penelitian saya yang berjudul : Strategi Koping *Caregiver* Lansia Demensia di Panti Wredha bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, September 2018

Yang Menyatakan



Annisa Ika Setyowati

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

**STRATEGI KOPING *CAREGIVER* LANSIA DEMENSIA DI PANTI
WREDHA**

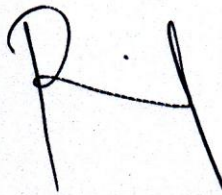
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Annisa Ika Setyowati

NIM : 22020114120026

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

Pembimbing



Rita Hadi Widyastuti, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
NIP.197910182003122001

LEMBAR PENGESAHAN

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

STRATEGI KOPING *CAREGIVER* LANSIA DEMENSIA DI PANTI

WREDHA

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Annisa Ika Setyowati

NIM : 22020114120026

Telah diuji pada September 2018 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk

mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan

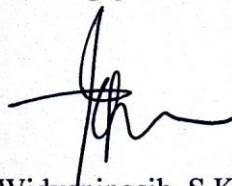
Penguji I



Megah Andriany S.Kp.M.Kep.,Sp.Kom

NIP. 197905072002122001

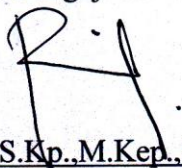
Penguji II



Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep., MNS

NIK. 198411020115012017-

Penguji III



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

NIP.197910182003122001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “**Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha**”. Skripsi ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata (S1) Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari arahan, bimbingan, bantuan, dorongan, dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan ucapan terima kasih, khususnya kepada:

1. Orang tua saya, Bapak Tri Wartomo dan Ibu Titik Suyanti serta adik saya (Alfarizy Yanuar Putra) tercinta yang selama ini telah menjadi motivasi terbesar saya yang selalu memberikan doa, dukungan serta semangat dalam penyelesaian skripsi.
2. Ibu Rita Hadi Widyastuti., S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom selaku dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan bimbingan, motivasi, saran, dukungan, waktu, dan kesabaran selama proses penyusunan skripsi
3. Dr. Untung Sujianto, S.Kep.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
4. Sarah Ulliya, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
5. Ibu Megah Andriany S.Kp.M.Kep.,Sp.Kom selaku penguji I yang telah menyediakan waktu untuk melaksanakan ujian skripsi

6. Ibu Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep., MNS selaku penguji II yang telah menyediakan waktu untuk melaksanakan ujian skripsi
7. Staf Akademik dan Administrasi Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas dengan baik.
8. Teman-teman angkatan 2014 yang sedang berjuang dan selalu memotivasi dan memberikan dukungan.
9. Responden penelitian di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Wening Wardoyo, Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading, Panti Wredha Harapan Ibu, Wisma Lansia Harapan Asri Semarang, dan semua pihak yang telah membantu dan tidak dapat saya sebutkan satu per satu

Peneliti menyadari dalam penyusunan skripsi terdapat banyak kekurangan. Kritik dan saran yang bersifat membangun peneliti sangat harapkan. Semoga penelitian ini bermanfaat dan dapat menambah wawasan bagi yang membaca

Semarang, September 2018

Annisa Ika Setyowati

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH Error! Bookmark not defined.	
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan	9
D. Manfaat	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Konsep Demensia	11
1. Definisi Demensia	11
2. Penyebab Demensia	11
3. Dampak Demensia	12
B. Konsep <i>Caregiver</i>	12
1. Definisi <i>Caregiver</i>	12
2. Jenis <i>Caregiver</i>	13
3. Manfaat menjadi <i>Caregiver</i>	13
4. Dampak menjadi <i>Caregiver</i>	14
5. Sumber Stressor <i>Caregiver</i>	14
6. Stres pada <i>Caregiver</i>	15
C. KONSEP STRATEGI KOPING	16
1. Pengertian Koping	16

2. Pengertian Strategi Koping	16
3. Faktor yang mempengaruhi Strategi Koping	17
4. Bentuk Strategi Koping	18
5. Alat untuk Mengukur Strategi Koping	22
D. Kerangka Teori	23
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	24
A. Kerangka Konsep	24
B. Jenis dan Rancangan Penelitian	24
C. Populasi dan Sampel Penelitian	25
D. Besar Sampel	25
E. Tempat dan Waktu Penelitian	26
F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	26
1. Variabel penelitian	26
2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	26
G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	33
1. Alat penelitian	33
2. Cara pengumpulan data	36
H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	38
1. Pengolahan data	38
2. Analisa Data	40
I. Etika Penelitian	41
BAB IV HASIL PENELITIAN	44
A. Hasil Penelitian	44
1. Karakteristik Responden	44
2. Strategi Koping	45
3. Domain Strategi Koping	45
BAB V PEMBAHASAN	47
A. Karakteristik Demografi Responden	47
1. Usia <i>Caregiver</i> Lansia	47
2. Jenis Kelamin <i>Caregiver</i>	49
3. Tingkat Pendidikan <i>Caregiver</i>	50
4. Agama <i>Caregiver</i>	51
B. Strategi Koping <i>Caregiver</i> Lansia Demensia di Panti Wredha	52
C. Domain Strategi Koping <i>Caregiver</i> Lansia Demensia di Panti Wredha	55

1. <i>Confronting Coping</i>	55
2. <i>Planful Problem</i>	57
3. <i>Distancing</i>	59
4. <i>Self-Controlling</i>	61
5. <i>Seeking Social Support</i>	63
6. <i>Accepting Responsibility</i>	64
7. <i>Escape Avoidance</i>	66
8. <i>Positive Reappraisal</i>	67
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1	Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran	27
2	Klasifikasi kuesioner <i>The Ways of Coping</i>	34
3	Distribusi Frekuensi Data Demografi Responden <i>Caregiver</i> Lansia Demensia di Panti Wredha	44
4	Distribusi Frekuensi Strategi Koping <i>Caregiver</i> Lansia Demensia di Panti Wredha	45
5	Distribusi Frekuensi Domain Strategi Koping <i>Caregiver</i> Lansia Demensia di Panti Wredha	45

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1	Kerangka Teori	23
2	Kerangka Konsep	24

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan Lampiran
1	Surat Ijin Pengkajian Data Awal
2	Ijin Penggunaan Kuesioner
3	Kuesioner Penelitian
4	Surat Permohonan <i>Ethical Clearance</i>
5	Lembar Uji Valid Kuesioner untuk Kepala Panti Wredha Wening Wardoyo
6	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
7	Surat Ijin Penelitian
8	Lembar <i>Informed Consent</i>
9	Jadwal Konsultasi
10	Tabel Tabulasi Data
11	Hasil Uji Statistik Analisa Data

ABSTRAK

Annisa Ika Setyowati

Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha

xiv + 69 halaman + 12 tabel + 2 gambar + 12 lampiran

Lansia demensia memiliki perubahan dalam aspek fisik, psikologis, aktivitas sehari-hari, hubungan sosial dan kualitas hidup. Perubahan pada lansia demensia menyebabkan timbulnya situasi stress pada *caregiver*, sehingga berisiko mengalami beban. Adanya masalah ini, maka penggunaan strategi koping *Problem Focused Coping* (PFC) maupun *Emotional Focused Coping* (EFC) diperlukan untuk menghadapi situasi stres sehingga dapat mengurangi beban *caregiver*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui strategi koping *caregiver* lansia demensia di panti wredha. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan yaitu *total sampling* dengan jumlah sampel 82 responden. Pengambilan data menggunakan lembar kuesioner *The Ways of Coping Questionnaire* (WOC). Hasil penelitian dianalisis menggunakan analisa univariat dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasil menunjukkan bahwa 52,4% *caregiver* menggunakan PFC dengan domain yang paling sering digunakan yaitu *planful problem* dan 47,6% *caregiver* menggunakan EFC dengan domain yang sering digunakan *seeking social support*, *accepting responsibility*, dan *postive reappraisal*. Berdasarkan penelitian diharapkan institusi pendidikan mempersiapkan mahasiswa menjadi *educator* dengan memperdalam teori/konsep, diharapkan perawat mampu memberikan bimbingan/konseling dan pelatihan untuk *caregiver*, diharapkan panti wredha mampu menjadi fasilitator dalam memasukkan *support group therapy* dalam jadwal rutin

Kata kunci : *Caregiver*, demensia, strategi koping

Daftar Pustaka : 77 (1987-2017)

Department of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
Semarang, September 2018

ABSTRACT

Coping Strategies for Elderly Dementia Caregiver in Nursing Homes

xiv + 69 pages + 12 tables + 2 images + 12 attachments

Dementia causes the changes of physicals, psychological, daily activities, social relationships and quality of life. The changes of elderly dementia cause a stressful situation for the caregiver, so it has risks of getting burden. The use of coping strategies with Problem Focused Coping (PFC) and Emotional Focused Coping (EFC) methods is needed to deal with the stressful situations so it can reduce the caregiver's burden. The purpose of this study was to find out the coping strategies of elderly dementia caregiver at wredha home. The research method used was descriptive quantitative research with cross sectional approach. The sampling technique used was total sampling with the total sample of 82 respondents. The data collection used Ways of Coping Questionnaire (WOC) questionnaire. The results of the study were analyzed using univariate analysis in the form of frequency distribution tables. The results showed that 52.4% of caregivers using PFC with the most frequently used domains were playful problems and 47.6% of caregivers using EFC with domains that were often used seeking social support, accepting responsibility, and postive reappraisal. Based on the research, it is expected that educational institutions can preparing students to be educator with deepening theory/concepts. For nurses are capable of providing guidance/counseling and tranining for caregivers. For nursing home it is expected to be a facilitator in entering support group therapy in a regular schedule

Keywords : Caregiver, coping strategies, dementia

References : 77 (1987-2017)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lanjut usia (lansia) merupakan proses tumbuh kembang dan merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa lansia seseorang mengalami kemunduran fisik, sosial, dan psikologi secara bertahap dan mengakibatkan masalah kesehatan. Masalah psikologi yang sering dialami lansia salah satunya gangguan kognitif (demensia).¹ Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa satu dari dua belas orang yang berusia lebih dari 65 tahun dan satu dari 3 orang yang berusia diatas 90, mengalami demensia.⁴

Jumlah penderita demensia dari tahun ke tahun terus meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Penderita demensia di dunia pada tahun 2015 berjumlah 46.800.000 orang, jumlah ini akan terus meningkat menjadi 74.700.000 di tahun 2030 dan 131.500.000 di tahun 2050. Jumlah penderita demensia di seluruh dunia terdiri dari 4.900.000 (49%) orang di Asia, 2.500.000 (25%) di Eropa, 1.700.00 (17%) di Amerika, dan 800.000 (8%) di Afrika.³ Penderita demensia di Asia Pasifik pada tahun 2005 berjumlah 13.700.000 orang dan akan meningkat menjadi 64.600.000 orang pada tahun 2050.⁴ Prevalensi penderita demensia di Indonesia pada tahun 2015 berjumlah 1.200.000 orang dan diperkirakan terus meningkat menjadi 2.000.000 orang tahun 2030.⁵ Menurut data Kemenkes RI tahun 2015 proporsi lanjut usia di tiga wilayah (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah)

yang mengalami penurunan kognitif sebanyak 38,9% sedangkan yang mengalami demensia sekitar 4%.⁶

Peningkatan angka penderita demensia menimbulkan perubahan dalam kemampuan fisik, aktivitas sehari-hari, aspek psikologis, hubungan sosial, dan kualitas hidup.^{4,7} Banyaknya perubahan yang terjadi tidak didukung oleh kemampuan keluarga, dikarenakan meningkatnya jumlah mobilitas pekerja usia produktif dan pergeseran struktur keluarga dari *extended family* menjadi *nuclear family*. Perubahan keluarga yang terjadi akan menyebabkan pengasuhan para lansia demensia di dalam keluarga menjadi semakin sulit karena menganggap keberadaan lansia sebagai beban.^{7,8} Selain itu, lansia yang tidak memiliki keluarga, miskin, terlantar, dan saran dari orang terdekat menyebabkan lansia tersebut lebih memilih tinggal di panti wredha.⁹

Panti wredha merupakan penyedia layanan perawatan jangka panjang untuk lansia yang mengalami keterbatasan fungsional maupun kognitif. Layanan yang diberikan meliputi asuhan keperawatan, bantuan untuk lansia dalam beraktivitas sehari-hari dan perawatan pada lansia demensia. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusfitadewi RY, Luthviatin N, Ririanty M, *et al* mengatakan bahwa hampir dari setengah lansia yang tinggal di panti wredha memiliki demensia yang membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari.¹⁰ Hal ini menjadikan tantangan bagi tenaga kesehatan di Indonesia dalam merawat lansia demensia dengan perubahan yang terjadi pada lansia demensia.⁴

Perubahan yang terjadi antara lain pemenuhan *Activities of Daily Living* (ADL). Penelitian mengenai pemenuhan ADL lansia demensia di panti wredha didapatkan hasil bahwa lansia mengalami ketergantungannya ringan (28,6%), tingkat ketergantungan moderat (62,5%), dan memiliki tingkat ketergantungan penuh (83,3%).^{11,12} Perubahan psikologi menyebabkan lansia menjadi berperilaku gelisah (93%), gangguan tidur ringan pada siang atau malam hari (68%), gangguan tidur sedang (18%), dan depresi (0%-87%).^{13,14} Perubahan lain adalah kualitas hidup, (63,6%) lansia memiliki kualitas hidup buruk terhadap kepuasan dirinya dan (70,0%) anggapan buruk terhadap kesehatannya. Kualitas hidup lansia yang tinggal di rumah memiliki kualitas hidup lebih baik (0,43) dibandingkan kualitas hidup lansia demensia di panti wredha (0,30).¹⁵ Masalah- masalah yang muncul akibat demensia sudah seharusnya menjadi tugas *caregiver* dalam memenuhi kebutuhannya.¹⁶

Caregiver memiliki peranan penting dalam perawatan lansia di panti wredha yaitu memberikan perlindungan sosial, membantu menghubungkan lansia dengan sumber yang di butuhkan lansia agar dapat mempertahankan dan meningkatkan fungsi lansia, dan memberikan pelayanan berupa pemenuhan kebutuhan dasar sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan lansia.¹⁷ Pada dasarnya tipe perawatan yang diberikan *caregiver* di panti wredha membutuhkan kesabaran dikarenakan lebih membebani fisik, emosional, dan mengorbankan kehidupan keluarga. *Caregiver* harus menyeimbangkan pemberi asuhan dengan tuntutan lain misalnya

membesarkan anak, mengembangkan karir, dan hubungan dengan orang lain.¹⁸

Banyaknya tugas yang dilakukan *caregiver* di panti wredha menyebabkan timbulnya situasi stress (stressor) bagi *caregiver*. Stressor yang paling banyak dialami oleh *caregiver* yaitu disebabkan oleh lansia demensia yang meminta bantuan lebih dari yang di butuhkan. Lansia sering meminta bantuan untuk keperluan ambulasi, *toileting*, kebutuhan makan dan minum. Lansia demensia meminta semua keperluan tersebut lebih dari 5x dalam sehari dan membutuhkan perawatan yang konstan. Penelitian yang dilakukan oleh Unson tahun 2015 *caregiver* mengatakan “tanggung jawab kepada lansia 24 jam sehari dan pertanyaan yang diberikan selalu sama tiap harinya, dan itu membuat lelah”.¹⁹

Stressor lain yang sering dialami *caregiver* adalah lansia yang selalu bergantung dengan *caregiver*, hal ini dikarenakan mayoritas lansia demensia yang tinggal di panti wredha memiliki keterbatasan dalam pemenuhan ADL seperti mandi, berpakaian, berpindah BAK, BAB, dan makan. Sehingga perawatan yang diberikan untuk lansia demensia adalah *total care*. Hal ini disebabkan adanya perubahan yang ditimbulkan dari lansia demensia yaitu kognitif (mean=26,4;SD=5.5), sosial (mean=30,5;SD=6,7), perilaku (mean=18,5;SD=5,2), dan kecacatan fungsional (mean=40,2;SD=13,7). Akibat dari lansia yang sering bergantung dan meminta bantuan yang lebih, membuat waktu *caregiver* dihabiskan untuk merawat lansia demensia dan membuat *caregiver* lelah.^{20,21} Seorang *caregiver* merasa terbebani

dikarenakan adanya ketidakseimbangan stressor dan kapasitas fungsi kehidupan sehari-hari (status kesehatan fungsional) *caregiver*.²¹ Hal ini menyebabkan *caregiver* berisiko tinggi mengalami *burden* (beban).¹⁶

Beban yang dialami *caregiver* diantaranya meliputi beban fisik, psikologis, dan sosial.²² *Review study* mengatakan bahwa beban secara fisik menyebabkan *caregiver* mengalami penyakit kronis misalnya hipertensi (24%), diabetes (6%), kanker (6%), risiko penyakit jantung koroner dikarenakan mengalami obesitas (11%), dan dislipidemia (34,5%), ketegangan fisik (29%), pusing, dan gangguan tidur.²²⁻²⁴ Sedangkan beban psikologi menyebabkan *caregiver* merasa *grief/depression*, Alzheimer's Disease tahun 2010 mengatakan bahwa *caregiver* lansia demensia memiliki 30% hingga 40% mengalami depresi jika dibandingkan dengan *caregiver* lain.^{25,26}

Beban yang dialami membuat *caregiver* memiliki masalah dalam mengontrol emosi marah dan benci yang kemudian dapat berdampak pada lansia yaitu memunculkan terjadinya kekerasan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Universitas California tahun 2010 didapatkan bahwa lansia demensia mengalami penganiayaan (47%) oleh *caregiver*, yaitu mengalami penganiayaan psikologis (42%), penganiayaan fisik (10%), dan diabaikan oleh *caregiver* (14%).²⁷ Beban yang dialami menyebabkan *caregiver* merasa tertekan dan merasa tidak mampu untuk mengatasi masalahnya sendiri sehingga menimbulkan masalah psikologi salah satunya stres sehingga menurunkan kemampuan untuk menyesuaikan diri.²⁸

Koping merupakan suatu tindakan dan usaha dengan menggunakan sumber daya yang dimiliki individu dalam mengatasi stresor untuk mengatur tuntutan lingkungan, internal, dan konflik yang dapat membebani individu. Ketika individu berhadapan dengan lingkungan atau stressor baru, maka akan melakukan penilaian awal (*primary appraisal*) untuk menentukan arti kejadian tersebut. Setelah itu individu melakukan penilaian sekunder (*secondary appraisal*) yaitu pengukuran terhadap kemampuan individu dalam mengatasi tekanan yang ada. Kemudian individu akan melakukan penilaian ulang (*re-appraisal*) yang akhirnya mengarah pada pemilihan strategi koping.²⁹

Strategi koping adalah suatu proses tertentu yang disertai dengan usaha untuk menghadapi situasi penuh tekanan dengan menggunakan kemampuan yang ada.³⁰ Tingkat stres yang dialami *caregiver* dapat dihadapi apabila *caregiver* tersebut memiliki cara efektif dan strategi koping efektif dalam mengatasi stres dan mengelola suasana hatinya.²⁸ Salah satu strategi koping yang positif adalah *Problem Focused Coping* (penanggulan masalah berpusat pada masalah) yang meliputi *Confronting coping* (72,5%) dan *Planful Problem solving* (27,5%).¹⁶ Oleh karena itu, tingginya tingkat *burden* yang menyebabkan stres dapat diatasi oleh pemilihan strategi koping yang efektif.²⁸ Strategi koping yang efektif dan adaptif memainkan peranan yang penting dalam mengurangi *caregiver burden*.³¹

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada dua panti wredha dengan responden sebesar 10 orang *caregiver* pada tanggal 09-10 Maret 2018

didapatkan hasil bahwa 7 dari 10 *caregiver* merasa memiliki beban lebih saat merawat lansia demensia. *Caregiver* mengatakan harus membantu kebutuhan ADL 50 lansia demensia yang *bedrest*, berinteraksi terus-menerus dengan lansia demensia yang sering marah-marah, dan sering mengulang pertanyaan. Sedangkan 3 dari 10 *caregiver* mengatakan tidak merasa terbebani ketika merawat lansia demensia. *Caregiver* menganggap merawat lansia demensia adalah salah satu cara mengabdikan kepada orang tua, sudah terbiasa dan senang berinteraksi dengan orang lain salah satunya lansia.

Hasil studi pendahuluan yang berikutnya, menunjukkan bahwa stressor yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia demensia disebabkan karena lansia lebih banyak meminta bantuan yang lebih dari yang dibutuhkan khususnya pemenuhan ADL, lansia selalu bergantung pada *caregiver*, waktu lebih banyak dihabiskan dengan lansia demensia. Beberapa masalah tersebut menyebabkan *caregiver* menjadi sering marah pada lansia demensia, merasa tegang, dan sering sakit pinggang maupun pusing.

Hasil wawancara terkait strategi koping yang digunakan *caregiver* dalam menghadapi stressor yang dialaminya dalam merawat lansia demensia, didapatkan bahwa 7 dari 10 *caregiver* mengatasi masalahnya dengan menceritakan masalah dan meminta saran kepada teman, *caregiver* beranggapan agar masalah yang dihadapinya segera selesai dengan cepat, dan sering sekali mengkritik dirinya sendiri. Kemudian 3 dari 10 *caregiver* lebih memilih untuk memperbaiki diri dan menyesuaikan diri kepada lansia demensia.

Berbagai masalah yang muncul pada *caregiver* dan bermacam-macam strategi koping yang digunakan, menuntut perawat gerontik untuk memahami bahwa seseorang mungkin bereaksi secara berbeda terhadap suatu peristiwa dan situasi kehidupan yang berpotensi menciptakan stres. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, penulis tertarik untuk melakukan penelitian guna mengetahui strategi koping yang dilakukan *caregiver* dalam merawat lansia demensia di Panti Wredha.

Hal ini dikarenakan apabila *caregiver* tidak menggunakan koping yang efektif, menyebabkan stres yang dialami *caregiver* tidak terselesaikan dengan baik dan dapat menyebabkan kekerasan kepada lansia di panti wredha. Kekerasan yang dialami meliputi, kekerasan fisik, kekerasan psikologis atau emosional, dan eksploitasi keuangan, dan mengabaikan lansia.³²

B. Rumusan Masalah

Lanjut usia (lansia) mengalami kemunduran fisik, sosial, dan psikologi secara bertahap dan mengakibatkan masalah kesehatan. Masalah psikologi yang sering dialami lansia salah satunya gangguan kognitif (demensia). Perubahan yang terjadi pada lansia demensia yaitu pemenuhan *Activities of Daily Living* (ADL), perubahan aspek psikologi, dan perubahan kualitas hidup. Adanya perubahan pada lansia demensia, *caregiver* memiliki peranan penting dalam perawatan lansia di panti wredha.

Tipe perawatan yang diberikan *caregiver* di panti wredha membutuhkan kesabaran dikarenakan lebih membebani fisik, emosional, dan mengorbankan kehidupan keluarga. Banyaknya tugas menyebabkan *caregiver* berisiko tinggi

mengalami *burden* (beban). Oleh karena itu, maka perlu adanya strategi koping yang digunakan oleh *caregiver*. Strategi koping negatif menyebabkan meningkatnya hormon kortisol steroid, hormon epinefrin dan norepinefrin yang jika dikeluarkan secara terus-menerus menyebabkan kerusakan pada tubuh, misalnya gangguan pencernaan hingga penyakit jantung. Strategi koping yang positif yaitu *Problem Focused Coping* dapat menurunkan tingkat stres yang dialami *caregiver*. Berdasarkan fenomena dan latar belakang tersebut, peneliti ingin mengetahui “Strategi Koping *Caregiver* Lansia Demensia di Panti Wredha”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran strategi koping pada *caregiver* yang merawat lansia demensia di Panti Wredha Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (jenis kelamin, umur, agama, pendidikan)
- b. Mengidentifikasi bentuk strategi koping yang meliputi *Problem Focused Coping* dan *Emotion Focused Coping* pada *caregiver* yang merawat lansia demensia di Panti wredha Kota Semarang
- c. Mengidentifikasi bentuk-bentuk strategi koping yang meliputi *confrontative coping* dan *planful problem solving, distancing, self control, seeking social support, accepting responsibility, escape*

avoidance dan *positive reappraisal* pada *caregiver* yang merawat lansia demensia

D. Manfaat

1. Bagi Lembaga Sosial (Panti Wredha)

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak Panti Wredha mengenai strategi koping yang digunakan pada *caregiver* lansia demensia. Diharapkan pula informasi tersebut dapat menjadikan pihak Panti Wredha sebagai fasilitator untuk memberikan program khusus terkait strategi koping *caregiver*.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi kepada mahasiswa ilmu keperawatan mengenai strategi koping pada *caregiver* dan mampu dijadikan acuan dalam memberikan intervensi kepada *caregiver* yang mengalami stres.

3. Bagi Pelayanan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak pelayanan salah satunya perawat, mengenai strategi koping *caregiver* terutama untuk mengembangkan edukasi maupun pelatihan bagi *caregiver*.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai acuan untuk peneliti lain dalam melakukan penelitian yang berhubungan dengan strategi koping *caregiver* lansia demensia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Demensia

1. Definisi Demensia

Demensia dapat didefinisikan sebagai gangguan fungsi intelektual, biasanya progresif dan terjadi pada saat kesadaran baik.³³

Demensia adalah kemunduran kognitif yang sedemikian beratnya sehingga mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas sosial. Demensia terutama yang disebabkan oleh penyakit Alzheimer berkaitan dengan usia lanjut.³⁴

Lansia dapat dikatakan demensia apabila memiliki gangguan yang berarti pada dua atau lebih area kognisi, tanpa adanya *acute confusional* dan penyakit psikiatrik.³³

2. Penyebab Demensia

Penyebab demensia di awal tidak tampak terlalu jelas serta tidak langsung menjadi jelas. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan saraf pusat sehingga menyebabkan demensia.³⁵

Faktor risiko penyebab demensia antara lain: peningkatan usia seseorang yang diatas 65 tahun, genetik, trauma kepala, kurangnya pendidikan, lingkungan (keracunan), penyakit tertentu (hipertensi sistolik, stroke).³⁶

3. Dampak Demensia

Demensia dapat berdampak pada kemampuan ADL, aspek psikologis, hubungan sosial, dan kualitas hidup bagi lansia yang mengalami demensia.^{4,7} Penelitian sebelumnya mengatakan bahwa gangguan kognitif berat menyebabkan lansia ketergantungan akan pemenuhan ADL (83,3%),⁷ perubahan aspek psikologi salah satunya gelisah (93%),¹³ dan perubahan kualitas hidup buruk (63,6%).¹⁵ Dampak yang terjadi pada lansia demensia berpengaruh pula pada *caregiver* untuk memenuhi kebutuhan lansia demensia.¹⁶

B. Konsep *Caregiver*

1. Definisi *Caregiver*

Caregiver adalah seseorang yang membantu merawat dan memberikan kenyamanan kepada lansia guna meningkatkan derajat kesehatan lansia, membantu lansia menerima kondisinya, dan membantu lansia menghadapi ajal.³⁷ *Caregiver* tidak hanya pengasuh atau tenaga kesehatan profesional, akan tetapi juga meliputi orang tua dan anggota keluarga lain.^{38,39}

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa *caregiver* merupakan seseorang yang memberikan suatu perawatan kepada orang lain. *Caregiver* dapat berasal dari anggota keluarga, teman, atau tenaga kesehatan profesional.

2. Jenis Caregiver

Ada 2 jenis *caregiver* yaitu formal *caregiver* dan informal *caregiver*. Formal *caregiver* merupakan individu yang menerima bayaran/ imbalan untuk memberikan perawatan, perhatian, dan perlindungan kepada individu yang sakit. Sedangkan Informal *caregiver* merupakan individu yang memberikan bantuan untuk individu lain dan masih memiliki ikatan keluarga maupun dekat dengan individu tersebut antara lain, keluarga, teman, dan tetangga dan tidak menerima bayaran/imbalan.⁴⁰

Caregiver yang berada di Panti Wredha termasuk dalam salah satu jenis formal *caregiver*. Hal ini dikarenakan *caregiver* di Panti Wredha memberikan perawatan jangka panjang misalnya individu dengan masalah intelektual dan mendapat imbalan atau upah. Pelayanan yang diberikan tidak terbatas pada perawatan di fasilitas kesehatan, rumah sakit swasta, dan ruang rawat inap. Beberapa contoh yang dapat dikatakan sebagai formal *caregiver*, yaitu: Penjaga yang dibayar, asisten perawat, staf perawat langsung, dan pekerja sosial.⁴¹

3. Manfaat menjadi Caregiver

Manfaat menjadi seorang *caregiver*, yaitu dapat membangun kedekatan dengan individu yang diberi perawatan, membantu perekonomian melalui imbalan yang didapatkan, perspektif yang lebih luas mengenai stres, meningkatkan perasaan berguna dan kelayakan diri, dan mampu meningkatkan hubungan antara *caregiver* dan individu penerima perawatan.⁴²

4. Dampak menjadi *Caregiver*

Dampak menjadi *caregiver* antara lain, *caregiver* merasakan kurangnya kontak sosial, tidak mendapat waktu untuk sendiri atau melakukan aktivitas rekreasi, meningkatkan kemungkinan menyerah terhadap pekerjaan, meningkatkan risiko depresi, dan kesehatan fisik lebih lemah jika dibandingkan dengan orang yang tidak menjadi *caregiver*.⁴²

5. Sumber Stressor *Caregiver*

Sumber stres atau yang dikenal dengan *stressor*, berperan memberikan rangsangan dan mendorong sehingga terjadi stres pada individu. Sumber *stressor* dapat dikategorikan menjadi tiga jenis, yaitu *life event* (peristiwa-peristiwa kehidupan), *chronic strain* (ketegangan kronis) dan *daily hassles* (permasalahan sehari-hari).⁴³

a) *Life event* (peristiwa-peristiwa kehidupan)

Berfokus pada peranan perubahan-perubahan kehidupan yang begitu banyak terjadi dalam waktu yang singkat, sehingga meningkatkan kerentanan pada penyakit. Misalnya kematian pasangan, perceraian, kehilangan anggota keluarga, masalah keuangan, dan pengangguran

b) *Chronic strain* (ketegangan kronis)

Suatu keadaan dimana kesulitan-kesulitan yang konsisten atau berulang-ulang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Tegangan kronis bisa mempengaruhi terhadap kesehatan individu termasuk fisik

maupun psikologis. Hal tersebut dikarenakan ketegangan kronis yang terus berlanjut dan menjadi ancaman kepada seseorang. Misalnya tuntutan pekerjaan kurangnya pengendalian dalam pekerjaan dan tuntutan tugas rumah.

c) *Daily hassles* (permasalahan sehari-hari)

Peristiwa-peristiwa kecil yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari yang memerlukan tindakan penyesuaian dalam sehari saja. Peristiwa tersebut hanya menimbulkan stres sesaat dan tidak mengakibatkan terjadinya gangguan fisik maupun mental yang parah. Misalnya permasalahan sehari-hari.

6. Stres pada *Caregiver*

Stres adalah reaksi tubuh terhadap situasi yang memberikan tekanan, perubahan, ketegangan emosi kepada dirinya.⁴⁴ Akibat dari stres yang ditimbulkan, berpengaruh pada kelenjar adrenal dan menghasilkan hormon kortisol steroid. Kortisol steroid mendorong perlawanan stres dan menyebabkan hati melepaskan gula, yang menjadi tenaga yang bisa digunakan dalam menghadapi stresor yang mengancam. Selain itu, stres menyebabkan pula susunan saraf otonom mengeluarkan hormon epinefrin dan nonepinefrin. Gabungan kedua hormon tersebut menggerakkan tubuh untuk menghadapi stresor dengan meningkatkan kerja jantung. Selama stres yang kronis, tubuh memompa hormon- hormon secara terus- menerus dan menyebabkan kerusakan pada tubuh, misalnya gangguan pencernaan hingga penyakit jantung.⁴⁵

C. KONSEP STRATEGI KOPING

1. Pengertian Koping

Koping merupakan suatu proses dimana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada diantara tuntutan individu maupun lingkungan, dengan sumber daya yang individu gunakan dalam menghadapi tekanan.²⁹

Koping adalah perubahan kognitif dan perilaku dalam menghadapi masalah atau tuntutan baik secara internal maupun eksternal yang tingkat kesuliatannya melebihi kemampuan individu.⁴⁶

Koping pada *caregiver* terdiri dari satu kesatuan yang kompleks dan dinamis meliputi respon kognitif, afektif, dan perilaku untuk mengatur emosi, memecahkan masalah, memperbaiki masalah, dan mempertahankan keadaan psikologis *caregiver* agar tetap produktif dalam perawatan untuk waktu yang lama dan periode tertentu.⁴⁷

Definisi tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa koping adalah suatu tindakan atau perilaku *caregiver* dalam mengatasi stresor yang dimilikinya, sehingga mampu untuk tetap produktif dalam perawatan lansia demensia untuk waktu yang lama dan dalam periode tertentu.

2. Pengertian Strategi Koping

Strategi koping adalah suatu proses tertentu yang disertai dengan usaha untuk menghadapi situasi penuh tekanan dengan menggunakan kemampuan yang ada.⁴⁸ Strategi koping adalah koping yang digunakan tiap individu untuk mengatasi stresor yang dihadapinya. Jika individu memiliki strategi koping yang efektif, stresor akan menghasilkan prestasi

tetapi sebaliknya apabila strategi koping yang dilakukan tidak efektif akan menyebabkan penyakit.²⁹

Definisi tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa strategi koping merupakan suatu proses usaha yang digunakan individu untuk mengatasi stresor sesuai dengan kemampuan individu.

3. Faktor yang mempengaruhi Strategi Koping

Faktor- faktor yang mempengaruhi strategi koping adalah umur, jenis kelamin, tingkat spiritualitas, dan tingkat pendidikan.^{49,28}

a) Usia

Usia dewasa muda umumnya masih berkomitmen untuk menjalin hubungan dengan lawan jenis, berfokus untuk memiliki anak, memulai karir, dan membangun kemandirian. Usia dewasa tengah biasanya individu berfokus untuk menata kembali kehidupan keluarga karena anak-anaknya sudah tumbuh menjadi pribadi yang mandiri. Tugas perkembangan pada masing- masing usia menyebabkan tingkat stres yang berbeda pada tiap usia, sehingga strategi koping yang digunakan tiap usia juga bermacam- macam.⁴⁹

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempengaruhi seseorang dalam menggunakan strategi koping untuk menghadapi stres yang dialami. Pria dan wanita memiliki koping yang berbeda satu sama lain. *Study review* mengatakan bahwa pria lebih banyak menggunakan *problem focus*

coping jika dibandingkan dengan wanita. Pria cenderung menggunakan *problem focus coping*.⁴⁹

c) Spiritualitas

Penyelesaian masalah dengan menggunakan kepercayaan atau perilaku beragama mampu mengurangi timbulnya emosional negatif dan beban yang dialami individu. Akibat dari stres yang tidak diatasi akan menyebabkan menurunnya kemampuan dalam menyesuaikan diri *caregiver*.²⁸

d) Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan proses hasil belajar yang akan meningkatkan perkembangan kognitif individu. Semakin tinggi pendidikan individu maka semakin mudah dalam menerima informasi dan pengetahuan yang dimiliki semakin banyak. Individu yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan menilai segala sesuatu lebih realistis dibandingkan dengan individu yang memiliki pendidikan rendah.⁴⁹

4. Bentuk Strategi Koping

Strategi koping dibagi menjadi dua yaitu⁴⁵:

1) *Emotional focused coping*

Pada koping yang berfokus pada emosi, individu berusaha segera mengurangi dampak stressor, dengan menyangkal adanya stresor atau menarik diri dari situasi. Namun koping yang berfokus pada emosi tidak tidak menghilangkan stresor dan tidak juga membantu individu

dalam mengembangkan cara yang lebih baik untuk mengatur stresor. Contoh perilaku yang biasa ditunjukkan yaitu penggunaan alkohol atau mencoba lari dari masalah yang dihadapi. Bentuk dari *Emotional focused coping* :^{29,50}

a. *Distancing*

Menjaga jarak agar tidak terbelenggu oleh permasalahan. Contohnya seseorang yang melakukan *coping* ini dalam penyelesaian masalah, terlihat dari sikapnya yang kurang peduli terhadap persoalan yang sedang dihadapi bahkan mencoba melupakannya seolah-olah tidak pernah terjadi apa-apa.

b. *Self control*

Bereaksi dengan melakukan regulasi baik dalam perasaan maupun tindakan. Contohnya, seseorang yang melakukan *coping* ini untuk penyelesaian masalah akan selalu berfikir sebelum berbuat sesuatu dan menghindari untuk melakukan sesuatu tindakan secara tergesa-gesa.

c. *Seeking social support*

Bereaksi dengan mencari dukungan dari pihak luar, baik berupa informasi, bantuan nyata, maupun dukungan emosional. Contohnya, seseorang yang melakukan *seeking social support* akan selalu berusaha menyelesaikan masalah dengan cara mencari bantuan dari orang lain di luar keluarga seperti teman, tetangga,

pengambil kebijakan dan profesional, bantuan tersebut bisa berbentuk fisik dan non fisik.

d. *Accepting responsibility*

Bereaksi dengan menumbuhkan kesadaran akan peran diri dalam permasalahan yang dihadapi, dan berusaha menempatkan segala sesuatu sebagaimana mestinya. Contohnya, seseorang yang melakukan *accepting responsibility* akan menerima segala sesuatu yang terjadi saat ini sebagai nama mestinya dan mampu menyesuaikan diri dengan kondisi yang sedang dialaminya.

e. *Escape avoidance*

Menghindar dari masalah yang dihadapi. Contohnya, seseorang yang melakukan *coping* ini terlihat dari sikapnya yang selalu menghindar dan bahkan sering kali melibatkan diri kedalam perbuatan yang negatif seperti tidur terlalu lama, minum obat-obatan terlarang dan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain.

f. *Positive reappraisal*

Bereaksi dengan menciptakan makna positif yang bertujuan untuk mengembangkan diri termasuk melibatkan diri dalam hal-hal yang religius. Contohnya, seseorang yang melakukan *positive reappraisal* akan selalu berfikir positif dan mengambil hikmahnya atas segala sesuatu yang terjadi dan tidak pernah

menyalahkan orang lain serta bersyukur dengan apa yang masih dimilikinya.

2) *Problem focused coping*

Koping yang berfokus pada masalah merupakan individu yang menilai stresor yang mereka hadapi dan melakukan sesuatu untuk mengubah stresor atau memodifikasi respon individu untuk meringankan efek dari stresor tersebut. Bentuk dari *problem focused coping* :^{29,50}

a. *Planful problem solving*

Bereaksi dengan melakukan usaha-usaha tertentu yang bertujuan untuk mengubah keadaan, diikuti pendekatan analitis dalam menyelesaikan masalah. Contohnya, seseorang yang melakukan *planful problem solving* akan bekerja dengan penuh konsentrasi dan perencanaan yang cukup baik serta mau merubah gaya hidupnya agar masalah yang dihadapi secara berlahan-lahan dapat terselesaikan.

b. *Confrontative coping*

Bereaksi untuk mengubah keadaan yang dapat menggambarkan tingkat risiko yang harus diambil. Contohnya, seseorang yang melakukan *confrontative coping* akan menyelesaikan masalah dengan melakukan hal-hal yang bertentangan dengan aturan yang berlaku walaupun kadang kala mengalami risiko yang cukup besar.

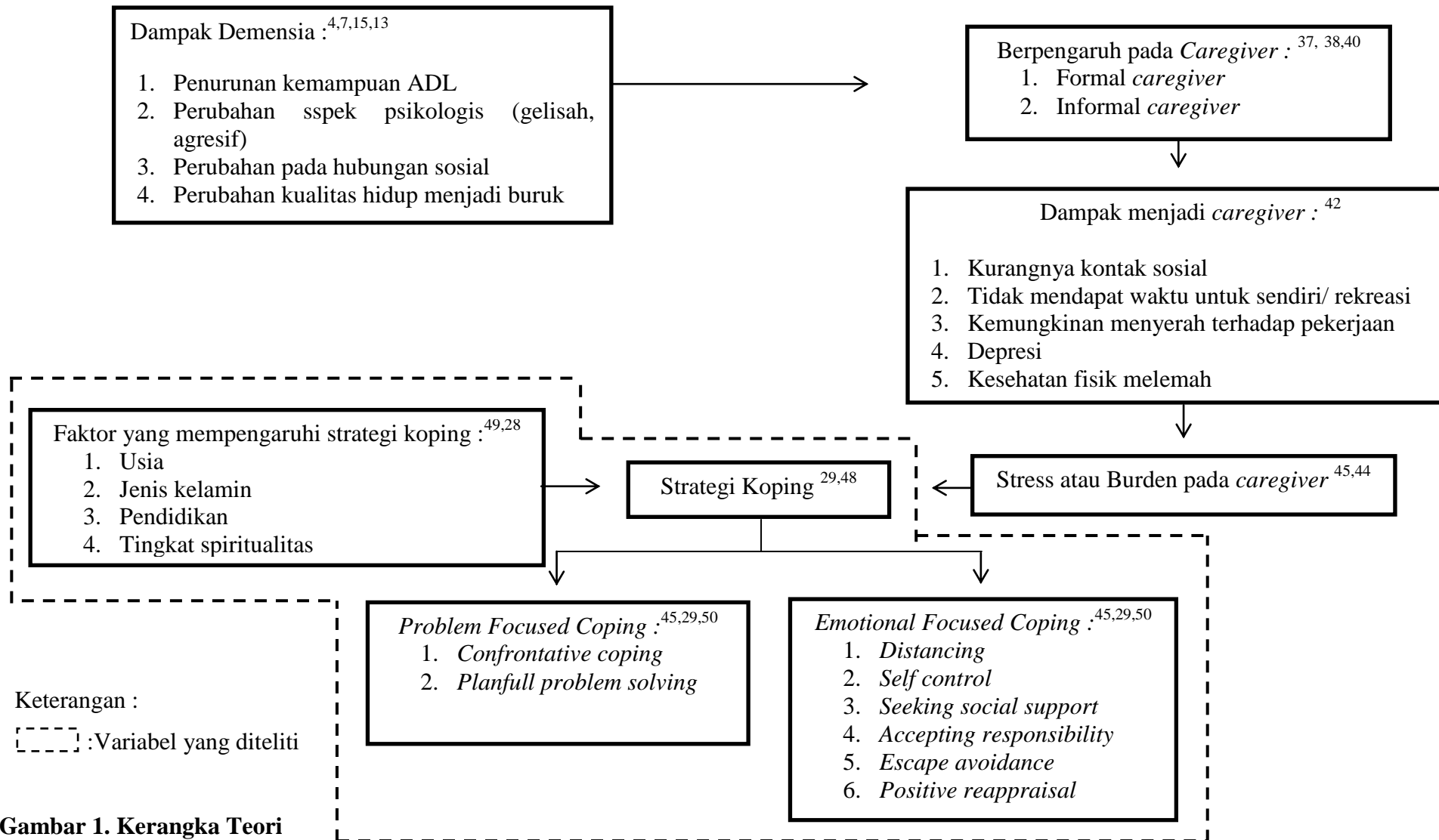
5. Alat untuk Mengukur Strategi Koping

Alat ukur untuk mengukur strategi koping salah satunya disusun oleh Lazarus dan Folkman. Kuesioner ini terdiri dari 50 pertanyaan dan memiliki dua aspek utama yaitu penyelesaian masalah yang berfokus pada masalah (*Problem Focused Coping*) dan penyelesaian masalah yang berpusat pada emosi (*Emotional Focused Coping*).

Bentuk strategi koping *Problem Focused Coping* yaitu *confrontative coping* dan *planfull problem solving*, sedangkan bentuk strategi koping *Emotion Focused Coping* yaitu *distancing*, *self control*, *seeking social support*, *accepting responsibility*, *escape avoidance* dan *positive reappraisal*.²⁹

Jawaban untuk masing- masing pertanyaan pada kuesioner *The Ways of Coping* adalah tidak pernah melakukan (skor = 0), jarang melakukan (skor = 1), cukup sering melakukan (skor = 2), dan sering melakukan (skor = 3).

D. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan landasan berpikir dalam melakukan penelitian yang dikembangkan berdasarkan teori.⁵¹ Variabel dalam penelitian ini adalah strategi koping *caregiver* lansia demensia.

Strategi Koping *Caregiver* Lansia Demensia

Gambar 2. Kerangka Konsep

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan desain riset deskriptif kuantitatif non eksperimental. Desain deskriptif adalah penelitian yang dilakukan terhadap sekumpulan objek penelitian yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena yang terjadi pada populasi tertentu.⁵² Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian non eksperimental dan hanya dilakukan satu kali waktu tanpa tindak lanjut.⁵³

Penggunaan metode survei yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara mengambil sampel dari suatu populasi dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data.⁵⁴

C. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi adalah jumlah keseluruhan dari semua objek atau individu yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti.⁵⁵ Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti.⁵⁶

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi yang terjangkau dan diteliti.⁵⁴ Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu :

- a. *Caregiver* yang berusia ≥ 18 tahun
- b. *Caregiver* yang bekerja di Panti Wredha
- c. *Caregiver* yang terlibat dalam perawatan sehari-hari lansia demensia
- d. *Caregiver* dengan stressor yang disebabkan karena lansia yang lebih banyak meminta bantuan lebih sering dari yang butuhkan, lansia selalu bergantung pada *caregiver*, dan banyak waktu yang dihabiskan dengan lansia

D. Besar Sampel

Besar sampel merupakan banyaknya sampel yang diambil dari populasi. Adapun penelitian yang akan dilakukan menggunakan teknik sampling yaitu teknik *non-probability sampling* dengan *total sampling*. Teknik *non-probability sampling* yaitu teknik yang tidak memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel atau tidak menggunakan kaidah probabilitas.⁵⁷ *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana semua anggota populasi dijadikan sampel.⁵⁸ Besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 82 orang.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di 3 pati wredha yaitu di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading, Panti Wredha Harapan Ibu, dan Wisma Lansia Harapan Asri yang beralamatkan di Semarang Jawa Tengah.

2. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari-Agustus 2018. Pengambilan data akan dimulai pada bulan Agustus 2018. Penelitian mulai dilakukan setelah *ethichal clearance* selesai.

F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

1. Variabel penelitian

Variabel penelitian adalah suatu objek atau simbol dengan variasi tertentu yang sudah dipilih peneliti untuk dianalisa dan mencari kesimpulannya.⁵⁹ Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu strategi koping *caregiver* lansia demensia.

2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional adalah definisi untuk variabel menurut konsep yang bersifat operasional agar variabel dapat diukur dan diuji peneliti.⁵⁹

Tabel 1
Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
1	Jenis Kelamin	Karakteristik seks yang membedakan laki- laki dan perempuan sejak lahir berdasarkan ciri fisiologis	Lembar pengisian data demografi	1. Laki- laki 2. Perempuan	Nominal ⁵²
2	Usia	Lama waktu hidup responden (sejak dilahirkan hingga saat pengambilan data)	Lembar pengisian data demografi	1. Dewasa awal (18-40 tahun) 2. Dewasa madya (40-60 tahun) 3. Dewasa akhir (>60 tahun)	Ordinal ⁵²
3	Pendidikan	Proses pengubahan sikap dan tata laku responden dalam usaha pendewasaan diri melalui pendidikan formal	Lembar pengisian data demografi	1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Perguruan tinggi	Ordinal ⁵²
4	Agama	Kepercayaan dan keyakinan yang diikuti sesuai kartu identitas diri dari pemerintah	Lembar pengisian data demografi	1. Islam 2. Katolik 3. Kristen 4. Hindu 5. Budha 6. Khonghucu	Nominal ⁵²

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
5	Strategi koping <i>caregiver</i> lansia <i>demensia</i>	Cara yang dilakukan <i>caregiver</i> untuk menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang dibutuhkan. Cara yang dapat dilakukan <i>caregiver</i> , meliputi: a. <i>Problem focused coping</i> b. <i>Emotional focused coping</i>	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> yang terdiri dari 66 pertanyaan dengan menggunakan skala likert. Skor dari jawaban responden, yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya 3 = saya sangat sering melakukannya	Hasil pengukuran strategi koping dengan melihat kategori : a. <i>Problem focused coping (PFC)</i> : $\frac{\sum \text{Skor pada PFC} \times 100\%}{\sum \text{skor maksimal PFC}}$ b. <i>Emotional focused coping (EFC)</i> : $\frac{\sum \text{Skor pada EFC} \times 100\%}{\sum \text{skor maksimal EFC}}$	Ordinal ⁵²
6	<i>Confronting coping</i>	Respon psikologi <i>caregiver</i> dengan bereaksi untuk mengubah keadaan yang dapat menggambarkan tingkat risiko yang harus diambil, dalam menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> , skor dari jawaban responden yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya	Hasil pengukuran <i>Confronting coping</i> dengan melihat kategori : a. Menggunakan : $\geq 10,59$ (mean) b. Tidak menggunakan : $< 10,59$ (mean)	Ordinal ⁵²

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
		dibutuhkan	3 = saya sangat sering melakukannya		
7	<i>Planful problem solving</i>	Respon psikologi <i>caregiver</i> dengan membentuk perencanaan menghilangkan stres secara hati-hati, dalam menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang dibutuhkan	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> , skor dari jawaban responden yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya 3 = saya sangat sering melakukannya	Hasil pengukuran <i>Planful problem solving</i> dengan melihat kategori : a. Menggunakan : $\geq 13,46$ (mean) b. Tidak menggunakan: $< 13,46$ (mean)	Ordinal ⁵²
8	<i>Distancing</i>	Respon psikologi <i>caregiver</i> dengan menghindari dari permasalahan dan menutupinya dengan pandangan positif, dalam menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang dibutuhkan	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> , skor dari jawaban responden yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya 3 = saya sangat sering	Hasil pengukuran <i>Distancing</i> dengan melihat kategori : a. Menggunakan : $\geq 10,80$ (mean) b. Tidak menggunakan : $< 10,80$ (mean)	Ordinal ⁵²

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
			melakukannya		
9	<i>Self- controlling</i>	Respon psikologi <i>caregiver</i> dengan cara menahan diri atau mengatur perasaan, dalam menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang dibutuhkan	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> , skor dari jawaban responden yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya 3 = saya sangat sering melakukannya	Hasil pengukuran <i>Self-Controlling</i> dengan melihat kategori : a. Menggunakan : ≥ 15 (mean) b. Tidak menggunakan : < 15 (mean)	Ordinal ⁵²
10	<i>Seeking social support</i>	Respon psikologi <i>caregiver</i> dengan mencari dukungan sosial pada lingkungan sekitar, dalam menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang dibutuhkan	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> , skor dari jawaban responden yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya 3 = saya sangat sering melakukannya	Hasil pengukuran <i>Seeking social support</i> dengan melihat kategori : a. Menggunakan : $\geq 12,43$ (mean) b. Tidak menggunakan : $< 12,43$ (mean)	Ordinal ⁵²

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
			melakukannya		
11	<i>Accepting responsibility</i>	Respon psikologi <i>caregiver</i> dengan berserah diri atau pasrah, dalam menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang dibutuhkan	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> , skor dari jawaban responden yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya 3 = saya sangat sering melakukannya	Hasil pengukuran <i>Accepting responsibility</i> dengan melihat kategori : a. Menggunakan : $\geq 7,9$ (mean) b. Tidak menggunakan : $< 7,9$ (mean)	Ordinal ⁵²
12	<i>Escape avoidance</i>	Respon psikologi <i>caregiver</i> dengan melarikan diri dari masalah, dalam menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang dibutuhkan	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> , skor dari jawaban responden yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya 3 = saya sangat sering melakukannya	Hasil pengukuran <i>Escape avoidance</i> dengan melihat kategori : a. Menggunakan : $\geq 10,50$ (mean) b. Tidak menggunakan : $< 10,50$ (mean)	Ordinal ⁵²

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
			melakukannya		
13	<i>Postive reappraisal</i>	Respon psikologi <i>caregiver</i> dengan usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan mengembangkan diri (religi), dalam menghadapi stressor yang disebabkan karena lansia lebih sering meminta bantuan dari yang dibutuhkan	Kuesioner <i>The Ways of Coping</i> , skor dari jawaban responden yaitu : 0 = saya tidak pernah melakukannya 1 = saya terkadang melakukannya 2 = saya sering melakukannya 3 = saya sangat sering melakukannya	Hasil pengukuran <i>Postive reappraisal</i> dengan melihat kategori : a. Menggunakan : $\geq 17,37$ (mean) b. Tidak menggunakan : $< 17,37$ (mean)	Ordinal ⁵²

G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat penelitian

Alat penelitian yang digunakan adalah kuesioner, alat tulis, kertas, dan alat pengolah data di komputer. Penelitian yang dilakukan menggunakan dua kuesioner, yaitu :

a. Kuesioner A

Kuesioner A berupa data demografi responden yang berisi tanggal pengambilan data, nomor responden dan identitas responden

b. Kuesioner B

Kuesioner B adalah *The Ways of Coping* yang digunakan untuk mengetahui strategi koping pada *caregiver* lansia demensia. Kuesioner strategi koping menggunakan skala likert yang memiliki pilihan jawaban yaitu, tidak pernah melakukannya (skor = 0), terkadang melakukannya (skor = 1), sering melakukannya (skor = 2), sangat sering melakukannya (skor = 3).

Strategi koping dapat diukur menggunakan skala Strategi Koping yang terdiri dari 50 item yang valid dengan skor tertinggi tiga dan skor terendah nol pada masing- masing item.

The *Ways of Coping* memiliki 50 item pertanyaan yang terdiri dari :

Tabel 2

Klasifikasi Kuesioner *The Ways of Coping*

Nomor Pertanyaan	Klasifikasi	Defnisi
1, 2, 3, 4, 5, dan 6	<i>Confronting coping</i>	Suatu bentuk coping dengan bereaksi untuk mengubah keadaan yang dapat menggambarkan tingkat risiko yang harus diambil.
7, 8, 9, 10, 11, dan 12	<i>Planful problem solving</i>	Strategi coping dengan membentuk perencanaan menghilangkan stres dengan hati-hati
13, 14, 15, 16, 17, dan 18	<i>Distancing</i>	Suatu bentuk coping yaitu usaha untuk menghindari dari permasalahan dan menutupinya dengan pandangan positif
19, 20, 21, 22, 23, 24, dan 25	<i>Self- controlling</i>	Suatu coping dengan cara menahan diri, mengatur perasaan
26, 27, 28, 29, 30, dan 31	<i>Seeking social support</i>	Menghadapi masalah dengan mencari dukungan sosial pada lingkungan sekitar
32, 33, 34, dan 35	<i>Accepting responsibility</i>	Berserah diri, pasrah
36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, dan 43	<i>Escape avoidance</i>	Usaha menghilangkan stres dengan melarikan diri dari masalah
44, 45, 46, 47, 48, 49, dan 50	<i>Postive reappraisal</i>	Usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan mengembangkan diri (religi)

1) Uji Validitas

Validitas merupakan alat ukur untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur tersebut mampu mengukur apa yang ingin dikur.⁵² Penelitian yang dilaksanakan menggunakan kuesioner *The Ways of Coping*. Kuesioner *The ways of Coping* adalah instrumen penelitian yang baku dan akan di uji coba pada *caregiver* lansia demensia di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran dengan menggunakan uji *construct validity*.

Peneliti melakukan uji coba skala pengukuran pada *caregiver* lansia demensia sejumlah 28 responden di Panti Wredha Wening Wardoyo. Pemilihan tempat tersebut sesuai dengan karakteristik tempat penelitian yaitu di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading, Panti Wredha Harapan Ibu, dan Wisma Lansia Harapan Asri Semarang. Uji validitas dimulai pada 31 Juli 2018. Hasil uji validitas yang sudah dilakukan, didapatkan bahawa dari 50 pertanyaan 8 diantaranya tidak valid. Pernyataan yang dinyatakan valid dimulai dari 0,432 hingga 0,850, sedangkan yang tidak valid dimulai dari 0,012 hingga 0,368. Namun berdasarkan pentingnya item pertanyaan yang tidak valid tersebut sehingga mempengaruhi hasil, maka 8 item pertanyaan tersebut tetap digunakan diantaranya adalah nomor 2, 6, 7, 20, 25, 38, dan 39.

2) Uji Reliabilitas

Reliabilitas pada suatu penelitian merupakan suatu konsistensi, stabilitas, serta pengulangan instrumen pengumpulan data. Instrumen harus di uji reabilitasnya setelah di uji validitasnya agar instrumen tersebut dapat dipahami oleh siapapun dan pada objek apapun⁵². Uji reliabilitas adalah uji yang dilakukan untuk mengetahui reliabel tidaknya instrumen penelitian yang akan digunakan.⁵³

Uji reliabilitas yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan *internal consistency*, yaitu instrumen diujicoba sekali saja kemudian data yang diperoleh dianalisis dengan sistem komputer. Uji reliabilitas yang akan dilakukan menggunakan *Alpha Chronbach's*. Kuesioner dikatakan

reliabel dengan nilai koefisien reabilitas (r_{11}) $>0,6$.⁵⁹ Peneliti menggunakan uji reliabilitas dengan rumus *alpha cronbach*. Hasil uji reliabilitas yang sudah dilaksanakan peneliti, alat penelitian dinyatakan reliabel yaitu 0,876.

2. Cara pengumpulan data

Cara penumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini sebagai berikut:

- a. Peneliti mengajukan perizinan pengambilan data awal dari Panti Wredha Pucang Gading, Panti Wredha Harapan Ibu Kota Semarang, dan Panti Wredha Harapan Asri Banyumanik
- b. Setelah mendapat surat izin, peneliti mulai untuk melakukan studi pendahuluan untuk mendapatkan data awal di Panti Wredha Semarang yang diperoleh dari Ketua Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro
- c. Bersamaan dengan pengumpulan proposal yang telah disetujui 3 dosen, peneliti mengajukan surat pengantar permohonan *Ethical Clearance* yang ditujukan kepada Komisi Penelitian Etik Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro di RSUP Dr. Kariadi Semarang dan telah diuji kelaikan etik serta disahkan pada tanggal 5 Juli 2018 dengan nomor 529/EC/FK-RSDK/VII/2018.
- d. Peneliti mendapatkan *ethical clearance* dan mengajukan surat ijin untuk melakukan uji validitas di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran

- e. Peneliti melakukan uji validitas dan uji reliabilitas menggunakan program komputer
- f. Peneliti mengajukan surat izin penelitian ke Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro atas persetujuan Ketua Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro yang ditujukan kepada Dinas Penanaman Modal dan pelayanan terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Provinsi Jawa Tengah setelah mendapatkan surat *ethical clearance*, BPMD Provinsi Jawa Tengah akan memberikan tindak lanjut yaitu dengan memberikan surat izin penelitian yang ditujukan kepada Kepala Dinas Provinsi Jawa Tengah
- g. Peneliti menyampaikan surat izin yang telah didapatkan dari DPMPTSP kepada Kepala Dinas Provinsi Jawa Tengah untuk melakukan penelitian di Panti Wredha Pucang Gading Semarang, Panti Wredha Harapan Ibu, dan Panti Wredha Harapan Asri.
- h. Peneliti melakukan penelitian di Panti Wredha Pucang Gading Semarang, Panti Wredha Harapan Ibu, dan Panti Wredha Harapan Asri dan dibantu oleh enumerator yang merupakan mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan yang sedang menjalankan penelitian skripsi di Panti Wredha
- i. Peneliti melakukan *informed consent* menjelaskan kepada *caregiver* mengenai prosedur dan tujuan penelitian. Tidak didapatkan responden yang menolak untuk mengisi kuesioner.

- j. Setelah selesai, peneliti memastikan kembali bahwa semua pertanyaan sudah terisi dan tidak didapatkan item pertanyaan kuesioner yang tidak terisi.
- k. Seluruh data yang sudah terkumpul dan memenuhi jumlah sampel, kemudian dilakukan pengolahan data.

H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data merupakan rangkaian proses yang dilakukan setelah pengumpulan data, dimana data mentah tersebut diolah menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan suatu informasi yang diperlukan.⁶⁰

Langkah- langkah dalam pengolahan data yaitu⁵²:

a. *Editing*

Editing dilakukan jika data telah terkumpul dan *editing* berfungsi untuk meneliti kelengkapan data diantaranya kelengkapan lembar dan instrumen penilaian Strategi Koping *Caregiver* Lansia Demesia serta kelengkapan pengisian data sehingga bila terdapat data atau informasi yang tidak lengkap dapat dilengkapi dengan segera.

b. *Coding*

Coding adalah suatu kegiatan pemberian kode numerik (angka), sehingga memudahkan proses pemasukan dan pengolahan data di komputer. Pemberian kode dalam penelitian ini adalah:

1) Jenis Kelamin

- a) Laki-laki : kode 1
- b) Perempuan : kode 2

2) Usia Responden

- a) Dewasa awal (18-40 tahun) : kode 1
- b) Dewasa madya (40-60 tahun) : kode 2
- c) Dewasa akhir (>60 tahun) : kode 3

3) Tingkat Pendidikan

- a) Tidak sekolah : kode 1
- b) SD : kode 2
- c) SMP : kode 3
- d) SMA : kode 4
- e) Perguruan tinggi: kode 5

4) Agama

- a) Islam : kode 1
- b) Katolik : kode 2
- c) Kristen : kode 3
- d) Hindu : kode 4
- e) Budha : kode 5
- f) Lain- lain : kode 6

5) Strategi Koping

- a) Tidak pernah : kode 0
- b) Jarang : kode 1

c) Kadang-kadang : kode 2

d) Sering : kode 3

c. *Entry Data*

Entry data merupakan memasukan data yang telah diproses melalui program komputer ke dalam database, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana. Setelah dilakukan pengkodean, peneliti memasukkan data untuk dilakukan proses pengolahan data. Data yang dimasukkan berupa hasil jawaban dari kuesioner yang diisi oleh responden, yaitu data demografi dan demensi dari strategi koping

d. *Cleaning*

Cleaning adalah proses membersihkan data yang tidak sesuai menurut peneliti. Hal tersebut dilakukan setelah peneliti memeriksa kembali data-data agar mencegah kesalahan dan meminimalisir kesalahan.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Data dalam penelitian ini adalah menggunakan analisa univariat. Analisa univariat adalah suatu analisa yang digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari setiap variabel yang diteliti.⁵¹ Hasil datanya disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan presentase atau tabel.⁶⁰ Variabel dalam penelitian ini adalah bentuk- bentuk strategi koping yang diklasifikasikan dalam

delapan klasifikasi *confronting coping*, *distancing*, *self-controlling*, *seeking social support*, *accepting responsibility*, *escape avoidance*, *planful problem solving*, dan *postive reappraisal*.

b. Uji Normalitas Data

Uji normalitas data bertujuan untuk mengetahui apakah distribusi sebuah data mengikuti atau mendekati distribusi normal, yakni distribusi data dengan bentuk lonceng (*bell shaped*). Data yang dikatakan baik adalah data yang mempunyai pola distribusi normal.⁵⁹ Data yang diujikan adalah data strategi koping *caregiver*. Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui pengategorian baik atau buruk *caregiver* dalam menggunakan dimensi dalam strategi koping tersebut. Hasil yang didapatkan data berdistribusi normal dengan nilai *mean* adalah 98,122.

I. Etika Penelitian

1. Otonomi

Prinsip otonomi mengatakan bahwa seorang responden bebas memilih keputusannya untuk dilibatkan atau tidak di dalam penelitian. Keputusan responden menggunakan *informed consent*. *Informed consent* adalah persetujuan dari responden penelitian yang didalamnya menerangkan dengan jelas perlakuan dan dampak yang timbul dari penelitian yang akan dilakukan.⁵⁹ Peneliti menjelaskan terlebih dahulu manfaat dan tujuan dari penelitian. Didapatkan semua responden

menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti ketersediaan menjadi responden.

2. *Beneficence*

Penelitian yang dilakukan memiliki manfaat yang baik bagi responden guna mendapatkan konsep dan metode yang baru bagi responden.⁵⁹ Peneliti menjelaskan manfaat dilakukannya penelitian kepada responden, yaitu responden menjadi mengerti bagaimana coping yang dapat dilakukan untuk mengatasi stres dan *burden* responden.

3. *Nonmalificence*

Penelitian yang dilakukan tidak memiliki unsur yang mencelakai atau berbahaya untuk responden penelitian. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa tidak ada tindakan yang mengandung unsur bahaya atau merugikan bagi responden.⁵⁹ Peneliti menjelaskan lama waktu yang diperlukan untuk mengisi kuesioner yaitu 20 menit. Hal ini dilakukan agar tidak merugikan waktu responden.

4. *Confidentiality*

Peneliti merahasiakan dan melindungi jawab yang sudah dikumpulkan responden. Kerahasiaan dalam penelitian dilakukan dengan cara peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner.⁵⁹ Peneliti merahasiakan data-data yang telah didapatkan dari responden dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja.

5. *Veracity*

Peneliti menjelaskan secara jujur kepada responden mengenai alur penelitian dan manfaat penelitian bagi responden.⁵⁹ Peneliti menjelaskan kepada pihak pelayanan agar mengetahui mengenai koping- koping yang baik untuk dilakukan oleh *caregiver*.

6. *Justice*

Peneliti bersikap adil dan memperlakukan sama pada tiap responden sebelum, selama, dan sesudah penelitian tanpa melihat gender, ras, dan agama. Memberikan kesempatan untuk melakukan klarifikasi terkait penelitian dan sopan selama penelitian.⁵⁹

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Jumlah responden yang diteliti memiliki karakteristik yang berbeda-beda sehingga peneliti mendiskripsikan hasil penelitian tersebut ke dalam distribusi frekuensi.

1. Hasil Analisis Univariat Karakteristik Responden

Tabel 3.
Distribusi Frekuensi Data Demografi Responden *Caregiver* Lansia Demensia di Panti Wredha pada Bulan Agustus 2018 (N=82)

	Data Demografi	Frekuensi	Presentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	28	34,1 %
	Perempuan	54	65,9 %
Usia	18-40 tahun	7	24,4 %
	40-60 tahun	14	61,0 %
	>60 tahun	18	14,6 %
Pendidikan	SMP	11	13,4 %
	SMA/SMK	56	68,3 %
	Perguruan Tinggi	15	18,3 %
Agama	Islam	52	63,4 %
	Katolik	21	25,6 %
	Kristen	9	11,0 %

Tabel 3. berdasarkan data demografi responden *caregiver* lansia demensia di Panti Wredha menunjukkan bahwa dari 82 responden dengan karakteristik responden didapatkan hasil presentase terbesar yaitu berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 65,9%, usia 40-60 tahun dengan jumlah 61,0%, pendidikan formal *caregiver* adalah SMA dengan jumlah

68,3%, dan agama yang dianut adalah Islam dengan jumlah 63,4% responden.

2. Hasil Analisa Univariat Strategi Koping

Tabel 4.

Distribusi Frekuensi Strategi Koping *Caregiver* Lansia Demensia di Panti Wredha pada Bulan Agustus 2018 (N=82)

No	Strategi Koping	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	<i>Problem focused coping</i>	43	52,4 %
2	<i>Emotional focused coping</i>	39	47,6 %
	Jumlah	82	100 %

Tabel 4. berdasarkan tabel strategi koping *caregiver* lansia demensia di Panti Wredha didapatkan bahwa sebagian besar responden menggunakan *Problem Focused Coping* sebanyak 52,4%

3. Hasil Analisa Univariat Domain Strategi Koping

Tabel 5.

Distribusi Frekuensi Domain Strategi Koping *Caregiver* Lansia Demensia di Panti Wredha pada Bulan Agustus 2018 (N=82)

No	Keterangan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	<i>Confronting coping</i>		
	Digunakan	34	41,46 %
	Tidak digunakan	48	58,54 %
2	<i>Planful problem</i>		
	Digunakan	45	54,88 %
	Tidak digunakan	38	46,34 %
3	<i>Distancing</i>		
	Digunakan	31	37,80 %
	Tidak digunakan	51	62,19 %
4	<i>Self-controlling</i>		
	Digunakan	35	42,68 %
	Tidak digunakan	47	57,32 %
5	<i>Seeking social support</i>		
	Digunakan	44	53,66 %
	Tidak digunakan	38	46,34 %
6	<i>Accepting responsibility</i>		
	Digunakan	50	60,98 %
	Tidak digunakan	32	39,02 %
7	<i>Escape avoidance</i>		
	Digunakan	38	46,34 %

No	Keterangan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
	Tidak digunakan	45	55,88 %
8	<i>Positive reappraisal</i>		
	Digunakan	48	58,54 %
	Tidak digunakan	34	41,46 %

Tabel 5. menunjukkan bahwa domain strategi koping yang digunakan *caregiver* adalah *planful problem* (54,88%), *seeking social support* (53,66%), *accepting responsibility* (60,98%), dan *positive reappraisal* (58,54%). Domain strategi koping yang tidak digunakan *caregiver* yaitu *confronting coping* (58,54%), *distancing* (62,19%), *self-controlling* (57,32%), dan *escape avoidance* (55,88%).

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian berupa gambaran demografi responden yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, agama, serta strategi koping *caregiver* lansia demensia di Panti Wredha. Hasil dari penelitian ini berupa analisa univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi.

A. Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik demografi responden dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan agama.

1. Karakteristik Responden berdasarkan Usia Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *caregiver* lansia demensia di panti wredha paling banyak berusia dewasa tengah (40-60 tahun) sebanyak 35,4%. Hasil studi yang dilakukan oleh Folkman tahun 1987 ditemukan bahwa ada perbedaan terkait usia dewasa muda/dewasa tengah dengan usia dewasa akhir dalam penggunaan strategi koping. Kelompok dengan usia dewasa muda hingga usia dewasa tengah lebih banyak menggunakan *Problem Focused Coping*.²⁹ Konsep ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Chen *et all* tahun 2015 didapatkan hasil bahwa rata-rata usia *caregiver* yang menggunakan *Problem Focused Coping* yaitu berusia 54 tahun.²⁸

Perbedaan dalam pemilihan strategi koping dikaitkan dengan sumber stres pada kelompok usia dewasa muda hingga tengah dan usia dewasa akhir. Kelompok usia dewasa tengah lebih menata kembali kehidupan keluarga karena anak-anaknya berubah menjadi lebih mandiri dan siap untuk meninggalkan rumah, berkontribusi kepada masyarakat, dan membantu generasi mendatang. Tugas baru inilah yang nantinya akan menjadikan beban pikiran dalam mengerjakan pekerjaannya, sehingga lebih rentan terhadap stres. Namun, di usia dewasa tengah individu masih memiliki kekuatan dan kemampuan untuk menghadapi serta mampu membuat rencana untuk menghadapi stressornya sehingga lebih cenderung memilih strategi koping dengan *Problem Focused Coping*.⁶¹

Berbeda halnya dengan kelompok individu usia dewasa tua (>60 tahun), dimana jika dipandang *caregiver* pada kelompok ini akan mengalami penuaan baik secara fisik maupun mental sehingga lebih rentan terhadap stres daripada *caregiver* usia dewasa tengah dikarenakan disamping beban merawat lansia demensia, *caregiver* mengalami berbagai macam masalah kesehatan sehingga beralih menggunakan *Emotional Focused Coping* khususnya *positive reappraisal* yang mampu memberikan penerimaan positif terhadap pandangan kehidupan. Lain halnya apabila dipandang dari sifat individu usia dewasa tua, maka *caregiver* bisa bersifat lebih tenang karena memiliki koping yang baik serta pengalaman dalam merawat lansia yang sudah lama.⁴⁹

2. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha

Responden penelitian ini sebagian besar memiliki jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 65,9%. Perempuan cenderung lebih berisiko mengalami beban dan stress jika dibandingkan laki-laki.⁶² Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Snyder CM tahun 2016 mengatakan bahwa dalam merawat lansia demensia, wanita lebih berisiko lebih tinggi untuk mengalami stres dibandingkan dengan laki- laki (76%).⁶³ Berbeda hal ketika *caregiver* perempuan merawat lansia demensia.

Perbedaan jenis kelamin berpengaruh dalam merawat lansia, perempuan memiliki perbedaan dalam kemampuan fisik, dan peran sosial jika dibandingkan dengan laki-laki selain itu perempuan lebih peduli dan sabar ketika berhadapan dengan lansia demensia.⁴⁷ Konsep ini didukung oleh penelitian yang dilakukan di New Zealand tahun 2008 yang menyatakan bahwa 68% *caregiver* lansia demensia berjenis kelamin perempuan.⁶⁴

Perempuan juga memiliki perbedaan kemampuan dalam pemilihan strategi koping jika dibandingkan dengan laki-laki. Mayoritas *caregiver* yang berjenis kelamin perempuan lebih memilih *Emotional Problem Focused Coping*, namun tidak sedikit pula yang memilih *Problem Focused Coping* dalam menghadapi lansia demensia.⁴⁷ Konsep ini didukung oleh penelitian Tschanz *et all* tahun 2013 yang menyatakan bahwa 79,8% *caregiver* perempuan menggunakan *Problem Focused Coping* (Mean=

1,99).⁶⁵ *Caregiver* perempuan memiliki tingkat kesehatan fisik, kemampuan mengendalikan diri, dan tingkat sosialisasi dan adaptasi yang tinggi jika dibandingkan laki-laki.⁶⁶ Oleh karena itu pada penelitian ini *caregiver* yang berjenis kelamin perempuan cenderung lebih memilih *Problem Focused Coping*.

3. Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan *Caregiver* Lansia Demensia di Panti Wredha

Hasil penelitian presentase tertinggi pendidikan yang dimiliki *caregiver* menunjukkan bahwa responden dengan pendidikan tinggi SMA/SMK sebanyak 68,3%. Kondisi ini sesuai dengan Smrtnik Vitulic dan H Prosen menyatakan bahwa *caregiver* memiliki pendidikan menengah (SMA/SMK) sebanyak 23,20%.⁴⁹

Ketrampilan, pendidikan, dan pengalaman sangat mempengaruhi *caregiver* dalam proses pengambilan keputusan dalam merawat lansia demensia. Individu yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan menilai segala sesuatu lebih realistis, individu ini lebih memilih menerima keadaan apa adanya dan bersikap positif terhadap stressor yang dimiliki serta segera mencari beberapa solusi untuk mengatasi stressor. Oleh karena itu individu dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung menggunakan *Problem Focused Coping*.^{29,49}

Tingkat pendidikan berpengaruh pada individu ketika memilih strategi yang digunakan untuk menghadapi stres.²⁹ Konsep ini sejalan dengan penelitian Smrtnik Vitulic dan H Prosen dimana *caregiver* yang memiliki

tingkat pendidikan rendah (SD dan SMP) cenderung menggunakan strategi koping *confronting coping* (112.96), *distancing* (121.64), dan *escape-avoidance* (116.68).⁴⁹ Penggunaan domain tersebut dikarenakan individu yang memiliki tingkat pendidikan rendah cenderung mendapat informasi terkait konsekuensi negatifnya saja, sehingga cenderung sering merasa takut dan hanya larut dalam stressor. Oleh karena peran pendidik dalam hal ini yaitu meluruskan pemahaman dan keyakinan individu yang memiliki pengetahuan dan sikap spiritual yang rendah.⁴⁹

4. Karakteristik Responden berdasarkan Agama Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha

Hasil penelitian menunjukkan presentase agama yang dianut oleh responden adalah Islam yaitu sebanyak 63,4% dan Katolik sebanyak 25,6%. Pargament menyatakan bahwa agama adalah suatu cara dalam mengatasi stres dan dengan agama individu akan dapat mengatasi situasi stres yang sedang dialaminya.⁶⁷ Konsep ini didukung oleh penelitian Nagpal N *et al* tahun 2014 yang didapatkan hasil 10,8% *caregiver* lansia demensia di Perancis beragama Katolik.⁶⁸

Caregiver menggunakan kemampuan religiusitas untuk mengatasi stressor yang dialami *caregiver*. Salah satu yang dapat dilihat dari tingkat religiusitas individu adalah frekuensi dalam berdoa dan menganggap agama adalah hal yang paling penting dalam hidup. Tingkat spiritualitas yang tinggi berpengaruh dalam aspek psikologis, kesehatan diri, dan dapat mengurangi beban.⁶⁸

B. Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas *caregiver* lansia demensia di panti wredha menggunakan strategi koping *Problem Focused Coping* yaitu sebanyak 52,4%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar *caregiver* lansia demensia di panti wredha sudah menggunakan strategi koping yang positif.¹⁶ Penggunaan *Problem Focused Coping* pada *caregiver* sejalan dengan penelitian Tschanz JT *et all* tahun 2013 yang didapatkan bahwa nilai mean (SD) *Problem Focused Coping* sebesar 1,99 (0,55).⁶⁵

Lazarus dan Folkman mengartikan *Problem Focused Coping* adalah cara menanggulangi stress dengan berfokus pada permasalahan yang dihadapi. Strategi koping dengan cara ini dilakukan untuk menghindari atau mengurangi stres dengan cara langsung menghadapi sumber stres.²⁹ Hasil penelitian yang dilakukan Tschanz tahun 2013 menunjukkan bahwa penggunaan *Problem Focused Coping* yang dilakukan secara konsisten dapat berpengaruh secara signifikan terhadap kemampuan *caregiver* dalam menghadapi stressor.⁶⁵

Problem Focused Coping akan berdampak pula pada respon fisik *caregiver*, dimana mampu mempengaruhi hemostasis khususnya respon proagulan dan menurunkan risiko penyakit kardiovaskular pada *caregiver*. Ketika individu mengalami stressor akut akan menyebabkan ruptur plak dan secara bersamaan akan meningkatkan trombus arteri koroner. Akumulasi stressor akut dalam jangka lama akan menimbulkan bahaya bagi kesehatan individu, misalnya aterosklerosis atau kerusakan endotel.⁶⁹

Upaya yang dapat dilakukan untuk mempertahankan kemampuan *caregiver* lansia demensia di panti wredha dalam penggunaan coping adaptif yaitu dengan *support group therapy*, dimana *caregiver* diminta untuk mendeskripsikan sesuatu yang dirasa membuat stres dan mendeskripsikan langkah-langkah positif yang biasa diambil untuk mengatasi stres.⁷⁰

Penggunaan strategi coping lainnya adalah dengan menggunakan *Emotional Focused Coping*. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 47,6% *caregiver* yang menggunakan *Emotional Focused Coping* ketika merawat lansia demensia. Hal ini didukung dengan penelitian Huang tahun 2013 dimana tingginya beban yang dirasakan *caregiver* dikarenakan *caregiver* menggunakan *Emotional Problem Focused Coping*.⁷¹ Lazarus dan Folkman mengartikan *Emotional Focused Coping* sebagai cara individu dengan berusaha segera mengurangi dampak stressor, biasanya dengan cara menyangkal adanya stressor atau menarik diri dari situasi. Namun coping yang berfokus pada emosi tidak menghilangkan stressor dan tidak juga membantu individu dalam mengembangkan cara yang lebih baik untuk mengatur stressor.²⁹

Penggunaan *Emotional Focused Coping* berdampak pada tubuh *caregiver* dimana ketika stressor maupun beban tidak bisa teratasi menyebabkan meningkatnya hormon kortisol steroid, hormon epinefrin dan norepinefrin yang jika dikeluarkan secara terus-menerus menyebabkan kerusakan pada tubuh, misalnya gangguan pencernaan hingga penyakit jantung.²⁴ Hal yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi penggunaan

strategi koping yang maladaptif pada *caregiver* yaitu dengan meningkatkan *caring*, dimana dengan sikap *caring caregiver* menjadi lebih nyaman dan menjadikan perawat sebagai seseorang yang dapat memfasilitasi masalah yang dihadapi *caregiver* ketika merawat lansia. Selain itu, untuk mengurangi penggunaan koping yang maladaptif dibutuhkan pula bimbingan konseling kepada *caregiver*. Adanya bimbingan konseling dapat membangun hubungan saling percaya antara *caregiver*, sehingga dapat mempermudah perawat menemukan penyebab *caregiver* menggunakan strategi koping maladaptif.⁷²

Lazarus dan Folkman menyatakan bahwa stres adalah hubungan antara individu dengan lingkungannya yang dievaluasi oleh seseorang sebagai tuntutan atau ketidakmampuan dalam menghadapi stressor. Stressor tersebut memberikan rangsangan sehingga individu melakukan *appraisal* (penilaian), *appraisal* dibagi menjadi dua yaitu *primary appraisal* dan *secondary appraisal* (penentuan jenis koping). Dua macam koping yang bisa digunakan yaitu *Problem Focused Coping* dan *Emotional Focused Coping*. Strategi koping yang digunakan individu berbeda-beda tiap waktunya tergantung dari jenis stressor yang sedang dihadapinya. Oleh karena itu penting untuk melihat konsistensi penggunaan strategi koping pada individu, sehingga dapat dikatakan individu tersebut cenderung menggunakan *Problem Focused Coping* atau *Emotional Focused Coping*. Konsistensi dari penggunaan strategi koping dapat dilihat selama satu hingga lima bulan atau lebih dengan stressor yang sama. Jangka waktu tersebut sudah mampu untuk melihat gambaran dari konsistensi sikap dalam penggunaan strategi koping

individu.^{43,73} Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Chakma tahun 2016 dimana pengambilan data dilakukan kepada *caregiver* lansia demensia selama satu tahun yaitu bulan Juni 2012 hingga Mei 2013.¹⁶ Namun pada penelitian ini waktu yang digunakan untuk melihat penggunaan strategi koping pada *caregiver* lansia demensia hanya satu waktu dan tidak berulang.

Adanya hal tersebut dapat disimpulkan bahwa strategi koping merupakan suatu proses yang dapat dilihat dari konsistensi dan stressor yang sama, sehingga dapat dikatakan bahwa individu tersebut cenderung menggunakan strategi koping *Problem Focused Coping* maupun *Emotional Focused Coping*.²⁹

C. Domain Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha

1. *Confronting Coping*

Analisa deskriptif domain *Confronting Coping* menunjukkan bahwa 58,54% responden cenderung tidak menggunakan domain tersebut. *Confronting coping* merupakan suatu bentuk strategi koping dengan cara bereaksi untuk mengubah keadaan yang dapat menggambarkan tingkat risiko yang harus diambil.²⁹ Pada penelitian ini item pertanyaan yang paling sering digunakan yaitu nomor 5, dimana *caregiver* berusaha sendiri dan berjuang untuk merawat lansia demensia. *Caregiver* berpendapat bahwa tugas sebagai seorang pengasuh di panti wredha yang paling utama adalah merawat dan memenuhi segala kebutuhan lansia dan ditambah pula lansia yang berada di panti wredha sudah tidak memiliki keluarga, sehingga *caregiver* berjuang dan berusaha sendiri ketika merawat lansia

demensia namun terkadang meminta bantuan kepada dokter jika kondisi lansia sedang sakit yang membutuhkan obat atau rujukan ke rumah sakit.

Item pertanyaan yang kadang-kadang digunakan *caregiver* yaitu nomor 1, dimana *caregiver* melakukan sesuatu yang menurutnya tidak berhasil namun setidaknya *caregiver* sudah berusaha. Hal ini dibuktikan ketika *caregiver* mencoba memberi peringatan lisan kepada lansia demensia yang keluyuran keluar panti, *caregiver* juga bekerja sama dengan satpam untuk selalu mengamati lansia yang sekiranya ingin kabur keluar panti wredha. Item pertanyaan yang jarang digunakan *caregiver* adalah nomor 5, dimana *caregiver* tidak berani melakukan sesuatu yang berisiko. Misalnya membantu sesering mungkin lansia untuk pergi ke toilet untuk mengurangi risiko jatuh, hal ini disebabkan karena banyaknya tugas yang dimiliki *caregiver* dalam merawat lansia lain dan perbandingan antara jumlah *caregiver* yang lebih sedikit jika dibandingkan dengan lansia yang dirawat di panti wredha. Sehingga apabila *caregiver* hanya berfokus kepada keperluan toileting lansia maka lansia lain menjadi tidak terurus. Item yang tidak pernah digunakan *caregiver* terbesar pada nomor 3, dimana *caregiver* tidak menunjukkan kemarahan pada lansia demensia. Hal ini disebabkan karena adanya peraturan dari panti wredha untuk tetap memberikan pelayanan yang maksimal, sehingga peraturan tersebut membatasi *caregiver* dalam hal bertindak kepada lansia demensia. Selain itu, adanya budaya dan norma kesopanan di lingkungan menyebabkan

caregiver tidak berani bersikap tidak sopan atau marah-marah kepada orang yang lebih tua salah satunya lansia demensia.

Hasil penelitian yang dilakukan berbeda dengan penelitian yang dilakukan Chakma tahun 2016, dimana didapatkan bahwa 72,5% *caregiver* memilih *confronting coping* dalam merawat lansia demensia.¹⁶ Penelitian yang dilakukan oleh Papastavrou *et all* tahun 2011 didapatkan bahwa penggunaan *confronting coping* mempengaruhi tingkat depresi *caregiver* ketika merawat lansia demensia.⁷⁴ Hal ini dikarenakan *caregiver* lebih percaya diri terhadap kemampuannya untuk menangani lansia demensia secara efektif dan mengurangi dampak negatif yang timbul dari perawatan yang diberikan.¹⁶

Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa *caregiver* cenderung tidak menunjukkan keberanian untuk mengambil risiko ketika merawat lansia demensia, sehingga berisiko untuk mengalami depresi. Upaya yang dapat dilakukan adalah *support group therapy* dimana *caregiver* diminta untuk mendiskripsikan manfaat dan dampak yang ditimbulkan apabila tidak menggunakan *confronting coping* dalam merawat lansia demensia.¹⁶

2. *Planful Problem*

Hasil penelitian menunjukkan 54,88% *caregiver* menggunakan domain *Planfull Problem*. *Planfull problem* adalah cara individu mengatasi stress dengan melakukan usaha-usaha tertentu yang bertujuan untuk mengubah keadaan, diikuti pendekatan analitis dalam menyelesaikan masalah.²⁹ Pada penelitian ini didapatkan item pertanyaan

yang sering digunakan *caregiver* adalah nomor 7, dimana *caregiver* hanya berkonsentrasi pada apa yang harus dilakukan dan apa langkah selanjutnya. *Caregiver* berpendapat bahwa ketika sudah berada di panti wredha untuk bekerja maka *caregiver* berusaha untuk fokus dan konsentrasi terhadap tugasnya yaitu merawat lansia demensia. Misalnya harus konsentrasi terkait jadwal memandikan lansia, memenuhi makan dan minum lansia, pemberian obat, hingga jadwal perawatan berikutnya. Apabila *caregiver* tidak berusaha konsentrasi akan hal tersebut akan menyebabkan jadwal yang telah disusun oleh pihak panti menjadi berantakan.

Item pertanyaan lain yang sering digunakan *caregiver* adalah membuat rencana kegiatan dan mengaplikasikan kepada lansia demensia. Rencana kegiatan yang biasa dilakukan *caregiver* yaitu senam pagi untuk latihan ambulasi dan peningkatan *self-care* pada lansia demensia. Hal ini dilakukan untuk melatih kemandirian lansia demensia karena keterbatasan *caregiver* di panti wredha. Item pertanyaan yang kadang-kadang digunakan *caregiver* yaitu nomor 10, dimana *caregiver* belajar dari pengalaman masa lalu ketika merawat lansia demensia. Masing-masing lansia demensia memiliki sikap dan kebiasaan yang berbeda. Oleh karena itu mayoritas *caregiver* selalu mengingat kebiasaan baik maupun kebiasaan buruk masing-masing lansia dari awal dirawat di panti wredha hingga saat ini untuk meminimalkan dampak buruk dari perawatan yang diberikan. Namun untuk *caregiver* yang masih baru cenderung tidak

menggunakan item ini dikarenakan caregiver tersebut belum memiliki pengalaman yang banyak terkait merawat lansia.

Penelitian oleh Aschbacher *et all* pada tahun 2005 mengatakan bahwa penggunaan *planful problem* berkaitan dengan hemostatik tubuh, khususnya respon proagulan dan menurunkan risiko penyakit kardiovaskular pada *caregiver*, dikarenakan timbulnya penyakit kardiovaskular disebabkan adanya tumpukan beban dan stressor berlebih yang menyebabkan ruptur plak endotel.⁶⁹ Sehingga dapat disimpulkan bahwa *caregiver* yang memilih *planful problem* risiko *caregiver* untuk terkena penyakit kardiovaskular hanya sedikit⁶⁹ Upaya yang bisa dilakukan perawat untuk meningkatkan kemampuan penggunaan strategi coping domain ini adalah dengan program *support group therapy*. Hal ini berguna untuk bertukar informasi antara *caregiver* yang sudah lama bekerja di panti wredha dengan *caregiver* yang masih baru terkait pengalaman merawat lansia dan menentukan solusi yang tepat untuk mengatasi perubahan lansia demensia.

3. *Distancing*

Hasil penelitian menunjukkan 62,19% *caregiver* tidak menggunakan domain *distancing*. *Distancing* adalah suatu cara yang dapat dilakukan individu dengan menjaga jarak agar tidak terbelenggu oleh permasalahan, dapat terlihat dari sikap individu yang kurang peduli terhadap persoalan yang sedang dihadapi bahkan mencoba melupakannya seolah-olah tidak pernah terjadi apa-apa.²⁹ Item pertanyaan yang paling sering digunakan

caregiver adalah nomor 15, dimana *caregiver* tetap optimis dan berusaha melihat sisi positif. *Caregiver* panti wredha mengatakan sering melihat lansia demensia yang berkelahi antar lansia lain yang disebabkan karena berebut makanan sehingga menimbulkan keributan. Pada kondisi tersebut *caregiver* merasa jenuh dan membuat stres, akan tetapi *caregiver* menganggap kejadian tersebut adalah salah satu dampak perubahan psikologis lansia demensia sehingga *caregiver* lebih dapat menahan amarah dan sabar ketika ada kejadian tersebut. Adapula ketika lansia demensia yang sering meminta bantuan untuk pergi ke toilet, *caregiver* beranggapan karena lansia tersebut takut jatuh ataupun merasa kesepian.

Item penelitian yang kadang-kadang digunakan *caregiver* adalah nomor 14, dimana *caregiver* tetap berlanjut dengan hidupnya seolah-olah tidak ada yang terjadi. *Caregiver* mengatakan bahwa dirinya sudah sudah menjadi PNS ataupun pegawai tetap di panti tersebut, sehingga apapun yang terjadi ketika merawat lansia demensia misalnya dibentak dan dimaki-maki lansia *caregiver* tidak terlalu memikirkannya dan sudah menjadi bagian dari resiko pekerjaan. Item pertanyaan yang jarang digunakan adalah nomor 16, dimana mencoba melupakan semua yang terjadi. *Caregiver* khususnya yang berjenis kelamin perempuan mengatakan bahwa merasa kesulitan untuk melupakan ketika ada masalah dengan lansia demensia dikarenakan perempuan merupakan tipe pemikir. Masalah yang paling susah untuk dilupakan adalah ketika lansia demensia susah untuk diajak berinteraksi dan berperilaku agresif. Item pertanyaan

yang tidak digunakan *caregiver* adalah nomor 13, dimana *caregiver* berjalan dengan nasib. *Caregiver* berpendapat bahwa nasib dapat dirubah dengan berusaha semaksimal mungkin dan apabila merasa jenuh dengan pekerjaan *caregiver* memilih untuk berlibur ketika tidak mendapat giliran shift.

Penelitian menyebutkan bahwa cara mengatasi stressor dengan *Emotional Focused Coping* salah satunya *distancing* memiliki hubungan yang signifikan dengan depresi, namun penelitian lain menyebutkan *distancing* akan bersifat adaptif bergantung dengan stressor yang dialaminya. *Distancing* meningkatkan risiko depresi karena coping ini tidak segera menyelesaikan penyebab stressor yang dimilikinya dan cenderung lebih berpikir positif pada tiap stressor.⁷⁵ Sehingga dapat disimpulkan bahwa penggunaan *distancing* dalam memberikan perawatan kepada lansia demensia menyebabkan *caregiver* berisiko depresi.⁷⁵

4. *Self-Controlling*

Hasil penelitian menunjukkan 57,32% *caregiver* tidak menggunakan *Self-controlling* dan 42,68% *caregiver* menggunakan *self-controlling*. Domain *self-controlling* merupakan suatu cara menghadapi stress dengan melakukan regulasi baik dalam perasaan maupun tindakan, dalam penyelesaian masalah akan selalu berfikir sebelum berbuat sesuatu dan menghindari untuk melakukan sesuatu tindakan secara tergesa-gesa.²⁹ Item pertanyaan yang paling sering digunakan *caregiver* adalah nomor 19, dimana *caregiver* mencoba untuk tidak merusak hubungan dengan orang

lain dan mencoba sedikit terbuka. Hal yang biasa dilakukan *caregiver* adalah bertukar informasi dan pengalaman ketika merawat lansia demensia.

Item pertanyaan yang kadang-kadang digunakan oleh *caregiver* adalah nomor 25, dimana *caregiver* melihat segala sesuatu dari sudut pandang orang lain. Ketika ada masalah *caregiver* lebih sering melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain sehingga dalam memutuskan tindakan menjadi lebih adil dan tepat. Item pertanyaan yang jarang digunakan adalah *caregiver* beranggapan bahwa dengan bercerita tentang permasalahannya kepada rekan dan keluarga, *caregiver* akan mendapat banyak kritik, solusi dan motivasi. Kemudian item pertanyaan yang tidak digunakan hingga jarang digunakan oleh *caregiver* yaitu mencontoh seseorang dalam mengatasi stressor, misalnya mencontoh tindakan dan perilaku dari *caregiver* senior. Akan tetapi, *caregiver* berpendapat bahwa tidak segala sesuatu bisa mencontoh tindakan oranglain. *Caregiver* lebih suka mencari strategi yang baru dan bisa diaplikasikan kepada lansia demensia, agar tidak terkesan monoton saja.

Penelitian yang dilakukan oleh Boals *et al* tahun 2011 menyatakan bahwa penggunaan *self-controlling* untuk mengurangi tingkat stres dapat dilihat dari kapasitas individu dalam mengontrol diri. Individu yang memiliki kapasitas mengontrol diri yang buruk, menyebabkan tingkat kecemasan meningkat dan menyebabkan beban bagi individu. Cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan ketrampilan dalam meningkatkan

self-controlling dapat melalui edukasi maupun *support group therapy* cara mengedalikan diri. Mengendalikan diri berperan dalam hubungan seseorang dengan orang lain. Hal ini tidak lepas dari kenyataan bahwa individu tidak hidup sendirian, melainkan di dalam kelompok, di dalam masyarakat.⁷⁶

5. *Seeking Social Support*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 53,66% *caregiver* memilih menggunakan *seeking social support*. Domain *seeking social support* merupakan usaha untuk mencari dukungan dari pihak luar, baik berupa informasi, bantuan nyata, maupun dukungan emosional.²⁹ Konsep ini didukung penelitian Tschanz JT *et all* tahun 2013 didapatkan bahwa *caregiver* menggunakan *seeking social support* dalam merawat lansia demensia (mean = 1.69 ; SD = 0.71).

Item pertanyaan pada penelitian ini yang paling sering digunakan adalah nomor 30, dimana *caregiver* meminta saran pada keluarga atau teman yang dihormati. Hal ini biasa dilakukan *caregiver* ketika merasa kesulitan merawat lansia yang bedrest dan tidak kooperatif, selain itu *caregiver* juga sering meminta pendapat terkait hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa jenuh dalam bekerja. Item pertanyaan yang kadang-kadang digunakan *caregiver* adalah nomor 29, dimana *caregiver* berbicara dengan seseorang yang dapat melakukan sesuatu yang konkret untuk mengatasi masalah ini. Misalnya ketika lansia demensia yang suka keluyuran dan sudah mendapat teguran berulang kali dari *caregiver*.

Caregiver meminta bantuan langsung kepada satpam panti untuk menahan ketika lansia yang ingin keluar panti wredha. Item pertanyaan yang jarang digunakan adalah nomor 28, dimana meminta bantuan profesional. Misalnya *caregiver* meminta bantuan perawat untuk mengukur tanda-tanda vital lansia demensia, dan meminta bantuan kepada dokter ketika obat oral lansia demensia habis. Hal ini jarang dilakukan kecuali kondisi lansia memang mendesak dan membutuhkan tenaga medis.

Penelitian yang dilakukan Chen *et al* tahun 2015 menyatakan bahwa dengan menggunakan *seeking social support*, *caregiver* dapat membangun hubungan sosial yang mampu memberikan dukungan profesional, emosional, dan memiliki seseorang yang dapat dipercayai untuk berbagi keluh kesah sehingga *caregiver* merasakan kepuasan yang lebih tinggi dan menurunkan depresi.²⁸ Cara yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dalam domain ini adalah dengan *support group therapy* maupun pelatihan *caregiver* tentang cara efektif dalam merawat lansia demensia.

6. *Accepting Responsibility*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 60,98% *caregiver* menggunakan *accepting responsibility*. *Accepting responsibility* merupakan cara individu dalam mengatasi stres dengan menerima segala sesuatu yang terjadi saat ini sebagai nama mestinya dan mampu menyesuaikan diri dengan kondisi yang sedang dialami.²⁹ Pada penelitian ini item pertanyaan yang sering digunakan *caregiver* adalah meminta maaf ketika melakukan sesuatu yang

menyinggung atau menyakiti lansia, kondisi yang paling sering adalah ketika *caregiver* sedikit menggunakan nada tinggi ketika berhadapan dengan lansia yang sulit diberi nasehat. *Caregiver* sering meminta maaf dikarenakan adanya budaya yang dipegang teguh untuk tetap sopan kepada orang yang lebih tua dan menjadi salah satu cara agar masalah cepat berakhir.

Item pertanyaan yang kadang-kadang digunakan *caregiver* yaitu nomor 32, dimana mengkritik atau diri sendiri. Hal ini dilakukan *caregiver* agar bisa merubah sikap menjadi yang lebih baik, *caregiver* mengatakan bahwa dengan mengkritik diri sendiri itu menjadi bahan evaluasi sikapnya. Item yang jarang digunakan *caregiver* adalah nomor 34 dimana *caregiver* menyadari bahwa dirinya membawa masalah pada dirinya sendiri. *Caregiver* berpendapat bahwa masalah yang terjadi ketika merawat lansia demensia terjadi bukan hanya tindakan yang dilakukannya, namun juga ada faktor lainnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Smrtnik Vitulic dan H Prosen tahun 2016 menyatakan bahwa *accepting responsibility* termasuk kedalam *Emotional Focused Coping*, dimana individu tidak berupaya untuk memperbaiki atau mengatasi penyebabnya dan lebih memilih untuk menyesuaikan diri dengan keadaan yang sedang dialaminya.⁴⁹ Penggunaan *accepting responsibility* dibutuhkan ketika stressor sudah tidak mampu diatasi oleh individu, sehingga lebih memilih untuk menerima dan menyesuaikan diri dengan stressor.

7. *Escape Avoidance*

Analisa deskriptif domain *escape avoidance* menunjukkan bahwa 55,88% *caregiver* cenderung tidak menggunakan domain tersebut. *Escape avoidance* merupakan respon psikologi dengan menghindari dari masalah yang dihadapi, bahkan sering kali melibatkan diri kedalam perbuatan yang negatif seperti tidur terlalu lama, minum obat-obatan terlarang dan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain.²⁹ Item pertanyaan pada penelitian ini yang sering digunakan *caregiver* khususnya yang berjenis kelamin perempuan yaitu nomor 37 dan 38 dimana, tidur lebih dari biasanya dan berharap agar masalah dapat segera berakhir. Berbeda hal dengan *caregiver* yang berjenis kelamin laki-laki adalah membuat diri *caregiver* menjadi lebih baik dengan merokok. *Caregiver* laki-laki mengatakan bahwa dengan merokok dirinya menjadi lebih rileks sehingga dapat mengatasi stressornya. Item pertanyaan yang tidak pernah digunakan *caregiver* adalah nomor 54, dimana *caregiver* menyalahkan orang lain atas apa yang terjadi. Hal ini dikarenakan *caregiver* beranggapan apabila ada masalah pada dirinya alangkah baiknya segera diselesaikan, dan kurang pantas apabila terlalu menyalahkan oranglain sehingga menyebabkan masalah tidak segera terselesaikan.

Penelitian yang dilakukan Huang tahun 2015 menyatakan bahwa dengan meminimalisir pemilihan *escape avoidance* dalam merawat lansia demensia maka akan mengurangi tingkat beban yang dirasa *caregiver*. Hal ini dikarenakan dengan menghindari permasalahan, maka masalah tidak

akan bisa terselesaikan dengan baik dan menyebabkan beban semakin bertambah.⁷¹ Upaya yang dapat dilakukan adalah *caregiver* diberikan pelatihan cara menangani lansia demensia secara efektif agar *caregiver* mampu menghadapi stressornya dan tidak memilih untuk menghindar.

8. *Positive Reappraisal*

Analisa deskriptif domain *positive reappraisal* menunjukkan bahwa 58,54% *caregiver* menggunakan domain tersebut. *Positive reappraisal* adalah cara menghadapi stres dengan menciptakan makna positif yang bertujuan untuk mengembangkan diri termasuk melibatkan diri dalam hal-hal yang religius.²⁹ Pada penelitian didapatkan hasil bahwa *caregiver* sebanyak 63,4% beragama Islam, 25,6% Katolik, dan 11% Kristen. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas *caregiver* memiliki agama. Item pertanyaan yang sering digunakan *caregiver* adalah sering berdoa dan menemukan arti penting dalam kehidupan. Hal ini biasa *caregiver* dapatkan ketika mengikuti ceramah dan tausiah, sehingga menjadikan *caregiver* lebih bersyukur dan lebih tenang ketika menghadapi masalah.

Tingkat spiritualitas yang tinggi berpengaruh dalam aspek psikologis, kesehatan diri, dan dapat mengurangi beban.⁶⁸ Penelitian yang dilakukan Rathier et al tahun 2015 menyatakan bahwa strategi koping dengan religius merupakan cara yang paling efektif dalam membantu masalah yang sudah tidak biasa dikendalikan dan dapat menimbulkan keputusasaan. *Caregiver* yang menggunakan koping ini biasanya memiliki tekanan psikologi yang lebih rendah. Cara lain untuk meningkatkan

koping dengan religiusitas adalah dengan mengikuti layanan keagamaan, doa, meditasi, dan membaca kitab suci.⁷⁷

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai strategi koping *caregiver* lansia demensi di panti wredha, maka kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini antara lain :

1. Karakteristik *caregiver* lansia demensia adalah mayoritas berusia 41-60 tahun, berjenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan SMA/SMK, dan beragama Islam
2. Strategi koping yang sering digunakan *caregiver* lansia demensia di panti wredha adalah *Problem Focused Coping*
3. Domain strategi koping yang sering digunakan *caregiver* lansia demensia di panti wredha adalah *planfull problem, seeking social support, accepting responsibility, dan positive reappraisal*

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan tersebut, maka saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Bagi Lembaga Sosial (Panti Wredha)

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi bahan pertimbangan panti wredha agar tetap memperhatikan stres yang dirasakan *caregiver* ketika merawat lansia demensia, serta diharapkan *caregiver* mampu meningkatkan kesadaran akan pentingnya *support group therapy* untuk

saling bertukar informasi guna meningkatkan pelayanan kepada lansia demensia. Kepala panti wredha dapat menjadi fasilitator dalam membuat jadwal rutin dan memasukkan kedalam agenda rutin untuk mengadakan *support group therapy* kepada *caregiver*.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi para dosen dan mahasiswa khususnya pada keperawatan gerontik, diharapkan penelitian ini mampu menjadi bahan pertimbangan untuk mengembangkan asuhan keperawatan gerontik khususnya kepada *caregiver* lansia demensia dan meningkatkan kemampuan terkait konsep dan teori kepada mahasiswa agar nantinya mampu menjalankan peran sebagai seorang perawat yaitu *educator* dan *role model*.

3. Bagi Pelayanan

Bagi pihak pemberi layanan salah satunya perawat yang berada di panti wredha diharapkan penelitian ini mampu menjadi bahan pertimbangan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terutama pemberian bimbingan/konseling kepada *caregiver* yang masih menggunakan *Emotional Focused* serta memberi pelatihan untuk *caregiver* terkait cara merawat lansia demensia yang efektif.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian kuantitatif untuk mengetahui lebih mendalam mengenai faktor yang paling berpengaruh dalam pemilihan strategi coping *caregiver* lansia demensia di panti wredha.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azizah LM. *Keperawatan lanjut usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011.
2. Manurung CH, Karema W. Gambaran fungsi kognitif pada lansia di desa koka kecamatan tombulu. 2016; 4: 2–5.
3. Alzheimer's Disease International (ADI). *World alzheimer report 2015, the global economic impact of dementia*. 2015. Epub ahead of print 2015. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2004.00293.x.
4. Rees G. Demensia di kawasan asia pasifik : sudah ada wabah. *Access Econ*, <https://www.alz.co.uk/research/files/apreportindonesian.pdf> (2006).
5. Alzheimer's. *No Title*, <https://www.alzi.or.id/tentang-alzheimer-dan-pikun#> (2016).
6. Kemenkes RI. Strategi nasional penanggulangan penyakit alzheimer dan demensia lainnya: menuju lanjut usia sehat dan produktif.
7. Sri S, Setiawan MMS. Hubungan usia demensia dan kemampuan fungsional pada lansia. *J Keterapian Fis* 2017; 2: 34–41.
8. Ratep N, Westa W, Studi P, et al. Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi status kognitif pada lansia di wilayah kerja puskesmas kubu II, januari-februari 2014. *J Med Udayana*; 4.
9. Chiapella L, Sinforiani E. Caregiver burden and coping in early stage. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2012; 26: 55–60.
10. Kusfitadewi RY, Luthviatin N, Ririanty M, et al. *Konsep diri lanjut usia yang tinggal di panti werdha atas keputusan sendiri (studi pada lansia di unit pelaksana teknis pelayanan sosial lanjut usia jember)*. 2016.
11. Ninik Murtiyani dan Reny Haryani. Studi korelasi demensia dengan tingkat ketergantungan lansia dalam pemenuhan activities of daily living. *J Keperawatan* 2010; 9: 41–48.
12. Mlinac ME, Feng MC. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Arch Clin Neuropsychol* 2016; 31: 506–516.
13. FitzGerald JM, O'Regan N, Adamis D, et al. Sleep-wake cycle disturbances in elderly acute general medical inpatients: longitudinal relationship to delirium and dementia. *Alzheimer's Dement Diagnosis, Assess Dis Monit* 2017; 7: 61–68.
14. Cipriani G, Lucetti C, Carlesi C, et al. Depression and dementia. a review. *Eur Geriatr Med* 2015; 6: 479–486.
15. Nikmat AW, Hawthorne G, Al-Mashoor SH. The comparison of quality of

- life among people with mild dementia in nursing home and home care : a preliminary report. *Dementia* 2015; 14: 114–125.
16. Chakma P, Goswami HK. Research article burden & coping in caregiver of persons with dementia. *Int J Curr Res* 2016; 8: 33524–33529.
 17. Triwanti SP, Gutama AS. Meningkatkan kesejahteraan lansia. 2014; 4: 129–136.
 18. Yuliawaty AD. Hubungan antara tingkat stres dengan tingkat kekerasan pada caregiver lansia dengan demensia. *J Psikol Klin dan Kesehat Masy* 2012; 2: 48–53.
 19. Unson C, Flynn D, Glendon MA, et al. Dementia and caregiver stress: an application of the reconceptualized uncertainty in illness theory. *Issues Ment Health Nurs* 2015; 36: 439–446.
 20. Llanque S, Savage L, Rosenburg N, et al. Concept analysis : alzheimer's caregiver stress. *Nurs Forum An Indep Voice Nurs* 2014; 60–70.
 21. Wijngaart MAG Van Den, Vernooij-Dassen MJFJ, Felling AJA. The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging Ment Heal* 2007; 11: 626–636.
 22. Zhu CW, Scarmeas N, Ornstein K, et al. Health-care use and cost in dementia caregivers: longitudinal results from the predictors caregiver study. *Alzheimer's Dement* 2015; 11: 444–454.
 23. Buyck JF, Ankri J, Dugravot A, et al. Informal caregiving and the risk for coronary heart disease: the whitehall II study. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2013; 68: 1316–1323.
 24. Ali S, Bokharey IZ. Maladaptive cognitions and physical health of the caregivers of dementia: an interpretative phenomenological analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2015; 10: 1–9.
 25. Alzheimer's Association. Early-stage caregiving, https://www.alz.org/documents_custom/2017-facts-and-figures.pdf (2017).
 26. Alzheimer's Association. 2017 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2017; 13: 325–373.
 27. Center of Excellence on Elder Abuse and Neglect. Mistreatment of people with dementia by their caregivers. *University of California, Irvine* 2010; 5530.
 28. Chen HM, Huang MF, Yeh YC, et al. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics* 2015; 15: 20–25.

29. Lazarus F. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers* 1987; 141–169.
30. Von Kanel R, Mausbach BT, Dimsdale JE, et al. Ways of coping and biomarkers of an increased atherothrombotic cardiovascular disease risk in elderly individuals. *Cardiovasc Psychiatry Neurol* 2012; 2012: 1–9.
31. Iavarone A, Ziello AR, Pastore F, et al. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with alzheimer's disease. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 1407–1413.
32. Akpeniba J. *Abuse of the Elderly by Formal Caregivers in Nursing Homes*, <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/116421/Akpeniba+James.pdf;jsessionid=6E22B2AD0DF0C3039C9F2C0244C7C96D?sequence=1> (2016).
33. Ginsberg L. *Lectures Notes: Neurologi*. 8th ed. Jakarta: Penerbit Erlangga.
34. Nugroho W. *Keperawatan gerontik & geriatrik*. 8th ed. Jakarta: EGC, 2008.
35. Darmojo dan Martono. *Buku Ajar Geriatri*. 3rd ed. Jakarta: Pusat Informasi dan Penerbitan FK UI, 2007.
36. Perry P dan. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. 4th ed. Jakarta: EGC, 2007.
37. Bandiyah S. *Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2009.
38. Timby B. *Fundamental Nursing and Concept*. Philadelphia: Lippincott Wiliam and Wilkins, 2009.
39. Caregiver, library.upnvj.ac.id (2011).
40. Bumagin V. *Caregiving*. New York: Springer, 2009.
41. Interpretive A, Study D, Czuba K. Understanding Formal Caregivers and Work Stress An Interpretive Description Study Karol Czuba A thesis submitted to Auckland University of Technology in fulfilment of the requirements for the degree of Master of Philosophy. 2015; 1–122.
42. Miller AC. *Nursing Care of Older Adults: Theory and Practice*. New York: Lippincott, 1999.
43. Lumban Gaol NT. Teori stres: stimulus, respons, dan transaksional. *Bul Psikol* 2016; 24: 1.
44. Sunaryo. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC, 2004.
45. Jeffrey S. Nevid SAR& BG. *Psikologi abnormal*. 5th ed. Jakarta: Penerbit

- Erlangga, 2002.
46. Nasir M. *Dasar- Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika, 2011.
 47. Papastavrou E, Tsangari H, Karayiannis G, et al. Caring and coping: the dementia caregivers. *Aging Ment Heal* 2011; 15: 702–711.
 48. Utami AP. *Gambaran Mekanisme Koping Stress pada Pasien Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Sambit Ponorogo Jawa Timur*. 2016.
 49. Smrtnik Vitulić H, Prosen S. Coping and Emotion Regulation Strategies in Adulthood: Specificities Regarding Age, Gender and Level of Education. *Drus Istraz* 2016; 25: 43–62.
 50. Maryam S. Strategi coping : teori dan sumberdayanya. *J Konseling Andi Matappa* 2017; 1: 101–107.
 51. Hidayat AAA. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Medika Salemba, 2009.
 52. Nursalam. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. 3rd ed. Jakarta: Medika Salemba, 2013.
 53. Nursalam. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. 2nd ed. Jakarta: Salemba Medika, 2008.
 54. Hariati A, Veronica MS, Nur S dkk. *Statistika II*. 2nd ed. Yogyakarta: CV. Andi Offset, 2012.
 55. Arikunto S. *Suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
 56. Supriyadi. *Statistik kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika, 2014.
 57. Lusiana N, Andriyani R MM. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kebidanan*. 1st ed. Jakarta: Rajawali Pers, 2014.
 58. Wasis. *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC, 2006.
 59. Siregar S. *Statistika deskriptif untuk penelitian*. Jakarta: Rajawali Pers, 2004.
 60. Riyanto A. *Aplikasi Metode Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2010.
 61. Hefner L GG. *Comparing, discussing two spiritual assessment tool. Couns Older Adults*. 2008.
 62. Ashley NR, Kleinpeter CH. Gender differences in coping strategies of spousal dementia caregivers. 2008; 1359: 37–41.

63. Snyder CM. *Dementia caregiver personality traits and coping strategies: association with care recipient outcomes.*, <https://liverpool.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-17339-141&site=ehost-live&scope=site> (2016).
64. Dulin PL, Dominy JB. The influence of feeling positive about helping among dementia caregivers in New Zealand: helping attitudes predict happiness. *Dementia* 2008; 7: 55–69.
65. Tschanz JAT, Piercy K, Corcoran CD, et al. Caregiver coping strategies predict cognitive and functional decline in dementia: the cache county dementia progression study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21: 57–66.
66. Branscum AY. *Stress and coping model for family caregivers of older adults*, <http://lib.dr.iastate.edu/etd/11363> (2010).
67. Kenneth I. Pargament. *The Psychology of Religion And Coping*. New York, 1997.
68. Nagpal N, Heid AR, Zarit SH, et al. Religiosity and quality of life: a dyadic perspective of individuals with dementia and their caregivers. *Aging Ment Heal* 2015; 19: 500–506.
69. Aschbacher K, Patterson TL, Von Känel R, et al. Coping processes and hemostatic reactivity to acute stress in dementia caregivers. *Psychosom Med* 2005; 67: 964–971.
70. Baker JP, Berenbaum H. The efficacy of problem focused and emotional approach interventions varies as a function of emotional processing style. *Cognit Ther Res* 2008; 32: 66–82.
71. Huang M-F, Huang W-H, Su Y-C, et al. Coping strategy and caregiver burden among caregivers of patients with dementia. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementiasr* 2015; 30: 694–698.
72. Watson J. Caring for caregivers of individuals with dementia : from the perspective of watson's theory of human caring. *J Hacettepe Univ Fac Nurs*; 4.
73. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosom Med* 1993; 55: 234–247.
74. Papastavrou E, Tsangari H, Karayiannis G, et al. Caring and Coping: The Dementia Caregivers. *Aging Ment Heal* 2011; 15: 702–711.
75. Baqutayan SMS. Stress and coping mechanisms: a historical overview. *Mediterr J Soc Sci* 2015; 6: 479–488.
76. Boals A, vanDellen MR, Banks JB. The relationship between self-control

- and health: The mediating effect of avoidant coping. *Psychol Heal* 2011; 26: 1049–1062.
77. Rathier LA, Davis JD, Papandonatos GD, et al. Religious coping in caregivers of family members with dementia. *J Appl Gerontol* 2015; 34: 977–1000.

LAMPIRAN

Lampiran 1: Ijin Pengambilan Data Awal



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : dean_fmdu@undip.ac.id

Nomor : 1568 /UN7.5.4.1/PP/2018
Lampiran : ---
Perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal

05 MAR 2018

Kepada Yth.
Kepala Panti Wredha Harapan Ibu
Jalan Beringin Ngaliyan
di - Semarang

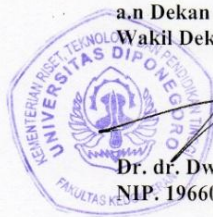
Sehubungan dengan pelaksanaan pengambilan data penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Studi Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Annisa Ika Setyowati
NIM : 22020114120026
Judul / Topik : Strategi Koping Caregiver dalam Merawat Lansia Demensia di Panti Wredha Kota Semarang
Pembimbing : Rita Hadi Widyastuti, M.Kep.Sp.Kep.Kom

Adapun tempat pengambilan data yang dituju adalah : Panti Wredha Harapan Ibu Semarang.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

a.n Dekan
Wakil Dekan I,



Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)
NIP. 19660702 199512 1 001

Tembusan
1. Dekan FK UNDIP
2. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : dean_fmdu@undip.ac.id

Nomor : 157/ UN7.5.4.1/PP/2018
Lampiran : ---
Perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal

05 MAR 2018

Kepada Yth.
Kepala Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading
Jalan Letjen Sarwo Edi Wibowo KM 1
di- Pedurungan Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan pengambilan data penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Studi Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Annisa Ika Setyowati
NIM : 22020114120026
Judul / Topik : Strategi Koping Caregiver dalam Merawat Lansia Demensia di Panti Wredha Kota Semarang
Pembimbing : Rita Hadi Widyastuti, M.Kep.Sp.Kep.Kom

Adapun tempat pengambilan data yang dituju adalah : Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



a.n Dekan
Wakil Dekan I,

Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes., Sp.S(K)U
NIP. 19660702 199512 1 001

Tembusan
1. Dekan FK UNDIP
2. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP

Lampiran 2 : Ijin Penggunaan Kuesioner

The screenshot shows a Gmail inbox on a Windows desktop. The browser address bar shows the URL: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/161d2eff343a6993>. The Gmail interface includes a search bar, navigation buttons, and a list of emails. The selected email is from Annisa Ika to Susan Folkman, dated February 26, 2018. The email content discusses a research project on coping strategies for caregivers of dementia patients and requests permission to use a specific instrument. A reply from Susan Folkman is also visible, dated February 27, 2018, providing a peer review and best wishes for the research.

Annisa Ika <annisaika02@gmail.com> 26 Feb ☆

ke Susan Folkman

Good Evening Mrs

My name is Annisa Ika Setyowati I'm a student in School Of Nursing Faculty of Medicine Diponegoro University from Indonesia. I will held research about Coping Strategy of Caregiver Dementia in Nursing Home with quantitative method. I plan to use The Ways of Coping Instrument because this instrument is suitable with my research. May I use this instrument to be applied on My research? I hope you disposed to help my research by giving your suggestion and permit to use this instrument. Thank you Mrs. I will waiting for your response

Sincerely

Folkman, Susan 27 Feb ☆

ke saya

Inggris > Indonesia [Terjemahkan pesan](#) Nonaktifkan untuk: Inggris x

Peermission isgrantep. The attached memo contains the background, instructions, and scoring for the Ways of Coping, as ell as a copy of the measure,

Best wishes with your research,

Susan Folkman, PhD
Professor or Medicine Emeritus
UCSF

From: Annisa Ika <annisaika02@gmail.com>
Sent: Monday, February 26, 2018 8:26:36 AM
To: Folkman, Susan
Subject: Permission to USE THE WAYS OF COPING Instrument

Lampiran 3 : Kuesioner Penelitian

WAYS OF COPING

Background

The Ways of Coping is a 66-item questionnaire containing a wide range of thoughts and acts that people use to deal with the internal and/or external demands of specific stressful encounters. Usually the encounter is described by the subject in an interview or in a brief written description saying who was involved, where it took place and what happened. Sometimes a particular encounter, such as a medical treatment or an academic examination, is selected by the investigator as the focus of the questionnaire.

Many investigators have asked if the Ways of Coping can be used to assess coping styles or traits. The measure is not designed for this purpose; it is designed as a process measure. It is possible though to look for consistency (style) across occasions by administering the measure repeatedly and then doing intraindividual analyses. Each administration, however, is focused on coping processes in a particular stressful encounter and not on coping styles or traits.

The Ways of Coping differs from the original Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1980) in several ways. The response format in the original version was Yes/No; on the revised version the subject responds on a 4-point Likert scale (0 = does not apply and/or not used; 3 = used a great deal). Redundant and unclear items were deleted or reworded, and several items, such as prayer, were added.

Below is a set of 8 scales derived from factor analysis and a copy of the Ways of Coping Questionnaire (see p. 9). The scales are from a study of a wide range of stressful encounters reported by a community sample of middle-aged married couples (Folkman et al., 1986).

The scales do not include all the items on the Ways of Coping. If you wish to use a shortened version, use just the 50 items listed on the 8 scales. The additional items are retained on the measure because some investigators find them useful.

Scoring

There are two systems for scoring.

The "Raw Score" method is to sum the ratings for each scale. This method provides a score for amount of each type of coping used in the specified event.

The "Relative Score" method was introduced by Vitaliano et al (1987) to control for the variability in scale length:

Relative scores are computed by first obtaining the mean item score for each scale, that is, obtaining raw scores and dividing each by its respective number of items. This is done in order to eliminate bias resulting from differences in the number of items on each scale. Once the mean effort is obtained for each scale (labeled ME), the relative effort is calculated by dividing the ME for the particular scale by the sum of the ME's for each of

Petunjuk Pengisian

1. Isilah pertanyaan berikut pada tempat yang telah disediakan
2. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup jawab dengan tanda melingkari (O) pada pilihan

DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama (Inisial) :
2. Usia : tahun
3. Jenis Kelamin :
 - a. Laki- laki
 - b. Perempuan
4. No. Hp :
5. Pendidikan terakhir :
 - a. Tidak sekolah/ Tidak tamat SD
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMA
 - e. Perguruan tinggi/ D III/ S1

KUESIONER THE WAYS OF COPING

Petunjuk: Bacalah setiap pernyataan di bawah ini. Dengan menggunakan skala penilaian berikut, tunjukkan sejauh mana Anda menggunakan strategi koping pada situasi ketika merawat lansia demensia yang sering meminta bantuan lebih dari yang dibuthkan (meliputi: keperluan ambulasi atau berpindah, *toileting*, kebutuhan makan dan minum).

0 = Tidak digunakan

1 = Jarang digunakan

2 = Kadang-kadang digunakan

3 = Sering digunakan

Pernyataan	Tidak digunakan	Jarang digunakan	Kadang-kadang digunakan	Sering digunakan
Confronting (Menghadapi masalah dengan usaha agresif untuk mengetahui penyebab)				
1. Saya melakukan suatu hal yang menurut saya tidak akan berhasil, tapi setidaknya saya melakukan sesuatu.				
2. Saya mencoba membuat seseorang bertanggung jawab untuk mengubah pikirannya.				
3. Saya menunjukkan kemarahan saya pada orang yang menyebabkan masalah ini.				
4. Saya membiarkan perasaan saya terekspresikan.				
5. Saya mengambil kesempatan besar atau melakukan sesuatu yang sangat berisiko.				

Pernyataan	Tidak digunakan	Jarang digunakan	Kadang-kadang digunakan	Sering digunakan
6. Saya berusaha sendiri dan berjuang untuk apa yang saya inginkan.				
Planful (Menghadapi masalah dengan membentuk perencanaan menghilangkan stress dengan hati-hati)				
7. Saya hanya berkonsentrasi pada apa yang harus saya lakukan berikutnya – apa langkah selanjutnya.				
8. Saya membuat rencana kegiatan dan melaksanakannya.				
9. Saya mengubah sesuatu sehingga segalanya akan baik-baik saja.				
10. Saya belajar dari pengalaman masa lalu saya; saya berada pada situasi yang sama sebelumnya.				
11. Saya tahu apa yang harus dilakukan, jadi saya melipatgandakan upaya saya agar berhasil.				
12. Saya mencoba beberapa solusi berbeda untuk mengatasi masalah ini.				
Distancing (Menghadapi masalah dengan menghindari permasalahan dan menutupinya dengan pandangan positif)				
13. Saya hidup sejalan dengan nasib; hanya kadang-kadang saya memiliki nasib yang buruk.				
14. Saya tetap berlanjut dengan hidup saya seolah-olah tidak ada yang terjadi.				
15. Saya tetap optimis; saya berusaha melihat sisi positif dari suatu masalah.				

Pernyataan	Tidak digunakan	Jarang digunakan	Kadang-kadang digunakan	Sering digunakan
16. Saya mencoba melupakan semua yang terjadi.				
17. Saya tidak membiarkan masalah ini mengganggu saya; saya tidak mau memikirkannya terlalu banyak.				
18. Saya menganggap masalah ini tidak terlalu penting; saya tidak mau memikirkannya terlalu serius.				
Self-Controlling (Menghadapi masalah dengan cara menahan diri/ mengatur perasaan)				
19. Saya mencoba untuk tidak merusak hubungan saya dengan orang lain, tetapi membuatnya menjadi sedikit lebih terbuka.				
20. Saya mencoba menjaga perasaan saya pada diri sendiri.				
21. Saya mencoba untuk tidak bertindak terlalu tergesa-gesa atau mengikuti firasat pertama saya.				
22. Saya menjaga agar orang lain tidak tahu bagaimana buruknya masalah yang saya alami.				
23. Saya mencoba untuk menjaga perasaan saya terhadap masalah ini agar tidak mengganggu hal-hal yang lain.				
24. Saya berpikir tentang bagaimana orang yang saya kagumi mengatasi situasi ini dan saya akan menggunakannya sebagai contoh.				
25. Saya mencoba melihat segala sesuatu dari sudut pandang orang lain.				

Pernyataan	Tidak digunakan	Jarang digunakan	Kadang-kadang digunakan	Sering digunakan
Seeking Social (Menghadapi masalah dengan mencari dukungan sosial pada lingkungan sekitar)				
26. Saya berbicara dengan seseorang untuk mengetahui lebih jauh tentang situasi yang terjadi.				
27. Saya mendapat simpati dan pemahaman dari seseorang.				
28. Saya mendapatkan bantuan profesional.				
29. Saya berbicara dengan seseorang yang dapat melakukan sesuatu yang konkret untuk mengatasi masalah ini.				
30. Saya meminta saran pada keluarga atau teman yang saya hormati.				
31. Saya bicara dengan seseorang tentang bagaimana perasaan saya.				
Accepting (Menghadapi masalah dengan berserah diri)				
32. Saya mengkritik atau mengajari diri sendiri.				
33. Saya meminta maaf atau melakukan sesuatu untuk menggantinya.				
34. Saya menyadari bahwa saya membawa masalah pada diri saya sendiri.				
35. Saya berjanji pada diri sendiri bahwa segala sesuatu akan berubah di waktu mendatang.				
Escape Avoidance (Menghadapi masalah dengan melarikan diri dari masalah)				
36. Saya berharap keajaiban akan terjadi.				
37. Saya tidur lebih dari biasanya.				

Pernyataan	Tidak digunakan	Jarang digunakan	Kadang-kadang digunakan	Sering digunakan
38. Saya mencoba membuat diri saya merasa lebih baik dengan makan, minum, merokok, minum obat, dll.				
39. Saya menghindari kebersamaan dengan orang lain.				
40. Saya menyalahkan orang lain atas apa yang terjadi pada saya.				
41. Saya menolak untuk percaya kalau masalah ini telah terjadi.				
42. Saya berharap masalah ini segera menjauh atau berakhir.				
43. Saya mempunyai khayalan atau keinginan bagaimana segala sesuatu mungkin terjadi.				
Positive Reappraisal (Menghadapi masalah dengan usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan religi)				
44. Saya terinspirasi untuk melakukan sesuatu yang kreatif.				
45. Saya berubah atau tumbuh sebagai seseorang dengan cara yang baik.				
46. Saya merasa lebih baik dari pada sebelumnya.				
47. Saya menemukan keyakinan yang baru.				
48. Saya menemukan kembali apa yang penting dalam hidup ini.				
49. Saya mengubah sesuatu tentang diri saya sendiri.				
50. Saya tetap berdoa.				

Lampiran 4 : Surat Permohonan *Ethical Clearance*



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN
DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN
Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76480919 Faximile : (024) 76486849
Website : www.keperawatan.undip.ac.id

Nomor : 725 /UN7.5.4/D.Kep/DL/2018
Lampiran : ---
Perihal : Permohonan Ethical Clearance

0 2 JUL 2018

Yth. Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan
FK. UNDIP/RSUP Dr. Kariadi Semarang
Semarang

Kami beritahukan bahwa mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro tersebut dibawah ini:

Nama : Annisa Ika Setyowati
NIM : 22020114120026

Akan melaksanakan penelitian dengan judul : Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha.

Proposal yang bersangkutan sudah melalui proses review secara akademik di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Dosen Pembimbing : Rita Hadi Widyastuti, M.Kep.Sp.Kep.Kom
Reviewer : 1. Megah Andriany, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.
2. Ns. Suzana Widyaningsih, S.Kep., MNS

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mengajukan permohonan Ethical Clearance untuk penelitian tersebut.

Atas perhatian Saudara kami ucapkan terima kasih.



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes.
NIP 197109191994031001

Tembusan :
1. Sekretaris Departemen Keperawatan FK UNDIP
2. Pembimbing
3. Peringgal



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
DAN RSUP dr KARIADI SEMARANG
Sekretariat : Kantor Dekanat Lama FK Undip Lt.1
Jl. Dr. Soetomo 18. Semarang
Telp/Fax. 024-76928010/024-76928011, Pes. 7820
E-mail komisetik@gmail.com



ETHICAL CLEARANCE

No. 529/EC/FK-RSDK/VII/2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro- RSUP.
Dr. Kariadi Semarang, setelah membaca dan menelaah Usulan Penelitian dengan judul :

Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha

Nama Peneliti : **Annisa Ika Setyowati**

Pembimbing : Rita Hadi Widyastuti, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom

Penelitian : Dilaksanakan di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading,
Panti Wredha Harapan Ibu, dan Wisma Harapan Asri, dan Wisma
Lansia Harapan Asri

Setuju untuk dilaksanakan, dengan memperhatikan prinsip-prinsip yang dinyatakan
dalam Deklarasi Helsinki 1975, yang diamandemen di Seoul 2008 dan Pedoman
Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan RI 2011.

Penelitian harus melampirkan 2 kopi lembar Informed Consent yang telah disetujui
dan ditanda tangani oleh peserta penelitian pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan :

- Laporan kemajuan penelitian (*clinical trial*)
- Laporan kejadian efek samping jika ada
- ✓ - Laporan ke KEPK jika penelitian sudah selesai & dilampiri Abstrak Hasil Penelitian

Semarang,

02 AUG 2018



Prof. Dr. dr. Suprihati, M.Sc, Sp.THT-KL(K)
NIP. 19500621 197703 2 001



Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro /
RSUP Dr. Kariadi Semarang

Judul:
Telaah Laporan Akhir

FL-~~NO~~ 529/VII/2018

SOP/013/KEPK FK UNDAF
Berlaku mulai :
Oktober 2013
Revisi : Pertama



Pada laporan ini :

Dilampiri ringkasan /abstrak
Penelitian.

LAMPIRAN I
FL/01-013/01
Hal 1 dari 1

Formulir Laporan Penelitian

No. Protokol: <input type="text" value="11111387"/>	Tgl. Penerimaan:
Judul Protokol:	
Ketua Pelaksana:	Annisa Ika Setyowati
No. Telepon:	E-mail:
Nama Sponsor:	
Alamat:	
No. Telepon:	E-mail:
Tempat penelitian:	
Jumlah Sampel:	Jumlah Kontrol:
Jumlah subjek penelitian yang mendapat hasil pemeriksaan dalam penelitian:	
Bahan Penelitian:	
Perlakuan:	
Takaran:	
Lama Penelitian:	
Tujuan:	
Hasil: <small>(Gambarkan balasan jika jika diperlukan)</small>	
Tanda tangan Ketua pelaksana	Tanggal:

Lampiran 5 : Surat Permohonan Uji Validitas



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH DINAS SOSIAL

Jl. Pahlawan No. 12 Telp.8311729, 8311843, Fax. 8450704 Semarang
Website : <http://dinsos.jatengprov.go.id> / email: dinsosjateng@gmail.com

SURAT IZIN

Nomor: 071/14/VII/2018

TENTANG IZIN PENELITIAN

- Dasar :
1. Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, Nomor : 5380/UN7.5.4.1/DL/2018 tanggal 24 Juli 2018 Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**;
 2. Surat Rekomendasi Penelitian Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Jawa Tengah Nomor : 070/7205/04.5/2018 tanggal 25 Juli 2018, Perihal Rekomendasi Izin Penelitian.

MEMBERI IZIN

- Kepada : Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang;
- Nama : **ANNISA EKA SETYOWATI**
- N I M : 22020114120026
- Untuk : Melaksanakan Kegiatan Penelitian di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Wening Wardoyo Ungaran Pada Panti Pelayanan Sosial Anak Wira Adhi Karya Ungaran.

Waktu Penelitian : **dari tanggal 31 Juli s/d 13 Agustus 2018.**

Judul Penelitian : **Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Wening Wardoyo Ungaran.**

3. Setelah selesai melaksanakan Kegiatan Penelitian, diwajibkan membuat laporan yang ditujukan kepada Kepala Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah;
4. Yang bersangkutan wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Wening Wardoyo Ungaran.

Demikian untuk menjadikan maklum dan surat izin ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Semarang ;
pada tanggal 30 Juli 2018.



TEMBUSAN: KepadaYth.

1. Kepala Panti Pelayanan Sosial Anak Wira Adhi Karya Ungaran;
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang;

Lampiran 6 : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

HASIL UJI VALIDITAS DOMAIN CONFRONTING COPING

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	SUM
P1	Pearson Correlation	1	.063	.156	.342	.515**	.247	.712**
	Sig. (2-tailed)		.748	.429	.075	.005	.206	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P2	Pearson Correlation	.063	1	.229	.424*	-.116	-.128	.368
	Sig. (2-tailed)	.748		.241	.025	.556	.517	.054
	N	28	28	28	28	28	28	28
P3	Pearson Correlation	.156	.229	1	.298	.313	-.332	.524**
	Sig. (2-tailed)	.429	.241		.124	.104	.084	.004
	N	28	28	28	28	28	28	28
P4	Pearson Correlation	.342	.424*	.298	1	.162	-.046	.617**
	Sig. (2-tailed)	.075	.025	.124		.411	.815	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P5	Pearson Correlation	.515**	-.116	.313	.162	1	.394*	.733**
	Sig. (2-tailed)	.005	.556	.104	.411		.038	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P6	Pearson Correlation	.247	-.128	-.332	-.046	.394*	1	.355
	Sig. (2-tailed)	.206	.517	.084	.815	.038		.064
	N	28	28	28	28	28	28	28

SUM	Pearson Correlation	.712**	.368	.524**	.617**	.733**	.355	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.054	.004	.000	.000	.064	
	N	28	28	28	28	28	28	28

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

HASIL UJI VALIDITAS DOMAIN PLANFUL

Correlations

		P7	P8	P9	P10	P11	P12	SUM
P7	Pearson Correlation	1	-.257	-.477*	-.323	.233	-.137	.012
	Sig. (2-tailed)		.186	.010	.094	.233	.485	.952
	N	28	28	28	28	28	28	28
P8	Pearson Correlation	-.257	1	.675**	.610**	.187	.646**	.783**
	Sig. (2-tailed)	.186		.000	.001	.340	.000	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P9	Pearson Correlation	-.477*	.675**	1	.594**	.153	.377*	.689**
	Sig. (2-tailed)	.010	.000		.001	.436	.048	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P10	Pearson Correlation	-.323	.610**	.594**	1	.016	.680**	.730**
	Sig. (2-tailed)	.094	.001	.001		.934	.000	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P11	Pearson Correlation	.233	.187	.153	.016	1	.274	.544**

	Sig. (2-tailed)	.233	.340	.436	.934		.159	.003
	N	28	28	28	28	28	28	28
P12	Pearson Correlation	-.137	.646**	.377*	.680**	.274	1	.766**
	Sig. (2-tailed)	.485	.000	.048	.000	.159		.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
SUM	Pearson Correlation	.012	.783**	.689**	.730**	.544**	.766**	1
	Sig. (2-tailed)	.952	.000	.000	.000	.003	.000	
	N	28	28	28	28	28	28	28

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

HASIL UJI VALIDITAS DOMAIN DISTANCING

Correlations

		P13	P14	P15	P16	P17	P18	SUM
P13	Pearson Correlation	1	.528**	.211	.138	.370	.518**	.700**
	Sig. (2-tailed)		.004	.282	.485	.053	.005	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P14	Pearson Correlation	.528**	1	.259	.611**	.439*	.573**	.845**
	Sig. (2-tailed)	.004		.183	.001	.019	.001	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P15	Pearson Correlation	.211	.259	1	.383*	.127	.475*	.500**
	Sig. (2-tailed)	.282	.183		.044	.519	.011	.007

	N	28	28	28	28	28	28	28
P16	Pearson Correlation	.138	.611**	.383*	1	.626**	.266	.693**
	Sig. (2-tailed)	.485	.001	.044		.000	.171	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P17	Pearson Correlation	.370	.439*	.127	.626**	1	.214	.675**
	Sig. (2-tailed)	.053	.019	.519	.000		.273	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P18	Pearson Correlation	.518**	.573**	.475*	.266	.214	1	.739**
	Sig. (2-tailed)	.005	.001	.011	.171	.273		.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
SUM	Pearson Correlation	.700**	.845**	.500**	.693**	.675**	.739**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.007	.000	.000	.000	
	N	28	28	28	28	28	28	28

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

HASIL UJI VALIDITAS DOMAIN SELF-CONTROLLING

Correlations

		P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	SUM
P19	Pearson Correlation	1	.180	.057	.155	.080	.247	.159	.487**

	Sig. (2-tailed)		.359	.774	.431	.686	.206	.419	.009
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P20	Pearson Correlation	.180	1	-.125	-.156	.325	.429*	-.023	.355
	Sig. (2-tailed)	.359		.527	.427	.091	.023	.909	.064
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P21	Pearson Correlation	.057	-.125	1	.459*	.338	.179	-.114	.550**
	Sig. (2-tailed)	.774	.527		.014	.079	.362	.563	.002
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P22	Pearson Correlation	.155	-.156	.459*	1	.204	.099	.367	.591**
	Sig. (2-tailed)	.431	.427	.014		.299	.615	.055	.001
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P23	Pearson Correlation	.080	.325	.338	.204	1	.805**	-.037	.708**
	Sig. (2-tailed)	.686	.091	.079	.299		.000	.853	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P24	Pearson Correlation	.247	.429*	.179	.099	.805**	1	.291	.763**
	Sig. (2-tailed)	.206	.023	.362	.615	.000		.133	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P25	Pearson Correlation	.159	-.023	-.114	.367	-.037	.291	1	.373
	Sig. (2-tailed)	.419	.909	.563	.055	.853	.133		.051
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
SUM	Pearson Correlation	.487**	.355	.550**	.591**	.708**	.763**	.373	1

Sig. (2-tailed)	.009	.064	.002	.001	.000	.000	.051	
N	28	28	28	28	28	28	28	28

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

HASIL UJI VALIDITAS DOMAIN SEEKING SOCIAL

Correlations

		P26	P27	P28	P29	P30	P31	SUM
P26	Pearson Correlation	1	-.022	-.082	.177	.169	.461*	.473*
	Sig. (2-tailed)		.911	.679	.367	.391	.014	.011
	N	28	28	28	28	28	28	28
P27	Pearson Correlation	-.022	1	.103	.458*	-.047	.362	.539**
	Sig. (2-tailed)	.911		.602	.014	.812	.059	.003
	N	28	28	28	28	28	28	28
P28	Pearson Correlation	-.082	.103	1	.534**	.315	.213	.549**
	Sig. (2-tailed)	.679	.602		.003	.103	.277	.002
	N	28	28	28	28	28	28	28
P29	Pearson Correlation	.177	.458*	.534**	1	.256	.223	.708**
	Sig. (2-tailed)	.367	.014	.003		.188	.253	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
P30	Pearson Correlation	.169	-.047	.315	.256	1	.266	.552**
	Sig. (2-tailed)	.391	.812	.103	.188		.172	.002

	N	28	28	28	28	28	28	28
P31	Pearson Correlation	.461*	.362	.213	.223	.266	1	.743**
	Sig. (2-tailed)	.014	.059	.277	.253	.172		.000
	N	28	28	28	28	28	28	28
SUM	Pearson Correlation	.473*	.539**	.549**	.708**	.552**	.743**	1
	Sig. (2-tailed)	.011	.003	.002	.000	.002	.000	
	N	28	28	28	28	28	28	28

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

HASIL UJI VALIDITAS DOMAIN ACCEPTING

Correlations

		P32	P33	P34	P35	SUM
P32	Pearson Correlation	1	-.025	.399*	.559**	.738**
	Sig. (2-tailed)		.898	.036	.002	.000
	N	28	28	28	28	28
P33	Pearson Correlation	-.025	1	.102	.444*	.521**
	Sig. (2-tailed)	.898		.605	.018	.004
	N	28	28	28	28	28
P34	Pearson Correlation	.399*	.102	1	.124	.655**
	Sig. (2-tailed)	.036	.605		.529	.000
	N	28	28	28	28	28
P35	Pearson Correlation	.559**	.444*	.124	1	.763**

P40	Pearson Correlation	.206	-.167	.310	.147	1	.359	.209	.120	.421
	Sig. (2-tailed)	.294	.397	.108	.456		.061	.285	.544	.026
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28
P41	Pearson Correlation	.232	-.202	-.056	.338	.359	1	.456*	-.111	.449*
	Sig. (2-tailed)	.234	.304	.779	.078	.061		.015	.573	.017
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28
P42	Pearson Correlation	.168	-.157	-.077	-.145	.209	.456*	1	.350	.475*
	Sig. (2-tailed)	.394	.426	.695	.462	.285	.015		.068	.011
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28
P43	Pearson Correlation	.437*	.363	.000	-.293	.120	-.111	.350	1	.586**
	Sig. (2-tailed)	.020	.058	1.000	.130	.544	.573	.068		.001
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28
SUM	Pearson Correlation	.786**	.474*	.282	.229	.421*	.449*	.475*	.586**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.011	.146	.241	.026	.017	.011	.001	
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

HASIL UJI VALID DOMAIN POSITIVE REAPPRAISAL

Correlations

	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50	SUM
P44	1	.445*	.403*	-.192	-.083	.213	.219	.432*
		.018	.034	.328	.674	.277	.263	.022

	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P45	Pearson Correlation	.445 [*]	.387 [*]	.387 [*]	.050	.322	.289	.251	.596 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.018	.042	.042	.802	.095	.136	.197	.001
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P46	Pearson Correlation	.403 [*]	.387 [*]	1	.467 [*]	.263	.629 ^{**}	.138	.850 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.034	.042		.012	.177	.000	.482	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P47	Pearson Correlation	-.192	.050	.467 [*]	1	.129	.249	-.130	.524 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.328	.802	.012		.512	.201	.509	.004
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P48	Pearson Correlation	-.083	.322	.263	.129	1	.565 ^{**}	.319	.560 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.674	.095	.177	.512		.002	.098	.002
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P49	Pearson Correlation	.213	.289	.629 ^{**}	.249	.565 ^{**}	1	.313	.779 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.277	.136	.000	.201	.002		.105	.000
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
P50	Pearson Correlation	.219	.251	.138	-.130	.319	.313	1	.353
	Sig. (2-tailed)	.263	.197	.482	.509	.098	.105		.065
	N	28	28	28	28	28	28	28	28
SUM	Pearson Correlation	.432 [*]	.596 ^{**}	.850 ^{**}	.524 ^{**}	.560 ^{**}	.779 ^{**}	.353	1

Sig. (2-tailed)	.022	.001	.000	.004	.002	.000	.065	
N	28	28	28	28	28	28	28	28

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.876	.873	50

Inter-Item Correlation Matrix

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
P1	1.000	.063	.156	.342	.515	.247	.413	-.127	-.132	-.124
P2	.063	1.000	.229	.424	-.116	-.128	.000	.291	.389	.258
P3	.156	.229	1.000	.298	.313	-.332	-.211	.114	.262	.366
P4	.342	.424	.298	1.000	.162	-.046	.236	-.035	-.199	-.058
P5	.515	-.116	.313	.162	1.000	.394	.181	.164	.125	.093
P6	.247	-.128	-.332	-.046	.394	1.000	.486	-.170	-.198	-.208
P7	.413	.000	-.211	.236	.181	.486	1.000	-.257	-.477	-.323
P8	-.127	.291	.114	-.035	.164	-.170	-.257	1.000	.675	.610
P9	-.132	.389	.262	-.199	.125	-.198	-.477	.675	1.000	.594
P10	-.124	.258	.366	-.058	.093	-.208	-.323	.610	.594	1.000
P11	-.081	.398	-.325	.269	.010	.577	.233	.187	.153	.016
P12	.012	.265	.217	.476	.286	-.063	-.137	.646	.377	.680
P13	.166	.327	.675	.324	.228	-.125	-.044	.254	.400	.253
P14	.142	.504	.114	.360	-.191	-.028	.255	.008	.120	-.122
P15	.265	.643	.074	.500	.187	.123	.043	.125	.125	.145
P16	-.101	.631	-.282	.072	-.352	.035	-.077	.291	.376	.172
P17	-.152	.452	-.183	.140	-.312	-.009	-.055	.207	.257	-.170
P18	.482	.474	.290	.625	.404	.444	.255	.061	.141	-.041
P19	.009	.063	-.324	.288	-.502	-.045	.362	-.496	-.534	-.639
P20	.410	.172	-.118	.036	-.090	.033	-.174	-.200	.100	-.150
P21	.077	.375	.142	.081	.008	-.150	.015	.276	.500	.075
P22	.063	.485	.339	.345	-.115	-.318	.007	.252	.315	.090
P23	.133	.420	-.192	.178	-.049	.268	.169	.000	.304	-.297
P24	.441	.383	-.113	.495	.127	.364	.383	-.021	.058	-.356
P25	.458	.000	.171	.354	.135	.224	.447	.145	-.177	-.012
P26	.248	.088	-.404	.106	.035	.556	.374	-.291	-.025	-.213
P27	.080	.294	.079	.365	-.146	-.193	-.085	.452	.056	.324
P28	.383	-.091	-.018	-.148	-.005	-.124	.016	.302	.132	.133
P29	.343	.454	.330	.379	-.059	-.293	-.089	.332	.443	.393
P30	-.098	.225	-.169	-.281	.022	.041	-.319	.511	.671	.066
P31	.033	.200	-.327	.299	-.060	.351	.208	.266	.010	-.151
P32	.016	.485	-.077	.191	-.072	-.133	-.042	-.101	.113	-.424
P33	.252	.417	.286	.324	.170	-.240	-.365	.485	.383	.550

	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
P1	-.081	.012	.166	.142	.265	-.101	-.152	.482	.009	.410

P2	.398	.265	.327	.504	.643	.631	.452	.474	.063	.172
P3	-.325	.217	.675	.114	.074	-.282	-.183	.290	-.324	-.118
P4	.269	.476	.324	.360	.500	.072	.140	.625	.288	.036
P5	.010	.286	.228	-.191	.187	-.352	-.312	.404	-.502	-.090
P6	.577	-.063	-.125	-.028	.123	.035	-.009	.444	-.045	.033
P7	.233	-.137	-.044	.255	.043	-.077	-.055	.255	.362	-.174
P8	.187	.646	.254	.008	.125	.291	.207	.061	-.496	-.200
P9	.153	.377	.400	.120	.125	.376	.257	.141	-.534	.100
P10	.016	.680	.253	-.122	.145	.172	-.170	-.041	-.639	-.150
P11	1.000	.274	.043	.303	.277	.587	.554	.503	.197	.086
P12	.274	1.000	.347	.145	.426	.268	-.002	.335	-.358	-.205
P13	.043	.347	1.000	.528	.211	.138	.370	.518	-.083	-.056
P14	.303	.145	.528	1.000	.259	.611	.439	.573	.488	.156
P15	.277	.426	.211	.259	1.000	.383	.127	.475	-.020	.249
P16	.587	.268	.138	.611	.383	1.000	.626	.266	.246	.163
P17	.554	-.002	.370	.439	.127	.626	1.000	.214	.386	.044
P18	.503	.335	.518	.573	.475	.266	.214	1.000	.080	.327
P19	.197	-.358	-.083	.488	-.020	.246	.386	.080	1.000	.180
P20	.086	-.205	-.056	.156	.249	.163	.044	.327	.180	1.000
P21	.148	.136	.456	.570	-.017	.498	.430	.271	.057	-.125
P22	.038	.280	.674	.711	.273	.418	.490	.306	.155	-.156
P23	.418	-.186	.092	.254	.225	.265	.451	.443	.080	.325
P24	.526	-.063	.084	.281	.288	.142	.337	.646	.247	.429
P25	.171	.221	.400	.294	.084	.003	.167	.386	.159	-.023
P26	.458	-.212	-.229	-.061	.000	.105	.170	.277	.114	.181
P27	.242	.423	.192	.032	.000	.300	.434	.093	.080	-.152
P28	-.312	.003	.000	-.047	-.088	-.166	-.253	.057	-.136	.492
P29	.059	.333	.476	.267	.146	.205	.222	.402	-.106	.399
P30	.204	.023	.147	.142	.000	.288	.363	.189	-.269	.309
P31	.595	.116	-.175	-.058	.129	.156	.320	.338	.236	.172
P32	.182	-.234	.079	.418	.195	.418	.408	.306	.339	.282
P33	-.014	.682	.319	.084	.604	.395	.106	.220	-.357	.054

Inter-Item Correlation Matrix

	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
P1	.077	.063	.133	.441	.458	.248	.080	.383	.343	-.098
P2	.375	.485	.420	.383	.000	.088	.294	-.091	.454	.225
P3	.142	.339	-.192	-.113	.171	-.404	.079	-.018	.330	-.169
P4	.081	.345	.178	.495	.354	.106	.365	-.148	.379	-.281
P5	.008	-.115	-.049	.127	.135	.035	-.146	-.005	-.059	.022
P6	-.150	-.318	.268	.364	.224	.556	-.193	-.124	-.293	.041
P7	.015	.007	.169	.383	.447	.374	-.085	.016	-.089	-.319
P8	.276	.252	.000	-.021	.145	-.291	.452	.302	.332	.511
P9	.500	.315	.304	.058	-.177	-.025	.056	.132	.443	.671
P10	.075	.090	-.297	-.356	-.012	-.213	.324	.133	.393	.066
P11	.148	.038	.418	.526	.171	.458	.242	-.312	.059	.204
P12	.136	.280	-.186	-.063	.221	-.212	.423	.003	.333	.023
P13	.456	.674	.092	.084	.400	-.229	.192	.000	.476	.147

P14	.570	.711	.254	.281	.294	-.061	.032	-.047	.267	.142
P15	-.017	.273	.225	.288	.084	.000	.000	-.088	.146	.000
P16	.498	.418	.265	.142	.003	.105	.300	-.166	.205	.288
P17	.430	.490	.451	.337	.167	.170	.434	-.253	.222	.363
P18	.271	.306	.443	.646	.386	.277	.093	.057	.402	.189
P19	.057	.155	.080	.247	.159	.114	.080	-.136	-.106	-.269
P20	-.125	-.156	.325	.429	-.023	.181	-.152	.492	.399	.309
P21	1.000	.459	.338	.179	-.114	.145	.149	-.106	.311	.406
P22	.459	1.000	.204	.099	.367	-.227	.206	-.127	.325	.140
P23	.338	.204	1.000	.805	-.037	.662	-.123	.038	.343	.566
P24	.179	.099	.805	1.000	.291	.624	.032	.154	.403	.328
P25	-.114	.367	-.037	.291	1.000	-.039	.319	.207	.221	-.123
P26	.145	-.227	.662	.624	-.039	1.000	-.022	-.082	.177	.169
P27	.149	.206	-.123	.032	.319	-.022	1.000	.103	.458	-.047
P28	-.106	-.127	.038	.154	.207	-.082	.103	1.000	.534	.315
P29	.311	.325	.343	.403	.221	.177	.458	.534	1.000	.256
P30	.406	.140	.566	.328	-.123	.169	-.047	.315	.256	1.000
P31	.009	-.277	.449	.658	.155	.461	.362	.213	.223	.266
P32	.459	.164	.458	.378	-.204	.155	-.061	-.127	.127	.358
P33	.145	.328	-.146	-.133	.164	-.292	.429	.057	.360	.000

Inter-Item Correlation Matrix

	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
P1	.033	.016	.252	.126	.166	-.112	.111	-.112	-.272	-.360
P2	.200	.485	.417	.436	.665	.445	.468	.503	-.144	.000
P3	-.327	-.077	.286	.363	-.013	.398	.347	.113	-.261	-.069
P4	.299	.191	.324	.419	.426	.422	.360	.178	-.057	-.053
P5	-.060	-.072	.170	-.003	-.073	-.002	.123	-.097	-.405	-.079
P6	.351	-.133	-.240	-.283	.036	.008	-.048	.209	.067	.126
P7	.208	-.042	-.365	-.078	-.015	.048	-.104	-.129	.129	-.152
P8	.266	-.101	.485	.054	-.166	-.181	.022	.263	-.179	-.059
P9	.010	.113	.383	.097	.019	-.044	.419	.207	-.303	-.105
P10	-.151	-.424	.550	-.152	.007	.091	-.105	.256	-.256	-.063
P11	.595	.182	-.014	.008	.287	.243	.313	.276	.296	.085
P12	.116	-.234	.682	.031	.091	.133	.048	.264	-.340	-.033
P13	-.175	.079	.319	.606	.000	.291	.481	.235	-.235	.115
P14	-.058	.418	.084	.498	.166	.243	.554	.255	-.037	-.076
P15	.129	.195	.604	.123	.599	.302	.150	.301	-.486	-.057
P16	.156	.418	.395	.152	.479	.138	.315	.344	-.102	-.016
P17	.320	.408	.106	.531	.277	.047	.361	.225	.165	.184
P18	.338	.306	.220	.379	.336	.406	.591	.409	-.091	.000
P19	.236	.339	-.357	.230	.116	.133	.085	-.139	.358	-.024
P20	.172	.282	.054	.042	.206	.038	.259	-.056	.204	-.228
P21	.009	.459	.145	.514	.104	-.106	.533	.154	-.246	-.101
P22	-.277	.164	.328	.557	.124	.110	.454	.310	-.310	-.046
P23	.449	.458	-.146	.252	.335	.021	.533	.272	.091	-.074
P24	.658	.378	-.133	.218	.291	.122	.516	.098	.232	-.145
P25	.155	-.204	.164	.039	-.040	.190	.097	-.051	.051	-.165

P26	.461	.155	-.292	-.106	.359	.007	.191	.140	.162	.053
P27	.362	-.061	.429	.350	.193	.012	-.093	.362	.145	.089
P28	.213	-.127	.057	-.083	-.300	-.290	-.216	.031	.126	-.103
P29	.223	.127	.360	.350	.228	.156	.325	.244	.070	.007
P30	.266	.358	.000	.238	-.068	-.228	.437	.268	.055	-.045
P31	1.000	.159	-.083	-.047	.129	.037	.034	.177	.341	.050
P32	.159	1.000	-.025	.399	.559	.398	.648	-.004	.056	.082
P33	-.083	-.025	1.000	.102	.444	.093	.014	.225	-.645	-.110

Inter-Item Correlation Matrix

	P41	P42	P43	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50
P1	-.129	.219	-.216	.324	-.068	.412	.419	-.016	.298	-.043
P2	-.082	.000	.170	.161	.416	.271	.222	.086	.243	.176
P3	.088	.057	.389	-.403	-.224	-.080	.071	.296	-.032	-.052
P4	.198	-.004	-.144	.039	-.063	.168	.225	.182	.456	.053
P5	-.106	.317	.316	.024	-.310	.003	.279	-.150	-.093	-.167
P6	-.027	.039	-.130	.353	.148	.405	.399	-.231	.120	-.261
P7	.170	.301	-.183	.566	-.012	.371	.151	.104	.388	.010
P8	-.449	-.364	.198	-.201	.294	.011	.287	.401	-.121	.059
P9	-.402	-.222	.491	-.246	.119	-.076	.370	.129	-.292	.105
P10	.014	.005	.306	.009	.287	-.021	-.051	.216	-.186	.063
P11	.042	-.240	-.090	.156	.307	.368	.551	-.086	.265	.055
P12	-.093	-.139	.120	-.061	.126	-.110	.141	.205	-.058	.033
P13	.054	-.084	.334	-.316	-.272	.000	.291	.282	-.053	.000
P14	-.163	-.122	-.034	.007	.099	.035	.322	.156	.161	.183
P15	-.158	.062	.000	.311	.267	.022	.054	-.249	-.078	.057
P16	-.251	-.261	-.048	.039	.375	.153	.329	-.090	.095	.164
P17	.067	-.344	-.038	-.156	-.030	.258	.332	.015	.167	.175
P18	-.155	-.081	.036	.051	.131	.300	.633	.109	.308	-.112
P19	.183	-.100	-.388	.140	.011	.024	-.068	.082	.452	.293
P20	-.211	-.083	-.234	.166	.322	.088	.273	-.200	.021	.046
P21	-.282	-.256	.146	-.133	-.153	.101	.428	.125	.084	-.012
P22	-.068	-.003	.206	-.201	-.130	-.004	.153	.282	.038	.302
P23	-.206	-.135	.048	.135	.087	.370	.537	-.036	.170	-.074
P24	-.152	-.159	-.174	.229	.148	.509	.697	.099	.431	.010
P25	-.031	-.147	-.118	-.048	-.031	.378	.405	.383	.306	.165
P26	.148	.126	-.060	.435	.062	.560	.384	-.090	.451	-.053
P27	.175	-.243	-.200	-.122	.196	.402	.154	.455	.541	.067
P28	-.376	-.078	-.185	.163	.388	.103	.132	.445	.085	-.089
P29	.019	-.028	.062	.013	.178	.304	.383	.445	.312	-.007
P30	-.568	-.397	.204	-.155	.227	.070	.421	.077	-.167	.045
P31	-.187	-.460	-.272	.157	.392	.384	.455	.310	.478	-.050
P32	-.247	-.050	.206	-.201	-.054	-.004	.274	-.156	.215	.046
P33	-.239	-.148	.047	-.134	.087	-.014	.104	-.054	-.152	-.037

Inter-Item Correlation Matrix

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
P34	.126	.436	.363	.419	-.003	-.283	-.078	.054	.097	-.152
P35	.166	.665	-.013	.426	-.073	.036	-.015	-.166	.019	.007
P36	-.112	.445	.398	.422	-.002	.008	.048	-.181	-.044	.091
P37	.111	.468	.347	.360	.123	-.048	-.104	.022	.419	-.105
P38	-.112	.503	.113	.178	-.097	.209	-.129	.263	.207	.256
P39	-.272	-.144	-.261	-.057	-.405	.067	.129	-.179	-.303	-.256
P40	-.360	.000	-.069	-.053	-.079	.126	-.152	-.059	-.105	-.063
P41	-.129	-.082	.088	.198	-.106	-.027	.170	-.449	-.402	.014
P42	.219	.000	.057	-.004	.317	.039	.301	-.364	-.222	.005
P43	-.216	.170	.389	-.144	.316	-.130	-.183	.198	.491	.306
P44	.324	.161	-.403	.039	.024	.353	.566	-.201	-.246	.009
P45	-.068	.416	-.224	-.063	-.310	.148	-.012	.294	.119	.287
P46	.412	.271	-.080	.168	.003	.405	.371	.011	-.076	-.021
P47	.419	.222	.071	.225	.279	.399	.151	.287	.370	-.051
P48	-.016	.086	.296	.182	-.150	-.231	.104	.401	.129	.216
P49	.298	.243	-.032	.456	-.093	.120	.388	-.121	-.292	-.186
P50	-.043	.176	-.052	.053	-.167	-.261	.010	.059	.105	.063

Inter-Item Correlation Matrix

	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
P34	.008	.031	.606	.498	.123	.152	.531	.379	.230	.042
P35	.287	.091	.000	.166	.599	.479	.277	.336	.116	.206
P36	.243	.133	.291	.243	.302	.138	.047	.406	.133	.038
P37	.313	.048	.481	.554	.150	.315	.361	.591	.085	.259
P38	.276	.264	.235	.255	.301	.344	.225	.409	-.139	-.056
P39	.296	-.340	-.235	-.037	-.486	-.102	.165	-.091	.358	.204
P40	.085	-.033	.115	-.076	-.057	-.016	.184	.000	-.024	-.228
P41	.042	-.093	.054	-.163	-.158	-.251	.067	-.155	.183	-.211
P42	-.240	-.139	-.084	-.122	.062	-.261	-.344	-.081	-.100	-.083
P43	-.090	.120	.334	-.034	.000	-.048	-.038	.036	-.388	-.234
P44	.156	-.061	-.316	.007	.311	.039	-.156	.051	.140	.166
P45	.307	.126	-.272	.099	.267	.375	-.030	.131	.011	.322
P46	.368	-.110	.000	.035	.022	.153	.258	.300	.024	.088
P47	.551	.141	.291	.322	.054	.329	.332	.633	-.068	.273
P48	-.086	.205	.282	.156	-.249	-.090	.015	.109	.082	-.200
P49	.265	-.058	-.053	.161	-.078	.095	.167	.308	.452	.021
P50	.055	.033	.000	.183	.057	.164	.175	-.112	.293	.046

Inter-Item Correlation Matrix

	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
P34	.514	.557	.252	.218	.039	-.106	.350	-.083	.350	.238
P35	.104	.124	.335	.291	-.040	.359	.193	-.300	.228	-.068
P36	-.106	.110	.021	.122	.190	.007	.012	-.290	.156	-.228
P37	.533	.454	.533	.516	.097	.191	-.093	-.216	.325	.437

P38	.154	.310	.272	.098	-.051	.140	.362	.031	.244	.268
P39	-.246	-.310	.091	.232	.051	.162	.145	.126	.070	.055
P40	-.101	-.046	-.074	-.145	-.165	.053	.089	-.103	.007	-.045
P41	-.282	-.068	-.206	-.152	-.031	.148	.175	-.376	.019	-.568
P42	-.256	-.003	-.135	-.159	-.147	.126	-.243	-.078	-.028	-.397
P43	.146	.206	.048	-.174	-.118	-.060	-.200	-.185	.062	.204
P44	-.133	-.201	.135	.229	-.048	.435	-.122	.163	.013	-.155
P45	-.153	-.130	.087	.148	-.031	.062	.196	.388	.178	.227
P46	.101	-.004	.370	.509	.378	.560	.402	.103	.304	.070
P47	.428	.153	.537	.697	.405	.384	.154	.132	.383	.421
P48	.125	.282	-.036	.099	.383	-.090	.455	.445	.445	.077
P49	.084	.038	.170	.431	.306	.451	.541	.085	.312	-.167
P50	-.012	.302	-.074	.010	.165	-.053	.067	-.089	-.007	.045

Inter-Item Correlation Matrix

	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
P34	-.047	.399	.102	1.000	.124	.036	.460	.371	.052	.111
P35	.129	.559	.444	.124	1.000	.586	.335	.238	-.238	.101
P36	.037	.398	.093	.036	.586	1.000	.457	.081	.090	.206
P37	.034	.648	.014	.460	.335	.457	1.000	.084	.031	-.167
P38	.177	-.004	.225	.371	.238	.081	.084	1.000	-.069	.310
P39	.341	.056	-.645	.052	-.238	.090	.031	-.069	1.000	.147
P40	.050	.082	-.110	.111	.101	.206	-.167	.310	.147	1.000
P41	-.187	-.247	-.239	.149	.084	.232	-.202	-.056	.338	.359
P42	-.460	-.050	-.148	-.110	.161	.168	-.157	-.077	-.145	.209
P43	-.272	.206	.047	-.037	.135	.437	.363	.000	-.293	.120
P44	.157	-.201	-.134	-.165	.119	-.198	-.369	.079	-.010	-.049
P45	.392	-.054	.087	-.175	.118	.026	-.155	.500	.218	-.031
P46	.384	-.004	-.014	.128	.278	-.004	.080	.299	.228	.005
P47	.455	.274	.104	.097	.108	.055	.597	.063	.081	-.223
P48	.310	-.156	-.054	.127	-.275	.064	.017	.279	.167	.046
P49	.478	.215	-.152	.184	.305	.263	.151	.247	.312	.031
P50	-.050	.046	-.037	.004	.040	.108	.167	-.158	.005	-.253

Inter-Item Correlation Matrix

	P41	P42	P43	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50
P34	.149	-.110	-.037	-.165	-.175	.128	.097	.127	.184	.004
P35	.084	.161	.135	.119	.118	.278	.108	-.275	.305	.040
P36	.232	.168	.437	-.198	.026	-.004	.055	.064	.263	.108
P37	-.202	-.157	.363	-.369	-.155	.080	.597	.017	.151	.167
P38	-.056	-.077	.000	.079	.500	.299	.063	.279	.247	-.158
P39	.338	-.145	-.293	-.010	.218	.228	.081	.167	.312	.005
P40	.359	.209	.120	-.049	-.031	.005	-.223	.046	.031	-.253
P41	1.000	.456	-.111	.260	-.190	.214	-.402	-.042	.245	.161
P42	.456	1.000	.350	.382	-.195	-.073	-.394	-.183	.065	.063
P43	-.111	.350	1.000	-.383	-.353	-.415	-.038	.000	-.220	.000
P44	.260	.382	-.383	1.000	.445	.403	-.192	-.083	.213	.219
P45	-.190	-.195	-.353	.445	1.000	.387	.050	.322	.289	.251

P46	.214	-.073	-.415	.403	.387	1.000	.467	.263	.629	.138
P47	-.402	-.394	-.038	-.192	.050	.467	1.000	.129	.249	-.130
P48	-.042	-.183	.000	-.083	.322	.263	.129	1.000	.565	.319
P49	.245	.065	-.220	.213	.289	.629	.249	.565	1.000	.313
P50	.161	.063	.000	.219	.251	.138	-.130	.319	.313	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	96.3571	227.275	.315	.	.874
P2	96.2500	221.306	.736	.	.869
P3	97.3929	230.470	.167	.	.877
P4	96.4643	222.925	.545	.	.871
P5	97.0357	232.999	.083	.	.878
P6	95.8929	232.396	.120	.	.877
P7	95.8929	231.581	.162	.	.876
P8	95.8214	231.560	.256	.	.875
P9	96.2857	225.989	.311	.	.874
P10	96.4286	233.587	.076	.	.878
P11	95.7857	222.249	.536	.	.871
P12	95.8571	229.905	.317	.	.874
P13	97.2500	219.454	.525	.	.870
P14	96.6786	216.597	.571	.	.869
P15	95.5000	229.370	.427	.	.873
P16	96.2143	224.026	.493	.	.871
P17	96.4286	220.995	.492	.	.871
P18	96.2500	211.083	.788	.	.865

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P19	95.8571	233.831	.065	.	.878
P20	95.5000	231.963	.202	.	.876
P21	96.2857	221.841	.435	.	.872
P22	96.4643	222.554	.473	.	.871
P23	95.7500	223.306	.523	.	.871
P24	95.8929	219.210	.636	.	.869
P25	96.2857	229.249	.347	.	.874
P26	95.6786	229.930	.313	.	.874
P27	96.1071	227.581	.359	.	.873
P28	96.0714	235.550	.022	.	.878

P29	95.9286	224.513	.625	.	.871
P30	95.8214	229.337	.287	.	.874
P31	96.0357	226.851	.351	.	.874
P32	96.4643	224.925	.384	.	.873
P33	96.0000	229.556	.254	.	.875
P34	96.5714	221.513	.454	.	.872
P35	95.8214	224.374	.450	.	.872
P36	96.5714	223.587	.342	.	.874
P37	96.8571	220.423	.617	.	.869
P38	96.9286	226.069	.417	.	.873
P39	97.5714	237.439	-.071	.	.880
P40	98.1429	236.349	-.011	.	.877
P41	97.6071	238.247	-.113	.	.880
P42	96.4286	239.365	-.141	.	.881
P43	97.2500	233.750	.054	.	.879
P44	95.8214	234.967	.043	.	.878
P45	95.5357	232.776	.201	.	.875
P46	95.9286	224.735	.445	.	.872
P47	96.2857	217.767	.596	.	.869
P48	96.0000	230.889	.257	.	.875
P49	95.6429	226.608	.449	.	.872
P50	95.3571	235.053	.123	.	.876

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
98.2500	236.343	15.37344	50

Lampiran 7 : Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Prof. H. Soedarto, S.H. - Tembalang - Semarang, kodepos : 50275, kotak pos 1269
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : dean@fk.undip.ac.id laman : fk.undip.ac.id.

Nomor : 5870 /UN7.5.4.1/DL/2018
Lampiran : ---
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

07 AUG 2018

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal Terpadu Satu Pintu Jawa Tengah
Jl. Mgr Sugiyopranoto No. 1 Pendrikan Kidul
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Annisa Ika Setyowati
NIM : 22020114120026
Judul penelitian : Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha
Pembimbing : Rita Hadi Widyastuti, M.Kep.Sp.Kep.Kom

Adapun tempat penelitian yang dituju adalah : Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading, Panti Wredha Harapan Ibu, dan Wisma Lansia Harapan Asri.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

a.n Dekan

Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan,



Tembusan :
1. Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP
2. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP

Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes., Sp.S(K)
NIP. 196607021995121001



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Prof. H. Soedarto, S.H. - Tembalang - Semarang, kodepos : 50275, kotak pos 1269
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : dean@fk.undip.ac.id laman : fk.undip.ac.id,

Nomor : 5869 /UN7.5.4.1/DL/2018
Lampiran : ---
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

07 AUG 2018

Yth. Kepala
Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah
Jl. Pahlawan No.12 Pleburan
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Annisa Ika Setyowati
NIM : 22020114120026
Judul penelitian : Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Panti Wredha
Pembimbing : Rita Hadi Widyastuti, M.Kep.Sp.Kep.Kom

Adapun tempat penelitian yang dituju adalah : Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading, Panti Wredha Harapan Ibu, dan Wisma Lansia Harapan Asri.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

a.n Dekan

Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan,



Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes., Sp.S(K)g
NIP 196607021995121001

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP
2. Kepala Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading
3. Kepala Panti Wredha Harapan Ibu
4. Kepala Wisma Lansia Harapan Asri
5. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
DINAS SOSIAL

Jl. Pahlawan No. 12 Telp.8311729, 8311843, Fax. 8450704 Semarang
Website : <http://dinsos.jatengprov.go.id> / email: dinsosjateng@gmail.com

SURAT IZIN

Nomor: 071/23/VIII/2018

TENTANG
IZIN PENELITIAN

- Dasar : 1. Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, Nomor : 5869/UN7.5.4.1/DL/2018 tanggal 7 Agustus 2018 Perihal: **Permohonan Izin Penelitian**;
2. Surat Rekomendasi Penelitian Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Jawa Tengah Nomor : 070/7575/04.5/2018 tanggal 8 Agustus 2018, Perihal Rekomendasi Izin Penelitian.

MEMBERI IZIN

- Kepada : Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang;
- Nama : **ANNISA EKA SETYOWATI**
- N I M : 22020114120026
- Untuk : Melaksanakan Kegiatan Penelitian di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang Pada Panti Pelayanan Sosial Anak Mandiri Semarang.

Waktu Penelitian : **dari tanggal 10 Agustus s/d 18 Agustus 2018.**

Judul Penelitian : **Strategi Koping Caregiver Lansia Demensia di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.**

3. Setelah selesai melaksanakan Kegiatan Penelitian, diwajibkan membuat laporan yang ditujukan kepada Kepala Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah;
4. Yang bersangkutan wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

Demikian untuk menjadikan maklum dan surat izin ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Semarang ;
pada tanggal 8 Agustus 2018.



TEMBUSAN: Kepada Yth.

1. Kepala Panti Pelayanan Sosial Anak Mandiri Semarang;
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang;

Lampiran 8 : Lembar *Informed Consent*

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(*INFORMED CONSENT*)

Kepada Yth.

Bapak/Ibu Calon Responden Penelitian

di tempat

Perkenalkan nama saya Annisa Ika Setyowati, saya Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Guna mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan, maka salah satu syarat yang ditetapkan kepada saya adalah menyusun sebuah skripsi/penelitian. Penelitian yang akan saya lakukan berjudul “Strategi Koping *Caregiver* Lansia Demensia di Panti Wredha”.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran strategi koping pengasuh lansia demensia di Panti Wredha. Dalam penelitian ini saya akan memberikan kuesioner tentang strategi koping kepada pengasuh lansia demensia. Saya memohon dengan kerendahan hati kepada Bapak/Ibu meluangkan sedikit waktu kurang lebih 20-30 menit untuk dapat mengisi kuesioner yang telah saya sediakan.

Manfaat dari penelitian ini dapat menjadi salah satu pertimbangan bagi pihak panti wredha untuk menjadi fasilitator dalam memberikan program khusus mengenai strategi koping yang digunakan pada pengasuh lansia demensia. Bagi Institusi Pendidikan dapat memberikan informasi dan mampu dijadikan acuan dalam memberikan intervensi kepada pengasuh lansia demensia di panti wredha. Bagi pelayanan diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak salah satunya perawat, mengenai strategi koping pengasuh lansia demensia untuk mengembangkan edukasi dan pelatihan.

Kuesioner yang saya berikan ini merupakan suatu bentuk tes untuk menilai penggunaan strategi koping Bapak/Ibu selama menjadi pengasuh lansia demensia di panti wredha. Penelitian yang saya lakukan ini bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan. Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini juga tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan Bapak/Ibu dalam bentuk apapun dan tidak akan mempengaruhi status Bapak/Ibu. Data dan informasi yang Bapak/Ibu berikan dapat saya jamin

kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek dan data tersebut hanya akan saya gunakan untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan ilmu pengetahuan. Maka dari itu Bapak/Ibu tidak perlu takut atau ragu-ragu dalam memberikan jawaban yang sejujurnya. Artinya semua jawaban yang diberikan oleh Bapak/Ibu adalah benar dan jawaban yang diminta adalah sesuai dengan kondisi yang dirasakan Bapak/Ibu selama ini.

Apabila ada informasi yang belum jelas, Bapak/Ibu dapat menghubungi saya Annisa Ika Setyowati, Program Studi Ilmu Keperawatan (S1), No.Hp 085338610330. Demikian penjelasan dari saya. Terima Kasih atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu dalam penelitian ini.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan sebelum penelitian, dengan ini saya menyatakan

SETUJU / TIDAK SETUJU

Untuk ikut sebagai responden/sampel penelitian.

Semarang, Agustus 2018

Peneliti

Responden

(Annisa Ika Setyowati)

(.....)

Saksi*

Saksi*

(.....)

(.....)

Suami/istri/orangtua/saudara/.....responden

Orangtua/saudara/teman.....peneliti

* diisi apabila pasien adalah anak atau tidak mampu untuk memberikan persetujuan

Lampiran 9 : Jadwal Konsultasi

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Dosen	Keterangan	TTD
1.	29 November 2017	Konsultasi tema dan judul Skripsi	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
2.	07 Desember 2017	Konsultasi Latar Belakang dan Kuesioner	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
3.	15 Desember 2017	Konsultasi Latar Belakang	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom		
4.	20 Februari 2018	Konsultasi Latar Belakang dan Kerangka Konsep	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	Konsultasi setiap hari Jumat	
5.	26 Februari 2018	Konsultasi BAB I dan II	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
6.	07 Maret 2018	Konsultasi BAB I, II, dan III	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
7.	12 Maret 2018	Konsultasi BAB I, II, III	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
8.	16 Maret 2018	Konsultasi BAB I, II, III	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
9.	21 Maret 2018	ACC Ujian Proposal	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom		
10.	2 April 2018	Konsultasi Revisi Seminar Proposal ke Dosen Penguji	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	Proposal skripsi lebih di spesifikasikan sesuai dengan kuesioner	
11.	29 Juni 2018	ACC Proposal Skripsi	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
12.	13 Agustus 2018	Konsultasi hasil penelitian	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
13.	20 Agustus 2018	Konsultasi Skripsi Bab 1-6 lengkap	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Dosen	Keterangan	TTD
14	21 Agustus 2018	Konsultasi Skripsi Bab 1-6 lengkap	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
15	23 Agustus 2018	Konsultasi Skripsi Bab 1-6 lengkap	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	
16	29 Agustus 2018	ACC Skripsi untuk Seminar Hasil	RitaHadi W.,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom	-	

Lampiran 10 : Tabulasi Data

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	52	34.4	63.4	63.4
	Katolik	21	13.9	25.6	89.0
	Kristen	9	6.0	11.0	100.0
	Total	82	54.3	100.0	
Missing	System	69	45.7		
Total		151	100.0		

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	28	18.5	34.1	34.1
	Perempuan	54	35.8	65.9	100.0
	Total	82	54.3	100.0	
Missing	System	69	45.7		
Total		151	100.0		

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	11	7.3	13.4	13.4
	SMA/SMK	56	37.1	68.3	81.7
	Perguruan Tinggi	15	9.9	18.3	100.0
	Total	82	54.3	100.0	
Missing	System	69	45.7		
Total		151	100.0		

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	7	4.6	8.5	8.5
	26-35	14	9.3	17.1	25.6

	36-45	18	11.9	22.0	47.6
	46-55	29	19.2	35.4	82.9
	56-65	11	7.3	13.4	96.3
	>65	3	2.0	3.7	100.0
	Total	82	54.3	100.0	
Missing	System	69	45.7		
Total		151	100.0		

StrategiKoping

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Problem Focused Coping	43	37.4	52.4	52.4
	Emotional Focused Coping	39	33.9	47.6	100.0
	Total	82	71.3	100.0	
Missing	System	33	28.7		
Total		115	100.0		

Lampiran 11 : Hasil Analisa Uji Statistik Data

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
The Ways of Coping	.078	82	.200*	.967	82	.031

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PLANFUL
N		82
Normal Parameters ^a	Mean	13.4634
	Std. Deviation	2.62559
Most Extreme Differences	Absolute	.130
	Positive	.090
	Negative	-.130
Kolmogorov-Smirnov Z		1.175
Asymp. Sig. (2-tailed)		.126

a. Test distribution is Normal.

		CONFRONTING
N		82
Normal Parameters ^a	Mean	10.5976
	Std. Deviation	2.34052
Most Extreme Differences	Absolute	.186
	Positive	.186
	Negative	-.131
Kolmogorov-Smirnov Z		1.685
Asymp. Sig. (2-tailed)		.007

a. Test distribution is Normal.

		Distancing
N		82
Normal Parameters ^a	Mean	10.8049
	Std. Deviation	3.11285
Most Extreme Differences	Absolute	.126
	Positive	.126
	Negative	-.122
Kolmogorov-Smirnov Z		1.145

Asymp. Sig. (2-tailed)	.145
------------------------	------

a. Test distribution is Normal.

		SelfControlling
N		82
Normal Parameters ^a	Mean	15.0244
	Std. Deviation	3.37740
Most Extreme Differences	Absolute	.192
	Positive	.079
	Negative	-.192
Kolmogorov-Smirnov Z		1.741
Asymp. Sig. (2-tailed)		.005

a. Test distribution is Normal.

		SeekingSocial
N		82
Normal Parameters ^a	Mean	12.4390
	Std. Deviation	2.57288
Most Extreme Differences	Absolute	.167
	Positive	.083
	Negative	-.167
Kolmogorov-Smirnov Z		1.512
Asymp. Sig. (2-tailed)		.021

a. Test distribution is Normal.

		Accepting
N		82
Normal Parameters ^a	Mean	7.9024
	Std. Deviation	2.66486
Most Extreme Differences	Absolute	.172
	Positive	.083
	Negative	-.172
Kolmogorov-Smirnov Z		1.560
Asymp. Sig. (2-tailed)		.015

a. Test distribution is Normal.

		EscapeAvoidance
N		82
Normal Parameters ^a	Mean	10.5000
	Std. Deviation	3.09619
Most Extreme Differences	Absolute	.101

	Positive	.101
	Negative	-.078
Kolmogorov-Smirnov Z		.912
Asymp. Sig. (2-tailed)		.376

a. Test distribution is Normal.

		PositiveReappraisal
N		82
Normal Parameters ^a	Mean	17.3780
	Std. Deviation	2.45271
Most Extreme Differences	Absolute	.185
	Positive	.094
	Negative	-.185
Kolmogorov-Smirnov Z		1.679
Asymp. Sig. (2-tailed)		.007

a. Test distribution is Normal.