

**TESIS**

**PENGALAMAN KOPING *CAREGIVER* DALAM MERAWAT  
LANSIA DEMENSIA DI PANTI WERDHA**



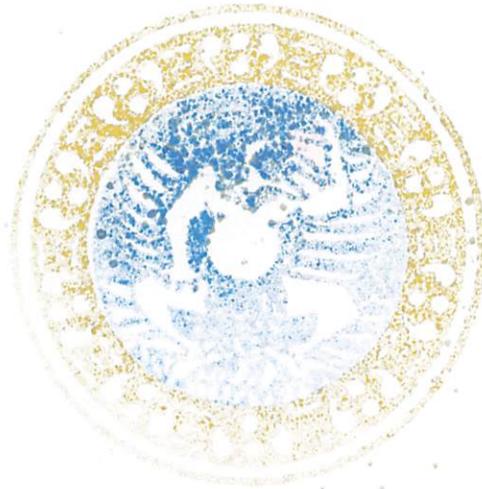
Ninda Ayu Prabasari P  
NIM. 131314153022

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2015**

ii

TESIS

PENGALAMAN KOPING CAREGIVER DALAM MERAWAT  
LANSIA DEMENSIA DI PANTI WERDHA



Disetujui oleh:  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2012

**PRASYARAT GELAR MAGISTER**

**PENGALAMAN KOPING *CAREGIVER* DALAM MERAWAT  
LANSIA DEMENSIA DI PANTI WERDHA**

**TESIS**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)  
dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Oleh :

**Nama: Ninda Ayu Prabasari P  
NIM. 131314153022**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2015**

iii

ANALISIS MAKASUD BERTUJUAN DAN HASIL PENELITIAN  
KUALITAS PERAWATAN KEPERAWATAN

DAFTAR

1. PENDAHULUAN  
2. TINJAUAN PUSTAKA  
3. METODE PENELITIAN  
4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN  
5. PENUTUP

DAFTAR

1. PENDAHULUAN  
2. TINJAUAN PUSTAKA  
3. METODE PENELITIAN  
4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN  
5. PENUTUP

ANALISIS MAKASUD BERTUJUAN DAN HASIL PENELITIAN  
KUALITAS PERAWATAN KEPERAWATAN  
NINDA AYU PRABASARI P  
2021

## PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun di rujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Ninda Ayu Prabasari P

NIM : 131314153022

Tanda tangan : 

Tanggal : Juni 2015

**LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS**

**PENGALAMAN KOPING CAREGIVER DALAM MERAWAT LANSIA  
DEMENSIA DI PANTI WERDHA**

Ninda Ayu Prabasari P

NIM 131314153022

**TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL 30 JUNI 2015**

**Oleh:  
Pembimbing I**



Dr. Ahmad Yusuf, S.Kp.,M.Kes

NIP. 196701012000031002

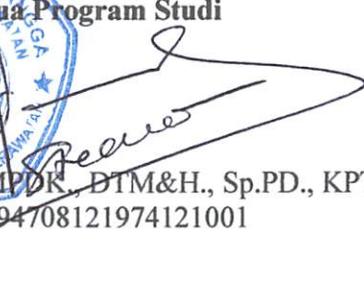
**Pembimbing II**



Rizki Fitriyasaki P.K.,S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 198002222006042001

**Mengetahui,  
Ketua Program Studi**



Prof. Dr. Suharto, dr. M.Sc., M.PdK., DTM&H., Sp.PD., KPTI., FINASIM

NIP. 194708121974121001

## LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ninda Ayu Prabasari P  
NIM : 131314153022  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul : Pengalaman Koping *Caregiver* Dalam Merawat Lansia Demensia di Panti Werdha

Tesis ini telah di uji dan dinilai  
Oleh panitia penguji pada  
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga  
Pada tanggal 30 Juni 2015

Panitia Penguji,

1. Ketua : Dr. Florentina Sustini, dr.MS (  )
2. Penguji I : Dr.Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes (  )
3. Penguji II : Rizki Fitriyasaki, S.Kep.Ns.M.Kep (  )
4. Penguji III : Dr. Joni Haryanto, S.kp.,M.Si (  )
5. Penguji IV : Dr. Shrimarti Rukmini Devy, dra.M.Kes (  )



Mengetahui,  
Ketua Program studi

  
Prof. Dr. Suharto, dr. M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp.PD., KPTI., FINASIM  
NIP. 194708121974121001

## KATA PENGANTAR

Penulis menghanturkan puji dan syukur atas segala kasih dan anugerah yang diberikan oleh Tuhan Yesus sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **"Pengalaman Koping Caregiver Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha"**. Tesis ini disusun sebagai salah persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam penulisan tesis ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada Bapak Dr. Ahmad Yusuf, S.Kp.,M.Kes selaku dosen pembimbing I penulisan tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar memberikan arahan dan Ibu Rizki Fitriyasaki P.K.,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing II penulisan tesis yang telah membimbing penulis, memberikan ilmu dan member banyak masukan dalam penulisan tesis.

Penulis juga mengucapkan terima kasih banyak atas segala bantuan, bimbingan, arahan, dan motivasi dari berbagai pihak dalam penyusunan tesis ini. Untuk itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Mohammad Nasih.,MT.Ak selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Magister Keperawatan.
2. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan kesempatan dan

- fasilitas kepada penulis dalam menyelesaikan proposal tesis untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan.
3. Prof. Dr. Suharto, dr. M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp.PD., KPTI., FINASIM selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan yang telah memberikan arahan dan fasilitas dalam menyelesaikan studi ini.
  4. Bapak Drs. Kuncoro Foe, G.Dip.Sc, Ph.D selaku Rektor Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan magister keperawatan.
  5. Dr. Florentina Sustini, dr.MS selaku penguji yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis.
  6. Dr. Joni Haryanto, S.kp., M.Si selaku penguji yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
  7. Dr. Shrimarti Rukmini Devy, dra.M.Kes selaku penguji selaku penguji yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
  8. Bapak/Ibu Dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendidik dan memberikan ilmu selama masa perkuliahan,
  9. Seluruh Bapak/Ibu staff Dosen, seluruh staff tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya yang banyak memberikan motivasi, dukungan dalam menyelesaikan perkuliahan.
  10. Ibu Wiwik selaku kepala Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya sebagai tempat studi pendahuluan/ studi awal dalam proses pembuatan proposal dan tempat penelitian tesis ini.

11. Subyek penelitian dan narasumber di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya yang sudah memberikan waktu untuk menjadi sampel pada penelitian ini.
12. Suami tercinta (Wijar Prasetyo) terima kasih untuk doa, perhatian, dan motivasi yang begitu besar kepada penulis dalam penyelesaian tesis.
13. Kedua orang tua (bapak Matius dan ibu Ruth) dan adik (Aan) terima kasih untuk kasih sayang, doa dan motivasi yang besar bagi penulis dalam menyelesaikan tesis.
14. Keluarga besar yang memberi dukungan dan menjadi motivator bagi penulis.
15. Teman-teman terdekat ku Linda Juwita, Ira Ayu, MT. Arie dan Made Indra Ayu yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan dalam menyelesaikan perkuliahan ini.
16. Teman-teman S2 Keperawatan angkatan 6 atas kerjasama dan kebersamaannya yang senantiasa menumbuhkan semangat dalam studi.

Dalam penulisan tesis ini penulis menyadari masih banyak kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun bagi kesempurnaan tesis ini.

Surabaya, Juni 2015

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih

NIM : 131314153022

Program studi : Magister Keperawatan

Departemen :

Fakultas : Keperawatan

Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**PENGALAMAN KOPING *CAREGIVER* DALAM MERAawat LANSIA  
DEMENSIA DI PANTI WERDHA**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalty Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : Juni 2015

Yang menyatakan



(Ninda Ayu Prabasari)

## **EXECUTIVE SUMMARY**

# **CAREGIVER COPING EXPERIENCES ON TAKING CARE THE DEMENTIA ELDERLY IN A NURSING HOME**

**By: Ninda Ayu Prabasari P**

The increase of elderly population drove the increase of elderly problems in which the most common one is dementia. Taking care the dementia elderly was stressful both physically and emotionally for a caregiver. The stress and burden influenced the caregiver's quality of life. Consequently, emotional and behavior changes shown by the caregiver which is called coping mechanism appeared. The coping mechanism used by caregiver brought bad impact for her physical and mental health. The objective of the study is to identify a caregiver's coping experiences on taking care the dementia elderly in nursing home.

The study used qualitative research design with phenomenology approach to gain data by exploring and describing the caregiver's coping mechanism experiences in taking care the dementia elderly in nursing home. The population of the study was the caregivers who took care the elderly with dementia in Tresna Werdha Hargo Dedali nursing home, Surabaya. The sampling technique used purposive sampling. The number of the participants was ten people who consisted of seven caregivers who met the inclusion criteria, a caregiver who has taken care more than three month, a communicative caregiver, a voluntary caregiver as the participant and three members of nursing home management. This study used interview method with semi structure questions that had made before. The interview process was conducted with recorders in forms of a tape recorder and field note to record non verbal responses of the participants and the condition which influenced during the interview process. The data processing and analysis of this study used Collaizi method.

This study result, that identified five objectives, was described into fifteen themes about the caregiver coping experiences on taking care the dementia elderly comprised dementia concept, the basic need, objective, method, social support, demand, burden, modified ways of care, coping mechanism, support sources, patient structure, life quality, facilities of the nursing home, health services and caregiver welfare.

The caregiver coping mechanism experiences on taking care the dementia elderly were influenced the caregiver's understanding herself about dementia care, the obstacles the way of handling the obstacles including the use of coping mechanism to response the problem and the caregiver's hope after being capable to adapt in every dementia care process. Both adaptive and maladaptive coping mechanism was aimed to solve the problems. However, the adaptive

**coping mechanism whose characteristic is constructive could solve the problems and increase the caregiver's physical health.**

**The result of study urged the support from other that come from the elderly's family, nursing home management, caregiver's family, community health center, regional hospital, social department, and other organizations in form of informational and emotional support to the caregiver and the participation of increasing the dementia care quality in nursing home.**

**ABSTRACT**

**CAREGIVER COPING EXPERIENCES ON TAKING CARE  
THE DEMENTIA ELDERLY IN A NURSING HOME**

**By: Ninda Ayu Prabasari P**

**Introduction.** Taking care dementia was stressful for both physical and emotional. The stress and burden influenced the caregiver's quality of life. Consequently, emotional and behavior changes shown by the caregiver which is called coping mechanism appeared. The objective of the study is to identify a caregiver's coping experiences on taking care the dementia elderly in nursing home.

**Method.** This study used qualitative research design with phenomenology approach. The sampling technique used purposive sampling. There were ten participants that consisted of seven caregiver's and three members of the nursing home management used. This study used interview, processing and the analysis used Collaizi method.

**Result and Analysis.** The study result identified fifteen themes, first it was dementia concept. The ways of taking care the dementia comprised the basic need, objective, method and social support. The obstacles which the caregivers felt were demand and burdens. The ways of handling obstacles were modified ways of care, coping mechanism and the supports sources. The caregiver's hope in the comprised the structure of dementia, quality of life the elderly, health services and the caregiver's welfare.

**Discussion and Conclusion.** Caregiver's coping were influenced by the caregiver's understanding about dementia, the way for caring them, the obstacles, problem solving and caregivers hope. The result suggests the need of support from other caregiver, nursing home members, caregiver's family, community health centers, regional hospital, social department, and other organizations in dementia care. Ethnography study use uncertainty in illness model to explore caregiver coping experiences need to conduct for future study.

**Key Words: Experiences, Coping, Caregiver, Elderly, Dementia**

## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
Sampul Depan.....	I
Sampul Dalam.....	ii
Prasyarat Gelar.....	iii
Pernyataan Orisinalitas.....	iv
Persetujuan.....	v
Penetapan Panitia Penguji.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Pernyataan Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah Untuk Kepentingan Akademis.....	x
<i>Executive Summary</i> .....	xi
Abstract.....	xiii
Daftar Isi.....	xiv
Daftar Tabel.....	xvii
Daftar Gambar.....	xviii
Daftar Skema.....	xix
Daftar Lampiran.....	xx
Daftar Singkatan.....	xxi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1. 1 Latar Belakang.....	1
1. 2 Identifikasi Masalah.....	5
1. 3 Rumusan Masalah.....	5
1. 4 Tujuan.....	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	6
1. 5 Manfaat.....	6
1.5.1 Teoritis.....	6
1.5.2 Praktis.....	7
1. 6 <i>Theoretical Mapping</i> .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Konsep Lansia.....	11
2.1.1 Definisi.....	11
2.1.2 Proses Menua.....	11
2.1.3 Pembagian Lansia.....	12
2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	12
2.2 Konsep Demensia.....	14
2.2.1 Definisi.....	14
2.2.2 Penyebab Umum Demensia.....	14
2.2.3 Gejala Dan Tahapan Demensia.....	15
2.3 Konsep <i>Caregiver</i> .....	16
2.3.1 Definisi.....	16
2.3.2 Fungsi <i>Caregiver</i> .....	17
2.3.3 Jenis <i>Caregiver</i> .....	17
2.3.4 Tipe Tugas <i>Caregiver</i> .....	17

2.4	Konsep Teori Mishel “ <i>Uncertainty In Illness</i> ” .....	18
2.4.1	Latar Belakang Theorist .....	18
2.4.2	Konsep Mayor Dan Definisi .....	19
2.4.3	Asumsi Mayor .....	21
2.5	Perawatan Pada Lansia Demensia .....	23
2.5.1	<i>Activity Daily Living</i> .....	23
2.5.2	<i>Caregiving Basic</i> .....	23
2.5.3	Prinsip Perawatan Demensia .....	24
2.6	Konsep Koping .....	25
2.6.1	Definisi Stress Pada Individu.....	25
2.6.2	Definisi Stress Pada Keluarga .....	25
2.6.3	Definisi <i>Appraisal</i> .....	28
2.6.4	Definisi Koping .....	29
2.6.5	Tipe Koping .....	30
2.6.6	Tujuan Koping .....	32
2.6.7	Mekanisme Koping .....	32
2.7	Konsep Penelitian Kualitatif .....	34
2.8	Kerangka Pikir .....	36
<b>BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN .....</b>		<b>39</b>
3.1	Desain Penelitian .....	39
3.2	Populasi Dan Sampel .....	39
3.3	Tempat Dan Waktu Penelitian .....	41
3.3.1	Tempat Penelitian .....	41
3.3.2	Waktu Penelitian .....	41
3.4	Etika Penelitian .....	42
3.5	Pengumpulan Data .....	44
3.5.1	Alat .....	44
3.5.2	Prosedur .....	47
3.6	Pengolahan Dan Analisis Data .....	52
3.7	Keabsahan .....	54
<b>BAB 4 HASIL PENELITIAN .....</b>		<b>57</b>
4.1	Gambaran umum lokasi penelitian .....	57
4.2	Karakteristik Subyek Penelitian .....	58
4.3	Gambaran Tema .....	58
4.3.1	Pemahaman <i>Caregiver</i> Tentang Lansia Demensia .....	59
4.3.2	Cara <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia.....	68
4.3.3	Hambatan Yang Dialami <i>Caregiver</i> Selama Merawat Lansia Demensia.....	78
4.3.4	Cara <i>Caregiver</i> Mengatasi Hambatan Selama Merawat Lansia Demensia .....	88
4.3.5	Harapan <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia.....	96
4.3.6	Tema keseluruhan Hasil Penelitian Pengalaman Koping <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha .....	107

<b>BAB 5 PEMBAHASAN .....</b>	<b>109</b>
5.1 Pembahasan Hasil Penelitian .....	109
5.1.1 Pemahaman <i>Caregiver</i> Tentang Demensia .....	109
5.1.2 Cara <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia.....	113
5.1.3 Hambatan Yang Dialami <i>Caregiver</i> Selama Merawat Lansia Demensia .....	118
5.1.4 Cara <i>Caregiver</i> Mengatasi Hambatan Selama Merawat Lansia Demensia .....	121
5.1.5 Harapan <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia .....	126
5.2 Integrasi Hasil Penelitian Pada Model Mishel Dan Lazarus .....	133
5.3 Keterbatasan Dari Penelitian .....	137
5.4 Implikasi Hasil Penelitian .....	137
 <b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	 <b>141</b>
6.1 Simpulan .....	141
6.2 Saran .....	143
 <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	 <b>146</b>
 <b>LAMPIRAN .....</b>	 <b>152</b>

**DAFTAR TABEL**

	<b>Hal</b>
Tabel 2.1 Tahapan Demensia .....	15
Tabel 2.2 Tahapan dan Gejala Klinis Progresi Demensia .....	16
Tabel 2.3 Perbedaan Komponen Appraisal .....	29
Tabel 3.1 Tabel Pengumpulan Data Primer Sesuai Tujuan Khusus Penelitian .....	51
Tabel 3.2 Jadwal Kegiatan Penelitian Pengalaman Koping <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia .....	52

**DAFTAR GAMBAR**

	<b>Hal</b>
Gambar 2.1 <i>Model Of Perceived Uncertainty in Illness</i> .....	22
Gambar 2.2 Model T-double ABCX McCubbin dan Patterson .....	34
Gambar 2.3 Kerangka Pikir Pengalaman <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia Berbasis <i>Teory Uncertainty In Illnes dan stress, appraisal, coping strategi in transactional teory</i> .....	36

**DAFTAR SKEMA**

	<b>Hal</b>
Skema 4.1 Skema Analisis Pemahaman <i>Caregiver</i> Tentang Lansia Demensia .....	67
Skema 4.2 Skema Analisis Cara <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia .....	77
Skema 4.3 Skema Analisis Hambatan Yang Dialami <i>Caregiver</i> Selama Merawat Lansia Demensia .....	87
Skema 4.4 Skema Analisis Cara <i>Caregiver</i> Mengatasi Hambatan Selama Merawat Lansia Demensia.....	95
Skema 4.5 Skema Analisis Harapan <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia .....	106
Skema 4.6 Skema Analisis Ringkasan Tema Hasil Penelitian Pengalaman Koping <i>Caregiver</i> Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha .....	108

**DAFTAR LAMPIRAN**

	<b>Hal</b>
Lampiran 1	Penjelasan Penelitian ..... 152
Lampiran 2	<i>Inform Consent</i> ..... 154
Lampiran 3	Data Demografi Subyek Penelitian ..... 155
Lampiran 4	Pedoman Wawancara ..... 156
Lampiran 5	Instrumen <i>Field Note</i> ..... 158
Lampiran 6	Surat Ijin Permohonan Pengambilan Data Awal ..... 159
Lampiran 7	Surat Keterangan Perijinan Pengambilan Data Awal ..... 160
Lampiran 8	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian ..... 161
Lampiran 9	Surat Keterangan Perijinan Pengambilan Data Penelitian ..... 162
Lampiran 10	Keterangan Lolos Uji Etik ..... 163
Lampiran 11	Rekapitulasi Data Demografi Subyek Penelitian dan Narasumber ..... 164
Lampiran 12	Hasil Verbatim Subyek Peneltian 1 ..... 165
Lampiran 13	Tabel Analisis Tematik ..... 171
Lampiran 14	Foto Panti dan Kegiatan Lansia Demensia ..... 197

## DAFTAR SINGKATAN

- WHO = *World Health Organization*  
BPSD = *Behavioral and Psychological Symptoms Of Dementia*  
UU = Undang – Undang  
PFC = *Problem Focused Coping*  
EFC = *Emotional Focused Coping*  
AKS = **Aktivitas Kebutuhan Sehari- hari**  
BAK = **Buang Air Kecil**  
BAB = **Buang Air Besar**

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi membawa dampak positif bagi usia harapan hidup manusia yang secara langsung meningkatkan jumlah penduduk lanjut usia (*elderly*). Hal ini akan mendorong meningkatnya permasalahan pada lansia dimana yang sering muncul yaitu kepikunan (*demensia*). Perawatan lansia demensia menimbulkan stres baik fisik dan emosional kepada *caregiver*. Perawatan lansia oleh *caregiver* dikaitkan *stress* dengan berkembangnya perubahan kognitif, psikomotor, perubahan dalam melakukan aktivitas harian dan perilaku sosial (SIGN, 2006).

Perawatan pada lansia dengan penyakit kronis dapat menimbulkan perasaan beban yang dapat memberikan pengaruh kepada kualitas hidup *caregiver*. Beban *Caregiver* merupakan respon multidimensi terhadap stressor fisik, psikologis, sosial, dan *financial* yang dihubungkan dengan pengalaman *caregiver* dalam merawat klien (Maryam, *et al* 2012) .

Hal ini didukung oleh penelitian Michon, *et al* (2005) yang menyampaikan bahwa beban merawat terkait masalah fisik (kelelahan, gangguan tidur), masalah psikologis seperti cemas, khawatir, pesimis, depresi, masalah sosial oleh karena keterbatasan berhubungan dengan masyarakat sosial dan masalah *financial*. Oleh karena banyak masalah yang timbul pada perawatan lansia demensia, banyak keluarga sebagai *caregiver* yang tidak tahan merawat lansia demensia di rumah.

Badan Kesehatan Dunia tahun 2000 menginformasikan dari 580 juta lansia sekitar 40 juta diantaranya mengalami demensia. Berdasarkan Deklarasi Kyoto, tingkat prevalensi dan insidensi demensia menempati urutan keempat setelah China, India dan Jepang. Populasi Lansia di Indonesia mencapai 12,8 % dari total Populasi Indonesia (WHO, 2008). Tahun 2010 jumlah lansia dengan kejadian demensia lebih dari 35,6 juta penduduk lansia dan diproyeksikan akan mengalami peningkatan menjadi 65,7 juta ditahun 2030.

Lansia demensia sering mengalami *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)* yang menuntut perhatian dan sering merepotkan pengasuh atau *caregiver*. Perubahan emosi dan perilaku itu terwujud dalam depresi, mudah marah, apatis, galak, mudah memukul, berbohong, tidak mau merawat diri, mengulang kegiatan yang sama, takut ditinggal, curiga dengan orang lain dan kadang berteriak. Perawatan lansia demensia dapat menimbulkan dampak pada *caregiver* berupa beban yang terjadi karena lansia demensia memerlukan pendampingan yang terus menerus. Hal inilah yang menyebabkan munculnya *stress* pada *caregiver* yang merawat.

Studi pendahuluan yang dilakukan Widyastuti (Seorang staf pengajar jiwa dan komunitas di Prodi Keperawatan) tahun 2012 dalam satu kelurahan terdapat 20 lansia demensia dari derajat ringan sampai berat dan berdasarkan wawancara kepada keluarga sebagai *caregiver* yang merawat lansia demensia menyatakan bahwa mereka merasa kelelahan karena dalam 24 jam harus merawat lansia demensia dan merasa frustrasi dengan kondisi yang dialami lansia.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya pada bulan Januari 2015 didapatkan

sebanyak 15 lansia demensia dari 45 lansia yang berada di panti dengan 8 *caregiver*, melalui *interview* yang dilakukan pada 2 orang *caregiver* menyatakan bahwa merawat lansia demensia lebih rumit dan melelahkan dari pada lansia yang tidak mengalami demensia, sehingga membutuhkan perawatan yang ekstra dalam memenuhi kebutuhan setiap hari seperti makan, berganti pakaian maupun mandi. Hal inilah yang membuat *caregiver* sering salah dalam merespon keadaan karena tidak mengetahui bahwa perubahan pada lansia demensia .

Setiap respon perubahan emosi dan perilaku yang ditunjukkan *caregiver* dalam merawat lansia demensia berbeda mekanisme koping. Respon ini muncul berupa perubahan emosi dan juga perilaku pada lansia demensia. Kelelahan selama masa perawatan memberikan pengaruh munculnya respon negatif selama perawatan lansia demensia. Mekanisme koping *caregiver* memberikan dampak pada kesehatan fisik dan mentalnya. Banyak *caregiver* mengalami depresi akibat merawat lansia demensia bahkan muncul rasa marah terhadap lansia demensia yang dirawat. Gangguan fisik dialami *caregiver* demensia berupa berat badan menurun dan badan merasakan capek (Widyastuti, 2012).

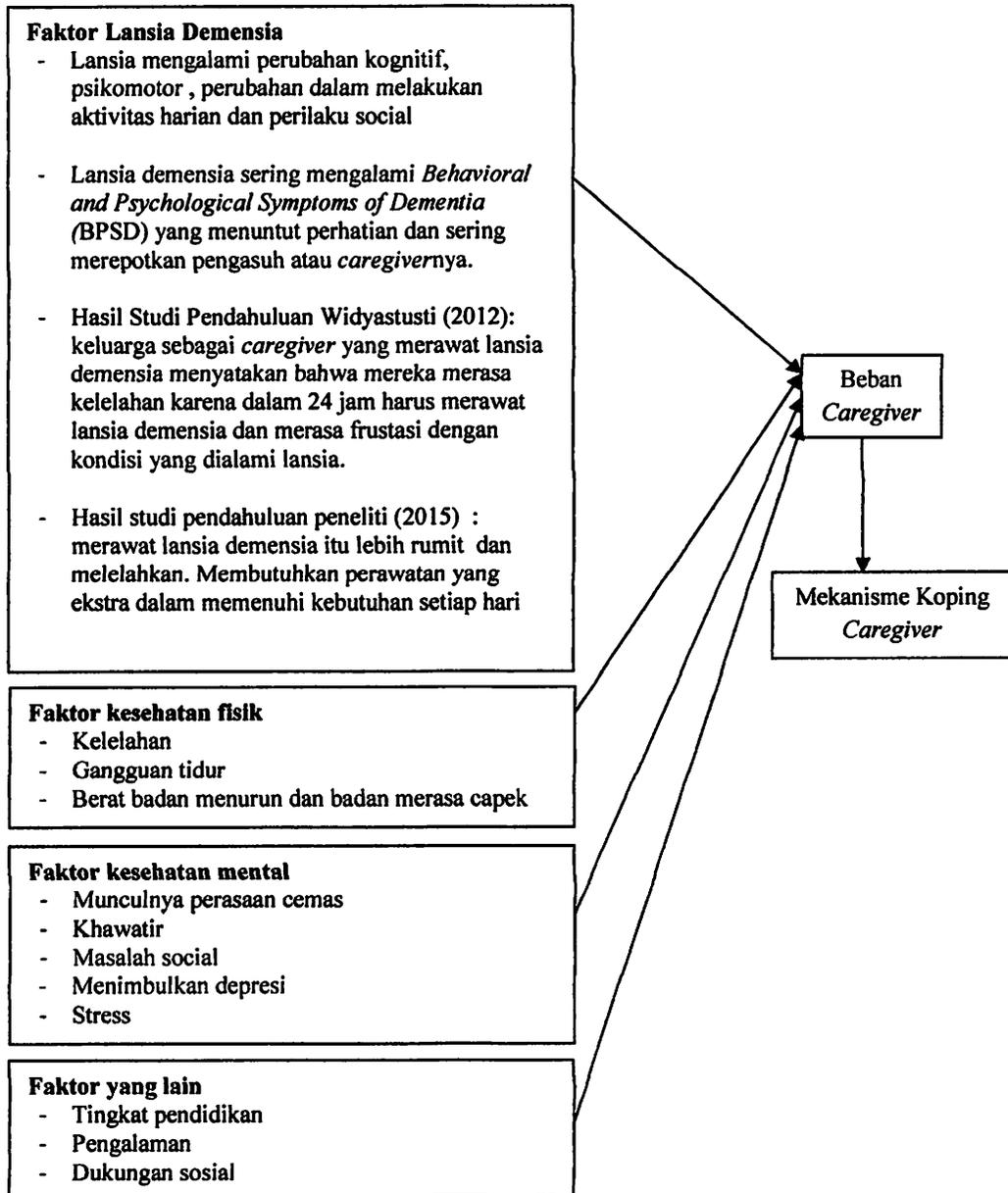
Hal ini diperkuat oleh penelitian Wong & Wallhagen (2014) yang memaparkan koping berfokus emosional memiliki hubungan yang positif dengan kesehatan mental *caregiver* dan koping yang berfokus masalah juga memiliki korelasi positif dengan kesehatan fisik *caregiver*. Penelitian yang serupa oleh Riedijk, *et al.*, 2006 juga menjelaskan bahwa *passive coping strategies* berhubungan dengan peningkatan beban dan penurunan kesehatan dalam kerangka kualitas hidup. Kesehatan *caregiver* akan berhubungan dengan perawatan pada lansia demensia. ini sesuai dengan penelitian Mc.Lennon (2008)

yang mengungkapkan bahwa melindungi kesehatan *caregiver* akan memungkinkan mereka melanjutkan ketersediaan perawatan untuk lansia demensia yang disayangi.

Melihat dampak yang terjadi pada *caregiver* maka perlu dilakukan tindakan pencegahan maupun suatu program yang bermanfaat bagi *caregiver* khususnya dalam memberikan respon terhadap lansia demensia yang dirawat. Model teori yang dapat digunakan dalam mengeksplorasi mekanisme koping *caregiver* dalam perawatan lansia demensia oleh *caregiver* adalah *uncertainty in illness*. Model ini digunakan oleh karena lansia dengan kepikunan merupakan suatu penyakit yang menimbulkan ketidakpastian dalam merawat, ketidakpastian kesembuhan dan seringkali tidak dianggap suatu penyakit oleh masyarakat bahkan oleh *caregiver* sendiri.

Model ini juga digunakan Stewart (2003) dalam penelitian "*Test of a Conceptual of Uncertainty in Children with Cancer*" yang memaparkan bahwa ketidaktentuan atau ketidakpastian dari suatu penyakit pada anak berhubungan dengan tingkat kecemasan dan gejala depresi yang dialami. Model ini memiliki kesamaan menjelaskan ketidaktentuan penyakit diakibatkan oleh *stimuli frame* akan memberikan dampak pada perbedaan mekanisme koping yang digunakan. Melalui dasar model ini dapat mengetahui dan menggambarkan lebih dalam mengenai ketidakpastian suatu penyakit dan faktor yang dapat mempengaruhi ketidakpastian tersebut sampai timbul mekanisme koping bagi *caregiver*. Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan penelitian tentang pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia.

## 1.2 Identifikasi Masalah



## 1.3 Rumusan masalah

Bagaimanakah pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya?

## **1.4 Tujuan**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya .

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mengidentifikasi pemahaman *caregiver* tentang lansia demensia.
- 2) Mengidentifikasi cara *caregiver* dalam merawat lansia demensia.
- 3) Mengidentifikasi hambatan yang dialami *caregiver* selama merawat lansia demensia.
- 4) Mengidentifikasi cara *caregiver* mengatasi hambatan selama merawat lansia demensia.
- 5) Mengidentifikasi harapan *caregiver* dalam merawat lansia demensia.

## **1.5 Manfaat**

### **1.5.1 Teoritis**

- 1) Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pemahaman yang tepat tentang pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panti serta sebagai sumber literature bagi peneliti berikutnya yang terkait pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia dengan demensia.
- 2) Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan atau sumber informasi dalam meningkatkan pelayanan dalam keperawatan jiwa dan gerontik khususnya dalam merawat lansia dengan demensia.

### 1.5.2 Praktis

- 1) Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam mengembangkan dan memberikan peningkatan pelayanan kesehatan *caregiver* dalam merawat lansia demensia terutama dalam hal mekanisme coping .
- 2) Penelitian ini dapat dijadikan masukan dalam mengoptimalkan perawatan lansia demensia melalui usaha dalam menurunkan stress dan depresi pada *caregiver* yang merawat lansia demensia.

### 1.6 Theoretical Mapping

Upaya peningkatan mutu asuhan keperawatan komunitas gerontik yang berfokus pada perawatan lansia demensia terus dilakukan. Hal ini dikarenakan masih banyaknya masalah yang menyangkut perawatan lansia demensia baik itu masalah pada lansia maupun *caregiver*. Penelitian dibawah ini merupakan penelitian terkait dengan *coping mechanism*, stress dan depresi, kesehatan fisik dan mental pada *caregiver*.

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1	<i>Behavioral Change in Persons With Dementia: Relationships With Mental and Physical Health of Caregiver</i> (Hooker, Bowman, Coehlo, & Lim, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Caregivers physical health</i></li> <li>- <i>Caregivers mental health</i></li> <li>- <i>Stress appraisal</i></li> <li>- <i>Caregivers experience</i></li> </ul>	<i>Prospective study</i>	<i>Results showed that increases in problem behaviors among persons living with dementia, along with residence status, were significant predictors of caregiver's mental health and also their physical health</i>
2	<i>Caregiver Burden, Health Related Quality of Life and Coping in Dementia Caregivers: A Comparison of Frontotemporal Dementia and</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Burden of caregiving</i></li> <li>- <i>Health Related Quality of Life</i></li> <li>- <i>Coping</i></li> </ul>	<i>Cross sectional A comparison study</i>	<i>Passive coping strategies were associated with increased burden and decrease Health Quality of Life</i>

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
	<i>Alzheimer's Disease</i> (Riedijk, et al., 2006)			
3	<i>The Physical and Mental Health of Spouse Caregivers in Dementia: Finding Meaning as A Mediator of Burden</i> (MCLennon, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caregiver burden</li> <li>- Physical health caregiver</li> <li>- Mental Health Caregiver</li> </ul>	<i>A cross Sectional, Correlational Study</i>	<i>Results of Correlation analyses indicated associations between income, duration of caregiving, caregiver physical health; and between burden, finding meaning and caregiver mental health.</i>
4	<i>The Impact of Caregiving Style, Coping, and Benefit Finding on the Adjustment of Caregivers of Individuals with Dementia</i> (Burlison et al, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caregiving style</li> <li>- Coping mechanism</li> <li>- Caregiver adjustment</li> </ul>	<i>Correlational study</i>	<i>In general, the authoritative caregiving style was significantly associated with coping strategies, benefit findings and the caregiver adjustment (i.e. health, life disruptions, depression, and caregiving appraisal)</i>
5	<i>Is Religious Coping Associated with Cumulative Health Risk? An Examination of Religious Coping Styles and Health Behavior Patterns in Alzheimer's Dementia Caregivers</i> (Rabinowitz, Hartlaub, Saenz, Thompson, & Gallagher-Thompson, 2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Religious coping</li> <li>- Religiosity</li> <li>- Health characteristic</li> </ul>	<i>Correlational study</i>	<i>Negative religious coping was significantly associated with increased cumulative health risk.</i>
6	<i>Quality of Life in Dementia: the role of non cognitive factors in the rating of people with dementia and family caregivers</i> (Sousa, et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quality of Life cognition</li> <li>- Dementia severity</li> <li>- Depressive symptoms</li> <li>- Activities of daily living</li> <li>- Burden</li> <li>- Awareness of disease</li> </ul>	<i>Cross sectional study</i>	<i>Both Education levels of family caregivers and the depressive symptoms in people with dementia were related to the family caregivers rating of people with dementia Quality of Life</i>
7	<i>A Pilot Study Examining the Awareness, attitude and burden of informal Caregivers of patients with Dementia</i> (Qadir, Gulzar, Haqqani, &	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Knowledge</li> <li>- awareness</li> <li>- Attitude toward caregiving role</li> <li>- Factor contributing to stress ( Physical,</li> </ul>	<i>Qualitative interviews study</i>	<i>There was a considerable lack of awareness about dementia as an illness among caregiver</i>

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
	Khalid, 2013)	<i>economic, psychological)</i>		
8	<i>Family caregiver of persons with Frontotemporal Dementia: Factors Associated with caregiver Mental and Physical Health</i> (Wong, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>General physical and mental health</i></li> <li>- <i>Coping strategies</i></li> </ul>	<i>Cross sectional correlational study</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Emotion focused coping was positively associated with caregiver mental health</i></li> <li>- <i>Problem focused coping was positively associated with caregiver physical health</i></li> </ul>
9	<i>Family Caregivers of Individuals with Frontotemporal Dementia: Examining the Relationship Between Coping and Caregiver Physical and Mental Health</i> (Wong & Wallhagen, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Problem focused coping</i></li> <li>- <i>Emotion Focused coping</i></li> <li>- <i>Dysfunctional coping</i></li> <li>- <i>Physical health</i></li> <li>- <i>Mental health</i></li> </ul>	<i>Correlational study</i>	<i>Multiple regression analysis showed that emotion – focus coping made a statistically significant, unique contribution to caregiver mental health and explained approximately 14 % of its variance.</i>
10	Beban Keluarga Merawat Lansia Dapat Memicu Tindakan Kekerasaran dan Penelantaran Terhadap Lansia (Maryam, Rosidawati, Riasmini, & Suryati, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Status kesehatan</li> <li>- Pengetahuan</li> <li>- Kepuasan</li> <li>- Beban merawat lansia</li> </ul>	Deskriptif Korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan hubungan bermakna antara usia keluarga ( $p = 0,052$ ; $\alpha = 0,005$ ), status kesehatan ( $p = 0,018$ ; $\alpha = 0,005$ ), pengetahuan ( $p = 0,046$ ; $\alpha = 0,005$ ) dan kepuasan ( $p = 0,033$ ; $\alpha = 0,005$ ) dengan beban merawat lansia.
11	Gambaran Beban Keluarga Dalam Merawat Lansia Dengan Demensia di Kelurahan pancoranmas, Depok, Jawa Barat: Studi Fenomenologi (Widyastuti, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beban Keluarga</li> </ul>	Fenomenologi Deskriptif	Hasil penelitian teridentifikasi 4 tema: 1) Beban fisik, 2) Beban psikologik, 3) Beban ekonomi dan 4) Beban sosial.
12	Prediktor Beban Merawat Dan Tingkat Depresi Caregiver Dalam Merawat Lanjut Usia Dengan Demensia Di Masyarakat (Putri, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variabel Independen : <i>Contextual factors, stressor caregiving, intervening factor</i></li> <li>- Variabel dependen: beban merawat dan tingkat depresi caregiver</li> </ul>	Deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Faktor yang paling dominan berhubungan dengan beban merawat yaitu masalah memori dan perilaku sedangkan faktor yang paling dominan dengan tingkat depresi caregiver yaitu status kesehatan.

Berdasarkan penelitian yang ada terkait perawatan lansia demensia oleh keluarga sebagai *caregiver* maupun *caregivernya*, penelitian tersebut hanya memfokuskan bagaimana perubahan pada lansia yang di respon oleh *caregiver*, kesadaran sebagai *caregiver* yang berpengaruh pada kesehatan mental dan fisik serta *burden* yang dialami *caregiver* dalam merawat lansia demensia secara kuantitatif. Hal tersebut hanya menggambarkan bagaimana masalah yang dihadapi *caregiver* saat merawat lansia demensia, akan tetapi belum ada penelitian yang mengupas lebih dalam bagaimana mekanisme koping yang dilakukan *caregiver* dalam merawat lansia demensia. Penelitian yang akan dilakukan ini akan menjelaskan tentang bagaimana mekanisme koping *caregiver* yang merawat lansia demensia berdasarkan teori *uncertainty in illness*. Pada penelitian ini akan mengeksplorasi dan menggambarkan pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panti melalui interpretasi secara mendalam dari subyektifitas subyek penelitian yang terlibat secara langsung dalam merawat lansia dengan demensia. Pengalaman yang diperoleh dari *caregiver* digunakan oleh perawat dalam pengembangan intervensi keperawatan jiwa dan gerontik yang ditujukan kepada *caregiver* yang merawat lansia demensia.

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Lansia**

##### **2.1.1 Definisi**

Menurut UU RI No.13/1998 tentang kesejahteraan usia lanjut, mendefinisikan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 keatas. Dikatakan usia lanjut bila seseorang telah mencapai usia 60 tahun keatas dan memiliki tanda terjadi penurunan fungsi biologi, psikologi, dan sosial.

Proses menua merupakan proses yang berlanjut secara alamiah, dimulai sejak lahir dan pada umumnya dialami pada semua makhluk hidup (Nugroho, 2008).

##### **2.1.2 Proses Menua**

Proses penuaan merupakan proses alami setelah tiga tahap kehidupan, yaitu masa anak, masa dewasa, dan masa tua yang tidak dapat dihindari oleh setiap individu. Pertambahan usia akan menimbulkan perubahan- perubahan pada struktur dan fisiologis dari berbagai sel, jaringan, organ dan sistem yang ada pada tubuh manusia. Proses ini menjadikan kemunduran fisik maupun psikis (Mubarak, 2010).

Penuaan adalah perubahan dalam perilaku organisme sesuai dengan usianya, yang mengarah terhadap terjadinya penurunan kemampuan untuk mempertahankan kelangsungan hidup dan melakukan adaptasi (Meiner & Lueckenotte, 2006).

Ada dua proses penuaan, yaitu penuaan secara primer dan penuaan secara sekunder. Penuaan primer akan terjadi bila terdapat perubahan pada tingkat sel, sedangkan penuaan sekunder merupakan proses penuaan akibat faktor lingkungan fisik dan sosial, stress fisik dan psikis, serta gaya hidup dan diet dapat mempercepat proses menjadi tua (Mubarak, 2010).

*Aging process* atau proses penuaan merupakan suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap orang. Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan (*graduil*) kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi secara normal sehingga ketahanan terhadap cedera, termasuk adanya infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Mubarak,2010; Nugroho, 2008 ).

### **2.1.3 Pembagian Lansia**

Departemen Kesehatan Republik Indonesia membagi lansia sebagai berikut: Kelompok menjelang usia lanjut (45 - 54 tahun) sebagai masa vibrilitas; Kelompok usia lanjut (55 - 64 tahun) sebagai presenium; Kelompok usia lanjut ( lebih dari 65 tahun) sebagai senium (Mubarak, 2010).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), usia lanjut dibagi menjadi 4 kriteria yaitu Usia pertengahan (*middle age*) ialah usia 45 sampai 59 tahun; Usia lanjut (*ederly*) antara 60 - 74 tahun; Usia tua (*old*) antara 75 - 90 tahun; Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun (Mubarak, 2010; Efendi & Makhfudli, 2009).

### **2.1.4 Perubahan yang terjadi pada Lansia**

#### **1. Perubahan Kondisi Fisik**

Perubahan kondisi fisik pada lansia meliputi dari tingkat sel sampai sistem organ tubuh seperti sistem pernafasan, sistem pendengaran, penglihatan,

kardiovaskuler, sistem pengaturan tubuh, muskuloskeletal, gastrointestinal, urogenital, endokrin dan integumen (Mubaraq, 2010; Nugroho, 2008; Maryam & Sari, 2008).

## 2. Perubahan Kondisi Mental/ psikologis

Lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Perubahan mental ini erat sekali dengan perubahan fisik, keadaan kesehatan, tingkat pendidikan atau pengetahuan, dan situasi lingkungan (Mubaraq, 2010). Dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan dan lingkungan (Nugroho, 2008). Perubahan psikologis lansia meliputi *short term memory*, frustrasi, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, depresi, dan kecemasan (Maryam & Sari, 2008).

## 3. Perubahan Psikososial

Masalah perubahan psikososial serta reaksi individu terhadap perubahan ini sangat beragam. Bergantung pada kepribadian individu yang bersangkutan (Mubaraq, 2010). Nilai seseorang sering di ukur melalui produktifitasnya dan identitas yang dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pensiun, seseorang akan mengalami kehilangan (Nugroho, 2008). Perubahan sosial meliputi peran, keluarga, teman, pensiun, masalah hukum, ekonomi, rekreasi, keamanan, pendidikan, agama, panti jompo (Maryam & Sari, 2008).

## 4. Perubahan Kognitif

Perubahan pada fungsi kognitif diantaranya adalah kemunduran pada tugas yang membutuhkan kecepatan dan tugas yang memerlukan memori jangka pendek (Mubaraq, 2010).

## 5. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari (Mubaraq, 2010). Agama dan kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan. Perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak (Nugroho, 2008).

## 2.2 Konsep Demensia

### 2.2.1 Definisi

Demensia adalah sindroma klinis yang meliputi kehilangan fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat, sehingga menyebabkan disfungsi hidup keseharian. Demensia merupakan keadaan ketika seseorang mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir lain yang secara nyata mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari (Nugroho, 2008). Demensia adalah himpunan gejala penurunan fungsi intelektual, umumnya ditandai terganggunya minimal tiga fungsi yakni bahasa, memori, visuospasial, dan emosional.

Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang bersifat progresif dan mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari

### 2.2.2 Penyebab Umum Demensia

Nugroho (2008) menyatakan bahwa penyebab umum demensia dapat digolongkan menjadi 3 golongan besar yaitu:

1. Sindroma demensia dengan penyakit yang etiologi dasarnya tidak dikenal, sering pada golongan ini tidak ditemukan atrofia serebri, mungkin

kelainan terdapat pada tingkat subseluler atau secara biokimiawi pada sistem enzim, atau pada metabolisme seperti yang ditemukan pada penyakit alzheimer dan *demensia senilis*.

2. Sindroma demensia dengan etiologi yang dikenal tetapi belum dapat diobati, Penyebab utama dalam golongan ini diantaranya: Penyakit degenerasi spino-serebelar; Subakut leuko-ensefalitis sklerotik van Bogaert
3. Sindroma demensia dengan etiologi penyakit yang dapat diobati, dalam golongan ini diantaranya: Penyakit *cerebro kardiovaskuler*, Penyakit metabolik, gangguan nutrisi, akibat intoksikasi menahun.

### 2.2.3 Gejala Dan Tahapan Demensia

Gejala dan tahapan demensia dapat dilihat pada tabel 2.1 menurut Mickey, Blair, & Beare (2005) sebagai berikut :

Tabel 2.1 Tahapan Demensia

Gejala awal	Gejala pertengahan	Gangguan Akhir
1. Perubahan alam perasaan atau kepribadian	1. Gangguan memori saat ini dan masa lalu	1. Gangguan yang parah pada semua kemampuan kognitif
2. Gangguan penilaian dan penyelesaian masalah	2. Anomia, agnosia, apraksia, afasia	2. Ketidakmampuan untuk mengenali keluarga dan teman-teman
3. Konfusi tentang tempat (tersesat pada saat akan ke toko)	3. Gangguan penilaian dan penyelesaian masalah yang parah	3. Gangguan komunikasi yang parah (menggerutu, mengeluh, atau mengguman)
4. Konfusi tentang waktu	4. Konfusi tentang waktu dan tempat smakin memburuk	4. Sedikitnya kapasitas perawatan diri
5. Kesulitan dengan angka, uang, dan tagihan	5. Gangguan persepsi	5. Inkontinensia kandung kemih dan usus
6. Anomia ringan	6. Kehilangan pengendalian impuls	6. Kemungkinan menjadi hiperoral dan memiliki tangan yang aktif
7. Menarik diri atau depresi	7. Ansietas, gelisah, mengeluyur, berkeras	7. Penurunan nafsu makan, disfagia, dan resiko aspirasi
	8. Hiperoralitas	8. Depresi system imun yang menyebabkan meningkatnya resiko infeksi
	9. Kemungkinan kecurigaan, defuse, atau halusinasi	9. Gangguan mobilitas dengan hilangnya kemampuan untuk berjalan, kaku otot, dan paratonia
	10. Konfabulasi	10. Menarik diri
	11. Gangguan kemampuan merawat diri yang sangat besar	11. Gangguan siklus tidur- bangun, dengan peningkatan waktu tidur.
	12. Mulai terjadi inkontenensia	
	13. Gangguan siklus tidur bangun	

Sumber :Mickey, Blair, & Beare (2005)

Tahapan dan gejala klinis progresif demensia dapat dilihat pada tabel 2.2 menurut Nugroho (2008) yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.2 Tahapan dan Gejala Klinis Progresi Demensia.

Tahap	Gejala klinis
1	Normal
2	Normal, <i>forgetfulness</i> subjective (mudah lupa)
3	Kesulitan dalam pekerjaan, berbicara, bepergian ketempat baru, dilaporkan oleh keluarga, dan diikuti gangguan memori ringan.
4	Penurunan kemampuan untuk bepergian, berhitung, mengingat kejadian dan hal baru
5	Mebutuhkan bantuan pemilihan baju, disorientasi waktu dan tempat, gangguan kemampuan mengingat nama orang.
6	Mebutuhkan bantuan untuk makan, defekasi/ berkemih, inkontinensia, disorientasi waktu, tempat dan orang
7	Gangguan berbicara yang parah, inkontinensia, gerakan kaku

Sumber : Nugroho (2008)

Gejala demensia adalah peningkatan kesulitan dalam melaksanakan kegiatan keseharian; mengabaikan kebersihan diri; sering lupa akan kejadian yang dialami; pertanyaan atau kata sering diulang; tidak dapat mengenal waktu, orang dan tempat; sifat dan perilaku berubah; depresi dan menangis tanpa alasan yang jelas (Maryam & Sari, 2008).

## 2.3 Konsep Caregiver

### 2.3.1 Definisi

*Caregiver* adalah individu yang memberikan perawatan kepada orang lain yang sakit atau orang tidak mampu (Oyebade, 2003). Seorang *caregiver* bisa berasal dari anggota keluarga, teman, ataupun tenaga profesional yang mendapatkan bayaran (Nadya, 2009)

Berdasarkan hal tersebut caregiver dapat dikatakan sebagai individu yang dengan kerelaan ataupun dengan imbalan memberikan bantuan dalam perawatan orang lain baik itu anggota keluarga inti ataupun anggota keluarga besar yang

sedang dalam masalah kesehatan baik akut maupun kronis maupun orang yang sedang dalam pemulihan kesehatan.

### **2.3.2 Fungsi Caregiver**

Fungsi dari *caregiver* adalah menyediakan makanan, membawa klien ke dokter, dan memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian. *Caregiver* juga membantu klien dalam mengambil keputusan atau pada stadium akhir penyakitnya, justru *caregiver* ini yang membuat keputusan untuk kliennya. Keluarga *caregiver* merupakan penasihat yang sangat penting dan diperlukan oleh klien (Tantono, 2006).

### **2.3.3 Jenis Caregiver**

*Caregiver* dibedakan dalam dua kelompok yaitu *caregiver* informal dan *caregiver* formal. *Caregiver* formal adalah individu yang menerima bayaran untuk memberikan perhatian, perawatan serta perlindungan kepada individu yang sakit, seperti perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa, wisma atau panti yang menampung penderita kelainan jiwa (Nadya, 2009).

Sementara *caregiver* informal adalah individu yang menyediakan bantuan untuk individu lain yang memiliki hubungan keluarga atau dekat dengannya, seperti pada keluarga, teman atau tetangga. Biasanya tidak menerima bayaran. Pengertian *caregiver* informal dapat disamakan dengan *caregiver* keluarga (Nadya, 2009).

### **2.3.4 Tipe Tugas Caregiver**

Tipe tugas *caregiver* digolongkan kedalam dua kelompok yaitu (Lubis, 2004) :

1. Berdasarkan bentuk gangguan yang dialami klien

Setiap *caregiver* memberikan bantuan yang berbeda kepada kliennya karena tiap klien memiliki bentuk gangguan yang berbeda-beda. Contoh individu yang mengalami gangguan pada fungsi fisik, mengetahui apa yang hendak dilakukan, namun tidak mampu mengerjakan tanpa bantuan *caregiver*. Berbeda dengan individu yang memiliki gangguan pada fungsi kognitif. Individu mengalami kesulitan dalam menentukan cara untuk menyelesaikan pekerjaan, sehingga membutuhkan seorang *caregiver*.

## 2. Berdasarkan bentuk tindakan yang dilakukan *caregiver*

Seorang *caregiver* dapat melakukan beberapa tindakan, antara lain menyediakan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung, memberikan informasi atau saran tentang situasi dan kondisi klien, memberikan rasa nyaman dan dihargai serta diperlukan, menghargai sikap positif individu dan memberikan semangat dengan memberikan penilaian positif kepada klien, serta membuat klien merasa menjadi anggota dari suatu kelompok yang saling membutuhkan.

## 2.4 Konsep Teori Mishel “*Uncertainty In Illness*”

### 2.4.1 Latar Belakang Teorist

Merle H Mishel dilahirkan di Boston, Massachusetts. Beliau lulus pendidikan dari Boston University dengan gelar B.A tahun 1961 dan menerima gelar M.S di *psichiatric nursing* dari University of California pada tahun 1966. Beliau menyelesaikan program M.A dan Ph.D di sosial psikologi dari *Claremont graduate school*, California pada tahun 1976 dan 1980 (Tomey & Alligood, 2010).

Penelitian disertasi di dukung oleh seseorang nasional *research service award*, itu merupakan pengembangan dan testing dari kerancuan persepsi dalam skala penyakit yang selanjutnya di namai oleh Mishel sebagai the *Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A)*.

Mishel memulai penelitian kepada ketidakpastian atau ketidaktentuan (*Uncertainty*), dimana konsep itu tidak secara langsung diaplikasikan dalam kesehatan dan konteks penyakit. Keaslian *Uncertainty in Illness Theory* diperoleh dari model informasi - proses yang sudah ada (Warburton, 1979) dan penelitian personality dari psikologi subjek, dimana karakteristik *uncertainty* sebagai keberadaan kognitif dihasilkan dari ketidakcukupan aksi untuk membentuk skema kognitif atau penampilan internal dari suatu kejadian. Atribut dari Mishel mengarisbawahi stress-penilaian-koping- kerangka adaptasi dalam keaslian teori. Aspek khusus yang diaplikasikan dalam kerangka kerja dalam *uncertainty* sebagai penyebab stress dalam konteks penyakit, dimana dibuat dalam kerangka kerja khususnya arti dari keperawatan (Tomey & Alligood, 2010).

#### **2.4.2 Konsep Mayor dan Definisi**

Mayor Konsep *Uncertainty in Illness* dari Mishel (Tomey & Alligood, 2010).

1. Ketidaktentuan (*Uncertainty*) adalah ketidakmampuan untuk menentukan arti dari Penyakit berhubungan dengan kejadian, terjadi ketika pihak pengambil keputusan tidak mampu untuk menetapkan nilai pasti kepada suatu obyek atau kejadian, atau ketidakmampuan untuk memperkirakan hasil secara tepat.
2. Kognitif skema (*cognitive schema*) adalah intepretasi subyektif seseorang tentang penyakit, pengobatan dan perawatan di rumah sakit.

3. Kerangka Stimuli (*stimuli frame*) adalah bentuk, komposisi dan struktur dari rangsangan bahwa persepsi dari seseorang dimana dibentuk melalui skema kognitif.
  - (a) Pola Gejala (*symptom pattern*) adalah derajat dari suatu gejala dengan kecukupan konsistensi untuk menjadi sebuah persepsi yang sudah memiliki pola atau konfigurasi.
  - (b) Kebiasaan kejadian (*event familiarity*) adalah derajat dimana situasi itu terbiasa atau pengulangan atau mengandung isyarat yang dikenali.
  - (c) Kesesuaian kejadian (*event congruency*) berhubungan dengan konsistensi diantara harapan dan pengalaman akan suatu penyakit berhubungan dengan kejadian.
4. Penyedia terstruktur (*structure providers*) adalah sumber yang tersedia untuk mendampingi seseorang dalam mengartikan bentuk rangsangan
  - (a) (*Credible authority*) adalah derajat kepercayaan dan kepercayaan diri dari seseorang di penyedia pelayanan kesehatannya.
  - (b) Dukungan sosial (*social support*) mempengaruhi ketidakpastian dengan mendampingi individu untuk mengartikan arti dari kejadian.
5. Kemampuan kognitif (*Cognitive capacities*) adalah kemampuan seseorang dalam memproses informasi, tercermin pada kemampuan sejak lahir dan terbatas pada suatu situasi.
6. Keputusan (*Inference*) berhubungan dengan evaluasi dari ketidakpastian menggunakan hubungan, mengingat pengalaman masa lalu
7. Keyakinan yang salah (*Illusion*) berhubungan dengan penyusunan rasa percaya dari ketidakpastian.

8. Adaptasi (*adaptation*) mencerminkan perilaku biopsikososial yang terjadi dengan seseorang secara individual menemukan jarak dari kebiasaan perilaku
9. Pandangan baru terhadap kehidupan (*New view of life*) adalah berhubungan dengan formulasi dari permintaan akan perasaan yang baru, dihasilkan dari integrasi oleh karena ketidakpastian secara berkelanjutan kepada struktur diri pribadi seseorang, dalam hal ini ketidakpastian ini diterima sebagai suatu ritme dari kehidupan yang natural
10. *Probabilistic thinking* berhubungan dengan kepercayaan pada suatu kondisi di Dunia dalam hal ini harapan akan ketidakpastian yang berkelanjutan dan perkiraan yang ditinggalkan

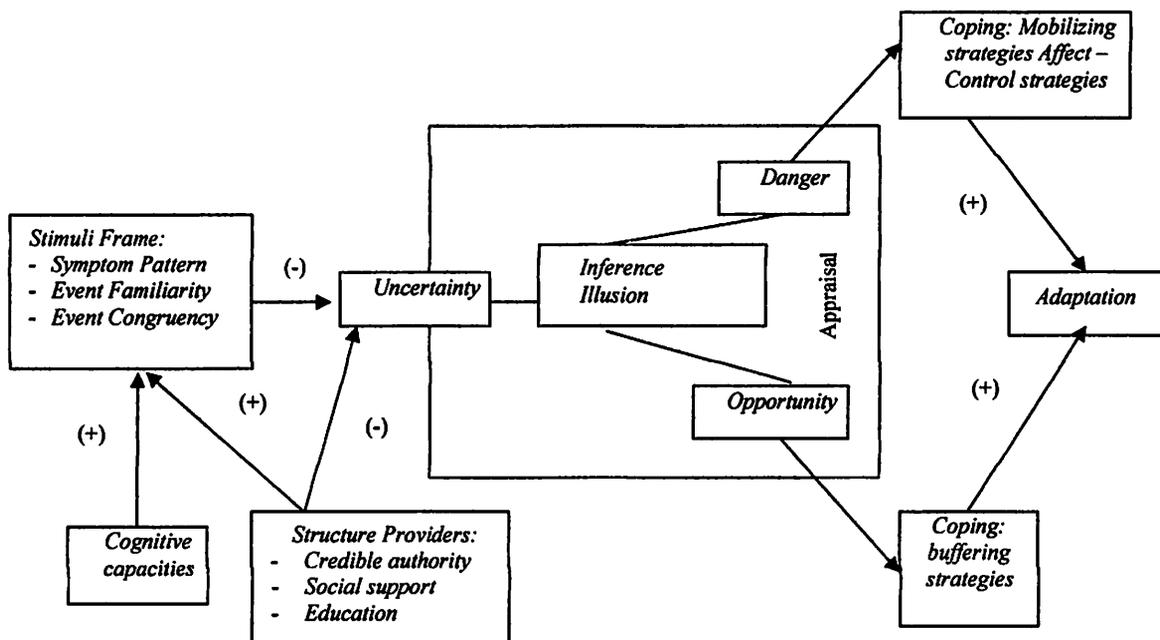
#### 2.4.3 Asumsi Mayor

Pertama kali dua refleksi bagaimana *uncertainty* dijadikan konsep awalnya dengan subjek psikologi informasi-proses model, sebagai (Tomey & Alligood, 2010):

1. *Uncertainty* adalah keberadaan kognitif, yang terwujud dalam ketidakadekuatan skema kognitif yang ada untuk mendukung interpretasi dari penyakit terkait suatu kejadian
2. *Uncertainty* adalah ketidaksamaan pengalaman yang netral, baik itu diinginkan ataupun permusuhan hingga dinilai.

Dua asumsi lain mencerminkan dasar teori *uncertainty* dalam stress transional dan model koping dimana diletakkan sebagai stress linier – koping – adaptasi berhubungan dengan berikut ini:

3. Adaptasi menunjukkan kesinambungan seorang individu menggunakan perilaku biopsikososial dan itu merupakan tujuan yang dihasilkan dari usaha koping untuk mengurangi penilaian *uncertainty* sebagai bahaya atau menjaga penilaian sebagai kesempatan.
4. Hubungan diantara kejadian penyakit, *uncertainty*, penilaian, koping, linear adaptasi, tidak sejalan, berpindah dari situasi promosi *uncertainty* kearah adaptasi.



Gambar 2.1 Model of Perceived Uncertainty in Illness (Mishel 1988) *Uncertainty In Illness*. Image: The Journal of Nursing Scholarship dalam Tomey & Alligood, 2010

## **2.5 Perawatan Pada Lansia Demensia**

### **2.5.1 *Activity Daily Living***

Perawat bertanggung jawab atas kegiatan keseharian yang tidak dapat dijalankan oleh klien demensia, terutama tentang: Makan, Mandi, Berpakaian, Bersolek, toilet, keamanan klien (Nugroho, 2008).

Tindakan yang dapat dilakukan pada lansia dengan demensia adalah sebagai berikut: evaluasi secara cermat kemampuan maksimal dari lansia dalam melaksanakan kegiatan sehari - hari kemudian dapat ditentukan jenis perawatan yang dibutuhkan; upayakan lansia tersebut mempertahankan kegiatan sehari - hari (Maryam & Sari, 2008).

Kebutuhan setiap hari meliputi penggunaan pakaian yang sesuai, kebutuhan kebersihan diri (mandi), kebutuhan nutrisi (makan), kebutuhan untuk beraktivitas (ambulasi), kebutuhan eliminasi (Steele, 2010).

### **2.5.2 *Caregiving Basic***

Klien dengan demensia membutuhkan perawatan secara individual. Usaha yang dilakukan adalah dengan mencoba mengerti dan memahami setiap klien dengan memberikan timbal balik pada setiap kemampuan yang sudah di miliki dalam rentang perawatan yang berhasil. Perawatan secara individu untuk setiap klien dapat dikerjakan dengan mengikuti empat model dalam pemberian perawatan yang mendeskripsikan dan mengaplikasikan prinsip utama dalam perawatan (Steele, 2010).

Empat model tersebut dilakukan dengan cara mengorganisasi prinsip untuk menyediakan perawatan yang optimal untuk klien. Model ini memfasilitasi

pendekatan perawatan berpusat pada klien dengan melihat klien secara menyeluruh dalam berbagai perspektif (Steele, 2010).

Empat bagian itu adalah 1) melakukan evaluasi untuk setiap gangguan pada klien; 2) fokuskan pada pengkajian untuk setiap gejala yang ada baik itu kemampuan kognitif, fungsional, psikiatrik, dan perubahan perilaku; 3) Memberikan dukungan kepada klien. Oleh karena penurunan kognitif pada demensia, sehingga menyebabkan lansia tersebut tidak dapat menjaga keselamatan diri sendiri, kesehatan fisik dan mental. Perawat dapat membantu klien dengan menjaga keselamatan klien, memenuhi kebutuhan nutrisi yang adekuat, mempertahankan hidrasi, dan mengikutsertakan klien dalam kegiatan; 4) berikan dukungan pada *caregiver*. Dukungan terhadap *caregiver* dapat diberikan melalui pendidikan, pendampingan dan arahan terhadap sumber daya komunitas (Steele, 2010).

### 2.5.3 Prinsip Perawatan Demensia

Steele (2010), mengemukakan prinsip dasar untuk merawat lansia dengan demensia adalah mengerti siapa yang dirawat; berada di tempat klien; fleksibel; fokus yang pertama kepada klien, kemudian pada tugas; empati dengan klien; komunikasi efektif; mengenali gangguan dan kekuatan dukungan; membagi tugas.

Cara yang dapat digunakan dalam perawatan sehari-hari meliputi tekankan pada hal yang sederhana pada klien, selalu tetapkan kegiatan yang dapat dilakukan oleh klien dan dimana masalah harus diselesaikan, tekankan pada kebutuhan sosial klien dan tugas, dan rencanakan tugas yang harus dimulai (Steele, 2010).

## 2.6 Konsep Koping

### 2.6.1 Definisi Stress Pada Individu

Dalam perkembangan zaman yang semakin modern ini, stress dianggap sebagai suatu hal yang biasa ditemukan dalam menghadapi kehidupan di dunia, karena dalam sehari-hari mereka menemui berbagai kondisi lingkungan yang menyebabkan tekanan jiwa atau penderitaan emosional. Lazarus & Folkman (1984) menyatakan bahwa seorang individu dikatakan mengalami stres adalah ketika mempunyai hubungan khusus dengan lingkungan yang dinilai sebagai beban, berbahaya, atau melebihi sumber daya yang dimilikinya untuk menyelesaikan suatu masalah. Dalam konsep psikologi sendiri, disebut sebagai “Stres dan Proses *Coping*.”

Stres seringkali didefinisikan dengan hanya melihat dari stimulus atau respon yang dialami seseorang. Definisi stres dari stimulus terfokus pada kejadian lingkungan seperti misalnya bencana alam, kondisi berbahaya, penyakit, atau berhenti dari kerja. Definisi ini menyangkut asumsi bahwa situasi demikian memang sangat menekan tapi tidak memperhatikan perbedaan individual dalam mengevaluasi kejadian, sedangkan definisi stres dari respon mengacu pada keadaan stres, reaksi seseorang terhadap stres, atau berada dalam keadaan di bawah stres (Lazarus & Folkman, 1984). Keadaan yang memicu terjadinya stres disebut dengan *atecedents of stressor*.

### 2.6.2 Definisi Stress Pada Keluarga

McCubbin dan Thompson (1987), mengembangkan teori *stress* keluarga dalam mengkaji adaptasi dan transisi keluarga terhadap perubahan kehidupan, yang didasarkan pada peran sentral jenis keluarga, kapabilitas dan ketahanan

keluarga dalam memahami dan menjelaskan perilaku keluarga. Konsep dasar model respon penyesuaian keluarga terhadap krisis dikembangkan oleh Hill melalui “Model Krisis Keluarga ABCX” (Sussman & Steinmetz, 1987) dan “Model T-Double ABCX” oleh McCubbin dan Patterson.

Asumsi Teori:

- 1) Keluarga dalam hal kehidupan selalu dihadapkan pada suatu hal yang berat dan suatu perubahan alami dan mampu memprediksi dalam dalam hidup keluarga
- 2) Keluarga mengembangkan kompetensi dasar, pola fungsi dan kapasitas untuk memelihara pertumbuhan dan perkembangan dari anggota keluarga dan unit keluarga, dan untuk melindungi keluarga dari gangguan utama yang menghalangi transisi dan perubahan.
- 3) Keluarga mengembangkan kompetensi dasar dan unik, pola fungsi, dan kapasitas yang didesain untuk melindungi keluarga dari *stress* non normatif atau yang tidak biasa dihadapi, tekanan dan juga membantu proses perbaikan keluarga mengikuti krisis keluarga atau transisi utama dan perubahan
- 4) Keluarga diturunkan dari dan berkontribusi untuk mengembangkan jalinan dari suatu hubungan dan sumber - sumber yang ada di Masyarakat, termasuk dalam etnik dan budaya setempat, khususnya dalam rentang waktu dimana keluarga menghadapi *stress* dan krisis.
- 5) Keluarga menghadapi situasi krisis tergantung pada perubahan dalam fungsi kerja keluarga untuk mengembalikan susunan, harmoni dan keseimbangan dalam pertengahan perubahan yang terjadi.

## Konsep ABCX Komponen

### 1) *Stressor* (A)

- (1) Waktu kehidupan atau transisi berdampak pada unit keluarga yang memiliki kecenderungan untuk merubah sistem sosial dalam keluarga
- (2) Menjelaskan perbedaan dari stress
- (3) Dapat terjadi dalam setiap aspek dari peran kehidupan keluarga, fungsi atau tujuan keluarga
- (4) Contohnya termasuk Penyakit kronis pada anak, kanker dan perawatan lansia

### 2) Sumber yang tersedia (*Existing Resources*) (B)

- (1) Semua keluarga memiliki beberapa tingkatan sumber yang dapat digunakan.
- (2) Konsep dari adanya sumber yang tersedia adalah yang digunakan keluarga dalam Masyarakat dan dalam sistem keluarga seperti pendidikan orang tua
- (3) Mungkin itu cukup adekuat atau tidak adekuat tergantung pada kejadian asal dari *stressor* atau fungsi level keluarga

### 3) Persepsi terhadap *stressor* (C)

- (1) Menjelaskan sebagai arti dari tugas keluarga pada kejadian krisis dan keseluruhan Lingkungan yang mengarahkan krisis
- (2) Dalam arti kata: sebaik apakah keluarga menjelaskan masalah yang ada, cakupan masalah, dan pengertian tentang situasi?

### 4) Krisis (*Crisis*) (X)

- (1) Menjelaskan sebagai kebutuhan untuk berubah

- (2) Variabel berkelanjutan yang mencerminkan jumlah dari kekacauan dalam keluarga, keributan, gangguan yang dipicu suatu peristiwa
- (3) Dalam model krisis itu berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga untuk mempertahankan keseimbangan
- (4) Jika keluarga itu mampu untuk memenuhi kebutuhan dari *stressor* dari krisis mungkin dapat dihindari.

### **2.6.3 Definisi *Appraisal***

Lazarus & Folkman (1984) mendefinisikan *Appraisal* sebagai proses evaluasi yang menentukan makna hubungan orang dan lingkungan, terbagi dua yaitu *Primary appraisal* adalah pemantauan terus-menerus yang dilakukan seseorang terhadap lingkungannya. Pada tahap ini seseorang mengenali munculnya masalah dari sumber yang ada di lingkungannya; *Secondary appraisal* adalah bagian dari rekognisi masalah dan melibatkan analisis yang lebih detail untuk menghasilkan strategi *coping* yang mungkin dilakukan.

Perbedaan *Appraisal* dijelaskan pada tabel 2.3 menurut Lazarus & Folkman (1984).

Tabel 2.3 Perbedaan Komponen *Appraisal*

<i>Primary Appraisal</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Irrelevant</i>: Ketika kontak dengan lingkungan tidak berpengaruh dengan kesejahteraan seseorang.</li> <li>2. <i>Benign-positive</i>: Muncul ketika kontak terjadi dan dimanifestasikan dengan positif yaitu ketika keberadaannya meningkatkan atau mempertahankan kesejahteraan seseorang.</li> <li>3. <i>Stressful</i>:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Harm/Loss</i>: terdapat kerusakan yang berkelanjutan.</li> <li>2) <i>Threat</i>: kerugian belum bisa diatasi, bahkan jika sudah terjadi dapat berimplikasi negatif dimasa depan.</li> <li>3) <i>Challenge</i>: fokus pada keuntungan yang positif saat stres muncul.</li> </ol> </li> </ol>
<i>Secondary Appraisal</i>	<p>Berhubungan dengan pemilihan coping. Tipe coping yang dapat dipilih (Lazarus &amp; Folkman, 1984)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Blame and Credit</i>: penilaian siapa yang bertanggungjawab atas situasi yang menekan yang terjadi pada individu.</li> <li>2. <i>Coping potential</i>: penilaian mengenai bagaimana individu dapat mengatasi situasi menekan atau mengaktualisasi komitmen pribadi.</li> <li>3. <i>Future expectancy</i>: penilaian mengenai apakah untuk alasan tertentu individu mungkin berubah secara psikologis untuk menjadi lebih baik ataukah lebih buruk.</li> </ol>

Sumber: Lazarus & Folkman (1984)

#### 2.6.4 Definisi Koping

Koping adalah usaha seseorang untuk mengatur kesenjangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki dalam situasi yang penuh dengan tekanan. Usaha koping dapat diartikan dengan memperbaiki masalah dan dapat juga membantu seseorang merubah pandangannya terhadap kesenjangan, menerima ancaman, atau menghindari dari situasi (Sarafino, 2006).

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam. Upaya individu dapat berupa perubahan cara berfikir (kognitif), perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan *stress* yang dihadapi. Koping yang efektif akan menghasilkan

adaptasi. Koping dapat diidentifikasi melalui respon, manifestasi (tanda dan gejala) dan pertanyaan klien dalam wawancara (Keliat B,1998).

Lazarus dan Folkman (1984) menyebutkan bahwa coping merupakan *constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*. Koping merupakan upaya perubahan kognitif dan perilaku yang berlangsung terus menerus untuk mengatasi tuntutan eksternal dan atau internal yang dinilai sebagai beban atau melampaui sumber daya individu.

Seseorang dikatakan melakukan proses koping, jika melibatkan empat tahapan: 1) Kejadian suatu peristiwa kehidupan 2) Penilaian primer dan sekunder pada suatu kejadian, yang melibatkan evaluasi makna suatu peristiwa dan efektivitas sumber daya koping, secara berturut-turut 3) Perilaku koping 4) hasil akhirnya adalah kesehatan psikologis dan fisik.

#### **2.6.5 Tipe Koping**

Lazarus & Folkman (1984) membagi *coping* menjadi 2 tipe yaitu *macro coping* dan *micro coping*. *Macro coping* terdiri dari: 1) *Problem Focused Coping* (PFC), mencakup bertindak secara langsung untuk mengatasi masalah atau mencari informasi yang relevan dengan solusi 2) *Emotional Focused Coping* (EFC), merujuk pada berbagai upaya untuk mengurangi berbagai reaksi emosional negatif terhadap stres. *Micro coping* terbagi menjadi: *Problem Focused Coping* (PFC) dan *Emotional Focused Coping* (EFC).

Terdapat 6 subdimensi dalam *Problem Focused Coping (PFC)*, diantaranya adalah:

1. *Distancing*, yaitu reaksi melepaskan diri atau usaha melarikan diri dalam permasalahan serta menciptakan pandangan yang positif.
2. *Self control*, yaitu usaha untuk meregulasi perasaan maupun tindakan.
3. *Seeking social support*, yaitu usaha untuk mencari dukungan dari pihak luar, baik berupa informasi, bantuan nyata maupun dukungan emosional.
4. *Accepting responsibility*, yaitu usaha untuk mengetahui peran dirinya dalam permasalahan yang dihadapi dan mencoba untuk menempatkan segala sesuatu dengan sebagaimana mestinya.
5. *Escape avoidance*, yaitu reaksi berkhayal dan usaha menghindar atau melarikan diri dari permasalahan.
6. *Positive reappraisal*, yaitu usaha untuk menciptakan makna yang positif dengan memusatkan pada pengembangan personal dan juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.

Terdapat 2 subdimensi dalam *Emotional Focused Coping (EFC)*, diantaranya adalah:

1. *Planful problem solving*, yaitu usaha memecahkan masalah dengan tenang dan hati-hati disertai dengan pendekatan analisis.
2. *Confrontative coping*, yaitu usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan resiko.

McCubbin dan Patterson (1983) mengidentifikasi 4 (empat) hipotesis umum terhadap bagaimana *coping* keluarga dalam menghadapi stres.

1. Pertama, *coping stress* dapat mengurangi *family vulnerability* terhadap stres.
2. Kedua, *coping stress* berfungsi untuk menguatkan atau mempertahankan keterpaduan keluarga dan organisasi keluarga.
3. Ketiga, *coping stress* dapat mengurangi bahkan menghilangkan *stressor events*.
4. keempat, *coping stress* secara aktif mengendalikan lingkungan keluarga dan mengubah organisasi keluarga ke arah yang lebih baik.

#### **2.6.6 Tujuan Koping**

Tujuan dilakukan koping bagi individu menurut Lazarus & Folkman (1984) antara lain:

1. Sebagai penyangga efek dari stres.
2. Melawan efek stres dengan langsung mengarah keperbaikan hasil.
3. Menghilangkan stres, bahkan mengurangi dampaknya, dalam hal ini termasuk fitur yang terkait seperti penilaian dan sumber daya.

#### **2.6.7 Mekanisme Koping**

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (Stuart dan Sundeen, 1995) yaitu:

##### **1. Mekanisme koping adaptif**

Adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.

## 2. Mekanisme coping maladaptif

Adalah mekanisme coping yang menghambat fungsi integrasi, memcahkan pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan/tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar.

McCubbin dan Patterson(1983) mengembangkan the *DOUBLE ABCX* Model, dimana dengan menambahkan variabel setelah post krisis (Mekanisme coping) untuk menjelaskan bagaimana keluarga berusaha memperbaiki diri dari situasi krisis dan menerima proses adaptasi yang telah digunakan.

Keluarga menghadapi stress dalam fase pengalamanya dari penyesuaian dan beradaptasi. Penyesuaian manajerial dalam menghadapi ketidakseimbangan antara permintaan dan pemenuhannya dikenal dengan strategi *coping* (Penanggulangan), yaitu proses aktif dimana individu mencoba untuk mengelola, mengadaptasi, atau menghadapi situasi penuh tekanan (McCubbin & Dahl, 1985; Rettig & Leichtentritt, 1997)

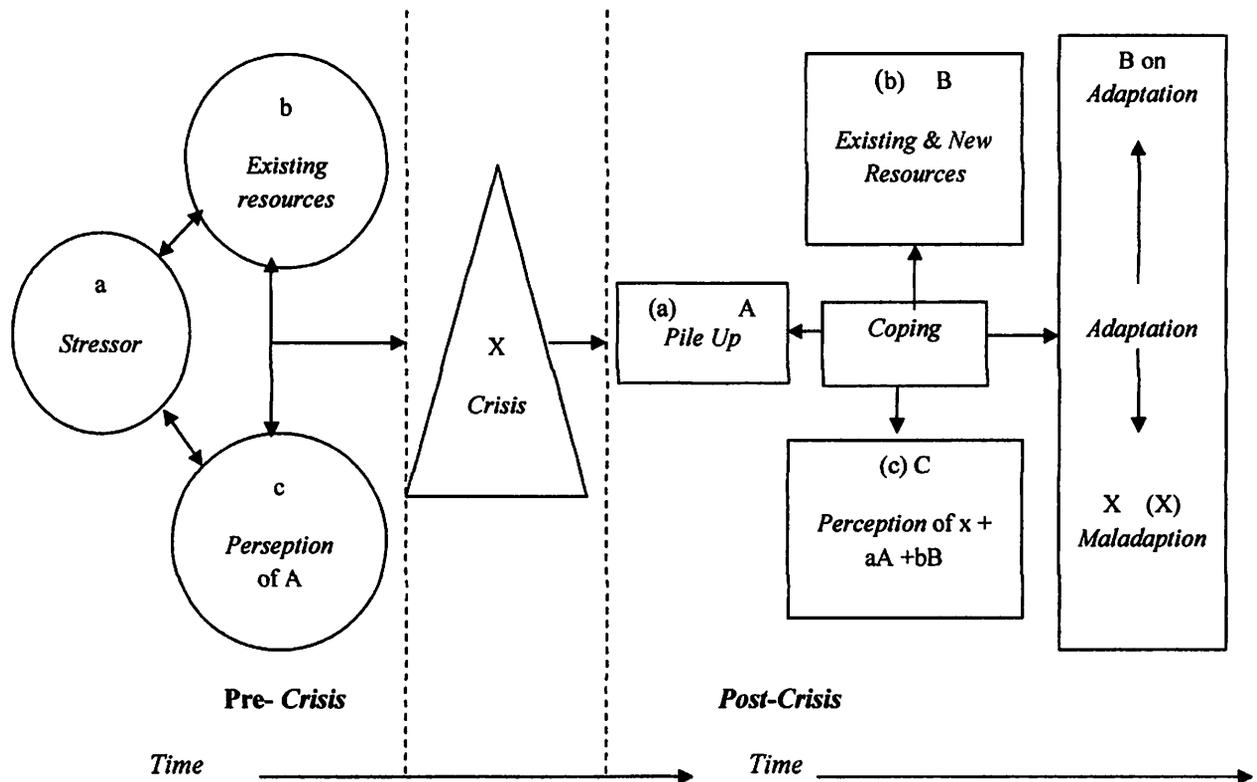
### Interaksi komponen ABCX

Stressor (A) → interaksi dengan sumber (*resource*) (B) → Persepsi keluarga terhadap stressor/ bagaimana stressor diartikan (C) → menghasilkan krisis (X).

### Interaksi Model T-*Double* ABCX

Model T-double ABCX meliuti “A” menunjukkan kejadian faktor stress (*stressor*) berinteraksi dengan “V” kerentanan keluarga menghadapi stresor, berinteraksi dengan “T” jenis keluarga; *regenerative, resilient, rhythmic, atau balanced* faktor “B” menunjukkan sumberdaya perlawanan keluarga yang

berinteraksi dengan “C” menunjukkan penilaian keluarga terhadap kejadian, berinteraksi dengan “PSC” respon *coping* dan penyelesaian masalah terhadap situasi keluarga, menghasilkan “X



Gambar 2.2 Model T-double ABCX McCubbin dan Patterson

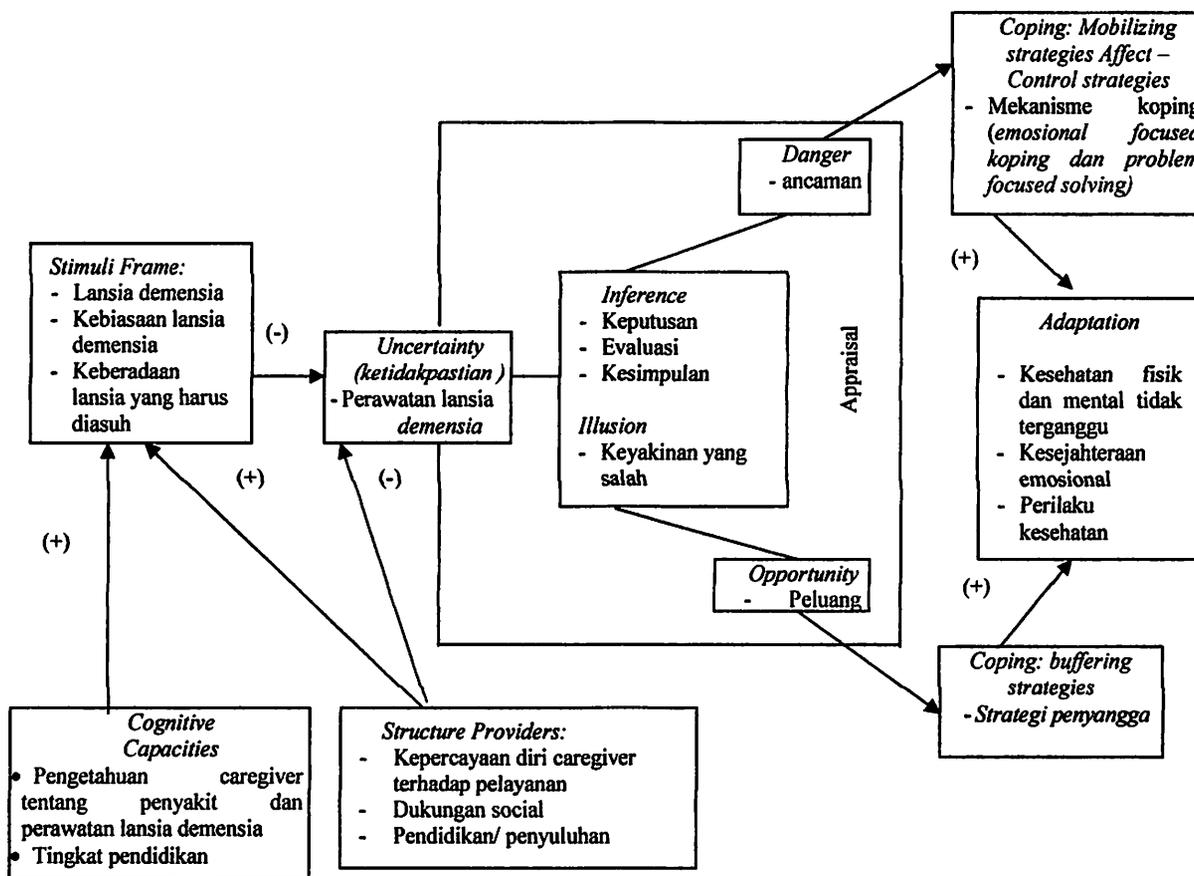
## 2.7 Konsep Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif mengkaji perspektif partisipan dengan strategi-strategi yang bersifat interaktif dan fleksibel. Penelitian kualitatif ditujukan untuk memahami fenomena-fenomena sosial dari sudut pandang partisipan, dengan demikian arti atau pengertian penelitian kualitatif tersebut adalah penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek alamiah dimana peneliti merupakan instrumen kunci (Sugiyono, 2011).

Fenomenologi diartikan sebagai: 1) pengalaman subyektif atau pengalaman fenomenological; 2) suatu studi tentang kesadaran dari perspektif pokok dari seseorang. Fenomenologi merupakan pandangan berfikir yang menekankan pada focus pengalaman subyektif manusia dan intepretasi dunia (Moleong, 2010).

Tahapan penelitian deskriptif fenomenologi antara lain *intuiting*, *analysis* dan *descriptive* (Polit & Beck, 2012). Tahapan penelitian diawali dengan *intuiting*, pada tahap peneliti membaca berulang-ulang hasil transkrip verbatim untuk mendapatkan makna dari pengalaman yang disadari partisipan. Tahapan selanjutnya adalah *analyze*, peneliti melakukan identifikasi secara teliti dan cermat berhubungan dengan pernyataan partisipan yang memiliki persamaan makna, sehingga diperoleh esensi dari fenomena tersebut. tahapan *descriptive* untuk menuliskan pengalaman dalam bentuk narasi.

2.8 Kerangka Pikir



Gambar 2.3 Kerangka Pikir Pengalaman Caregiver Dalam Merawat Lansia Demensia Berbasis *Teory Uncertainty In Illnes dan stress, appraisal, coping strategi in transactional theory*

Variabel individu (*caregiver*) dalam hal ini meliputi demografis (Umur dan Jenis Kelamin) dan latar belakang *caregiver* seperti pengalaman dalam mengasuh lansia demensia mempengaruhi bentuk rangsangan (*Stimuli frame*). Kerangka Stimuli (*stimuli frame*) adalah bentuk, komposisi dan struktur dari rangsangan bahwa persepsi dari seseorang dimana dibentuk melalui skema kognitif. Disamping itu kapasitas kognitif, *structure providers* atau penyedia terstruktur (*credible authority, social support dan education*) juga mempengaruhi

*stimuli frame*. Penyedia terstruktur (*structure providers*) adalah sumber yang tersedia untuk mendampingi seseorang dalam mengartikan bentuk rangsangan. (*credible authority*) adalah derajat kepercayaan dan kepercayaan diri dari seseorang di penyedia pelayanan kesehatannya. Dukungan sosial (*social support*) mempengaruhi ketidakpastian dengan mendampingi individu untuk mengartikan arti dari kejadian. Kemampuan kognitif (*cognitive capacities*) adalah kemampuan seseorang dalam memproses informasi, tercermin pada kemampuan sejak lahir dan terbatas pada suatu situasi.

Keputusan (*inference*) berhubungan dengan evaluasi dari ketidakpastian menggunakan hubungan, mengingat pengalaman masa lalu. Keyakinan yang salah (*Illusion*) berhubungan dengan penyusunan rasa percaya dari ketidakpastian. *Stimuli frame* meliputi pola gejala (*symptom pattern*), kebiasaan kejadian (*event familiarity*) dan kejadian kebiasaan (*event congruency*). Pola Gejala (*symptom pattern*) adalah derajat dari suatu gejala dengan kecukupan konsistensi untuk menjadi sebuah persepsi yang sudah memiliki pola atau konfigurasi. Kebiasaan kejadian (*event familiarity*) adalah derajat situasi itu terbiasa atau pengulangan atau mengandung isyarat dikenali. Kesesuaian kejadian (*event congruency*) berhubungan dengan konsistensi diantara harapan dan pengalaman akan suatu penyakit berhubungan dengan kejadian.

Stimuli frame mempengaruhi ketidakpastian (*uncertainty*) penyakit oleh *caregiver*. Ketidakpastian (*Uncertainty*) adalah ketidakmampuan untuk menentukan arti dari penyakit berhubungan dengan kejadian, terjadi ketika pihak pengambil keputusan tidak mampu untuk menetapkan nilai pasti kepada suatu obyek atau kejadian, atau ketidakmampuan untuk memperkirakan hasilnya secara

tepat. Ketidakpastian ini berupa keyakinan (*inference*) dan keyakinan yang salah (*Illusion*). Hal ini akan memberikan dampak yang berupa bahaya (*danger*) atau kesempatan (*opportunity*) bagi *caregiver*.

Proses yang dimulai dari Ketidakpastian (*Uncertainty*) sampai bahaya (*danger*) dan kesempatan (*opportunity*) merupakan proses *caregiver* dalam menilai (*Appraisal*). *Appraisal* sebagai proses evaluasi yang menentukan makna hubungan orang dan lingkungan dimana pada tahap ini seseorang mengenali munculnya masalah dari sumber yang ada dilingkungannya sampai dengan rekognisi masalah dan melibatkan analisis yang lebih detail untuk menghasilkan strategi *coping* yang mungkin dilakukan.

Koping ini dapat berupa *mobilizing strategies*, *affect-control strategies* dan juga *buffering strategies*. Koping dapat terdiri dari *Problem Focused Coping* (PFC), mencakup bertindak secara langsung untuk mengatasi masalah atau mencari informasi yang relevan dengan solusi dan *Emotional Focused Coping* (EFC), merujuk pada berbagai upaya untuk mengurangi berbagai reaksi emosional negatif terhadap stres. Kedua jenis koping ini mempengaruhi adaptasi yang dipakai.

Adaptasi (*adaptation*) mencerminkan perilaku biopsikososial yang terjadi dengan seseorang secara individual menemukan jarak dari kebiasaan perilaku adaptasi seseorang dapat *adaptive* (positif) yang dapat menjaga atau mempertahankan kesehatan fisik dan mental orang tersebut sedangkan *ineffective responses* adaptasi akan menimbulkan sakit fisik, *stress* dan depresi orang tersebut.

# **BAB 3**

# **METODE PENELITIAN**

## **BAB 3**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif. Pendekatan fenomenologis digunakan dalam penelitian ini dengan tujuan untuk mendapatkan data dengan mengeksplorasi dan menggambarkan pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panti melalui interpretasi secara mendalam dari subyektifitas subyek penelitian yang terlibat secara langsung dalam merawat lansia dengan demensia sehingga didapatkan pemahaman dan makna fenomena tersebut bagi *caregiver* (Polit & Beck, 2012). Penelitian ini dilakukan secara bebas tanpa terikat dengan konsep atau pernyataan tentang pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia sebagai sudut pandang penelitian. Konsep teori dan hasil penelitian selama ini yang sudah ada merupakan pendukung untuk menjustifikasi hasil penelitian.

Pengalaman koping yang dimiliki oleh setiap *caregiver* bersifat unik sesuai dengan karakteristik *caregiver* sehingga fenomena ini tidak dapat digambarkan secara kuantitatif. Melihat hal tersebut peneliti memilih menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif (Creswell, 1998).

#### **3.2 Populasi Dan Sampel**

Subyek penelitian dalam penelitian ini diperoleh dengan menetapkan populasi dan melakukan seleksi sampel. Populasi yang digunakan pada penelitian

ini adalah *caregiver* yang merawat lansia dengan demensia Di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya. Penelitian ini melakukan seleksi sampel menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu metode pemilihan sampel yang sesuai dengan tujuan penelitian.

Proses pemilihan subyek penelitian dilakukan sehari setelah prosedur perijinan dilakukan. Prosedur perijinan dilakukan oleh peneliti dengan mengajukan surat permohonan bantuan fasilitas penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tentang pelaksanaan penelitian yang berjudul pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panti werdha ditujukan kepada Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya.

Langkah selanjutnya adalah peneliti bersama dengan salah satu pengelola panti mengidentifikasi subyek penelitian berdasarkan kriteria penelitian. Subyek penelitian adalah obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi dengan kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik subyek penelitian yang dapat dimasukkan atau layak untuk diteliti.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. *Caregiver* yang merawat lansia dengan demensia
2. *Caregiver* yang telah merawat lansia demensia lebih dari 3 bulan
3. *Caregiver* yang bisa berkomunikasi dengan baik
4. *Caregiver* yang bersedia untuk dijadikan subyek penelitian

Berdasarkan kriteria penelitian, maka peneliti mendapatkan delapan orang *caregiver* yang memenuhi kriteria penelitian sebagai subyek penelitian. Tetapi pada penelitian ini selain *caregiver*, data didapatkan dari 3 orang narasumber yaitu manajemen panti untuk melengkapi data. Peneliti kemudian

melakukan pertemuan pertama dengan calon subyek penelitian dengan didampingi oleh salah satu pengelola panti, untuk memperkenalkan diri. Selanjutnya peneliti melakukan interaksi hanya dengan calon subyek penelitian untuk membina hubungan saling percaya yang akan dilanjutkan dengan penjelasan tujuan, manfaat, prosedur penelitian, hak dan kewajiban subyek penelitian serta jaminan hak subyek penelitian. Setelah calon subyek penelitian bersedia untuk mengisi dan menandatangani pernyataan kesediaan mengikuti penelitian serta membuat kesepakatan waktu dan tempat wawancara.

Jumlah subyek penelitian pada penelitian ini sesuai dengan jumlah subyek penelitian pada metode fenomenologi yang ideal adalah 3 sampai dengan 10 orang. Tetapi dapat ditambah sampai informasi yang di dapat dari subyek penelitian menghasilkan data yang berulang atau mencapai saturasi (Cresswell,1998). Penelitian ini melibatkan tujuh subyek penelitian, karena pada subyek penelitian ke tujuh telah terjadi saturasi data, suatu keadaan dimana informasi yang disampaikan oleh partisipan sudah tidak memberikan data informasi yang baru.

### **3.3 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.3.1 Tempat Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya.

#### **3.3.2 Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari sampai dengan Juli 2015. Penelitian di mulai dari pengambilan data awal, pengembangan proposal, pengambilan data sampai dengan perbaikan dan pengumpulan tesis.

### 3.4 Etika Penelitian

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting karena dalam pelaksanaannya berhubungan langsung dengan manusia.

*Informed Consent* merupakan Persetujuan antara peneliti dengan subyek penelitian penelitian tertuang dalam suatu lembar persetujuan untuk menjadi subyek penelitian. Pemberian lembar ini agar subyek penelitian mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika subyek penelitian bersedia mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut dan jika tidak bersedia menjadi subyek penelitian, maka peneliti harus menghormati hak mereka dan peneliti tidak boleh memaksa.

Dalam penelitian ini, Peneliti melibatkan *caregiver* yang dengan sukarela menjadi subyek penelitian dalam penelitian ini setelah mendapatkan penjelasan tentang penelitian (*inform consent*) meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi wawancara yang akan dibutuhkan, hak subyek penelitian selama penelitian berlangsung dan partisipasi yang diharapkan dari subyek penelitian. Subyek penelitian yang bersedia dalam penelitian ini telah menandatangani lembar persetujuan sebagai bukti kesukarelaan dan tanpa paksaan terlibat dalam penelitian ini.

*Anonimity* (tanpa nama) merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama subyek penelitian pada alat bantu penelitian. Cukup dengan kode yang hanya dimengerti oleh peneliti. Peneliti tidak mengungkapkan identitas subyek penelitian (*anonymous*), dengan tujuan memberikan perlindungan bagi subyek penelitian penelitian. Kerahasiaan subyek penelitian dijaga dengan cara tidak mencantumkan data subyek penelitian dalam

lembar pengumpulan data dan catatan lapangan (*anonymity*), melainkan dalam bentuk kode seperti P1 untuk subyek penelitian 1 dan selanjutnya.

*Confidentiality* (kerahasiaan) penelitian keperawatan yang menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Dalam penelitian ini, kesediaan subyek penelitian mengikuti penelitian dibuktikan dengan menandatangani *inform consent*, setelah subyek penelitian mendapatkan penjelasan tentang tujuan serta prosedur dari penelitian ini dengan jelas. Untuk memberikan jaminan kerahasiaan subyek penelitian dalam penelitian ini, peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, rekaman dan transkrip wawancara (*verbatim*) dalam tempat yang hanya bisa diakses oleh peneliti. Hasil rekaman wawancara ditransfer ke dalam komputer dan disimpan dalam file khusus dengan mempergunakan kode tertentu. Seluruh data yang diperoleh hanya dipergunakan untuk keperluan proses analisis data sampai dengan penyusunan laporan penelitian.

Hak untuk bebas dari rasa sakit dan ketidaknyamanan (*the right to freedom from harm dan discomfort*), untuk menerima risiko yang minimal selama proses penelitian berlangsung. Peneliti meyakinkan subyek penelitian bahwa kegiatan penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan bahaya, baik secara fisik maupun psikologis. Subyek penelitian mendapatkan hak bebas dari eksploitasi (*free from exploitation*) sehingga tidak membuat subyek penelitian terpapar pada situasi yang tidak menguntungkan (Polit dan Beck, 2012). Penelitian ini menerapkan prinsip *the right to freedom from harm dan discomfort*

dengan cara memberikan kebebasan bagi subyek penelitian untuk menjawab atau menolak memberikan jawaban apabila pertanyaan yang diajukan memberikan rasa tidak nyaman baik fisik maupun psikologis subyek penelitian, atau mengundurkan diri sebagai subyek penelitian dalam penelitian apabila subyek penelitian tidak nyaman selama proses penelitian berlangsung tanpa adanya sanksi apapun. Pertanyaan yang diajukan dalam penelitian ini terkait dengan pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia.

Prinsip etik yang terakhir adalah *justice*, dimana semua subyek penelitian penelitian diperlakukan secara adil sebelum, selama, dan setelah partisipasi dalam penelitian (Polit & Beck, 2012). Peneliti memberikan informasi yang sama kepada seluruh subyek penelitian tentang tujuan, prosedur dan risiko ketidaknyamanan selama penelitian subyek penelitian tanpa membedakan suku, agama, ras dan status sosial.

### **3.5 Pengumpulan Data**

#### **3.5.1 Alat**

##### **1) Instrument penelitian**

- a) Peneliti melakukan wawancara sesuai pedoman wawancara yang sudah dibuat sebelumnya berupa pertanyaan semi-terstruktur untuk membantu peneliti agar pertanyaan yang diajukan tetap mengarah pada tujuan penelitian. Panduan ini terdiri dari kalimat pembuka, kalimat kesepakatan kontrak, dan lima pertanyaan pokok yang akan dikembangkan oleh peneliti yang tetap mengacu pada tujuan penelitian dan diakhiri dengan

kalimat penutup yang berisi tentang ucapan terima kasih dan kontrak untuk pertemuan selanjutnya.

Pedoman wawancara ini dilakukan studi awal terlebih dahulu oleh peneliti untuk mengetahui kualitas pertanyaan dan pemahaman subyek penelitian terhadap pertanyaan yang diajukan selama wawancara dengan cara peneliti melakukan wawancara terhadap *caregiver* yang merawat lansia demensia dari panti tersebut yang tidak memenuhi kriteria penelitian. Kemudian hasil wawancara dilakukan verbatim dan dikonsultasikan dan didiskusikan dengan para pembimbing penelitian untuk mengetahui kualitas pertanyaan, kedalaman dalam melakukan wawancara, dan pemahaman subyek penelitian terhadap pertanyaan yang diajukan. Peneliti melakukan studi awal kepada dua orang *caregiver*.

- b) Catatan lapangan (*field note*) untuk mencatat respons non-verbal subyek penelitian dan kondisi yang mempengaruhi selama proses wawancara. *Field note* meliputi informasi tentang non verbal subyek penelitian yang sesuai dengan verbal maupun yang tidak sesuai dengan verbal, kondisi lingkungan yang menyebabkan subyek penelitian merubah verbal maupun non verbalnya serta penggunaan istilah khusus yang bila dialihkan ke bahasa yang mudah di mengerti akan dapat mengurangi makna.

Sebelum digunakan dalam penelitian, format ini dilakukan pengujian terlebih dahulu untuk mengintegrasikan dengan kemampuan wawancara peneliti. Hasil studi awal menunjukkan *field note* mampu memberikan informasi tentang non verbal subyek penelitian yang sesuai dengan verbal maupun yang tidak sesuai dengan verbal.

## 2) Alat Pererekam

Peneliti menggunakan alat bantu pengumpul data berupa *tape recorder* untuk merekam informasi dari subyek penelitian. Alat perekam yang digunakan untuk wawancara adalah *tape recorder*. Alasan penggunaan alat ini adalah kualitas suara yang jelas dan jernih dan mudah dalam pengoperasiannya baik saat proses perekaman maupun saat pemutaran ulang untuk dibuat verbatim.

Validitas alat perekam (*tape recorder*) dilakukan dengan menggunakan uji coba merekam suara peneliti terlebih dahulu, sebelum digunakan saat wawancara. Hasil uji coba menunjukkan bahwa untuk mendapatkan kualitas suara yang optimal, sebelum proses wawancara harus dilakukan pengecekan baterai yang terlihat pada indikator pada perekam suara saat dihidupkan, volume di atur dalam ukuran suara yang maksimal, alat perekam diletakkan dengan jarak 30 - 40 cm dari peneliti dan subyek penelitian serta alat perekam diletakkan ditempat (tidak dipegang oleh peneliti ataupun di gantung), pada penelitian ini alat perekam diletakkan di meja antara peneliti dan subyek penelitian.

## 3) Kamera

Peneliti menggunakan kamera dilakukan dengan melakukan uji coba dengan mengambil gambar terlebih dahulu, sebelum digunakan saat penelitian. Hasil uji coba menunjukkan mendapatkan gambar yang optimal. Sebelum dilakukan penelitian dan proses wawancara dilakukan pengecekan baterai pada kamera. Penelitian ini mengambil gambar kegiatan lansia dan kegiatan subyek penelitian.

#### 4) Peneliti

Peneliti juga berperan sebagai instrumen penelitian, untuk itu juga dilakukan uji coba terhadap kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara, kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara yang mendalam (*indepth interview*) dan pencatatan pada *field note*. Penelitian kualitatif ini adalah penelitian pertama kali yang dilakukan oleh peneliti. Sehingga untuk menambah pengalaman serta kemampuan peneliti sebagai instrument, maka peneliti terlebih dahulu melakukan latihan wawancara kepada 2 *caregiver* dari panti tersebut yang tidak masuk dalam kriteria penelitian atau tidak sebagai subyek penelitian dalam penelitian ini.

Berdasarkan hasil latihan wawancara tersebut dilakukan evaluasi bersama dengan pembimbing dalam penelitian ini. Peneliti harus mampu menggali pengalaman yang dialami subyek penelitian secara alami, namun tidak terlibat secara emosional. Pengalaman subyek penelitian digali secara alami dan bebas sesuai esensi yang dirasakan subyek penelitian sebagai individu yang menyadari keberadaanya.

#### 3.5.2 Prosedur

Uji etik diperlukan untuk melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian, kepentingan keamanan subyek penelitian serta aman di lokasi penelitian. Setelah melewati Uji etik proposal penelitian yang dilaksanakan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Peneliti mengajukan surat penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga kepada Yayasan Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya. Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak Panti Werdha Hargo Dadali Surabaya, peneliti melakukan pendekatan

kepada subyek penelitian dengan memilih subyek penelitian sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan peneliti. Kemudian peneliti memperkenalkan diri dan melakukan interaksi untuk membina hubungan saling percaya dengan subyek penelitian tersebut.

Setelah terbina hubungan saling percaya peneliti menjelaskan kepada subyek penelitian tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian, batasan keterlibatan subyek penelitian, hak dan kewajiban serta jaminan hak - hak subyek penelitian. Setelah mengetahui hal tersebut peneliti akan meminta subyek penelitian untuk mengisi, menandatangani pernyataan kesediaan mengikuti penelitian secara sukarela, kemudian peneliti dengan subyek penelitian membuat kesepakatan mengenai waktu dan tempat untuk melakukan wawancara secara mendalam sesuai penelitian yang dilakukan.

Setelah ada kesepakatan dengan subyek penelitian, wawancara dilakukan di tempat dan waktu yang telah disepakati oleh peneliti dan subyek penelitian. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti mempersiapkan lingkungan tempat wawancara yang kondusif, yaitu tempat yang jauh dari suasana bising, tempat yang terang dan nyaman. Pada penelitian ini wawancara dilakukan di ruangan yang biasa digunakan untuk memeriksa pasien dan untuk sholat jadi satu tempat yang di beri sekat lemari.

Peneliti menggunakan pendekatan fenomenologi dan menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan pertanyaan semi terstruktur dalam proses pengumpulan data selama satu kali wawancara. Teknik ini dilakukan dengan tujuan agar subyek penelitian berkesempatan mengungkapkan pengalaman terkait fenomena yang diteliti, yaitu informasi mendalam mengenai

pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia dengan demensia di Panti Werdha. Wawancara dilakukan dengan alat perekam yang akan digunakan dalam pengumpulan data disiapkan sesaat sebelum wawancara dan dilengkapi dengan *field note* untuk mengidentifikasi respons non verbal dan situasi yang terjadi selama wawancara.

Wawancara dilakukan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat oleh peneliti dan subyek penelitian, dengan jadwal yang tidak mengganggu subyek penelitian saat merawat lansia demensia dan tidak mengganggu tugas pokok subyek penelitian dalam merawat lansia demensia. Jumlah pertemuan dan lama wawancara dilakukan sesuai dengan kesepakatan peneliti dan subyek penelitian sampai dengan informasi yang diperlukan terpenuhi.

Wawancara diawali dengan mengingatkan kembali kontrak, kesepakatan untuk melakukan wawancara dan pengisian data demografi subyek penelitian. Proses wawancara mengenai topik pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panti werdha berdasarkan panduan wawancara yang telah disiapkan. Pertanyaan wawancara meliputi pemahaman *caregiver* tentang lansia demensia, cara *caregiver* dalam merawat lansia demensia, hambatan yang dialami *caregiver* selama merawat lansia demensia, cara *caregiver* mengatasi hambatan selama merawat lansia demensia, dan harapan *caregiver* dalam merawat lansia demensia.

Peneliti menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh subyek penelitian dan melakukan klarifikasi terhadap jawaban subyek penelitian bila dirasakan ada jawaban yang menyimpang atau jawaban yang belum jelas. Jawaban subyek penelitian yang sesuai dengan konteks pertanyaan peneliti merupakan

suatu indikator bahwa subyek penelitian mengerti maksud dari pertanyaan peneliti. Peneliti melakukan wawancara yang mendalam pada setiap pokok pertanyaan, merespon jawaban subyek penelitian untuk mendapatkan dan menggali data yang lebih dalam lagi agar dapat menggali pengalaman subyek penelitian secara lebih rinci dan menjawab semua informasi yang diperlukan oleh peneliti sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditentukan. Peneliti memulai untuk melanjutkan pada pertanyaan atau tujuan penelitian berikutnya setelah dirasa sudah tidak didapat data yang baru lagi dan tidak ada yang disampaikan lagi oleh subyek penelitian.

Selama proses wawancara peneliti dan subyek penelitian direkam secara keseluruhan dan durasi waktu wawancara yang paling cepat adalah 25 menit dan yang paling lama adalah 40 menit.

Setelah selesai melakukan wawancara, kemudian peneliti membuat verbatim dari hasil wawancara yang telah dilakukan. Setelah selesai membuat verbatim, proses validasi data menggunakan transkrip verbatim dilakukan oleh peneliti dengan cara meminta subyek penelitian membaca hasil verbatim, validasi data juga dilakukan ditempat yang sama pada waktu wawancara dengan masing-masing subyek penelitian. kemudian peneliti menanyakan apakah hasil verbatim tersebut sesuai dengan apa yang telah disampaikan subyek penelitian selama proses wawancara.

Pada pertemuan berikutnya peneliti juga melakukan validasi dengan menggunakan kisi - kisi hasil analisis tema kepada setiap subyek penelitian. Seluruh subyek penelitian menyetujui isi verbatim, maupun tema sebagai hasil penelitian, kemudian peneliti menyampaikan gambaran keadaan yang dialami subyek penelitian berdasarkan intuiting peneliti terhadap tema hasil analisis.

Setelah subyek penelitian menyetujui gambaran yang disampaikan peneliti, maka proses validasi selesai dan peneliti memberikan penghargaan kepada subyek penelitian berupa ucapan terima kasih atas kesediaan, kerjasama dan partisipasi selama penelitian. Terminasi diakhiri dengan pemberian *reward*.

Pengumpulan data primer dilakukan oleh peneliti sesuai tujuan khusus penelitian yang akan dijabarkan pada tabel 3.1 berikut ini.

Tabel 3.1 Tabel Pengumpulan Data Primer Sesuai Tujuan Khusus Penelitian

Tujuan Khusus Penelitian	Teknik Pengumpulan Data	Instrument	Subyek penelitian	Tempat
Mengidentifikasi pemahaman <i>caregiver</i> tentang lansia demensia	Wawancara mendalam	Panduan wawancara	<i>Caregiver</i>	Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya
Mengidentifikasi cara <i>caregiver</i> dalam merawat lansia demensia.	Obsevasi dan wawancara mendalam	Field note dan pedoman wawancara	<i>Caregiver</i>	Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya
Mengidentifikasi hambatan yang dialami <i>caregiver</i> selama merawat lansia demensia.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	<i>Caregiver</i> Manajemen panti	Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya
Mengidentifikasi cara <i>caregiver</i> mengatasi hambatan selama merawat lansia demensia	Observasi dan wawancara mendalam	Field note dan pedoman wawancara	<i>Caregiver</i> Manajemen panti	Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya
Mengidentifikasi harapan <i>caregiver</i> dalam merawat lansia demensia	Obseravsi dan Wawancara mendalam	Field note dan Pedoman wawancara	<i>Caregiver</i> Manajemen panti	Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya

Jadwal kegiatan dalam penelitian ini, mulai dari proposal penelitian sampai dengan hasil perbaikan tesis akan dijabarkan pada tabel 3.2 berikut ini.

Tabel 3.2 Jadwal Kegiatan Penelitian Pengalaman Koping *Caregiver* Dalam Merawat Lansia Demensia

Rencana Penelitian	Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Proposal Penelitian																										
Ujian Proposal																										
Perbaikan Uji Proposal																										
Uji Etik																										
Uji Coba Instrument																										
Pengumpulan Dan Analisa Data																										
Penyusunan Laporan Akhir																										
Sidang Tesis																										
Perbaikan Hasil Tesis																										

**3.6 Pengolahan dan Analisis Data**

Proses analisis data pada penelitian kualitatif fenomenologi dilakukan melalui beberapa cara. Penelitian ini menggunakan metode interpretasi data menurut (Collaizi 1978, Speziale & Carpenter, 2003) yaitu

1. Mendeskripsikan fenomena yang akan diteliti dengan cara Peneliti melakukan studi literature dan memperkaya informasi tentang demensia, perawatan lansia demensia, koping *caregiver* sesuai dengan fenomena terkait yang akan diteliti yaitu pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panti werdha. Selain itu peneliti berusaha untuk menyelami dan membenamkan diri pada keadaan *caregiver* yang merawat lansia demensia di panti.

2. Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat subyek penelitian dengan cara Peneliti melakukan pengumpulan data (wawancara) dan menuliskan dalam bentuk verbatim untuk dapat mendeskripsikan fenomena yang diteliti yaitu pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia.
3. Membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah disampaikan subyek penelitian yaitu Peneliti membaca hasil verbatim berulang kali secara menyeluruh sampai peneliti merasa mampu untuk memahami apa yang disampaikan subyek penelitian yaitu pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia dengan demensia.
4. Membaca kembali transkrip hasil wawancara dan mengutip pernyataan dalam verbatim yang signifikan dan sesuai dengan tujuan khusus penelitian. Peneliti memilih kata kunci pada pernyataan yang telah dipilih dengan cara memberikan garis penanda pada kata dan memberi kode tujuan khusus.
5. Peneliti membaca kembali kata kunci yang telah diidentifikasi dan mencoba menemukan esensi atau makna dari kata kunci untuk membentuk kategori.
6. Peneliti membaca seluruh kategori yang ada, membandingkan dan mencari persamaan diantara kategori tersebut dan Peneliti mengelompokkan kategori yang sama kedalam sub kategori, kategori, sub tema, tema dan mengorganisir kumpulan makna kedalam kelompok tema .
7. Peneliti merangkai tema yang ditemukan selama proses analisis data, menuliskannya menjadi sebuah deskripsi yang dalam dan lengkap terkait pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia sebagai bentuk hasil penelitian.

8. Peneliti kembali menemui subyek penelitian untuk validasi deskripsi hasil analisis, dengan cara meminta subyek penelitian untuk membaca kisi-kisi hasil analisis tema dan Peneliti ingin mengetahui apakah gambaran tema yang diperoleh sebagai hasil penelitian sesuai dengan keadaan yang dialami subyek penelitian dalam hal pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia.
9. Peneliti menganalisis kembali data yang diperoleh selama melakukan validasi kepada subyek penelitian dan Peneliti menambahkan dan menggabungkan data hasil validasi kedalam deskripsi akhir mendalam pada laporan penelitian sehingga pembaca mampu memahami pengalaman subyek penelitian dalam hal pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia dengan demensia.

### 3.7 Keabsahan

Keabsahan data (*trustworthiness*) merupakan ukuran validitas dan reliabilitas dari penelitian kualitatif. Keabsahan data tersebut menentukan kualitas dari keseluruhan proses penelitian kualitatif. Kriteria keabsahan penelitian kualitatif dinilai berdasarkan empat kriteria yaitu *credibility*, *transferability*, *dependenbilty* dan *confirmability* (Polit & Beck, 2012).

#### 1. *Credibility*

*Credibility* merupakan suatu cara membuktikan hasil penelitian dapat dipercaya dan bertujuan menilai kejujuran dari temuan penelitian kualitatif yaitu ketika subyek penelitian mengakui temuan penelitian sebagai pengalamannya. Dalam penelitian ini, *Credibility* dilakukan peneliti dengan memberikan hasil analisis data dalam bentuk verbatim untuk dibaca oleh subyek penelitian, meminta

subyek penelitian membaca kembali verbatim dan kisi-kisi hasil analisis tema yang telah di buat oleh peneliti, kemudian diminta memberikan umpan balik terhadap hasil analisa data peneliti. Umpan balik subyek penelitian yaitu konfirmasi terhadap hasil analisis data yang dibuat oleh peneliti berupa subyek penelitian mengakui bahwa hasil analisis data sesuai dengan yang dialami oleh subyek penelitian, penambahan atau pengurangan data lain dari subyek penelitian yang tidak di dapatkan selama wawancara.

## 2. *Dependability*

Merupakan suatu bentuk kestabilan data dan untuk menilai proses penelitian tersebut bermutu. Dilakukan dengan cara melakukan *inquiry audit*, yaitu proses audit dilakukan oleh *external reviewer* untuk meneliti dengan kecermatan data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian. *External reviewer* pada penelitian ini adalah kedua dosen pembimbing tesis. Kedua pembimbing tesis dalam penelitian ini akan memeriksa cara dan hasil analisis, menelaah hasil penelitian secara keseluruhan dengan kecermatan data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian berlangsung sampai penyusunan laporan yang dilakukan oleh peneliti, memberikan penekanan dan arahan dalam menggunakan hasil penelitian yang telah diperoleh (Pollit&Beck, 2012).

## 3. *Confirmability*

*Confirmability* adalah suatu objektivitas data atau kenetralan data, dimana tercapai persetujuan atau kesepakatan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data (Pollit&Beck, 2012). Kenetralan data yang diperoleh bergantung kesepakatan beberapa orang terhadap pandangan pendapat dan penemuan penelitian. Dilakukan dengan cara *inquiry audit* dengan cara penerapan *audit trail*.

Peneliti mengumpulkan secara sistematis material dan hasil dokumentasi penelitian, dalam penelitian ini adalah transkrip verbatim yang sudah ditambahkan dengan catatan lapangan/ *field note*, dan analisa data dan meminta dosen pembimbing tesis sebagai *external reviewer* untuk melakukan analisis perbandingan untuk menjamin obyektifitas hasil penelitian. *Confirmability* dalam penelitian ini juga diterapkan dengan meminta konfirmasi pada subyek penelitian terkait dengan hasil transkrip verbatim wawancara dan kisi - kisi hasil analisis tema yang telah di susun.

#### 4. *Transferability*

*Transferability*, atau validitas eksternal dalam penelitian kualitatif, menunjukkan kemampuan hasil penelitian untuk diterapkan pada tempat/ kelompok lain yang memiliki karakteristik serupa. *Transferability* dalam penelitian ini dilakukan peneliti dengan cara menyampaikan tema yang didapat pada subyek penelitian lain yang tidak terlibat dalam penelitian ini yang memiliki karakteristik serupa, kemudian mengidentifikasi apakah subyek penelitian tersebut menyetujui tema - tema yang dihasilkan oleh penelitian ini, dengan demikian diharapkan validitas eksternal penelitian ini tercapai.

**BAB 4**  
**HASIL PENELITIAN**

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Bab ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panthi werdha. Bab ini terdiri dari 3 bagian, bagian pertama peneliti memberikan uraian tentang gambaran umum lokasi penelitian, bagian kedua yaitu karakteristik subyek penelitian berisi informasi data subyek penelitian yang terlibat dalam penelitian sedangkan bagian ketiga peneliti menyajikan tema-tema yang ditemukan dari hasil penelitian dari sudut pandang subyek penelitian tentang pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panthi werdha.

#### **4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Tempat penelitian yang digunakan adalah Panti Werdha Hargo Dedali terletak di Jalan Manyar Kartika IX No.22 – 24 Surabaya. Panti Werdha Hargo Dedali didirikan oleh para pejuang wanita 1945 Jawa Timur yang diprakarsai oleh R. Soedarijah Soerodikoesoemo. Fasilitas yang dimiliki oleh panti berupa bangunan panti yang terdiri atas kantor, tiga wisma tempat tinggal yang terdiri dari wisma melati, wisma mawar dan wisma kenanga, ruang tamu, aula pertemuan, mushola, ruang makan, dapur, ruang setrika, kamar mandi dan kamar yang digunakan untuk tempat tinggal. Kapasitas penghuni di Panti werdha sebanyak 45 orang. Pada bulan Januari 2015 jumlah penghuni panti 45 lansia wanita, petugas yang ada di panti sebanyak 15 orang yang terdiri 3 manajemen

panti, 4 orang pegawai panti (2 orang satpam dan 2 orang tukang kebun) dan 8 orang pemberi perawatan. Sumber pembiayaan panti berasal dari biaya subsidi silang dan bantuan subsidi pemerintah.

#### **4.2 Karakteristik Subyek Penelitian dan Narasumber**

Peneliti melibatkan sebanyak sepuluh orang terdiri dari Tujuh orang Subyek penelitian dan tiga orang narasumber manajemen panti dalam penelitian ini. Sepuluh orang tersebut terdiri dari sembilan orang dengan jenis kelamin perempuan dan satu dengan jenis kelamin laki- laki. Memiliki rentang usia dari 18 tahun sampai dengan 60 Tahun. Sepuluh orang tersebut 3 orang merupakan lulusan dari SMK kesehatan, 4 orang bagian di belakang yaitu untuk mencuci, setrika, memandikan, memasak dan membersihkan panti untuk pelayanan pada lansia dan 3 orang merupakan pihak manajemen panti.

Tingkat pendidikan ini bervariasi mulai dari Sekolah dasar sampai dengan strata satu. Lama bekerja di panti bervariasi mulai dari 6 bulan sampai dengan 27 tahun. Semua subyek penelitian dan narasumber beragama Islam. Status perkawinan tiga orang belum menikah, satu orang tidak menikah, satu orang janda dan lima orang menikah.

#### **4.3 Gambaran Tema**

Tema sebagai hasil dari penelitian dirumuskan berdasarkan jawaban subyek penelitian terhadap pertanyaan wawancara dan catatan lapangan selama proses pengambilan data berlangsung. Pada penelitian ini dapat menghasilkan 15 tema. Bagian ini juga menjelaskan secara terperinci 15 tema yang telah

teridentifikasi melalui analisis data dan akan diuraikan berdasarkan tujuan penelitian.

Pada penelitian ini tujuan penelitian ada lima yaitu pemahaman *caregiver* tentang lansia demensia, cara merawat *caregiver* dalam merawat lansia demensia didapatkan data dari tujuh orang subyek penelitian yaitu hanya *caregiver* saja. Tujuan penelitian yang berikutnya adalah hambatan yang dialami *caregiver* selama merawat lansia demensia, cara *caregiver* mengatasi hambatan selama merawat lansia demensia, harapan *caregiver* dalam merawat lansia demensia didapatkan data dari 10 orang terdiri dari 7 orang subyek penelitian yaitu *caregiver* dan tiga orang narasumber dari pihak manajemen panti.

#### **4.3.1 Pemahaman *Caregiver* Tentang Lansia Demensia.**

Pemahaman *caregiver* tentang lansia demensia digambarkan dalam satu tema yaitu konsep demensia. Tema tersebut tergambar dalam uraian berikut ini.

##### **Tema 1 : Konsep Demensia**

Konsep demensia disampaikan oleh subyek penelitian dan terbagi menjadi empat sub tema, yaitu definisi, tanda dan gejala, faktor resiko/ penyebab, dan pencegahan.

Sub tema pertama adalah definisi demensia yang dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu usia, orientasi dan memori. Definisi demensia pada kategori usia, seperti yang digambarkan dalam petikan transkrip tiga subyek penelitian berikut ini.

“..... penyakitnya orang yang sudah lanjut usia “(P1)

“kalau sudah lanjut usia mbak... kira- kira 60 tahunan ke atas”(P1)

“..... ya itu mbak,,,,, penyakitnya orang yang sudah tua- tua”(P4 dan P7)

Definisi demensia pada kategori kedua adalah aspek orientasi. Aspek Orientasi yang dipahami oleh subyek penelitian dibagi menjadi tiga sub kategori yaitu tempat, orang dan waktu. Sub kategori tersebut dapat di gambarkan dalam petikan transkrip subyek penelitian empat dan patisipan tiga berikut ini.

“ ..... masuk kamar nya keliru... kamar orang lain di masukin”(P4)

“..... anaknya datang ngunjungin. ditanya siapa itu, jawab nya gak tau...”(P3)

“... Tanya sekarang hari apa... jawabnya itu gak sesuai”(P4)

Klasifikasi selanjutnya adalah definisi demensia dari aspek memori. Seluruh subyek penelitian menganggap aspek memori juga mempengaruhi demensia. Seperti uraian yang di sampaikan tiga subyek penelitian berikut ini.

“... Kalau di kasih makan itu, bilang nya belum di kasih makan...”(P7)

“.. lansia yang mengalami pikun atau daya ingat menurun”(P2)

“...baju baru di ganti, bilang nya belum di ganti. Katanya baju nya bau...”(P4)

Konsep demensia selanjutnya terkait dengan tanda dan gejala demensia. Tanda dan gejala di bagi menjadi enam kategori yaitu disorientasi, gangguan memori/daya ingat, penurunan kemandirian, perubahan perasaan, hilangnya minat/ inisiatif, salah meletakkan benda.

Kategori yang pertama dari sub tema tanda dan gejala adalah disorientasi. Disorientasi teridentifikasi menjadi tiga sub kategori yaitu orang, waktu dan tempat. Tiga subyek penelitian mengemukakan disorientasi terhadap orang, dua subyek penelitian mengemukakan disorientasi waktu dan 3 orang mengemukakan

disorientasi tempat seperti yang tergambar dalam transkrip subyek penelitian empat, lima dan tujuh berikut ini.

“... kalau ada keluarga nya yang datang, misalnya itu cucunya gitu mbak. Kadang itu gak tau kalau itu cucu nya mbak.”(P7)

“... orang tua yang sudah lupa sekarang tanggal berapa dan hari apa..”(P4)

“... kamar nya sendiri juga lupa...”(P5)

Kategori yang kedua dari tanda dan gejala adalah gangguan memori/daya ingat. Seluruh subyek penelitian mengungkapkan terjadinya penurunan daya ingat pada lansia demensia seperti pernyataan partisipan enam dan tujuh berikut ini.

“ lupa kalau sudah mandi.. begitu juga sebaliknya mbak...”(P7)

“ daya ingat nya sudah mulai menurun mbak...”(P6)

Klasifikasi tanda dan gejala selanjutnya pada kategori yang ketiga adalah penurunan kemandirian. Seluruh Subyek penelitian mengungkapkan bahwa lansia demensia itu mengalami penurunan kemandirian seperti ungkapan tiga subyek penelitian berikut ini.

“... gak bisa makan sendiri, gak bisa mandi sendiri...”(P1)

“... kadang itu kalau untuk pup itu juga sembarangan, kececeran...”(P3)

“... lansia demensia disini itu banyak yang di mandikan..”(P4)

Kategori dari sub tema tanda dan gejala keempat adalah perubahan perasaan. Sebanyak enam subyek penelitian menguraikan perubahan perasaan yang terjadi pada lansia demensia seperti yang diilustrasikan dalam transkrip berikut ini.

“ berubah mbak orangnya. Berubah menjadi pendiem dan pemarrah... mudah marah”(P6)

“... Emosi nya labil mbak... berubah ubah dan suka marah..”(P1)

Sub tema tanda dan gejala kategori kelima adalah hilangnya minat/inisiatif. Sebanyak tiga subyek penelitian mengungkapkan hilangnya minat/ inisiatif yang terjadi pada lansia demensia, seperti yang di gambarkan oleh subyek penelitian satu dan dua berikut ini.

“... Nggak mau bergaul dengan teman yang lain...”(P1)

“... kalau ada kegiatan gak mau ikut. Kalau di Tanya kenapa ndak ikut, jawab nya kadang males”(P2)

Kategori yang terakhir dari tanda dan gejala adalah salah meletakkan benda. Sebanyak empat subyek penelitian mengungkapkan lansia demensia sering salah meletakkan benda seperti yang di ilustrasikan subyek penelitian tiga dan empat di bawah ini.

“... Dapat kue dari orang- orang yang datang ngunjungin kesini. Trus kue nya itu di simpen. Tapi bukan di kamarnya... tapi di kamar orang lain”(P4)

“...ya suka lupa naruh, misalnya suka lupa naruh barang dan kue...”(P3)

Sub tema yang ketiga dari konsep demensia adalah faktor resiko. Faktor resiko di bagi menjadi lima kategori yaitu usia, genetik, fisik, psikologis dan sosial.

Kategori yang pertama dari faktor resiko adalah usia. Lima subyek penelitian mengemukakan bahwa usia bisa mempengaruhi terjadi demensia seperti yang di kemukakan oleh subyek penelitian satu dan empat berikut ini.

“ ...usia mbak... kalau semakin tua usia nya ya kan mudah pikun..”(P1)

“... karena sudah tua itu tadi mbak. Kan usianya sudah banyak yah mbak. Makanya pikun..”(P4)

Kategori kedua dari faktor resiko adalah genetik. Ada dua subyek penelitian itu menyebutkan bahwa genetik/ keturunan dapat menyebabkan terjadi demensia seperti yang dijelaskan subyek penelitian empat dan lima berikut ini.

“... Atau mungkin kalau orang tua nya dulu pikun... anaknya juga ikut pikun mbak..”(P4)

“... faktor genetika kemungkinan juga bisa yah. Kayak keturunan nya bisa demensia juga kalau orang tua nya demensia”(P5)

Aspek fisik merupakan kategori yang ketiga dari faktor resiko dan terbagi menjadi dua sub kategori yaitu penyakit dan trauma kepala. Empat subyek penelitian mengungkapkan penyakit dan satu subyek penelitian mengungkapkan trauma kepala sebagai faktor resiko dari aspek fisik yang dapat menyebabkan terjadi nya demensia seperti ilustrasi subyek penelitian satu, tiga dan empat di bawah ini.

“..... diabet mungkin yach mbak...”(P1)

“... penyakit degenerative itu tadi mbak...”(P3)

“... mungkin karena darah tinggi yach mbak... atau mungkin pernah stroke..”(P4)

“.. mungkin kepala nya pernah kebentur apa gitu mbak.... Ya mungkin pernah jatuh dari sepeda... kecelakaan itu lho mbak”(P4)

Klasifikasi kategori dari faktor resiko selanjutnya adalah psikologis. Empat subyek penelitian mengungkap psikologis dapat menjadi faktor resiko dari

demensia. Seperti uraian yang disampaikan oleh subyek penelitian empat dan enam berikut ini.

“... hidupe ngawur gitu mbak... gak pernah olahraga.. trus orang nya sering stress”(P4)

“... orang- orang yang banyak kegiatan sampai pikiran nya penuh trus orangnya *stress*”(P6)

Aspek sosial juga merupakan kategori terakhir dari faktor resiko terjadi nya demensia menurut tiga orang subyek penelitian, seperti yang di gambarkan dalam transkrip berikut ini oleh subyek penelitian dua dan enam.

“susah bersosialisasi mbak, gak punya banyak teman..”(P2)

“orang yang pensiun trus gak ada yang di kerjakan, yang diem dirumah atau diem gak ngapa- ngapain..”(P6)

Sub tema yang terakhir dari konsep demensia adalah pencegahan. Pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadi nya demensia dapat di bagi menjadi lima kategori yaitu aspek fisik, aspek psikologis, aspek sosial, aspek spiritual, aspek kognitif.

Aspek fisik dari sub tema pencegahan terbagi menjadi tiga sub kategori yaitu olahraga, tidur/istirahat, dan nutrisi. Kategori olahraga merupakan sub kategori pertama dari aspek fisik disampaikan oleh empat subyek penelitian, sub kategori kedua dari aspek fisik adalah tidur/ istirahat, disampaikan tiga subyek penelitian dan sub kategori yang ketiga dari aspek fisik adalah nutrisi disampaikan oleh lima subyek penelitian sebagai aspek fisik yang dapat mencegah terjadi demensia seperti yang jelaskan oleh enam subyek penelitian berikut ini.

“ pagi hari jalan- jalan gitu mbak.. jogging”(P4)

“.. ikut senam- senam kesegaran jasmani..”(P3)

“.. istirahat nya juga harus teratur mbak..”(P6)

“tidur yang cukup..”(P7)

“... makanan yang 4 sehat 5 sempurna lah mbak... bukan yang fastfood gitu”(P1)

“makan makanan yang di masak sendiri mungkin lebih aman”(P2)

Aspek psikologis merupakan kategori kedua dari sub tema pencegahan terbagi menjadi dua sub kategori yaitu *stress management* dan *problem solution*. Empat subyek penelitian mengungkapkan *stress management* dan satu subyek penelitian mengungkapkan *problem solution* merupakan pencegahan terjadi demensia seperti yang di uraikan oleh subyek penelitian dua dan enam berikut ini.

“jangan sampai stress mbak”(P2)

“ gak boleh stress”(P6)

“atau kalau misalnya punya masalah... ya segera di selesaikan dengan baik. Seperti mencari solusi dengan bantuan orang lain”(P6)

Kategori ketiga adalah aspek sosial dari sub tema pencegahan. Lima subyek penelitian mengungkapkan aspek sosial yang dapat dilakukan untuk mencegah demensia , seperti yang di ungkapkan oleh subyek penelitian empat dan lima berikut ini.

“banyak ikut kegiatan di luar mbak... biar ketemu orang... biar gak stress”(P4)

“ sering mengikuti kegiatan supaya bisa ketemu orang - orang. Supaya bisa komunikasi dengan yang lain”(P5)

Kategori berikutnya dari sub tema pencegahan adalah aspek spiritual. Satu subyek penelitian menguraikan bahwa aspek spiritual juga bisa mencegah terjadinya demensia seperti yang dijelaskan oleh subyek penelitian di bawah ini.

“...ibadahnya juga, biar seimbang mbak. Rohaninya juga terpenuhi”(P5)

Kategori terakhir dari sub tema pencegahan adalah aspek kognitif. Aspek kognitif di bagi menjadi dua sub kategori yaitu melatih konsentrasi dan melatih memori. Dua subyek penelitian menjelaskan melatih memori dan enam subyek penelitian menjelaskan melatih memori sebagai pencegahan dari aspek kognitif, seperti yang di jalskan oleh subyek penelitian dua, tiga, empat dan tujuh berikut ini.

“... main game yang butuh konsentrasi tinggi”(P2)

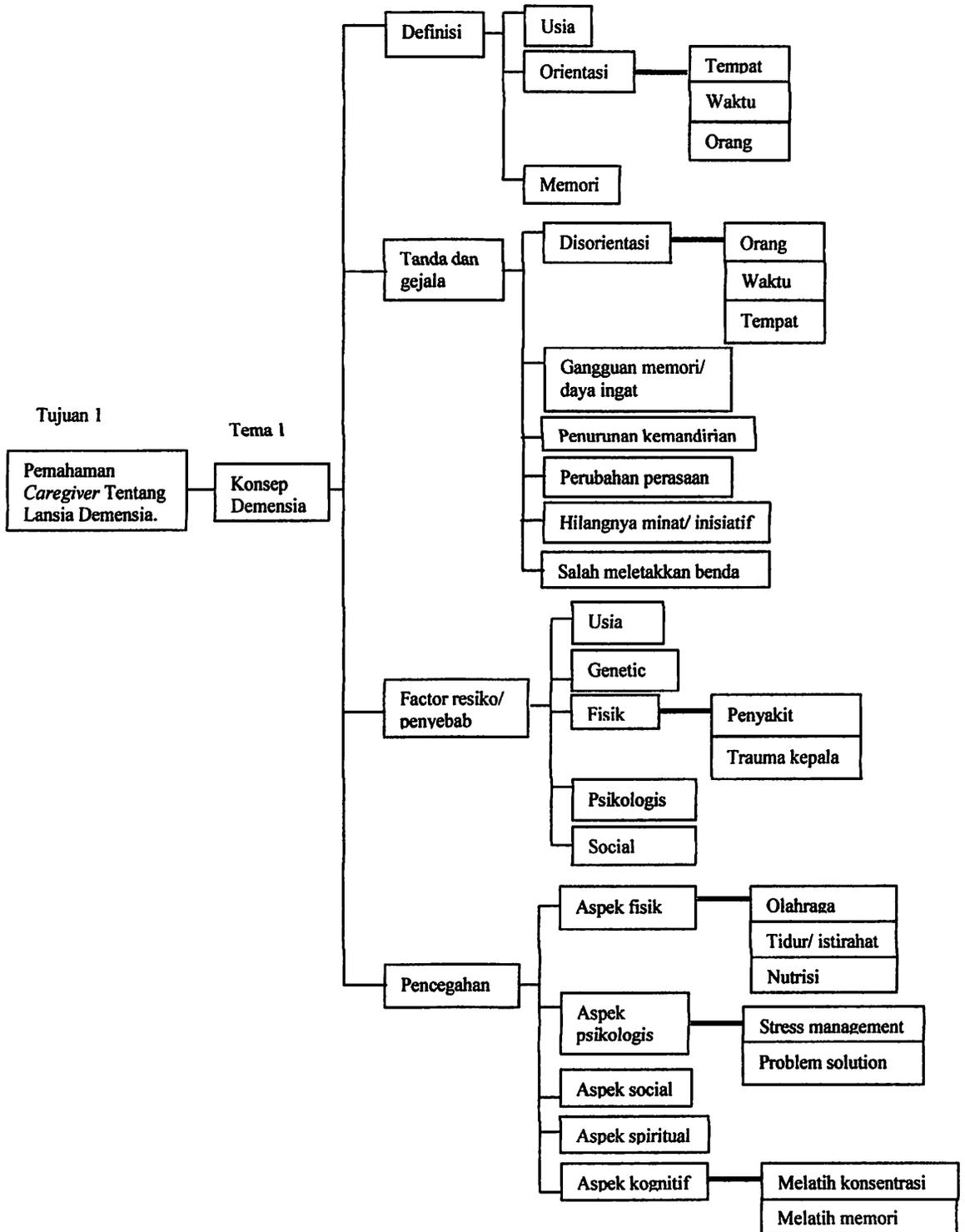
“... kita ngasih permainan yang ringan- ringan lah seperti puzzle, atau mewarnai”(P3)

“ lebih sering membaca..”(P3)

“... ngisi TTS itu lho mbak...”(P4)

“... sebelum tidur... mengingat kembali apa saja yang sudah dilakukan dari pagi bangun tidur sampai sebelum tidur malam”(P7)

Secara menyeluruh tema konsep demensia yang dimiliki oleh *caregiver* dapat di gambarkan dalam skema 4.1



Skema 4.1 Analisis Pemahaman Caregiver Tentang Lansia Demensia.

### 4.3.2 Cara *Caregiver* Dalam Merawat Lansia Demensia.

Cara *caregiver* dalam merawat lansia demensia digambarkan dalam empat tema yaitu kebutuhan dasar merawat lansia, tujuan merawat lansia, metode merawat lansia, dukungan sosial dalam merawat lansia. Keempat tema tersebut akan digambarkan dalam penjelasan masing- masing tema di bawah ini.

#### **Tema 2: Kebutuhan Dasar Merawat Lansia**

Berbagai jenis Kebutuhan dasar merawat lansia dengan demensia dapat di kelompokkan menjadi tiga kategori yaitu kebersihan diri, nutrisi, istirahat dan sosial.

Kebersihan diri merupakan kategori pertama dari kebutuhan dasar merawat lansia demensia. Membantu lansia untuk memenuhi kebersihan diri di kelompokkan lagi menjadi empat sub kategori yaitu mandi, ganti baju, sikat gigi/ kebersihan mulut dan eliminasi. Enam subyek penelitian mengungkapkan mandi sebagai kebutuhanan dasar, tujuh subyek penelitian tentang kebutuhan ganti baju, empat subyek penelitian tentang kebutuhan sikatgigi/ kebersihan mulut dan tujuh subyek penelitian mengungkapkan kebutuhan eliminasi dalam merawat lansia diuraikan oleh seluruh subyek penelitian dalam pernyataan subyek penelitian satu, dua, tiga, empat , enam dan tujuh.

“ biasanya lebih khusus yang demensia, soalnya kan mandi masih ketergantungan”(P1)

“... kalau memandikan... kadang saya bantu memandikan”(P3)

“...Ganti baju nya kita bantu, biar bener pakai baju nya”(P3)

“... bantu memakaikan baju mbak, biar gak kebalik”(P2)

“... Sekalian mandi kita bantuin untuk nyiapin odol dan sikat gigi nya”(P1)

“... kadang bantuin juga gosok gigi nya”(P4)

“... BAB nya itu harus di bantu mbak... gak bisa sendiri apalagi kalau yang suka eek di sembarangan tempat”(P6)

“... Untuk sehari - harinya yang demensia buang air besar dan buang air kecil perlu untuk di bantu”(P7)

Kebutuhan dasar merawat lansia ada kategori yang kedua adalah kebutuhan nutrisi. Kebutuhan nutrisi dalam merawat lansia demensia disampaikan oleh enam subyek penelitian sebagai kebutuhan dasar merawat lansia dan di gambarkan subyek penelitian satu dan tujuh berikut ini.

“ ... biasanya saya bantu nyuapin...”(P1)

“...kadang kalau ada yang nggak bisa makan sendiri ya saya suapin mbak”(P7)

Kategori yang ketiga dari merawat lansia demensia adalah kebutuhan istirahat. Dua subyek penelitian mengungkapkan seperti uraian subyek penelitian dua dan tujuh di bawah ini.

“... Lha kalau tidur siang itu biasanya ada yang tidur, biasa nya ada yang jalan - jalan depan kamar, kadang ada juga yang tiba - tiba bertengkar gitu mbak.”(P2)

“ kalau malam... kadang ada yang mondar- mandir gak mau tidur mbak.”(P7)

Kebutuhan sosial yang merupakan kategori keempat juga merupakan kebutuhan lansia juga hal ini di sampaikan oleh satu subyek penelitian seperti yang digambarkan pada uraian beriku ini.

“melerai pikun sama pikun bertengkar”(P1)

### **Tema 3: Tujuan Merawat Lansia**

Tujuan merawat lansia dapat di kelompokkan menjadi dua sub kategori yaitu membantu lansia dan menjaga keamanan lansia.

Membantu lansia dalam memenuhi kebutuhannya menjadi sub kategori pertama dari tujuan merawat lansia disampaikan oleh empat subyek penelitian yang akan di uraikan oleh subyek penelitian satu dan dua berikut ini.

“ .... Semua kebutuhan itu mbak. Harus kita penuhi, kita yang sediakan”(P1)

“... lansia demensia membutuhkan perawatan yang lebih dari pada yang tidak demensia”(P2)

Sub kategori kedua yaitu menjaga keamanan. Menjaga keamanan juga tidak kalah pentingnya dalam merawat lansia seperti yang di ungkapkan oleh tiga subyek penelitian. Uraian tersebut akan dilihat dalam ungkapan subyek penelitian berikut ini.

“ .... Harus kita jaga betul- betul supaya mereka tidak jatuh atau terpeleset di kamar mandi.”(P1)

“... perlu pengawasan untuk ke kamar mandi mbak.. karena takut kalau jatuh mbak”(P6)

#### **Tema 4: Metode Merawat Lansia**

Metode merawat lansia merupakan cara - cara yang di gunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan kesehatan pada lansia yang dirawat. Berdasarkan pendapat dan pengalaman subyek penelitian dapat diidentifikasi tujuh sub tema yang digunakan oleh *caregiver*, yaitu kenyamanan lansia, variasi kegiatan, observasi rutin lansia, terapi, melibatkan *caregiver* yang lain.

Kenyamanan lansia merupakan sub tema dari metode merawat lansia. Kenyamanan lansia dibagi menjadi dua kategori yaitu menawari hal yang di sukai dan penuh perhatian.

Menawari hal yang disukai merupakan kategori pertama dari kenyamanan lansia. Usaha yang dilakukan oleh lima subyek penelitian untuk menawari hal yang di sukai lansia yang di rawat dapat di lihat dari uraian subyek penelitian di bawah ini.

“ di bilangin mau ada yang datang , supaya mau mandi”(P1)

“... dibilangin cepet dibersihkan pempers nya supaya ntar bisa jalan-jalan”(P2)

Kategori yang kedua dari kenyamanan lansia adalah penuh perhatian. Usaha tiga subyek penelitian untuk penuh perhatian saat merawat lansia sebagai upaya menciptakan kenyamanan lansia di uraikan dalam petikan transkrip subyek penelitian dua dan enam berikut ini.

“ ...perawatan mungkin lebih intensif yang demensia”(P2)

“... memberitahu segala sesuatu itu pasti di ulang - ulang. Sambil nuntun...”(P6)

Variasi merupakan sub tema kedua dari metode merawat lansia. Lima subyek penelitian mengungkapkan variasi kegiatan juga merupakan salah satu cara untuk merawat lansia. Metode itu akan di uraikan oleh subyek penelitian dua dan empat berikut ini.

“... mempertajam daya ingat seperti terapi - terapi untuk penderita demensia”(P2)

“... membuat ketrampilan atau kerajinan tangan yang simpel .. biar mbah nya gak bosan”(P4)

Klasifikasi metode merawat lansia pada kategori ketiga adalah observasi rutin lansia. Observasi rutin lansia juga dilakukan oleh tiga subyek penelitian yang bertugas sebagai tenaga kesehatan di panti tersebut. Kegiatan yang di lakukan dapat diuraikan dalam petikan transkrip subyek penelitian dua dan tiga di bawah ini.

“... setelah selesai bagi obat, saya keliling lagi ke kamar- kamar, siapa tau mereka memerlukan bantuan”(P2)

“... gantian yang pergi liat oma yang sakit dan tidak bisa bangun dari tempat tidur”(P3)

Sub tema ke empat dari metode merawat lansia demensia adalah terapi. Selain itu juga *caregiver* membantu memberikan terapi yang didapatkan pasien dari dokter yang telah memeriksa lansia tersebut. Seperti yang diungkapkan oleh subyek penelitian satu dan dua di bawah ini.

“... langsung membantu memberikan dan meminumkan obatnya”(P2)

“.... Memberi obat untuk yang sakit seperti diabet, asam urat dan hipertensi”(P1)

Melibatkan *caregiver* lain merupakan sub tema kelima dari metode merawat lansia. Antar sesama *caregiver* juga saling melibatkan *caregiver* yang lain. Karena ada pekerjaan yang tidak dapat diselesaikan sendiri. Seluruh subyek penelitian mengalami hal tersebut dengan melibatkan *caregiver* yang lain selama perawatan lansia. Seperti uraian transkrip pernyataan subyek penelitian dua dan lima di bawah ini.

“... tugasnya ganti- gantian gitu mbak, antara yang dibelakang dengan yang seperti saya ini...”(P2)

“... membersihkan BAB itu gak bisa sendiri, karena yang satu harus bersihkan kamarnya”(P5)

Klasifikasi metode merawat lansia yang selanjutnya pada sub tema keenam adalah membawa ke pelayanan kesehatan. Membawa ke pelayanan kesehatan juga dialami oleh 5 subyek penelitian. Membawa ke pelayanan kesehatan di bagi menjadi dua sub kategori yaitu rumah sakit dan tamu yang datang untuk bakti sosial. Tiga subyek penelitian mengungkapkan membawa lansia ke pelayanan kesehatan dengan transkrip pernyataan subyek penelitian satu, dua dan tiga di bawah ini.

“... di bawa ke rumah sakit karena kepala nya harus di jahit mbak..”(P1)

“... kesehatannya menurun dan disini nggak bisa berbuat apa- apa ya di bawa ke rumah sakit”(P3)

“... setiap satu bulan sekali ada pemeriksaan gratis dari gereja, mereka membawa dokter dan lansia mendapatkan obatnya langsung setelah di periksa”(P2)

Sub tema yang terakhir dari metode merawat lansia adalah mencari informasi. Dua subyek penelitian mengungkapkan mencari informasi berupa sumber yang dapat menambah informasi dan pengetahuan mereka, usaha itu dilakukan seperti yang dapat digambarkan pada subyek penelitian berikut ini.

“... pernah saya baca, ada kayak brosur mbak”(P6)

### **Tema 5: Dukungan Sosial Dalam Merawat Lansia**

Selama Merawat lansia, subyek penelitian mendapatkan dukungan sosial dari berbagai macam. Dukungan yang dikemukakan oleh subyek penelitian dapat diidentifikasi menjadi dua sub tema yaitu sumber dan bentuk.

Sub tema yang pertama dari dukungan sosial dalam merawat lansia adalah sumber. Sumber dukungan sosial dalam merawat lansia dapat diidentifikasi menjadi dua kategori yaitu internal dan eksternal. Bentuk dukungan sosial terbagi menjadi dua kategori yaitu emosional dan informasional.

Sumber internal merupakan kategori pertama dari sub tema sumber. Sumber dukungan internal dalam merawat lansia demensia didapatkan satu sub kategori yaitu *caregiver* yang lain. Semua subyek penelitian mendapatkan sumber dukungan dari *caregiver* yang lain, seperti pengalaman subyek penelitian enam dan tujuh berikut ini.

“.... Kalau bersihin yang pup biasanya ada teman nya”(P6)

“... kalau pas saya banyak yang harus di urusin lagi mbak. Biasanya saya minta tolong sama yang lain untuk nyuapin mbah nya”(P7)

Selain itu sumber dukungan eksternal merupakan kategori kedua dalam sub tema sumber dalam merawat lansia juga didapatkan subyek penelitian dapat diidentifikasi dalam tiga sub kategori yaitu orang tua, suami/istri dan tenaga

kesehatan. Dua subyek penelitian mendapatkan dukungan dari orang tua nya, tiga subyek penelitian mendapat dukungan dari suami dan dua subyek penelitian mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan. Dukungan eksternal tersebut dapat digambarkan pada petikan pernyataan subyek penelitian dua, empat dan lima berikut ini.

“... saya cerita mama saya, gimana cara merawat lansia itu”(P2)

“... Dukungan suami saya mbak,,, kalau saya ngrawat mereka disini”(P4)

“ ... ada dokter psikiater yang praktek disini... itu juga memberi dukungan kalau kita ngrawat lansia mbak”(P5)

Bentuk dukungan secara emosional merupakan kategori pertama dari sub tema bentuk dukungan dalam merawat lansia demensia didapatkan subyek penelitian. Seperti yang di alami oleh subyek penelitian satu dan dua berikut ini.

“... kata mama saya, harus sabar mbak, kalau ngrawat mereka”(P1)

“...ibu saya bilang itu profesi mu mbak... jadi kamu mau gak mau ya harus jalani”(P2)

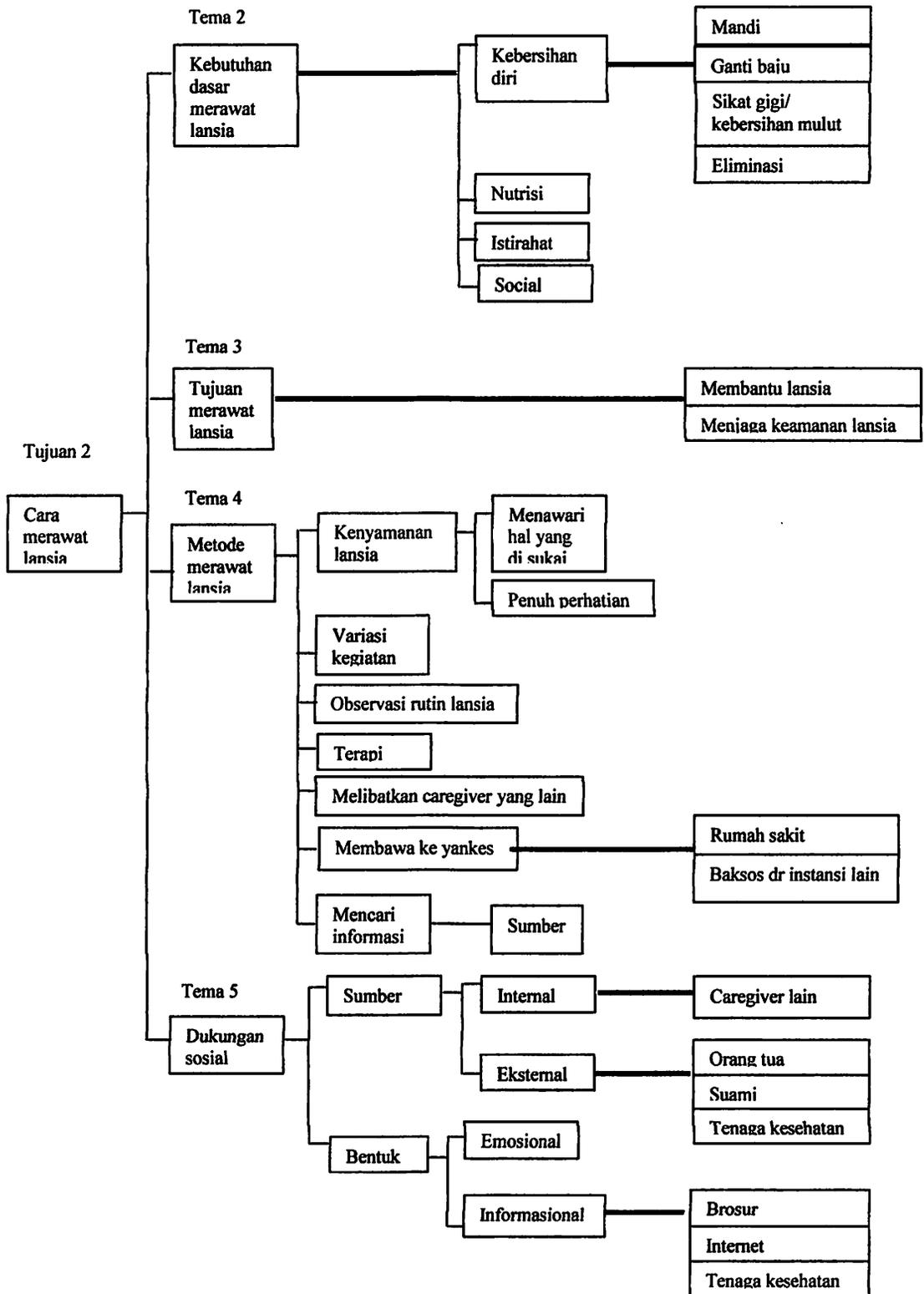
Bentuk dukungan secara informasional merupakan kategori kedua dapat diidentifikasi menjadi tiga sub kategori yaitu brosur, internet dan tenaga kesehatan. Dua subyek penelitian mendapatkan melalui brosur. Dua subyek penelitian mendapatkan melalui internet dan tiga subyek penelitian mendapatkan dari tenaga kesehatan. Pengalaman subyek penelitian dapat digambarkan oleh subyek penelitian tiga, enam dan tujuh berikut ini.

“... saya baca brosur mbk”(P6)

“... nyari- nyari di internet tentang demensia..”(P3)

**“.. ada dokter psikiatri yang praktik disini, kadang ya saya tanya tentang lansia demensia itu seperti apa”(P7)**

**Secara menyeluruh tema kebutuhan dasar merawat lansia, tujuan merawat lansia, metode merawat lansia, dukungan sosial dalam merawat lansia dapat di gambarkan dalam skema 4.2**



Skema 4.2 Analisis Cara Caregiver Dalam Merawat Lansia Demensia.

### 4.3.3 Hambatan Yang Dialami *Caregiver* Selama Merawat Lansia Demensia.

Hambatan yang dialami *caregiver* selama merawat lansia demensia dapat diidentifikasi menjadi dua tema yaitu Tuntutan Perawatan Lansia, Beban yang dirasakan *caregiver* dalam merawat.

#### **Tema 6: Tuntutan Perawatan Lansia**

Salah satu hambatan yang dialami oleh subyek penelitian dalam merawat lansia demensia adalah tuntutan perawatan lansia. Tuntutan perawatan lansia dapat dibagi menjadi lima sub tema yang masing - masing mempunyai sub kategori. Sub tema tersebut adalah pemenuhan nutrisi, pemenuhan istirahat, pemenuhan eliminasi, pemenuhan kebersihan diri dan perubahan perilaku lansia.

Sub tema pertama dari tuntutan perawatan lansia adalah pemenuhan nutrisi. Pemenuhan nutrisi dibagi menjadi tiga sub kategori yaitu tidak suka makan, sulit makan, dan tidak bisa makan. Lima subyek penelitian mengalami hambatan pada pemenuhan nutrisi lansia yang tidak bisa makan, dua subyek penelitian pada lansia yang sulit makan dan tiga subyek penelitian mengungkapkan para lansia tidak bisa makan.

Pengalaman subyek penelitian dalam hambatan pemenuhan nutrisi tidak suka makan dapat digambarkan oleh subyek penelitian dua dan tiga berikut ini.

“... kadang lauk nya aja yang di makan. Nasi dan sayur nya gak di makan.”(P2)

“... kalau makan itu kadang - kadang kalau gak suka dibuang di sembarang tempat”(P3)

Pengalaman subyek penelitian dalam hambatan pemenuhan nutrisi sulit makan dapat digambarkan oleh subyek penelitian lima berikut ini.

“.... kalau harus nyuapin trus ada yang rewel... ada yang sulit untuk makan. Harus di bujuk dulu itu mbak”(P5)

Pengalaman narasumber dalam hambatan pemenuhan nutrisi tidak bisa makan dapat digambarkan oleh narasumber manajemen satu dan dua berikut ini.

“... gak bisa makan sendiri mbak”(PM1)

“... makan mereka harus di suapin... tidak bisa makan sendiri”(PM2)

Tuntutan perawatan lansia memiliki kategori kedua yaitu pemenuhan istirahat, pemenuhan istirahat dapat dibagi menjadi empat sub kategori yaitu tidak mau tidur, berkeliaran, bertengkar, mengganggu tidur teman.

Dua subyek penelitian menyatakan pemenuhan istirahat sub kategori tidak mau tidur, berikut ini ungkapan subyek penelitian tiga dan narasumber manajemen satu.

“... kalau malam gak mau tidur”(P3)

“... waktu tidur siang, gak semua nya mau tidur, ada aja yang di lakukan”(PM1)

Sub kategori kedua dari pemenuhan istirahat adalah berkeliaran. Berkeliaran pun menjadi salah satu tuntutan pemenuhan istirahat menurut Sembilan subyek penelitian. Berikut ini kutipan transkrip subyek penelitian dua dan tujuh.

“.... Susahnya kalau malam itu mbak... kadang ada yang berkeliaran”(P2)

“.... Kadang kalau istirahat siang itu, banyak yang gak tidur siang, tapi keliling – keliling ke teman- teman nya”(P7)

Bertengkar merupakan sub kategori ketiga dari pemenuhan istirahat. Lima subyek penelitian mengungkapkan bertengkar merupakan tuntutan dalam pemenuhan istirahat, berikut ungkapan subyek penelitian dua dan empat.

“... salah masuk kamar teman nya, trus bertengkar...”(P4)

“... ada yang rebutan kamar...”(P2)

Mengganggu tidur teman yang merupakan sub kategori ketiga dari pemenuhan istirahat. Tiga subyek penelitian mengungkapkan masalah lain yang di hadapi subyek penelitian dari lansia adalah mengganggu tidur teman, seperti yang digambarkan subyek penelitian empat dan lima berikut ini.

“... penghuni yang lain bangun karena kegangu ada yang ramai.”(P4)

“... malam- malam ada yang bangun, berisik. Lha itu buat yang lain juga bangun mbak.”(P5)

Sub tema ketiga dari tuntutan perawatan lansia adalah pemenuhan eliminasi. Pemenuhan eliminasi di bagi menjadi tiga sub kategori yaitu pemakaian pempers, BAK dan BAB sembarangan, dan mainan feses.

Pemakaian pempers merupakan sub kategori pertama dari pemenuhan eliminasi. Lima orang subyek penelitian mengungkapkan pemakaian pempers merupakan bagian dari tuntutan pemenuhan eliminasi, seperti yang disampaikan oleh subyek penelitian lima dan enam berikut ini.

“... habis dimandikan trus diberi pempers, pempers nya di lepas lagi.”(P6)

“... pempers nya itu di odol- odol dan pup nya kececeran di mana – mana”(P5)

Sub kategori kedua dari pemenuhan eliminasi adalah BAK dan BAB sembarangan. BAK dan BAB sembarang diungkapkan oleh sembilan subyek penelitian pemenuhan eliminasi yang banyak menjadi hambatan bagi subyek penelitian, seperti kutipan pernyataan subyek penelitian empat dan enam.

“ ... kalau eek nya murat marit eek nya.. di injak- injak di pakaian.

Orang pikun itu kalau gak di pempersin itu kayak gitu”(P6)

“... kencing dimana- mana ... trus baju ne itu basah”(P4)

Klasifikasi sub tema berikut nya dari pemenuhan eliminasi adalah mainan feses. Tiga subyek penelitian mengungkapkan mainan feses juga merupakan hal yang dilakukan lansia di panti, seperti yang disampaikan oleh subyek penelitian lima dan enam berikut ini.

“ ... susah nya kalau berak itu di buat mainan..”(P5)

“... BAB nya itu trus di pakai mainan... trus di oles- oles di tembok atau di pinggiran tempat tidur....”(P6)

Pemenuhan kebersihan diri merupakan klasifikasi sub tema keempat dari tuntutan perawatan lansia. Pemenuhan kebersihan diri diidentifikasi dari enam subyek penelitian menjadi satu sub kategori yaitu mandi, seperti yang diungkapkan oleh subyek penelitian empat dan lima berikut ini.

“... susah di ajak mandi.... Harus di bujuk dulu misalnya.. mau ada keluarga yang datang.. tamu yang datang. Gitu baru mau mandi”(P4)

“... memandikan itu susah mbak... ada aja lasan nya gak mau mandi..”(P5)

Perubahan perilaku lansia merupakan sub tema terakhir dari tuntutan perawatan lansia. Perubahan perilaku lansia menjadi tuntutan pelayanan lansia

yang diidentifikasi dari enam subyek penelitian yang di subkategorikan menjadi tidak mampu mengendalikan emosi. Berikut ini ungkapan subyek penelitian lima, narasumber manajemen satu dan dua.

“.. sesama penghuni yang demensia itu kadang tiba- tiba suka tengkar lho mbak... tiba- tiba rame... ada saja yang dimasalahkan. Sampai ada yang di bawa ke RS karena bertengkar nya sampai kepala nya berdarah, trus harus di jahit mbak.”(P5)

“.. ya kalau terjadi pertengkar yach. Ya terjadi salah paham. Itu memang akhir nya menimbulkan teman nya yang satu harus masuk rumah sakit, kepala nya harus di jahit sampai delapan”(PM1)

“... disini itu kadang lansia diem. Trus ngobrol... kemudian tiba- tiba bertengkar dengan sesama yang demensia”(PM2)

#### **Tema 7: Beban Yang Dirasakan Caregiver Dalam Merawat**

Beban yang dirasakan *caregiver* dalam merawat lansia diidentifikasi menjadi dua sub tema yaitu internal dan eksternal. Beban internal dikategori kan menjadi dua yaitu fisik dan psikologis. Beban eksternal dikategorikan menjadi dua yaitu perilaku lansia dan *jobdisk*/deskripsi pekerjaan.

Beban internal memiliki kategori pertama yaitu kondisi fisik. Kondisi fisik subyek penelitian merupakan beban yang dirasakan saat merawat di bagi menjadi empat sub kategori yaitu capek, pegal, sakit dan cunut- cunut.

Sub kategori pertama dari kondisi fisik adalah capek. Empat subyek penelitian mengungkapkan capek saat merawat lansia, seperti diuraikan oleh subyek penelitian satu dan tiga berikut ini.

“... capek kalau banyak kerjaan. Capek rasanya seluruh badan saya gitu mbak..”(P1)

“ ketika capek saya ngedumel...ya ampun capek, ya ampun gini.. gini... capek badan mbak sama capek pikiran juga”(P3)

Pegal merupakan sub kategori kedua dari kondisi fisik. Pegal juga dirasakan oleh satu subyek penelitian yang disampaikan dalam kutipan berikut ini.

“... ya pegel semua mbak... badan saya ini kayak linu- linu kalau sudah terlalu capek”(P2)

Sub kategori selanjutnya dari kondisi fisik adalah sakit. Dua subyek penelitian mengungkapkan sakit, seperti yang digambarkan oleh partisipan lima dan tujuh berikut ini.

“... juengkel aku mbak.. rasae.. ..... gak tahan disini. Apalagi aku pas capek. Wes lah aku pengen pulang saja. Sampe aku sakit mbak. Tekanan darah ku sembilan puluh mbak.”(P5)

“... badan saya rasa nya sakit semua kalau pagi ampe mau tidur gak istirahat dan ada aja yang dikerjakan”(P7)

Sub kategori yang keempat dari kondisi fisik adalah cenus- cenus. Dua subyek penelitian mengungkapkan cenus- cenus badan nya. Seperti petikan transkrip subyek penelitian lima dan enam berikut ini

“... cenus- cenus badan saya, kalau seharian gak berhenti- berhenti yang dikerjakan”(P6)

“... rasa e kalau mau tidur itu kaki dan tangan ku cenus- cenus mbak...”(P5)

Kategori kedua dari beban internal yang dirasakan adalah psikologis. Psikologis merupakan kondisi internal yang menjadi dampak beban merawat yang dirasakan. Psikologis di bagi menjadi enam sub kategori yaitu marah, tidak mood, beban, stress, sedih dan menangis.

Sub kategori yang pertama dari psikologis adalah marah. Marah dirasakan oleh satu subyek penelitian seperti yang di sampaikan berikut ini.

“... saya awalnya dulu kalau ngadepin mereka agak gak sabar mbak... kadang saya ikut marah kalau mereka marah”(P1)

Tidak *mood* merupakan sub kategori kedua dari psikologis. Tidak *mood* dalam merawat lansia juga dialami oleh satu subyek penelitian, yang disampaikan berikut ini.

“trus pernah gak *mood* dalam merawat mbah- mbah. Terbawa sampai ke pekerjaan dan apalah jadi kurang *mood*”(P2)

Sub kategori yang ketiga dari psikologis adalah beban. Beban dirasakan oleh satu subyek penelitian saat merawat lansia, seperti yang di sampaikan berikut ini.

“.. saya nggak nangis sich cuma saya ngrasa kok kayak gini yach. Lha kok kayak gini...”(P3)

Klasifikasi selanjutnya untuk sub tema dari psikologis adalah stress. Stress juga di alami oleh enam subyek penelitian, seperti yang diungkapkan oleh subyek penelitian satu dan empat berikut ini.

“ ... saya rasanya stress mbak waktu itu... gak tahan liat tingkah mereka itu. Sampe saya gak bisa tidur.”(P4)

“.. saya stress mbak.. kadang yang ngrawat juga ikut emosi mbak..”(P1)

Sedih merupakan sub kategori kelima dari psikologis. Sedih juga diungkapkan oleh tiga subyek penelitian, seperti yang di jelaskan oleh subyek penelitian tujuh dan narasumber manajemen dua berikut ini.

“... wes,,,,, kalau sudah gak tahan... ya ampun... sampai kapan seperti ini... sedih rasa e mbak.”(P7)

“...kalau liat mereka, dibilangin gak nurut, awalnya saya dulu jengkel banget mbak. Kok susah yo di bilangin”(PM2)

Sub kategori yang terakhir dari psikologis adalah menangis. Satu subyek penelitian pernah menangis, seperti kutipan transkrip dibawah ini.

“.. aku pernah nangis mbak... jengkel rasa e mbak”(P4)

Beban merawat eksternal yang dirasakan oleh subyek penelitian dikategorikan menjadi dua yaitu perilaku lansia dan *job disk*/deskripsi pekerjaan. Perilaku lansia adalah kategori pertama merupakan beban merawat eksternal yang dirasakan oleh seluruh subyek penelitian dan tiga narasumber (sepuluh orang), kondisi ini dialami seperti yang di ungkapan oleh subyek penelitian tiga dan enam di bawah ini.

“... seumur hidup saya kan belum pernah saya di sembur makanan kayak gitu mbak”(P3)

“... trus kalau pas gak bener dengan keinginan nya ditambah pas kita lagi capek. pengen nya ini... pengen nya itu... harus kayak gini, harus kayak gitu... uuuhh... rasa nya mbak. Saya pengen berhenti aja”(P3)

“... Cuma yo kalau aku pegel mbah pikun juga gak ngerti. Percuma... dikasih tau juga nggak denger. Di marahi juga gak denger... jadi yo

harus nyadarin mbak... kalau kerja disini yo harus sabar sama mbah e mbak.”(P6)

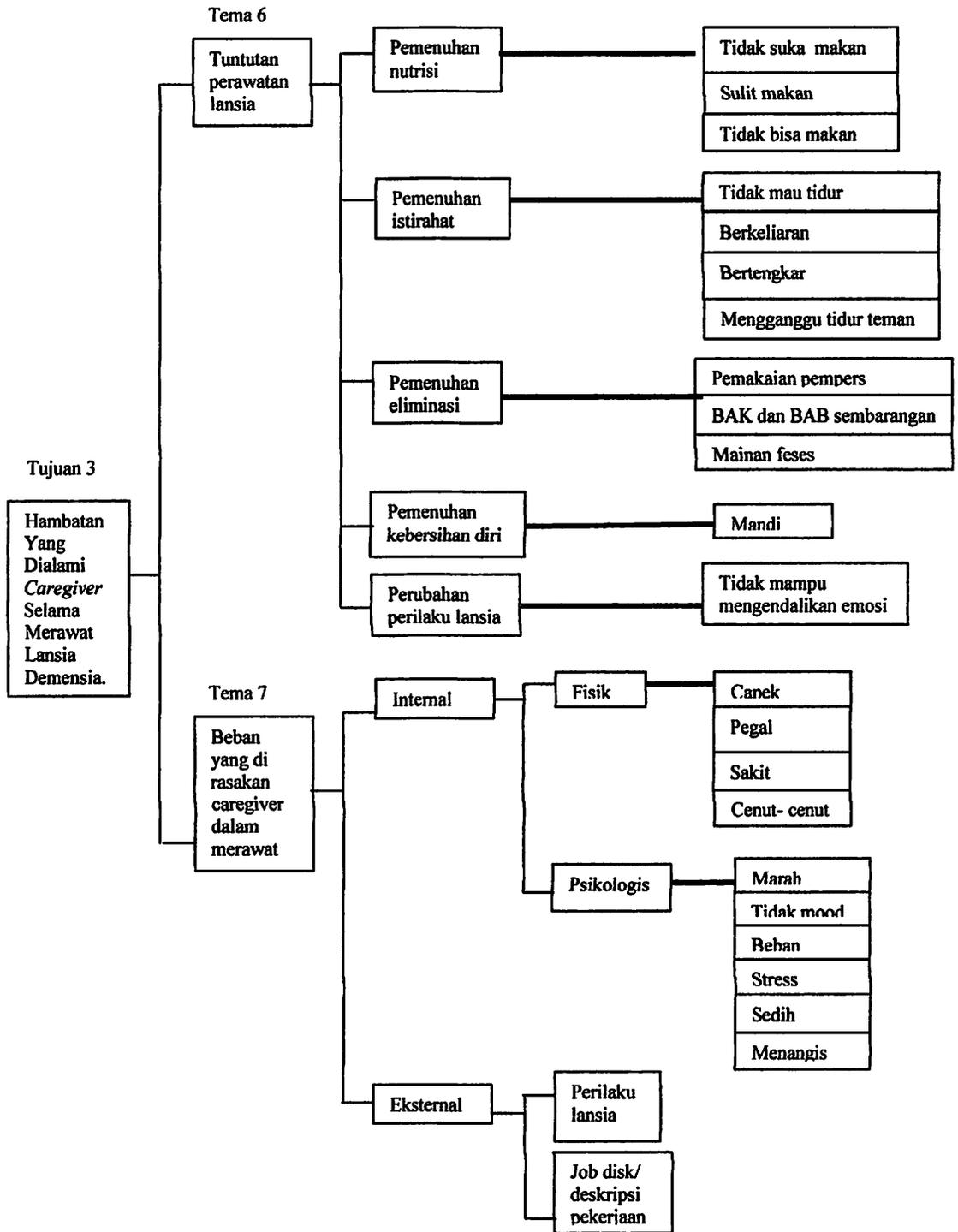
*Jobdisk*/deskripsi pekerjaan merupakan kategori kedua dari eksternal, dirasakan tujuh subyek penelitian sebagai beban eksternal yang dirasakan merawat lansia, seperti yang di jelaskan subyek penelitian tiga, empat dan lima berikut ini.

“... kadang aku masih ngrasa kok kita yang bersihin. Padahal mandi itu dan BAB itu seharusnya dibersihkan orang belakang.”(P3)

“... mana aja yang butuh bantuan, ya dibantu mbak. Semua itu kita kerjakan tapi kadang ada teman yang gak terlalu berat kerja nya”(P5)

“.. ya gitu lah mbak... rasae seharian itu ada aja yang dikerjakan. Walaupun itu sebenarnya bukan tanggung jawab saya”(P4)

Secara menyeluruh tema tuntutan perawatan lansia, beban yang dirasakan *caregiver* dalam merawat dapat digambarkan dalam skema 4.3



Skema 4.3 Analisis Hambatan Yang Dialami Caregiver Selama Merawat Lansia Demensia.

#### **4.3.4 Cara *Caregiver* Mengatasi Hambatan Selama Merawat Lansia Demensia.**

Cara *caregiver* mengatasi hambatan selama merawat lansia demensia dapat diidentifikasi menjadi tiga tema yaitu modifikasi cara merawat lansia, mekanisme coping dan sumber dukungan. Masing - masing tema akan di jelaskan di bawah ini.

##### **Tema 8: Modifikasi Cara Merawat Lansia**

Modifikasi cara merawat lansia digambarkan dalam tiga sub tema yaitu sosial, aktivitas fisik dan menurunkan emosi.

Sub tema yang pertama dari modifikasi cara merawat lansia adalah sosial. Tiga subyek penelitian menggunakan modifikasi cara merawat dari segi sosial, seperti yang digambarkan oleh subyek penelitian satu dan dua berikut ini.

“.. kalau mereka bertengkar... didudukkan sama- sama trus di kasih jajan dan di ajak berkumpul dengan teman- teman nya yang lain”(P1)

“... kalau ada kegiatan di aula ya di rayu dulu sampai mau ikut kegiatan, walaupun itu cuma sebentar aja.”(P2)

Melakukan aktivitas fisik merupakan sub tema kedua dari modifikasi cara merawat lansia, dipilih tiga subyek penelitian sebagai modifikasi cara merawat, seperti pada pernyataan subyek penelitian satu dan enam berikut ini.

“.... Ikut senam pagi... supaya ada kegiatan. Mulai di ajak, dibujuk.. biar mau ikut”(P6)

“... ikut kegiatan kayak jalan- jalan sekitar panti. Supaya gak diem terus di dalam panti, biar mbah e juga gak bosan mbak”(P1)

Klasifikasi sub tema berikutnya dari modifikasi merawat lansia adalah menurunkan emosi. Empat subyek penelitian memilih cara menurunkan emosi sebagai upaya untuk modifikasi cara merawat lansia, seperti yang dijabarkan oleh subyek penelitian dua dibawah ini.

“... kalau mereka bertengkar.. saya harus bisa menengahi. Saya harus bisa merendah.... Tidak ikut terpancing emosi nya mbak”(P2)

“.... Kalau memberikan saran yang tidak sampai mneyentuh hati nya... maksud nya gak buat mbah e marah... pakai cara di elus mbak”(P2)

### **Tema 9: Mekanisme Koping**

Cara mengatasi hambatan setiap subyek penelitian mempunyai mekanisme koping yang berbeda. Pada penelitian ini mekanisme koping yang digunakan diidentifikasi menjadi dua sub tema yaitu adaptif dan maladaptif.

Mekanisme koping adaptif yang merupakan sub tema pertama di kategorikan menjadi empat yaitu mengontrol emosi diri, memiliki persepsi yang luas, menerima dukungan lain, pengalihan aktifitas yang konstruktif.

Kategori pertama dari mekanisme koping adaptif adalah mengontrol emosi diri, dipilih dua orang subyek penelitian untuk mengatasi masalah yang dihadapinya, seperti kutipan pernyataan subyek penelitian satu dan dua berikut ini.

“... kalau lansia nya marah... jangan sampai saya ikut marah juga”(P1)

“.... Ya .. kalau pas lagi juengkel... tarik nafas mbak... biar gak kesel hati nya.”(P2)

Memiliki persepsi yang kuat merupakan kategori kedua dari mekanisme koping adaptif. Tiga orang subyek penelitian memiliki persepsi yang kuat dalam

menyelesaikan hambatan yang mereka alami, berikut ini ungkapan subyek penelitian dua dan tiga penelitian.

“...jadi saya mencoba untuk mengerti bagaimana sifat – sifat dari lansia yang demensia tadi.”(P2)

“...Orang pikun kan ya memang gitu, nama nya juga lupa”(P3)

Menerima dukungan orang lain merupakan kategori ketiga dari mekanisme koping adaptif, memiliki tiga sub kategori yaitu sesama *caregiver*, suami/ istri dan pengurus panti. Berikut ini adalah ungkapan yang disampaikan oleh subyek penelitian satu, dua dan empat dari masing- masing sub kategori.

“...Ya saling curhat sesama teman kesehatan yang disini itu mbak. Sapa tau bisa bantu..”(P1)

“... cerita sama suami saya mbak,,, biar agak lega dikit.”(P4)

“... ngomong ma ibu- ibu yang di depan itu mbak... pengurus panti. Mungkin bisa di kasih jalan keluar nya”(P2)

Klasifikasi berikutnya dari sub tema mekanisme koping adaptif untuk kategori keempat adalah pengalihan ke aktivitas yang konstruktif. Pengalihan ke aktivitas yang konstruktif, dipilih tiga subyek penelitian. Berikut ini diuraikan dalam petikan transkrip subyek penelitian dua dan tiga

“....Kalau lagi kesel sama lansia, ngerjain laporan panti mbak, lumayan lah mbak.. buat ngilangin perasaan jengkel.”(P3)

“....Baca- baca buku mbak. Kadang ya buku tentang penyakit, kadang ya majalah..”(P2)

Selain koping adaptif ada juga subyek penelitian yang menggunakan mekanisme koping maladaptif dalam menghadapi hambatan selama merawat

lansia demensia. Mekanisme koping maladaptif terbagi menjadi empat kategori yaitu tidak mampu berfikir, tidak mampu menyelesaikan masalah, perilaku destruktif dan menghindar.

Kategori yang pertama dari mekanisme koping maladaptif adalah tidak mampu berfikir. Tidak mampu berfikir di bagi menjadi satu sub kategori terpaksa, hal ini seperti pengalaman yang di alami oleh subyek penelitian satu berikut ini.

“... Iklas gak ikhlas yach harus ikhlas mbak. Jadi ya mau gak mau harus tetep ngrawat mereka”(P1)

Tidak mampu menyelesaikan masalah merupakan kategori kedua dari mekanisme koping maladaptif, juga pernah dihadapi oleh empat subyek penelitian, seperti ungkapan subyek penelitian dua dan enam berikut ini.

“...Pernah juga saya membiarkan lansia itu. Coba gimana mau nya lansia itu. Silahkan terserah apa gitu, tapi ya gitu ujung- ujung nya pun eee..... malahan bikin rusuh kalau kita membiarkan.”(P2)

“...awal kerja disini dulu, Pernah berfikir ... gimana kalau seandainya saya mundur dari sini.”(P6)

Perilaku dekstruktif adalah kategori yang ketiga dari mekanisme koping maladaptif juga pernah dirasakan oleh satu subyek penelitian, berikut ini pengalaman dari subyek penelitian lima yang di sampaikan seperti kutipan pernyataan.

“...Saya pernah ikut emosi juga mbak... waktu mbah nya bertengkar dan saya misahin mereka... ehhh malah dia tambah marah-marah.”(P5)

Kategori keempat dari mekanisme koping malaaptif adalah menghindar. Ada juga yang menggunakan cara menghindar dari masalah yang dihadapi, empat subyek penelitian pernah melakukan cara tersebut. Berikut ini adalah pengalaman yang di alami oleh subyek penelitian tiga.

“..saya gadgetan gitu, Saya mainan hp mbak... smsan, bbman, fban, atau pun sosmed yang lain... cari hiburan mbak. Biar gak stress.”(P3)

“...Kadang teratasi masalah nya,,, saya gak capek lagi. Tapi kadang saya sudah melakukan ini itu tapi saya rasa nya masih gak sanggup ngrawat mbak.”(P3)

#### **Tema 10: Sumber Dukungan**

Mengatasi hambatan dalam merawat lansia demensia, subyek penelitian mendapatkan sumber dukungan. Sumber dukungan yang didapatkan subyek penelitian dapat diidentifikasi menjadi dua kategori yaitu internal dan eksternal.

Kategori yang pertama dari sumber dukungan adalah internal dibagi menjadi dua sub kategori yaitu orang tua, suami/ istri. Dukungan yang diberikan oleh orang tua merupakan sub kategori pertama dirasakan oleh tiga subyek penelitian, seperti yang dijabarkan oleh subyek penelitian satu dan tiga berikut ini.

“ kadang saya cerita sama orang tua saya, mereka selalu mendukung, kalau saya menyelesaikan kesulitan yang saya hadapi saat merawat mbah e”(P1)

“... kalau orang tua mendukung... dan selalu memberikan semangat kepada saya kalau saya mengeluh dan saat mengalami kesulitan.”(P3)

Selain itu juga empat orang mendapatkan dukungan dari suami dan satu narasumber dari istri yang merupakan sub kategori kedua dari internal, seperti

yang diungkapkan oleh subyek penelitian empat dan narasumber manajemen tiga berikut ini.

“... suami saya mbak,,, kan suami saya kerja juga disini mbak.. biasanya saya crita semua nya ke suami mbak.”(P4)

“saya cerita ke istri saya mbak, crita nya kadang lewat telpon .. atau kalau gak gitu seminggu sekali ketemu istri saya...”(PM3)

Sumber dukungan eksternal merupakan kategori kedua, juga dirasakan oleh subyek penelitian, dukungan eksternal tersebut dapat di sub kategorikan menjadi empat sub kategori yaitu pengurus panti, teman *caregiver*, tamu dan tenaga kesehatan.

Sub kategori pertama dari eksternal adalah pengurus panti. Tujuh subyek penelitian mendapatkan sumber dukungan dari pengurus panti dalam merawat lansia demensia, seperti yang di gambarkan oleh subyek penelitian satu dan dua berikut ini.

“... ibu- ibu pengurus itu selalu membantu menyelesaikan masalah mbak...”(P1)

“... Kalau cerita di ibu pengurus yang di sekretariat itu mbk... mereka selalu memberikan motivasi”(P2)

Sesama *caregiver* merupakan sub kategori kedua dari eksternal, juga saling memberikan dukungan satu sama lain nya, seperti yang diungkapkan oleh patisipan dua dan empat berikut ini.

“... sama - sama teman yang kerja disini mbak,... saling mendukung..”(P4)

“.. ya kami yang tiga orang dari kesehatan ini mbak,, saling curhat dan saling memberikan motivasi”(P2)

Sub kategori yang ketiga dari eksternal adalah tamu. Tamu yang datang untuk melihat lansia, apa itu acara bakti sosial ataupun kunjungan dari instansi-intansi juga mmeberikan dukungan kepada subyek penelitian, seperti kutipan pernyataan subyek penelitian tiga dan lima berikut ini.

“ kadang ada yang datang menjenguk, misalnya tamu gitu. Mereka kadang memberikan saya motivasi dan mendoakan saya”(P3)

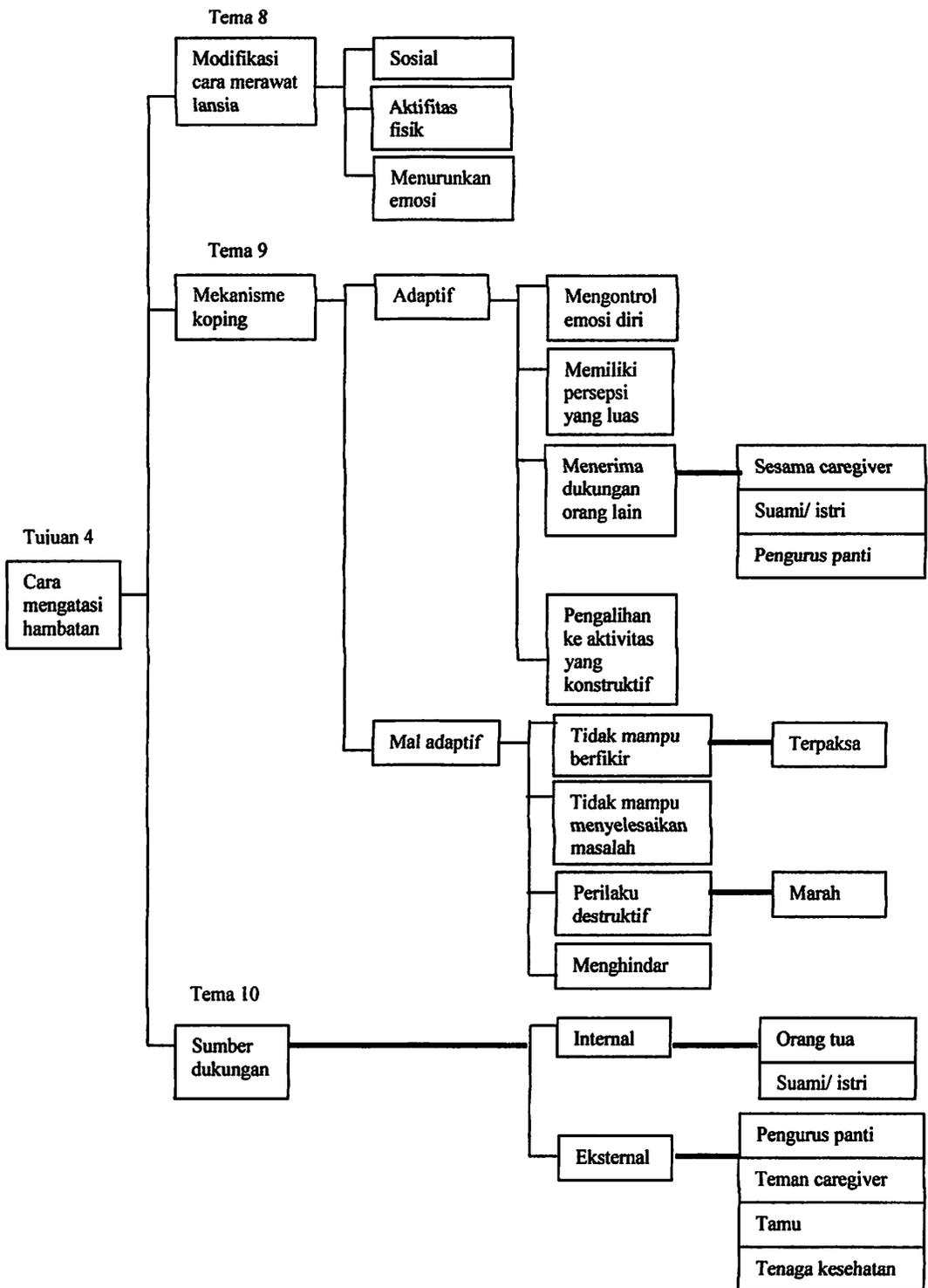
“.. kalau pas ketemu dengan orang- orang yang datang berkunjung kesini, kemudian kami ngobrol dan mereka memberikan semangat kepada saya”(P5)

Klasifikasi sub tema keempat adalah tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang datang ke panti juga merupakan sumber dukungan dalam menghadapi hambatan yang di alami oleh *caregiver* selama merawat, seperti yang dijelaskan oleh subyek penelitian empat dan narasumber manajemen satu berikut ini.

“... dari pihak luar, kita minta bantuan dari psikiatri kalau masalah itu sudah terlalu apa yach.. ee.. tidak bisa kita handel lagi”(PM1)

“.... Ada dokter psikiatri yang bisa di tanya- tanyai tentang sakit nya lansia dan mahasiswa yang magang”(P4)

Secara menyeluruh tema modifikasi cara merawat lansia, mekanisme koping dan sumber dukungan dapat digambarkan dalam skema 4.4



Skema 4.4 Analisis Cara Caregiver Mengatasi Hambatan Selama Merawat Lansia Demensia.

#### **4.3.5 Harapan *Caregiver* Dalam Merawat Lansia Demensia.**

Harapan *caregiver* dalam merawat lansia demensia dapat diidentifikasi menjadi lima tema yaitu penatalaksanaan pasien demensia, kualitas hidup lansia, fasilitas panti, layanan kesehatan, kesejahteraan *caregiver* akan di bahas masing-masing tema dengan penjelasan dibawah ini.

##### **Tema 11: Penatalaksanaan Pasien Demensia**

Penatalaksanaan pasien demensia diidentifikasi menjadi satu sub tema yaitu manajemen non farmakologi. Manajemen non farmakologi dibagi menjadi tujuh kategori yaitu rekreasi, fisik, kognitif, musik, pemenuhan nutrisi, kebersihan diri dan sosial.

Kategori pertama dari manajemen non farmakologi adalah rekreasi. Dua subyek penelitian memilih rekreasi sebagai harapan dalam penatalaksanaan pasien demensia, seperti diungkapkan oleh subyek penelitian satu dan lima berikut ini.

“... mungkin kadang- kadang di ajak rekreasi kemana gitu... biar gak bosan”(P1)

“... ada kegiatan di luar panti lah mbak... biar mereka tidak bosan di panti.”(P5)

Kondisi fisik merupakan kategori kedua dari manajemen non farmakologi. Dua subyek penelitian mengharapkan kondisi fisik lansia sebagai kegiatan lansia, seperti disampaikan oleh subyek penelitian dua dan tiga berikut ini.

“ ... saya mau mereka ada kegiatan yang rutin... ada variasi kegiatan.. supaya gak monoton”(P2)

“... olahraga biar sehat, walaupun sudah tua atau jalan – jalan sekitar panti lah mbak.”(P3)

Kategori berikutnya adalah kognitif dari sub tema manajemen non farmakologi. Kegiatan kognitif menjadi harapan empat subyek penelitian untuk dilakukan pada lansia, seperti yang dikutip pada pernyataan transkrip narasumber manajemen satu dan dua berikut ini.

“ .... Pengerjaan permainan untuk melatih daya ingat itu sering dilakukan dan jenis permainannya mungkin di tambahkan lebih banyak lagi”(PM1)

“.... Permainan untuk melatih daya ingat mbak.. walaupun sudah pikun biar gak tambah buruk aja daya ingat nya”(PM1)

Kategori keempat dari Manajemen non farmakologi adalah musik. Musik juga menjadi salah satu harapan dua subyek penelitian, seperti yang dijabarkan oleh subyek penelitian lima dan tujuh berikut ini.

“... di dengarkan suara musik... mungkin setiap pagi atau menjelang tidur malam.”(P7)

“.... Mendengarkan lagu - lagu biar mbah nya gak bosan. Kalau di kamarnya biar ada yang di dengarkan..”(P5)

Pemenuhan nutrisi merupakan kategori kelima dari manajemen non farmakologi juga menjadi harapan tiga subyek penelitian dalam perawatan untuk lansia, pemenuhan nutrisi dibagi menjadi dua sub kategori yaitu variasi dan jenis, seperti yang telah digambarkan subyek penelitian satu dan tiga berikut ini.

“.. trus makannan nya.. lebih apa..e.. lebih di variasi gitu. Jadi gak monoton itu- itu aja.”(P1)

“... untuk asupan nutrisinya lebih dibedakan apalagi kalau ada yang sakit. Jangan disamaratakan makanannya. Apalagi mereka sudah gak

punya gigi, seharusnya mereka diberi makanan yang lembek. Jangan di sama ratakan.”(P3)

Kebersihan diri lansia merupakan kategori yang keenam dari manajemen non farmakologi menjadi harapan tiga subyek penelitian, seperti yang di jelaskan oleh subyek penelitian tiga dibawah ini.

“... ya seperti mandi, berpakaian, BAB dan BAK nya itu... supaya gak sembarangan. Trus perawatannya untuk yang seperti itu lebih ditingkatkan lagi. Biar lansia itu bersih gak kotor.”(P3)

Kategori yang terakhir dari manajemen non farmakologi adalah sosial. Sosial menjadi harapan dua subyek penelitian untuk penetalaksanaan pasien dengan demensia, hal ini sepeti yang dijelaskan oleh subyek penelitian enam berikut ini.

“... ikut kegiatan, biar gak diem aja kalau ada kegiatan.... Jadi waktu bertengkar dengan teman nya berkurang”(P6)

## **Tema 12: Kualitas Hidup Lansia**

Kualitas hidup lansia menjadi harapan dari subyek penelitian dalam merawat lasia demensia. Kualitas hidup dapat diidentifikasi menjadi empat sub tema yaitu aspek kesehatan fisik, aspek psikologis, aspek dukungan sosial dan aspek lingkungan.

Sub tema yang pertama dari kualitas hidup adalah aspek kesehatan fisik. Kualitas hidup dari aspek kesehatan fisik dibagi menjadi empat sub kategori yaitu aktivitas sehari- hari, medis, sakit/ ketidaknyamanan, tidur dan istirahat.

Sub kategori pertama dari aspek kesehatan fisik adalah aktivitas sehari-hari. Aktivitas sehari-hari yang menjadi harapan subyek penelitian, tercermin dari petikan transkrip subyek penelitian lima.

“... pengennya lansia badannya bersih. Jadi pas kalau ada tamu yang datang itu disini kelihatan nya lansia nya bersih, terawat . kan enak di lihatnya”(P5)

Sub kategori kedua dari aspek kesehatan fisik adalah medis. Harapan segi medis, terlihat dari ungkapan subyek penelitian tiga dan empat.

“... kalau bisa tidak sakit- sakitan, supaya tidak minum banyak obat”(P4)

“... pengen nya mbahe yang sakit itu nurut minum obat nya dan teratur minum obat nya.”(P3)

Sakit/ketidaknyamanan merupakan sub kategori ketiga dari aspek kesehatan fisik yang dirasakan lansia juga menjadi hal yang diungkapkan oleh subyek penelitian. Berikut ini penggalan kalimat dari narasumber manajemen satu dan tiga.

“... saya pengen nya itu meskipun mbah pikun juga harus diperlakukan sama dengan mbah yang masih normal. Jadi kalau misalnya mbah pikun nya punya penyakit, jangan di beri makanan yang bisa memicu penyakit nya itu kambuh gitu lho mbk.”(PM1)

“...kesehatan nya itu dipertahankan, biar mereka gak sakit - sakitan. Walaupun pikun itu sehat badan nya.”(PM3)

Klasifikasi berikutnya dari aspek kesehatan fisik pada sub kategori yang keempat adalah kebutuhan tidur dan istirahat. Kebutuhan istirahat dan tidur juga diperhatikan oleh subyek penelitian, seperti yang digambarkan oleh subyek penelitian dua dan tiga.

“Istirahat yang cukup biar gak gampang sakit”(P2)

“ jadwal tidur nya, atau jadwal istirahat waktu siang.. pengen nya mereka bener- bener istirahat. Jadi badan nya bisa seger.”(P3)

Aspek psikologis merupakan sub tema kedua dari kualitas hidup lansia dibagi menjadi dua sub kategori yaitu meninggal dengan tenang dan senang/bahagia. Sub kategori yang pertama dari aspek psikologis adalah meninggal dengan tenang. Delapan subyek penelitian mengharapkan kelak lansia yang mereka rawat bisa meninggal dengan tenang, seperti uraian dari narasumber manajemen satu.

“ ... Kalau keinginan saya sich untuk ibu- ibu kami yang ada disini, ya menginginkan ibu - ibu disini apabila memang sudah waktu nya dipanggil oleh Yang Maha Kuasa ya tentunya minta yang khusnul kotima yach mbak itu yang pertama.”(PM1)

“...Trus untuk pengisian siraman rohani itu sangat perlu lah bagi ibu- ibu yang masih sehat betul. Ya untuk kesiapan beliau - beliau itu. Pada saat nanti nya beliau saat di panggil oleh Yang Maha Kuasa.”(PM1)

Senang/bahagia merupakan sub kategori kedua dari aspek psikologis juga menjadi harapan subyek penelitian untuk lansia yang dirawat, seperti kutipan pernyataan narasumber manajemen panti satu dan tiga.

“ ... Harapan nya mereka disini bisa senang, sampai nanti mereka kembali menghadap Tuhan.”(PM3)

“...menginginkan lansia yang di masa akhir nya itu posisi nya harus *happy* yach mbk.”(PM1)

Aspek dukungan social merupakan sub tema ketiga dari kualitas hidup lansia, yang subyek penelitian harapkan adalah seperti kutipan pernyataan subyek penelitian empat dan lima.

“ ... keluarga nya ya sering lah menjeguk.”(P4)

“...Anak cucu nya datang kesini untuk melihat.”(P5)

Aspek lingkungan merupakan sub tema keempat dari kualitas hidup lansia. Harapan dari aspek lingkungan terdapat satu sub kategori yaitu aktif dalam kegiatan. Walaupun lansia, tetapi harapan subyek penelitian adalah keikutsertaan lansia dalam kegiatan, seperti yang dijelaskan oleh subyek penelitian tiga dan narasumber manajemen tiga.

“ ... .. lebih kooperatif untuk ikut main di aula. Paling tidak juga akrab dengan lansia yang lain nya lah mbak. Karena banyak lansia demensia itu banyak yang gak mau ikut kegiatan.”(P3)

“...Walaupun gak semua kegiatan di panti ini di ikuti, paling tidak setiap hari ada satu kegiatan yang mereka ikuti.”(PM3)

### **Tema 13 : Fasilitas Panti**

Harapan yang diinginkan oleh subyek penelitian dan narasumber dari fasilitas panti dapat dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu perlengkapan kamar, gedung/bangunan, dan sumber daya.

Kategori yang pertama dari fasilitas panti adalah perlengkapan kamar. Tiga subyek penelitian mengungkapkan perlengkapan kamar lansia menjadi harapan mereka untuk para lansia, seperti yang diungkapkan subyek penelitian dua dan tiga.

“... ada kalender, ada jam dinding di masing- masing kamar. Supaya mereka tau hari dan waktu.”(P2)

“... kasur, bantal, guling itu mungkin dijemur setiap 2 minggu sekali, biar gak pesing dan bau.”(P3)

Kategori gedung dan bangunan adalah kategori yang kedua dari fasilitas panti. Gedung dan bangunan juga menjadi harapan subyek penelitian untuk para lansia yang mereka rawat, seperti kutipan transkrip subyek penelitian empat dan narasumber manajemen satu dibawah ini.

“... kamar mandinya kalau bisa, agak di besarin lagi. Karena yang sekarang kurang besar.”(P4)

“.. kamar mandi panti kok yach terlalu kecil bagi saya. Jadi kalau ada ibu penghuni yang jatuh di kamar mandi dan di dalam itu sulit untuk keluar,,, sulit untuk nolong”(PM1)

Kategori berikut nya dari fasilitas panti adalah sumber daya. Sumber daya juga menjadi harapan bagi *caregiver* dan narasumber yaitu pihak manajemen panti, seluruh subyek penelitian mengungkapkan sumber daya di rasa masih kurang, seperti yang di ungkapkan oleh subyek penelitian satu, narasumber manajemen satu dan dua berikut ini.

“.... Tenaga kerja nya di tambah... terutama orang belakang itu mbak. Karena kurang orang.”(P1)

“... mudah- mudahan ke depan ini semakin bisa professional. Tenaga- tenaga di panti ini lebih professional sesuai disiplin ilmu.”(PM1)

“ pengan nya tenaga kesehatan nya itu perawat... minimal lulusan D3 lah mbak...”(PM2)

#### **Tema 14: Layanan Kesehatan**

Layanan kesehatan dibagi menjadi dua sub tema yaitu di panti dan di luar panti. Di panti di sub kategorikan lagi menjadi satu sub kategori yaitu tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan juga merupakan harapan yang diinginkan oleh subyek penelitian dalam layanan kesehatan, seperti yang narasumber manajemen dua dan tiga dalam uraian di bawah ini.

“... pengan nya ada perawat yang kerja disini dan tinggal disini;”(PM3)

“... ada dokter atau perawat yang tinggal disini, jadi kalau ada apa- apa penangan nya cepat.”(PM2)

Layanan kesehatan dari luar panti merupakan sub tema kedua di bagi menjadi empat sub kategori yaitu tenaga kesehatan, pemerintah, rumah sakit dan puskesmas. Sub kategori pertama adalah tenaga kesehatan. Dari segi tenaga kesehatan, seperti yang di jelaskan oleh narasumber manajemen satu.

“ harapan nya ada tenaga kesehatan entah itu dokter atau perawat yang mengadakan baksos atau kegiatan pemeriksaan kesehatan ke panti ini”(PM1)

Berikutnya adalah sub kategori kedua, ketiga dan ke empat dari layanan kesehatan di luar panti yaitu pemerintah, rumah sakit dan puskesmas. Dari pihak pemerintah dan rumah sakit begitu juga puskesmas menjadi harapan subyek

penelitian untuk layanan kesehatan dari luar panti, seperti yang dijelaskan oleh narasumber manajemen satu dan dua.

“... Dari kemensos, supaya bantuannya selalu lancar mbak..”(PM2)

“.. dari rumah sakit... sejauh ini masih kerja sama dengan dr.XXX, jadi ada dokter psikiatri yang selalu datang kesini. Kalau bisa ya kerjanya dipertahankan sampai nanti”(PM1)

“... puskesmas itu... supaya setiap bulan, atau paling gak dua bulan sekali kesini lah mbak, tidak seperti sekarang ini empat sampai lima bulan sekali datang kesini”(PM1)

### **Tema 15: Kesejahteraan *Caregiver***

Kesejahteraan *caregiver* di bagi menjadi dua sub kategori yaitu gaji dan kesehatan.

Gaji merupakan sub kategori pertama dari kesejahteraan *caregiver*. Hasil wawancara pada delapan subyek penelitian diidentifikasi gaji menjadi salah satu harapan dari kesejahteraan *caregiver* selama merawat lansia di panti, seperti yang diungkapkan oleh subyek penelitian dua dan narasumber manajemen dua berikut ini.

“ ..... disini kerja serabutan.. apa - apa harus saya mbak. Peningkatkan mbak ditambah sedikit gaji saya ini dari pihak panti.”(P2)

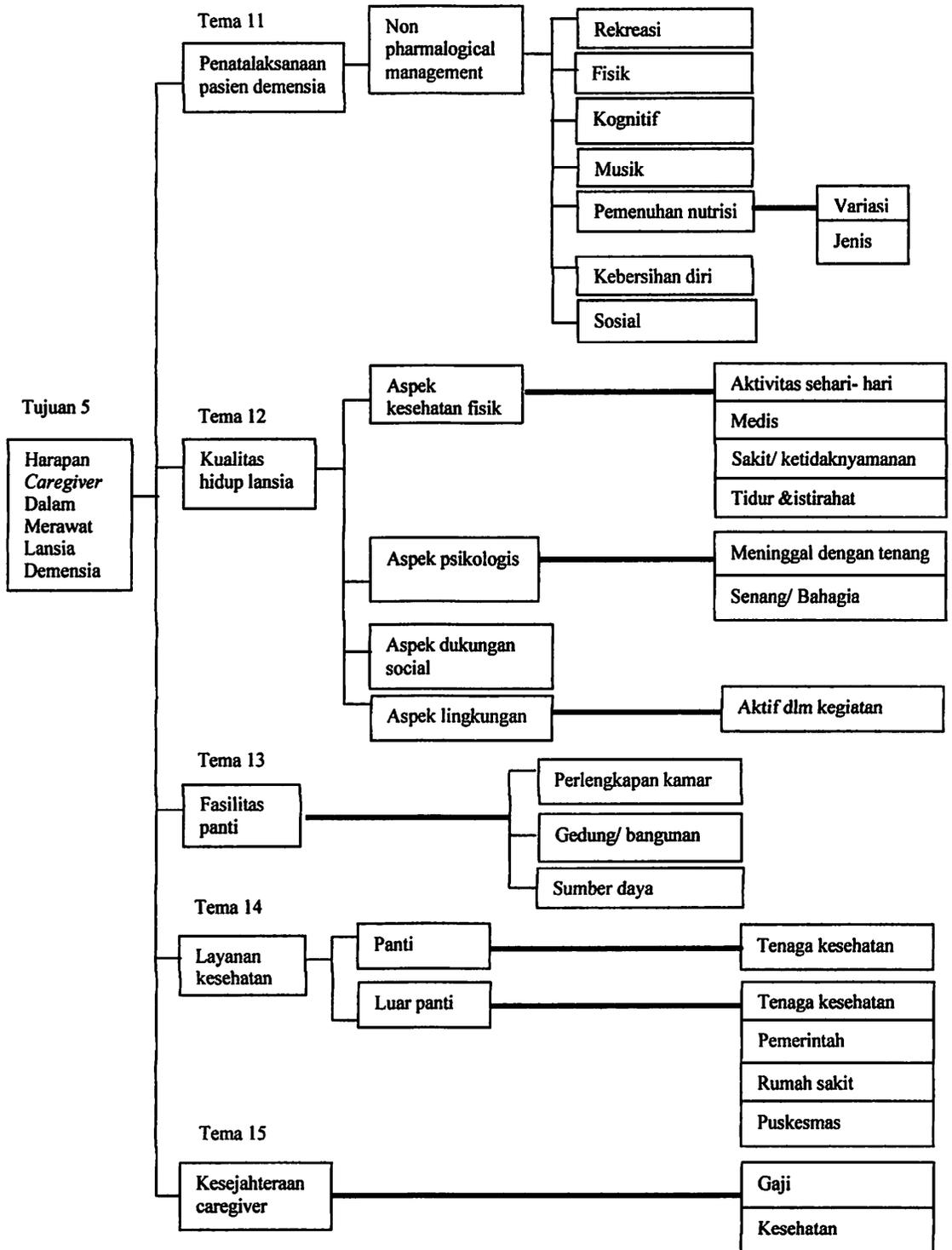
“... gaji minim... trus bonus- bonus dan pemberian- pemberian itu nggak ada dari yayasan”(PM2)

Kesehatan merupakan sub kategori kedua dari kesejahteraan *caregiver*, seperti kutipan transkrip dari subyek penelitian empat dan narasumber manajemen dua.

“... lebih memperhatikan kesehatan karyawan lah mbak,,”(P4)

“... kalau bisa itu, kalau sakit yach di tanggung semua lah mbak..”(PM2)

Secara menyeluruh tema penatalaksanaan pasien demensia, kualitas hidup lansia, fasilitas panti, layanan kesehatan, kesejahteraan *caregiver* dapat di gambarkan dalam skema 4.5



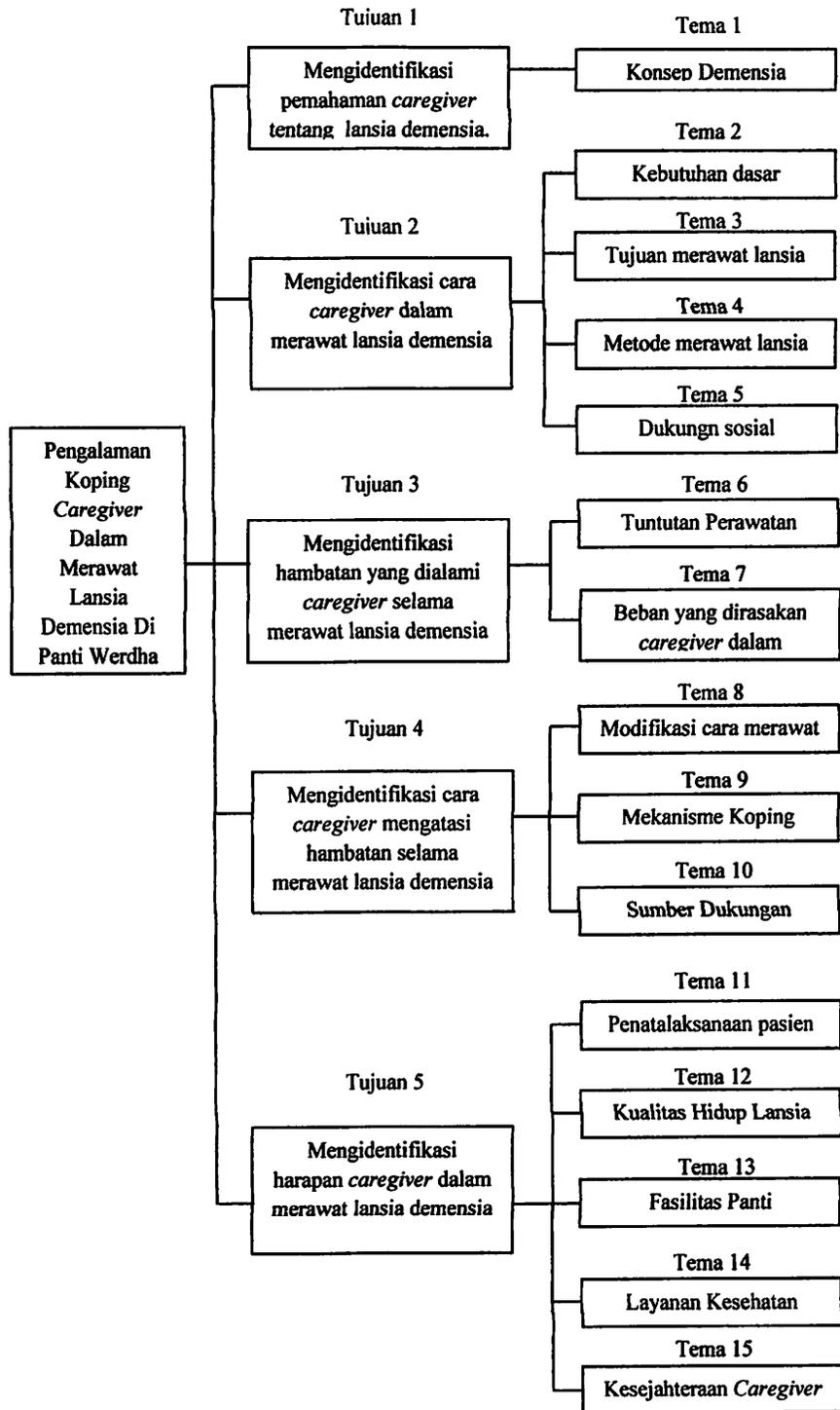
Skema 4.5 Analisis Harapan Caregiver Dalam Merawat Lansia Demensia

#### **4.3.6 Tema keseluruhan Hasil Penelitian Pengalaman Koping *Caregiver***

##### **Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha**

Penelitian pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panti werdha ini memiliki lima tujuan khusus , diidentifikasi menjadi menjadi 15 tema. Berikut adalah rangkuman dari tema yang di dapatkan dari masing-masing tujuan khusus.

Secara menyeluruh ringkasan tema dari hasil penelitian pengalaman koping *caregiver* dalam merawat lansia demensia di panti werdha dapat di gambarkan dalam skema 4.6



**Skema 4.6 Analisis Ringkasan Tema Hasil Penelitian Pengalaman Koping Caregiver Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha**

## **BAB 5**

# **HASIL DAN PEMBAHASAN**

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan dari penelitian ini terdiri dari empat bagian yaitu pada bagian pertama berisi pembahasan hasil penelitian disertai dengan analisis dan penjelasan berdasarkan penelitian sebelumnya serta teori yang terkait. Bagian kedua dari pembahasan berisi tentang integrasi hasil penelitian pada model Mishel dan Lazarus “*Uncertainty in Illnes Model dan stress, appraisal, coping strategy in transactional theory*”. Selanjutnya pada bagian ketiga menjelaskan keterbatasan dari penelitian dan pada bagian terakhir yaitu bagian ke empat menjelaskan implikasi hasil penelitian terhadap perkembangan ilmu keperawatan.

#### **5.1 Pembahasan Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Pemahaman *Caregiver* tentang Demensia**

Pemahaman *Caregiver* tentang demensia teridentifikasi melalui pengertian *Caregiver* mengenai Konsep Demensia.

##### **Tema 1 : Konsep Demensia**

Pengertian demensia yang didapatkan dalam penelitian ini mengidentifikasi tiga bagian yang terbagi menjadi definisi dilihat dari segi usia, kemampuan orientasi (tempat, waktu dan orang) dan kemampuan daya ingat (memori). Menurut Nurgoho (2008) demensia merupakan keadaan ketika seseorang mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir lain yang secara nyata mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari. Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa konsep yang ada memiliki perbedaan dengan hasil penelitian yang didapatkan.

Hasil penelitian memberikan gambaran yang lebih lengkap dan lebih luas mengenai definisi demensia, dimana dalam penelitian ini tidak hanya mengidentifikasi munculnya gangguan daya pikir dan daya ingat saja tetapi juga menjelaskan waktu terjadinya demensia dan munculnya gangguan orientasi dalam mengenali tempat, waktu dan orang. Hal ini diperkuat oleh konsep teori yang dipaparkan oleh Linden (2008) yang menyebutkan bahwa demensia merupakan kondisi menurunnya kemampuan intelektual atau kognitif yang berupa daya ingat, kemampuan belajar, perhatian, konsentrasi dan orientasi pada tingkat yang cukup berat tanpa gangguan kesadaran yang sering terjadi pada lansia dengan usia lebih dari 60 tahun. Dari hal tersebut dapat dikatakan bahwa pada lansia demensia tidak hanya terjadi penurunan kemampuan daya pikir dan memori saja tetapi juga munculnya gangguan orientasi dan terjadi pada usia lebih dari 60 tahun.

Penelitian Robinson (2014) mendukung hasil penelitian yang menjelaskan bahwa demensia adalah kondisi utama yang berhubungan dengan lanjut usia, bersifat progresif dan sering dikaitkan dengan kesakitan dan kematian. Pengertian demensia ini memberikan penekanan bahwa memang kondisi demensia sering terjadi pada orang dengan usia lanjut dan akan memunculkan banyak masalah dan sering mengikuti kejadian kematian pada orang lansia. Hasil penelitian mengidentifikasi gejala yang muncul pada demensia yang mengidentifikasi adanya kesesuaian dengan teori berupa adanya orientasi terhadap waktu, tempat dan orang, gangguan memori, penurunan kemandirian, perubahan perasaan, hilangnya minat dan inisiatif, dan salah meletakkan benda.

Gejala dan tanda yang muncul pada lansia demensia menurut Mickey, Stanley (2005) dibagi menjadi tiga tahapan yaitu gejala awal seperti konfusi

terhadap tempat, waktu, menarik diri, kesulitan dengan angka. Gejala pertengahan yang muncul gangguan memori, ansietas, gelisah dan ngeluyur, gangguan merawat diri, sedangkan gangguan akhir berupa ketidakmampuan mengenali keluarga dan teman, sedikitnya kapasitas perawatan diri, penurunan nafsu makan, menarik diri. Berdasarkan hal tersebut menunjukkan adanya kesesuaian antara hasil penelitian dengan teori yang ada. Pada konsep mengungkapkan munculnya ansietas dan gelisah pada lansia demensia yang tidak teridentifikasi pada penelitian, hal ini dimungkinkan karena lansia sudah terkondisi dengan lingkungan yang ada dan kegiatan yang dilakukan setiap hari terjadwal teratur dan ini dapat mengurangi bahkan menghilangkan rasa cemas dan gelisah pada lansia demensia sehingga tidak teridentifikasi.

Konsep pendukung diungkapkan Tamher (2011) yang menjelaskan bahwa konsep demensia juga hanya berupa gangguan daya ingat, gangguan proses pikir, gangguan penilaian, afasia, apraksia, agnosia, perubahan kepribadian, aktivitas sosial terganggu, dan tidak dalam keadaan delirium.

Hasil penelitian mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya demensia berasal dari faktor usia, genetik, fisik (penyakit dan trauma kepala), psikologis, dan sosial. Menurut Stuart (2005) menjelaskan bahwa faktor resiko terjadi demensia meliputi usia, riwayat keluarga, *down sindrom*, trauma kepala, kerusakan pembuluh darah, diabetes mellitus, hipertensi, miokardial infark. Hal yang menunjukkan bahwa hasil penelitian sejalan dengan teori yang ada dimana teori dan hasil penelitian mengidentifikasi faktor penyebab demensia berupa faktor genetik yang bisa didapatkan dari riwayat keluarga, penyakit termasuk diabetes melitus dan trauma fisik yang dapat disebabkan trauma kepala.

Penelitian Crane (2013) yang mengungkapkan bahwa tingginya kadar glukosa dalam darah merupakan faktor utama terjadinya demensia. Hal ini juga sesuai dengan konsep yang diungkapkan Videbeck (2008) yang menjelaskan bahwa penyebab terjadinya demensia teridentifikasi dari komponen genetik. Poin yang lain dipaparkan juga oleh karena faktor resiko infeksi. Disisi lain didapatkan juga pada hasil penelitian yang tidak tercantum dalam teori adalah faktor usia dimana usia lanjut lebih cenderung mengalami demensia oleh karena penurunan fungsi otak, kondisi psikologis dan pengaruh faktor sosial yang ikut mendukung terjadinya demensia. Kondisi usia sangat mempengaruhi terjadinya demensia. Dufouil (2014) menjelaskan memaparkan terdapat hubungan antara lansia usia lanjut yang sudah pensiun dengan kejadian demensia. Hal ini mengindikasikan pentingnya mempertahankan level kognitif dan stimulasi sosial pada lansia tersebut untuk mengurangi resiko terjadinya demensia.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa pencegahan yang dapat dilakukan untuk demensia pada lansia dibagi menjadi lima bagian, bagian yang pertama pencegahan fisik yang berupa olahraga, cukup istirahat dan nutrisi dalam keseharian. Pencegahan yang berikutnya adalah pencegahan psikologis yang dapat dilakukan melalui manajemen stress dan penyelesaian masalah (*problem solution*). Pencegahan yang ketiga dapat dilakukan pendekatan sosial, pencegahan yang ke empat melalui pendekatan spiritual atau keagamaan dan pencegahan yang ke lima dapat dilaksanakan melalui latihan konsentrasi dan latihan memori.

Pencegahan demensia yang tergambar dalam penelitian sejalan dengan konsep dari Linden (2008) yang menjelaskan bahwa pencegahan demensia dapat diterapkan gaya hidup sehat seperti berhenti merokok, berolahraga secara teratur,

makan makanan dengan komposisi seimbang dan rendah lemak, membatasi dan tidak minum alcohol, mempertahankan nilai kolesterol darah dalam rentang normal dan mengobati hipertensi dan diabetes dengan obat – obatan yang sesuai. Jika dicermati pada konsep teori lebih menekankan pada aspek fisik atau fisiologik tubuh lansia. Penelitian Roman (2005) mendukung adanya pencegahan aspek fisik yang menjelaskan bahwa dengan pengontrolan resiko vaskular yang baik terutama hipertensi akan dapat mencegah terjadinya perkembangan demensia.

Hasil penelitian diperoleh mengidentifikasi aspek lain selain aspek fisik pencegahan dapat dilakukan melalui pendekatan psikologis, sosial, spiritual dan pendekatan kognitif dalam meningkatkan kemampuan kognitif pasien. Penelitian Andrade (2009) yang memaparkan pemeriksaan diet nutrisi, aktifitas fisik, dan latihan mental dapat menurunkan resiko kerusakan kognitif dan kejadian demensia khususnya alzheimer demensia pada lansia. Berdasarkan hal tersebut dapat menjadi pertimbangan bahwa aspek dalam pencegahan demensia dapat dilakukan selain aspek fisik juga perlu dipertimbangkan aspek lain yaitu aspek psikologis, sosial, spiritual dan aspek kognitif lansia.

### **5.1.2 Cara Caregiver Dalam Merawat Lansia Demensia**

#### **Tema 2 : Kebutuhan Dasar Merawat lansia**

Berdasarkan penelitian teridentifikasi kebutuhan dasar dalam merawat lansia yang meliputi kebersihan diri (mandi, ganti baju, kebersihan mulut, dan eliminasi), nutrisi dan istirahat. Stanley (2005) mengungkapkan bahwa pemberi perawatan perlu memenuhi sebagian besar AKS (Aktivitas Kebutuhan Sehari – hari) pada lansia demensia disamping pemenuhan kebutuhan nutrisi yang

diakibatkan oleh penurunan nafsu makan dan disfagia. Kebutuhan istirahat tidur juga perlu diperhatikan oleh karena lansia demensia mengalami masalah perubahan siklus tidur. Hal ini menjabarkan bahwa antara konsep dan hasil penelitian memiliki kesamaan dalam kebutuhan dasar merawat lansia demensia. Keller (2011) dalam *reviewnya* menjelaskan bahwa dengan pemenuhan nutrisi yang adekuat akan dapat meningkatkan fungsi otak dan akan dapat mencegah kerusakan pada demensia selain itu juga memberikan efek yang menguntungkan secara klinis pada demensia itu sendiri.

Penelitian Lee (2011) mendukung hasil penelitian yang juga memaparkan pentingnya kebutuhan tidur pada demensia yang dapat mengurangi dampak penurunan kemampuan kognitif demensia. Dalam penelitian ini juga disebutkan bahwa perlu adanya pelatihan untuk mengabungkan antara pengobatan secara farmakologi dengan non farmakologi seperti terapi lingkungan, *psichobehavior*, latihan dan aktifitas dan intervensi lain khususnya penguatan manajemen tidur yang efektif khususnya pada lansia demensia yang mengalami gangguan tidur.

### **Tema 3 : Tujuan Merawat Lansia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tujuan merawat lansia yang didapatkan melalui *interview* dengan partisipan adalah membantu lansia dan menjaga keamanan lansia. Tujuan merawat lansia yang dilakukan oleh *caregiver* menurut Maryam (2008) adalah untuk menghindari kecelakaan dengan perbaikan lingkungan disekitar lansia, membantu lansia dalam pemenuhan kebutuhan termasuk pengenalan akan waktu, tempat dan orang serta mengupayakan lansia dapat mempertahankan kegiatan sehari - hari secara optimal. Konsep dan hasil penelitian terdapat sedikit perbedaan antara hasil dan konsep dimana tujuan

merawat lansia, dimana persamaan tujuan perawatan yang terkaji antara konsep teori dan hasil penelitian adalah untuk membantu lansia dan menjaga keamanan lansia melalui upaya pencegahan kecelakaan pada lansia demensia, akan tetapi dalam hasil penelitian tidak ditemukan bahwa salah satu tujuan perawatan lansia demensia oleh *caregiver* adalah mengupayakan lansia agar dapat mempertahankan secara maksimal lansia dapat melakukan kegiatan sehari – hari.

Dewing (2009) menyebutkan bahwa dalam perawatan demensia dapat dilakukan melalui modifikasi lingkungan berupa modifikasi kebisingan dan cahaya yang bertujuan untuk menurunkan ketidakmampuan dan ketergantungan lansia demensia serta meningkatkan kesejahteraan lansia demensia itu sendiri. Penelitian ini teridentifikasi bahwa tujuan dalam perawatan lansia melalui modifikasi lingkungan adalah untuk mengurangi ketergantungan lansia demensia yang berarti memaksimalkan kemampuan lansia dalam beraktivitas sehari – hari sehingga lansia demensia dapat memenuhi kebutuhan hariannya secara maksimal dan tidak tergantung sepenuhnya pada pemberi perawatan.

#### **Tema 4 : Metode Merawat Lansia**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa metode merawat lansia dilakukan melalui upaya peningkatan kenyamanan lansia (menawari hal yang disukai dan penuh perhatian), variasi kegiatan pada lansia demensia, observasi rutin pada lansia demensia, terapi, melibatkan *caregiver* yang lain selama perawatan, membawa ke pelayanan kesehatan baik itu ke rumah sakit maupun bakti sosial dari instansi kesehatan lain dan mencari informasi sumber dalam perawatan lansia demensia. Videbeck (2008) menjelaskan bahwa metode merawat lansia yang dapat dilakukan adalah melalui pengobatan selain melalui

pendekatan individu unik melalui intervensi meningkatkan keamanan klien melalui kerjasama dengan *caregiver* lainnya, meningkatkan tidur yang cukup, nutrisi dan hygiene yang tepat serta aktivitas kegiatan, menata lingkungan dan kegiatan rutin, memberikan dukungan emosional melalui sentuhan dan perhatian pada lansia demensia, meningkatkan interaksi dan keterlibatan klien dalam menentukan aktivitas yang disukai dan kegiatan rutin melalui pengawasan *caregiver*. Berdasarkan hal tersebut teridentifikasi bahwa terdapat sedikit ketidaksesuaian antara hasil penelitian dan konsep teori, terdapat dua hal yang tidak ditemukan dalam konsep metode perawatan lansia yaitu membawa ke pelayanan kesehatan dan mencari informasi dalam metode perawatan lansia demensia.

Poin penting dalam metode perawatan lansia yang lain antara teori dan tatanan nyata sesuai hasil penelitian memiliki kesamaan. Perawatan demensia yang tergambar dalam penelitian senada dengan konsep Linden (2008) yang menyebutkan metode perawatan lansia dapat dilakukan melalui obat dan cara lain seperti melatih Penderita dalam aktivitas harian dengan bantuan asisten pemberi perawatan yang ada, merencanakan kegiatan yang disukai lansia demensia, variasi lingkungan dan aktivitas kegiatan.

#### **Tema 5 : Dukungan Sosial Dalam Merawat Lansia**

Hasil penelitian teridentifikasi dukungan sosial selama menjalankan perawatan lansia demensia *caregiver* mendapatkan dukungan dari internal *caregiver* lain dan juga dari eksternal yang berasal dari orang tua dan tenaga kesehatan lain. Bentuk dukungan yang didapatkan berupa dukungan emosional dan informal (melalui brosur, internet dan informasi dari tenaga kesehatan lain).

Dukungan sosial dalam merawat lansia menurut Videbeck (2008) disebutkan sumber dukungan dalam perawatan lansia demensia didapatkan melalui diskusi untuk mengatasi rasa frustrasi dengan perawat lain agar mendapat penguatan. Selain itu perawat dapat mendiskusikan dengan rekan sejawat apabila muncul kesulitan dapat mendiskusikan dengan konselor atau tenaga kesehatan yang lebih kompeten dalam hal tersebut. Program penyuluhan atau edukasi juga perlu dilakukan untuk dapat memberikan pengertian dalam perawatan lansia demensia. Merujuk hal tersebut teridentifikasi bahwa antara konsep teori dan hasil penelitian terdapat perbedaan, dalam konsep teori hanya mengidentifikasi sumber dukungan pada *caregiver* yang diperoleh dari *caregiver* yang lain dan dari eksternal yang berasal dari tenaga kesehatan lain (orang yang kompeten) dan tidak memberikan penjelasan mengenai pentingnya dukungan dari orang tua pada *caregiver*.

Pada bentuk dukungan teridentifikasi bahwa dukungan emosional dan dukungan informal telah didapatkan oleh *caregiver*. Dukungan informal yang telah didapatkan oleh *caregiver* yang sejalan dengan konsep teori adalah yang hanya berasal dari tenaga kesehatan lain, akan tetapi secara konsep belum memaparkan sumber dukungan yang lainnya yang berupa brosur mengenai perawatan lansia ataupun informasi dari internet juga ikut membantu dalam perawatan lansia demensia. Berdasarkan hal tersebut tergambar bagaimana pentingnya informasi tentang perawatan demensia tidak hanya informasi lisan tetapi juga informasi tulisan baik itu berupa brosur maupun artikel dari internet demi meningkatkan kualitas perawatan demensia. Penelitian Finkelstein (2012) memaparkan pentingnya informasi yang lebih luas dalam perawatan lansia demensia dikarenakan banyaknya hambatan muncul karena kurangnya informasi

dalam perawatan demensia, untuk itu perlu penyebaran informasi untuk meningkatkan perawatan demensia yang efektif.

Penelitian Travers (2013) menekankan pentingnya pendidikan tentang demensia yang akan mempengaruhi sikap positif dan praktik perawatan demensia. Dalam penelitian ini juga mengindikasikan pentingnya pendidikan secara berkelanjutan dan pelatihan pada petugas kesehatan khususnya yang bekerja dalam perawatan demensia. Pendidikan, pelatihan dan penyebaran informasi tersebut dapat diperoleh selain dari informasi petugas kesehatan lain juga melalui media cetak yaitu brosur, pamflet dan juga media elektronik melalui internet.

### **5.1.3 Hambatan Yang Dialami Caregiver Selama Merawat Lansia Demensia**

#### **Tema 6 : Tuntutan Perawatan Lansia**

Tuntutan dalam perawatan lansia demensia berdasarkan hasil penelitian teridentifikasi berupa pemenuhan nutrisi (klien tidak suka makan, sulit makan, dan tidak bisa makan), pemenuhan istirahat (tidak mau tidur, berkeliaran, bertengkar dan mengganggu tidur teman), pemenuhan eliminasi (pemakaian pampers, BAK dan BAB sembarangan, mainan feces), pemenuhan kebersihan diri (mandi), serta perubahan perilaku lansia (tidak mampu mengendalikan emosi). Menurut Videbeck (2008) tuntutan perawatan lansia demensia harus mempertimbangkan bahwa klien seringkali tidak mau tidur karena mengalami gangguan siklus tidur, tidur siang dan berkeluyuran, sedangkan dalam hal pemenuhan nutrisi harus mempertimbangkan bahwa lansia demensia seringkali mengabaikan isyarat lapar dan haus sehingga tidak mau makan, kesulitan untuk makan bahkan sampai tidak bisa makan. Permasalahan lain yang menuntut pertimbangan saat perawatan lansia demensia secara konsep adalah lansia

mengalami masalah dalam pemenuhan eliminasi baik itu BAK dan BAB, pemakaian pampers untuk mencegah infeksi termasuk dalam hal kebersihan diri mandi. Dukungan emosional berupa hormat dan tenang dan bersikap baik juga merupakan tuntutan selama periode perawatan lansia demensia oleh *caregiver*. Berdasarkan teridentifikasi hasil penelitian tidak sepenuhnya sejalan dengan konsep teori yang ada.

Hasil penelitian memberikan gambaran yang lebih luas dalam pemenuhan istirahat dimana tuntutan yang lain dalam perawatan lansia demensia adalah klien lansia demensia sering bertengkar dan mengganggu tidur teman, dalam hal pemenuhan eliminasi seringkali lansia demensia juga senang mainan feses.

Morley (2013) mengidentifikasi bahwa lansia demensia seringkali mengalami perubahan waktu tidur, demensia terutama *Alzaiemer dementia* sering terbangun pada malam hari dan yang lain normalnya tidur lelap. Hal inilah yang memungkinkan lansia demensia sering mengganggu temannya saat tidur. Disamping itu Penelitian ini juga menyatakan bahwa lansia demensia sering terjadi hiperaktif dan *psychotic syndrome* berupa paranoid, disinilah yang dimungkinkan memicu pertengkaran antar sesama lansia demensia. Untuk inilah penelitian Seabrooke (2014) menyatakan bahwa perlu kelompok pendukung untuk hadir dalam membantu kesulitan dalam manajemen emosi lansia demensia, meningkatkan pengertian tentang demensia dan meningkatkan kemampuan koping bagi *caregiver* dalam perawatan demensia.

### **Tema 7 : Beban Yang Dirasakan *Caregiver* Dalam Merawat**

Beban *caregiver* dalam perawatan lansia demensia sesuai hasil penelitian dapat berasal dari internal dan eksternal. Beban internal dapat berupa beban fisik (capek, pegal, sakit dan cenuh-cenuh) dan beban psikologis (marah, tidak mood, beban, stress, sedih, dan menanggung) sedangkan beban eksternal berasal dari perilaku lansia dan deskripsi pekerjaan yang harus dilakukan *caregiver*. Videbeck (2008) menyebutkan dalam perawatan lansia demensia seringkali *caregiver* merasakan frustrasi dan kelelahan fisik dan emosional baik itu sebagai pribadi dan profesional sebagai pengasuh. Berdasarkan hal tersebut tergambar antara teori dan hasil penelitian menunjukkan sedikit perbedaan, teori tidak menjelaskan dengan jelas poin apa saja yang termasuk dalam beban fisik dan psikologis tersebut. Di sisi lain beban eksternal dari hasil penelitian sudah dijelaskan bahwa itu berasal dari perilaku lansia demensia dan beban pekerjaan yang dirasakan oleh *caregiver* dimana dalam konsep teori hanya menyebutkan beban itu termasuk dalam beban profesional sebagai pengasuh atau pemberi perawatan lansia demensia yang seringkali berhadapan dengan perubahan perilaku lansia demensia dan tugas yang harus diselesaikan oleh pemberi perawatan selama bertugas.

Penelitian Mould (2013) mendukung hal tersebut dimana perawatan demensia memberikan dampak yang besar terhadap kehidupan profesi dari *caregiver* dan dilaporkan bahwa 25.5 % terjadi pengurangan jadwal kerja. Kehilangan waktu untuk melaporkan pekerjaan sebagai *caregiver* pada saat perawatan demensia. Hal inilah yang menjadikan beban pada *caregiver* selama melakukan perawatan demensia. Dalam penelitian ini juga memaparkan bahwa banyak *caregiver* menyatakan perawatan demensia menyebabkan *stress*,

ketidaknyamanan, dan menjengkelkan sekali. Hal ini juga sejalan dengan identifikasi hasil penelitian ini yang menyebutkan bahwa beban dalam perawatan demensia pada *caregiver* berupa beban psikologis *caregiver*.

Penelitian Eters (2008) menjelaskan bahwa beban *caregiver* dalam perawatan demensia merupakan masalah yang umum terjadi yang dihubungkan dengan hasil yang buruk dalam kesehatan *caregiver* dan pasien demensia. Untuk itulah perlu intervensi yang melibatkan banyak komponen yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan coping, mengurangi depresi pada *caregiver*.

#### **5.1.4 Cara Caregiver Mengatasi Hambatan Selama Merawat Lansia**

##### **Demensia.**

#### **Tema 8 : Modifikasi Cara Merawat Lansia**

Hasil penelitian mengidentifikasi modifikasi cara merawat lansia melalui aktifitas sosial, aktivitas fisik dan menurunkan emosi klien. Videbeck (2008) memaparkan model psikososial perawatan demensia meliputi dukungan sosial melalui intervensi perawatan dengan empati dan sentuhan suportif, keterlibatan lansia demensia dalam hubungan dengan lingkungan dan orang lain, memberikan aktifitas dan validasi perasaan dan martabat klien dengan pendekatan psikologis dengan bersikap responsive untuk menurunkan ketegangan dan emosi. Kesesuaian terlihat diantara konsep dan hasil penelitian. Hal ini memberikan pengertian bahwa dalam tatanan pelayanan keperawatan demensia juga berdasarkan pada konsep yang ada sehingga dalam pelaksanaannya kadang tidak ditemukan adanya suatu keseimbangan.

Penelitian Helgesen (2014) mendukung kesamaan modifikasi perawatan demensia yang menyebutkan pentingnya partisipasi lansia demensia dalam

aktivitas kegiatan dalam praktik perawatan demensia. Hal ini akan memberikan dampak yang bagus dan sebagai penghormatan pada demensia dan sebagai bagian penerapan perawatan berfokus pada pasien sehingga disarankan untuk membuat kreatifitas perawatan dengan berdasarkan pada budaya dengan partisipasi lansia demensia.

### **Tema 9 : Mekanisme Koping**

Perawatan demensia sering menimbulkan beban dan masalah bagi *caregiver*. Dalam menghadapi permasalahan perawatan demensia *caregiver* sering menggunakan mekanisme koping untuk mengatasinya. Hasil penelitian mengidentifikasi mekanisme koping yang digunakan oleh *caregiver* terbagi menjadi 2 cara yaitu mekanisme koping adaptif dan maladaptif. Mekanisme koping adaptif dilakukan *caregiver* melalui penerapan cara mengontrol emosi kalau sedang marah, menggunakan pendekatan perluasan persepsi terutama tentang demensia dengan karakteristiknya, menerima dukungan dari orang lain baik itu sesama *caregiver* ataupun suami atau istri dan juga pengurus panti apabila sedang dalam mengalami masalah dalam perawatan, dan mengalihkan masalah yang ada kearah kegiatan yang lebih konstruktif. Mekanisme koping maladaptif yang digunakan *caregiver* adalah ketidakmampuan untuk berfikir dan melakukan sesuatu itu dengan terpaksa, ketidakmampuan untuk menyelesaikan masalah yang ada sehingga muncul perasaan untuk menghindar dari tugas sebagai *caregiver*, menggunakan tindakan destruktif berupa ungkapan marah pada lansia demensia, dan pendekatan yang juga sering dipakai *caregiver* apabila sedang menghadapi masalah adalah menghindar.

Stuart (2005) membagi koping menjadi adaptif respon koping dan maladaptif respon koping, dimana adaptif koping termasuk penggunaan intelektual, rasionalisasi dan berifat konstruktif dengan kategori berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif yang memberikan respon berupa mampu mengambil keputusan, kemampuan penuh mengingat, orientasi penuh, persepsi akurat, fokus dengan perhatian dan menggunakan pemikiran logis, sedangkan maladaptif koping termasuk menolak dan menghindar yang cenderung destruktif atau menghancurkan, makan berlebihan atau tidak makan, bekerja berlebihan. Respon maladaptif koping berupa ketidakmampuan untuk membuat keputusan dan menghindar, kerusakan memori dan penilaian, disorientasi, mispersepsi serius, ketidakmampuan untuk fokus perhatian dan kesulitan untuk berfikir rasional.

Berdasarkan hal tersebut dapat diidentifikasi bahwa antara konsep teori dan hasil penelitian terdapat persamaan. Koping yang digunakan oleh *caregiver* baik itu koping adaptif maupun koping maladaptif berdasarkan konsep yang ada. Mekanisme koping adaptif yang digunakan *caregiver* ditujukan untuk mengurangi beban yang dirasakan melalui perluasan persepsi akan lansia demensia, berbicara dengan orang lain, mengalihkan kepada kegiatan yang bermanfaat dan juga mengontrol emosi saat berhadapan dengan lansia demensia. Penggunaan koping tersebut sangat bermanfaat tidak hanya mampu menyelesaikan masalah tetapi juga mengurangi beban yang dirasakan dalam perawatan demensia. Berbeda dengan mekanisme koping maladaptif yang diterapkan *caregiver* sesuai hasil penelitian ini dimana aktivitas yang dilakukan berupa ungkapan marah, menghindar dari lansia demensia dan melakukan kegiatan karena terpaksa tidak mampu

menyelesaikan permasalahan yang ada bahkan menjadi beban tambahan bagi *caregiver* dalam perawatan demensia.

Koping tersebut dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan seringnya berdasarkan keadaan *caregiver* saat koping tersebut digunakan. Uren (2013) mengungkapkan bahwa efektif koping yang digunakan *caregiver* memainkan peranan penting dalam kesejahteraan *caregiver* dan juga demensia dan hal ini memberikan pengaruh positif dalam peningkatan kualitas pelayanan *palliative care* khususnya demensia. Hal ini didukung juga oleh penelitian Fauth (2013) yang menyatakan bahwa penggunaan gaya koping yang jelas berhubungan erat dengan baik atau buruknya kondisi *caregiver*. Penggunaan efektif koping cenderung kepada penggunaan mekanisme koping adaptif sesuai dengan penggunaan koping oleh *caregiver* dalam penelitian yang berupa pengontrolan emosi, perluasan persepsi tentang demensia, penerimaan dukungan dari pihak lain untuk menurunkan ketegangan masalah dan juga pengalihan kepada aktivitas yang konstruktif. Hal ini mengarah pada *problem focus coping* yang berusaha untuk menyelesaikan permasalahan yang ada. Koping ini tidak hanya memberikan dampak positif pada *caregiver* tetapi juga dapat mengatasi masalah yang saat ini dihadapi oleh *caregiver* yang secara tidak langsung memberikan efek sehat pada kesehatan mental dan fisik *caregiver*.

Fauth (2013) juga memaparkan bahwa penggunaan koping berfokus masalah dapat memberikan pengaruh positif kepada penurunan proses kerusakan kognitif pada demensia. Penggunaan koping yang maladaptif cenderung mengarah kepada penggunaan *emotion focuss coping* dimana hanya dapat memberikan ketenangan pada *caregiver* saat itu saja tetapi tidak menyelesaikan masalah karena

pendekatan yang digunakan tidak mau berfikir, tidak mau menyelesaikan masalah, perilaku destruktif dan menghindar.

### **Tema 10 : Sumber Dukungan**

Dukungan dari pihak lain dapat membantu *caregiver* dalam menyelesaikan masalah perawatan demensia sehingga tercapai peningkatan kualitas perawatan demensia. Dalam penelitian ini diidentifikasi sumber dukungan yang diperoleh *caregiver* berasal dari 2 bagian, bagian yang pertama berasal dari sumber internal yaitu dari orang tua *caregiver* dan suami atau istri *caregiver* itu sendiri. Sumber dukungan yang kedua berasal dari eksternal *caregiver* yaitu pengurus panti, teman *caregiver*, tamu dan tenaga kesehatan. Videbeck (2008) menyebutkan dalam perawatan demensia yang melelahkan pemberi perawatan memerlukan penyuluhan berkelanjutan dan dukungan dari profesional perawatan kesehatan seperti perawat, pekerja sosial atau manajer juga dari anggota keluarganya untuk mengekspresikan perasaannya. Dari hal tersebut diketahui antara kasus nyata dari hasil penelitian sejalan dengan konsep teori yang ada. Poin yang memiliki kesamaan adalah dukungan dari eksternal yang berasal dari teman sejawat, tenaga kesehatan dan juga pengurus panti sebagai manajer.

Sumber dukungan internal tidak dijelaskan secara detail anggota keluarga *caregiver* itu siapa saja, akan tetapi jika merujuk pada pengertian keluarga adalah orang tua, suami atau istri dan juga anak yang tinggal dalam satu rumah. Ini mengidentifikasi bahwa *caregiver* juga mendapatkan dukungan dari orang tua dan juga pasangan mereka (suami atau istrinya) berhubungan dengan tugas dan pekerjaan mereka dalam perawatan demensia dipanti. Kehadiran tamu sebagai sumber dukungan eksternal tidak dituliskan dalam konsep teori. Hal ini

dikarenakan kehadiran keluarga atau kerabat lansia demensia tidak setiap hari di tempat perawatan demensia sehingga dalam konsep tidak dituliskan dengan detail bahwa kehadiran tamu dapat dikategorikan sebagai sumber dukungan eksternal bagi *caregiver* dalam perawatan demensia. Akan tetapi dengan kehadiran tamu di panti kadang membantu *caregiver* dalam meluapkan perasaan walaupun tidak serta merta menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan perawatan demensia langsung di panti.

Penelitian Strivens (2014) mengidentifikasi bahwa kehadiran dokter umum, perawat, penyedia jasa perawatan demensia, dan kolega dalam perawatan sangat penting dibutuhkan sebagai rekanan pelayanan perawatan demensia. Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa perawatan demensia tidak dapat dilakukan oleh *caregiver* seorang diri akan tetapi dukungan dari berbagai pihak baik itu pihak pengurus panti, *caregiver* yang lain, keluarga *caregiver*, keluarga lansia demensia dan petugas kesehatan sangat dibutuhkan demi peningkatan kualitas perawatan demensia.

### **5.1.5 Harapan Caregiver Dalam Merawat Lansia Demensia**

#### **Tema 11 : Penatalaksanaan Pasien Demensia**

Harapan *caregiver* dalam penatalaksanaan pasien demensia khususnya *non pharmacological* manajemen meliputi rekreasi, fisik, terapi kognitif, terapi musik, pemenuhan nutrisi yang bervariasi dan jenisnya berbeda, adanya peningkatan perawatan diri demensia, dan adanya kegiatan sosial bagi demensia. Brown (2014) mengidentifikasi bahwa terdapat tiga *non pharmacological* intervensi tidur yang umum untuk lansia demensia yaitu dengan jadwal tidur yang rutin, meningkatkan aktifitas harian dan pembatasan *cafein* khususnya untuk yang

demensia yang mengalami gangguan tidur. Konsep teori memiliki kesesuaian dengan hasil penelitian yang ada. Harapan *caregiver* dalam peningkatan kualitas hidup lansia demensia dipanti sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan, dimana terjadwal dan tersusun rapinya kegiatan yang ada akan membuat demensia dapat meningkatkan kualitas kognitif dan juga fisik selain itu aktifitas harian dapat meningkatkan kualitas hidup sosial lansia karena lansia demensia akan berhubungan dengan lansia yang lain sehingga akan terjadi aktivitas komunikasi dan hubungan sosial disamping itu jika aktifitas dilakukan di luar ruangan akan seperti rekreasi bagi lansia. Pembatasan *cafein* itu selain berguna untuk demensia dengan gangguan tidur juga termasuk salah satu upaya untuk memilih jenis nutrisi dan usaha untuk pemenuhan nutrisi yang berguna bagi lansia demensia.

Penelitian Lin (2010) mengidentifikasi bahwa grup musik intervensi dapat menurunkan agitasi pada lansia demensia. Penelitian ini memberikan saran untuk dapat memasukkan terapi musik dalam aktifitas harian di rumah perawatan untuk dapat meningkatkan relaksasi pada emosi demensia, menciptakan interaksi interpersonal antar penghuni panti, dan dapat menurunkan agitasi. Penelitian ini juga didukung oleh Choi (2009) yang menjelaskan bahwa musik dapat meningkatkan perilaku dan fisiologikal gejala pada demensia termasuk juga bagi *caregiver*. Dari hal tersebut memberikan gambaran pentingnya terapi musik tidak hanya untuk mengurangi agitasi dan merelaksasikan emosi demensia tetapi juga dapat meningkatkan kesehatan bagi *caregiver*. Diperlukan usaha untuk memasukkan terapi musik pada aktifitas harian sebagai sarana terapi dan juga rekreasi bagi lansia demensia yang tinggal dipanti termasuk bagi *caregiver* yang ada.

## **Tema 12 : Kualitas Hidup Lansia**

Hasil penelitian teridentifikasi harapan *caregiver* terhadap kualitas hidup lansia yang terdiri dari 4 bagian, aspek kesehatan fisik demensia, aspek psikologis, aspek dukungan sosial, dan aspek lingkungan. Aspek yang diharapkan *caregiver* terhadap lansia sudah mencakup kesemuanya aspek dalam kehidupan. Linden (2008) menyebutkan bahwa tujuan dari perawatan lansia yang merupakan harapan untuk kualitas hidup lansia adalah terciptanya kualitas hidup demensia dan orang termasuk keluarga lansia tersebut. Kualitas hidup lansia yang baik meliputi lansia tidak tergantung kepada orang lain, keluarga, teman dan tenaga kesehatan ikut serta berperan dalam perawatan demensia, lansia ikut menentukan dan merencanakan jenis aktivitas termasuk terapi musik dan kegiatan yang sesuai kondisinya, lansia dapat melakukan latihan olahraga ringan. Berdasarkan konsep dan hasil penelitian tergambar antara konsep teori sejalan dengan hasil penelitian yang mengidentifikasi harapan *caregiver* yang menginginkan kualitas hidup yang baik bagi demensia. Harapan *caregiver* dalam peningkatan kualitas hidup lansia demensia adalah sangat wajar bagi pemberi perawatan. *Caregiver* akan merasa senang apabila lansia demensia dapat mencapai kebahagiaan dan berpartisipasi dalam semua aktivitas dengan senang dan tidak merasakan sakit maupun gejala lainnya. Oleh karena itu peran keluarga juga sangat diharapkan guna mendukung harapan *caregiver* terhadap lansia yang dirawatnya.

Aspek fisik dapat dicapai melalui kegiatan olahraga dan juga aktifitas harian demensia, aspek dukungan sosial diperoleh melalui kehadiran keluarga dan teman dalam keikutsertaan perawatan demensia termasuk kunjungan ke panti, aspek lingkungan dapat dicapai saat lansia mengikuti aktivitas yang telah

direncanakan dan dipilih oleh lansia demensia sendiri. Aspek psikologis yang mengharapkan lansia dapat senang dapat diperoleh dengan terapi yang membuat demensia nyaman tinggal dipanti seperti konsep adanya terapi music yang secara tidak langsung akan membuat demensia merasa senang, sedangkan mengharapkan lansia demensia dapat meninggal dengan tenang dapat dilakukan dengan pemeriksaan secara berkelanjutan untuk dapat menyediakan pertolongan dan treatment yang sesuai. Hal ini sesuai dengan penelitian Klapwijk (2014) yang memaparkan bahwa dengan observasi secara teratur akan mengurangi beban gejala yang dirasakan lansia demensia dan adanya pilihan terapi yang sesuai sehingga apabila lansia meninggal dapat meninggal dengan tenang.

### **Tema 13 : Fasilitas Panti**

Harapan *caregiver* untuk menunjang perawatan demensia yang berkualitas salah satunya didukung oleh fasilitas panti. Berdasarkan penelitian yang dilakukan teridentifikasi harapan *caregiver* terhadap fasilitas panti berupa tercukupi dan tersedianya kelengkapan kamar yang memadai, gedung atau bangunan yang *representative*, dan peningkatan jumlah sumber daya atau tenaga kerja dipanti. Neufert dalam Najjah (2009) menuliskan bahwa desain bangunan yang disesuaikan dengan keinginan lansia yang berupa padangan kearah luar, tempat duduk diluar kamar atau ruangan, hunian seperti rumah sendiri, depan ruangan terdapat jalan setapak untuk jalan santai, terdapat tempat istirahat disepanjang jalan setapak tersebut, ruang tidur yang terpisah dengan fasilitas masing – masing, ukuran ruangan disesuaikan ukuran anatomi tubuh dewasa.

Berdasarkan hal tersebut dapat diidentifikasi bahwa harapan pada identifikasi hasil penelitian sudah sesuai dengan konsep teori khususnya model

bangunan yang tepat untuk lansia khususnya demensia. Jika mengikuti konsep dapat diartikan bahwa bangunan harus cukup luas dan memadai untuk kegiatan lansia baik itu ruangan untuk bersosialisasi maupun untuk aktifitas harian termasuk fasilitas kamar yang mendukung perawatan lansia demensia khususnya membantu mencegah penurunan kognitif lansia diantaranya terdapat foto atau hiasan dari lansia yang tinggal di ruang tersebut maupun fasilitas kamar tidur yang cukup besar untuk lansia dan pendamping saat memandikan lansia tersebut.

Elliott (2012) menjelaskan bahwa hambatan dan penurunan kualitas perawatan demensia berhubungan dengan pekerja yang bekerja di rumah perawatan demensia khususnya kekurangan jumlah staff perawatan lansia demensia yang memperoleh informasi dan memiliki kemampuan dalam perawatan demensia melalui pelatihan. Hal ini menjadi permasalahan yang sama yang teridentifikasi dari hasil penelitian. Penambahan *caregiver* khususnya yang memiliki pendidikan dan kekhususan dalam perawatan lansia demensia akan membantu mengurangi beban dalam perawatan demensia dan akan dapat meningkatkan kualitas perawatan sehingga lansia demensia tidak hanya dapat dirawat dengan maksimal akan tetapi juga lansia menjadi nyaman tinggal dipanti.

#### **Tema 14 : Layanan Kesehatan**

Hasil penelitian mengidentifikasi layanan kesehatan yang diharapkan oleh *caregiver* dapat berasal dari panti dan luar panti. Dari panti *caregiver* berharap ada petugas kesehatan yang tinggal di panti termasuk dokter, sedangkan yang berasal dari luar panti meliputi tenaga kesehatan dari tempat lain, pemerintah, rumah sakit sekitar dan juga dari Puskesmas. Videbeck (2008) menyebutkan *caregiver* dalam melakukan perawatan demensia perlu kelompok pendukung

dalam mengekspresikan masalah yang dihadapinya dan meminta masukan dan saran kepada dokter yang merawat (dokter klien), pemerintah (*National Alzheimer's Disease Association*), rumah sakit daerah, institusi kesehatan masyarakat juga orang lain yang berkompeten juga institusi lain yang berhubungan dengan perawatan lansia khususnya dengan demensia.

Berdasarkan harapan *caregiver* tersebut mengindikasikan bahwa perawatan demensia tidak dapat dilakukan oleh *caregiver* sendiri tetapi juga harus dibantu dari pihak lain yang terkait dengan perawatan demensia. Tidak ditemukan kesenjangan antara harapan dari *caregiver* dalam hasil penelitian dengan konsep yang ada, yang mengharuskan kerjasama dari pihak terkait. Jika dipanti sudah memiliki tenaga kesehatan atau dokter maka perlu juga dukungan dari luar panti yang berasal pihak pemerintah yang berkaitan dengan demensia, rumah sakit daerah, maupun institusi kesehatan yang lain dalam hal ini bisa Puskesmas untuk membatu perawatan demensia dipanti dan yang secara berkala melakukan kunjungan ke panti demi terjaminnya kualitas perawatan demensia yang baik.

Kerjasama dan keterikatan antara perawatan primer oleh *caregiver* dipanti dengan *community services* yang termasuk puskesmas, rumah sakit, lembaga pemerintah yang komitmen dalam perawatan demensia. Dengan kerjasama ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas perawatan demensia khususnya pada lansia demensia termasuk juga *caregiver* nya. Ini didukung penelitian Lee (2014) yang mengidentifikasi pentingnya kesatuan dari agen di komunitas dengan pemberi perawatan primer yang akan memudahkan akses dalam pelayanan di komunitas dan akan bermanfaat secara signifikan kepada lansia demensia termasuk juga *caregiver*.

### **Tema 15 : Kesehatan *Caregiver***

Harapan *caregiver* sebagai tenaga yang melakukan perawatan lansia demensia yang teridentifikasi hasil penelitian adalah kesejahteraan gaji dan adanya fasilitas bantuan kesehatan bagi pemberi perawatan lansia demensia. Uren (2013) mengidentifikasi tentang kebutuhan yang diperlukan oleh profesional dan *caregiver* dalam perawatan demensia meliputi waktu untuk istirahat seperti di rumah sendiri, uang, kesehatan fisik, ketersediaan obat-obatan dan perawatan bagi diri mereka jika mengalami gangguan kesehatan. Hasil penelitian mendorong perlunya suatu pengkajian secara menyeluruh mengenai kebutuhan dari orang yang tinggal dengan demensia termasuk *caregiver* dan petugas profesional lain. Dari hal tersebut dapat diketahui bahwa antara konsep teori dan hasil penelitian tidak terdapat kesenjangan. Perawatan demensia oleh *caregiver* seringkali membuat *caregiver* stress baik fisik dan emosional oleh karena setiap penurunan kognitif dan perubahan emosional pada demensia. Keadaan tersebut seringkali menimbulkan gangguan kesehatan fisik dan mental pada *caregiver*, hal ini mendorong *caregiver* perlu untuk memeriksakan keadaannya dan perlu suatu aktifitas *refresing* yang dapat menurunkan ketegangan dan masalah yang dihadapi selama menjalankan aktivitasnya sebagai pemberi perawatan pada demensia.

Wong (2012) yang mengidentifikasi bahwa terdapat hubungan negatif antara gangguan emosional yang disebabkan memburuknya masalah atau gejala yang dialami demensia dengan kesehatan mental *caregiver*. Untuk itulah *caregiver* memerlukan suatu antisipasi selama periode merawat lansia demensia berupa tersedianya fasilitas kesehatan untuk mengecek kondisi mereka dan terlebih bantuan kesehatan jika memang kondisi kesehatan mereka terganggu.

Sedangkan untuk aktifitas refreasing tidak dipungkiri mereka butuh dana (uang) dan itu sangat berhubungan erat dengan gaji yang mereka dapatkan sebagai pemberi perawatan.

## 5.2 Integrasi Hasil Penelitian Pada Model Mishel Dan Lazarus

Beberapa tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai bagian dari komponen yang membangun dan memperkuat model *Uncertainty in Illnes dan stress, appraisal, coping strategy in transactional teory* yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam penelitian ini. Perawatan demensia merupakan suatu tindakan perawatan yang membutuhkan suatu kesabaran tinggi oleh karena berhadapan dengan lanjut usia yang memiliki karakteristik yang berbeda dengan proses gejala gangguan demensia yang tidak jelas (*uncertainty*) dan yang semakin memburuk setiap harinya. Hal inilah yang menuntut *caregiver* untuk memiliki pengetahuan dan informasi yang cukup dalam melakukan perawatan demensia

Pengetahuan dan informasi yang mumpuni dalam perawatan demensia baik itu didapat melalui pelatihan maupun seminar sangat penting dan dibutuhkan oleh *caregiver* dalam melakukan perawatan demensia. Dalam penelitian ini *cognitive capacities* digambarkan sebagai pengetahuan *caregiver* mengenai konsep demensia yang termasuk di dalam definisi demensia oleh *caregiver*, tanda dan gejala demensia, faktor resiko atau penyebab dari demensia, dan pencegahan demensia. Pengetahuan yang baik akan mengarahkan *caregiver* dapat mengerti akan setiap kondisi dan perubahan yang terjadi pada demensia akan dapat mengurangi ketidakjelasan dari perawatan demensia.

Kerangka pencetus (*stimuli frame*) dalam penelitian tergambar sebagai tuntutan perawatan lansia demensia yang meliputi semua aspek kehidupan termasuk didalamnya bagian penting yang berupa karakteristik perubahan fisiologis lansia demensia berupa perubahan ketertarikan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, kebutuhan istirahat, kebutuhan eliminasi, kebutuhan perawatan diri termasuk perubahan emosional lansia demensia. Hal inilah yang mendorong ketidakjelasan dalam perawatan demensia oleh *caregiver* yang nantinya menimbulkan stres fisik dan emosional yang dirasakan sebagai beban *caregiver* dalam perawatan demensia.

Perlunya perhatian khusus dalam setiap pemenuhan kebutuhan demensia dengan setiap ciri khas gangguan masing - masing membuat *caregiver* memerlukan dukungan dari pihak lain baik dari internal panti maupun di luar panti. *Structure provider* digambarkan dalam hasil penelitian sebagai dukungan sosial yang didapatkan *caregiver* dari internal panti yang berasal dari *caregiver* yang lain dan yang berasal dari luar panti yang berasal dari orang tua *caregiver*, pasangan *caregiver* baik itu suami atau istri dan juga dari tenaga kesehatan lain diluar panti. Dukungan ini diberikan dalam bentuk emosional dan juga informasional khususnya dalam perawatan demensia. Disamping itu juga terdapat sumber dukungan yang lain dalam mengatasi setiap hambatan yang ditemui *caregiver* dalam perawatan demensia yang tergambar hasil penelitian berasal dari internal dan eksternal *caregiver*. Sumber dukungan yang internal *caregiver* berasal dari suami atau istri dan juga orang tua *caregiver* sedangkan yang berasal dari luar *caregiver* berasal dari pengurus panti, teman *caregiver* yang lain, tamu panti dan juga tenaga kesehatan.

*Structure provider* dapat membantu *caregiver* dalam melakukan perawatan demensia oleh karena keberadaan lansia demensia yang memiliki kebutuhan khusus dalam setiap perawatan yang diberikan dan juga cara mengatasi masalah yang muncul dalam perawatan demensia. Hal ini dikarekan ketidakjelasan (*uncertainty*) dalam memberikan perawatan demensia yang mengalami gangguan baik itu fisik, kognitif, emosional dan perubahan kepribadian. Perawatan lansia demensia yang tidak jelas (*uncertainty*) tergambar di penelitian sebagai bagian yang harus dipenuhi *caregiver* dalam merawat lansia demensia dalam kebutuhan dasarnya yaitu bagaimana memberikan perawatan kebersihan diri, nutrisi, istirahat dan kebutuhan sosial demensia. Disamping itu *uncertainty* dalam perawatan demensia dapat digambarkan dalam tujuan merawat demensia serta metode yang harus digunakan dalam melakukan perawatan demensia. Hal ini disebabkan lansia butuh kenyamanan dan memiliki rasa suka terhadap kegiatan yang dilakukan agar lansia demensia ikut berpartisipasi dalam aktivitas dan terapi. Selain itu lansia butuh metode yang bervariasi dalam kegiatan dan melibatkan juga tenaga kesehatan yang lain perawatan fisik dan penyakitnya.

Perawatan demensia dengan karakteristik unik pada setiap lansia demensia yang dirawat membutuhkan kesabaran yang seringkali membuat *caregiver* merasakan berat dalam melakukannya. Rasa berat ini diputuskan (*inference*) dalam model yang tergambar dalam penelitian ini sebagai beban yang dirasakan *caregiver* baik itu beban internal dan beban eksternal. Beban internal yang teridentifikasi dalam penelitian ini berupa beban fisik dan beban psikologis. Beban yang dirasakan ini ditambah dengan beban eksternal yang muncul oleh karena perubahan perilaku lansia demensia dan juga tuntutan pekerjaan dipanti.

Untuk mengurangi beban yang dirasakan *caregiver* ini maka dalam *inference* teridentifikasi dalam penelitian sebagai modifikasi cara perawatan. Modifikasi ini meliputi modifikasi sosial perawatan, modifikasi aktifitas fisik dalam perawatan dan juga modifikasi cara untuk menurunkan emosi dalam perawatan.

Pemecahan masalah yang dilakukan *caregiver* selain dengan modifikasi perawatan juga melibatkan mekanisme koping untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme koping dalam model kerangka pikir tergambar dalam penelitian ini sebagai mekanisme koping baik itu adaptif dan maladaptif yang digunakan *caregiver* dalam perawatan demensia.

Mekanisme koping adaptif digunakan dengan mengontrol emosi, memperluas persepsi, menerima dukungan orang lain dan pengalihan aktifitas konstruktif sedangkan mekanisme koping maladaptif dilakukan dengan respon tidak mampu berfikir, tidak mampu menyelesaikan masalah, perilaku destruktif dan menghindar. Mekanisme koping ini dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya. Apabila *caregiver* telah berhasil melakukan mekanisme koping dan masalah sudah dapat diselesaikan maka akan muncul hasil bahwa *caregiver* mampu beradaptasi dengan perawatan demensia.

Adaptasi dalam kerangka pikir tergambar dalam penelitian ini sebagai harapan *caregiver* dalam perawatan demensia yang mencakup harapan *caregiver* untuk fasilitas panti dan layanan kesehatan dipanti. Fasilitas panti diharapkan lebih lengkap termasuk perlengkapan kamar lebih lengkap, bangunan sudah mencukupi dan adanya tambahan sumber daya di panti. Sedangkan harapan terhadap lansia teridentifikasi dalam bentuk kualitas lansia demensia agar lebih baik dari setiap aspek dan penatalaksanaan *non pharmacological* yang baik dalam

perawatan demensia. Kesejahteraan *caregiver* yang baik termasuk dari segi gaji dan fasilitas kesehatan yang didapatkan dari panti merupakan harapan *caregiver* dalam perawatan demensia yang ada dipanti.

### **5.3 Keterbatasan dari Penelitian**

5.3.1 Partisipan yang digunakan dalam penelitian ini masih ada yang bekerja sebagai *caregiver* kurang dari satu tahun sehingga pengalaman dalam merawat lansia demensia masih sedikit.

5.3.2 Peneliti merasakan kesulitan dalam mendapatkan jurnal, buku dan referensi lain terkait perawatan lansia demensia karena keterbatasan literature yang ada.

### **5.4 Implikasi Hasil Penelitian**

#### **5.4.1 Pelayanan keperawatan jiwa gerontik dalam lingkup panti**

Penelitian ini menghasilkan informasi yang penting bahwa perawatan demensia yang tinggal di panti sering menimbulkan beban baik fisik dan psikologis *caregiver*. Untuk inilah hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar dalam pengembangan staf untuk mengikuti pelatihan perawatan demensia dengan bekerjasama dengan instansi kesehatan yang lain diluar panti sehingga hal ini dapat menjadikan *caregiver* dipanti dapat melakukan perawatan demensia dengan baik.

Informasi lain yang diperoleh dari penelitian ini dapat dijadikan masukan untuk pengembangan karir staf perawatan dan *caregiver* yang ada dipanti yang meliputi peningkatan kualitas pendidikan, peningkatan kesejahteraan *caregiver*

dan juga dasar dalam fasilitas kesehatan yang didapatkan *caregiver* di panti mengingat perawatan demensia menimbulkan beban tersendiri bagi *caregiver*.

#### 5.4.2 Perkembangan ilmu keperawatan Jiwa dan Gerontik

Hasil penelitian ini menghasilkan berbagai informasi tentang perawatan demensia khususnya yang tinggal dipanti oleh *caregiver*. Berdasarkan hal tersebut maka informasi dari hasil penelitian ini dapat memperkaya referensi tentang pengalaman *caregiver* dalam merawat demensia dan juga hasil penelitian ini dapat memperkuat konsep teori yang sudah ada.

#### 5.4.3 Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini memberikan gambaran bagaimana pengalaman *caregiver* dalam melakukan perawatan demensia yang tinggal di panti, sumber dukungan yang dibutuhkan oleh *caregiver* dan bagaimana *caregiver* memberikan respon dalam setiap perawatan yang diberikan terkait perubahan yang terjadi pada lansia demensia. Hal tersebut dapat menjadi dasar perlunya suatu kurikulum yang tepat dalam asuhan keperawatan jiwa gerontik di tatanan pelayanan komunitas dalam hal ini dipanti dalam konteks pendidikan keperawatan sehingga mahasiswa dapat mengimplementasikan program pemberian penyuluhan dan edukasi untuk *caregiver* dengan bekerjasama dengan instansi pemerintah seperti puskesmas, rumah sakit daerah termasuk lembaga lainnya dalam meningkatkan pengetahuan dan informasi yang dibutuhkan *caregiver* dalam perawatan lansia demensia di panti.

#### 5.4.4 Penelitian Keperawatan Jiwa dan Gerontik

Penelitian ini telah menggambarkan bahwa *caregiver* mengalami beban dalam melakukan perawatan demensia yang memerlukan dukungan dari pihak lain untuk dapat mengurangi beban yang dirasakan sehingga hal ini dapat menjadi dasar bagi pengembangan penelitian tentang model dukungan yang diharapkan *caregiver* dalam mengatasi permasalahan perawatan demensia.

Hasil penelitian ini juga mengidentifikasi bagaimana beban yang dihadapi *caregiver* termasuk mekanisme koping yang digunakan untuk mengatasi masalah dalam perawatan dan dukungan yang diharapkan dalam mengatasi hambatan yang ada. Diharapkan informasi ini dapat memperkaya wacana untuk pengembangan penelitian tentang mekanisme koping *caregiver* dalam mengatasi permasalahan dalam perawatan demensia di panti.

#### 5.4.5 Kebijakan pemerintah terkait dengan demensia

Penelitian ini menggambarkan informasi terkait harapan *caregiver* dalam melakukan perawatan demensia di panti terkait dengan instansi pemerintahan. Hasil penelitian diharapkan menjadi dasar dalam membuat kebijakan bahwa perawatan demensia di panti membutuhkan peran aktif dari Puskesmas dan juga Rumah Sakit daerah ataupun lembaga pemerintah yang berhubungan dengan demensia untuk melakukan kunjungan dan pemeriksaan berkala baik itu kepada lansia demensia dan juga *caregiver* yang ada di panti. Dalam perawatan demensia di panti yang harus mendapat perhatian tidak hanya lansia demensia yang ada tetapi juga *caregiver* yang ada juga karena mereka sering dihadapkan pada masalah dan beban perawatan demensia. Instansi pemerintahan lain yang diharapkan untuk membuat suatu kebijakan dalam pengembangan perawatan

demensia adalah Kemensos. Kebijakan ini akan memperkuat kerjasama dan peningkatan kualitas perawatan demensia di panti.

## **BAB 6**

# **SIMPULAN DAN SARAN**

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini menjelaskan tentang kesimpulan dari hasil penelitian yang merupakan jawaban atas tujuan penelitian. Selain itu terdapat saran yang bersifat praktis dan aplikatif sebagai tindak lanjut dalam penelitian ini.

#### **6.1 KESIMPULAN**

6.1.1 *Caregiver* yang merawat lansia di panti seringkali mengalami masalah fisik dan psikologis yang menuntut *caregiver* harus menggunakan koping untuk menyelesaikan setiap masalah dalam perawatan demensia. Mekanisme koping yang digunakan ini dapat dipengaruhi oleh pemahaman *caregiver* sendiri tentang demensia yang terjadi pada lansia. Pemahaman *caregiver* teridentifikasi melalui pengertian demensia, tanda dan gejala demensia, faktor penyebab atau faktor resiko terjadinya demensia, dan pencegahan agar tidak terjadi demensia.

6.1.2 Pemahaman yang benar akan dapat membantu mengidentifikasi cara merawat lansia yang dalam penelitian ini tergambar melalui bagaimana *caregiver* memenuhi kebutuhan dasar merawat lansia baik itu kebutuhan akan kebersihan diri, kebutuhan nutrisi, istirahat dan kebutuhan sosial setelah menetapkan tujuan merawat lansia yang. Tujuan yang harus ditetapkan *caregiver* ini adalah membantu lansia dan menjaga keamanan lansia demensia. Penggunaan metode koping untuk mengurangi beban merawat demensia dapat dikurangi dengan penggunaan metode yang tepat dalam melakukan perawatan demensia. Metode merawat lansia yang teridentifikasi adalah dengan memperhatikan kenyamanan lansia, adanya variasi kegiatan, terapi yang dibutuhkan demensia, keterlibatan

*caregiver* yang lain, observasi rutin lansia, dan membawa lansia ke pelayanan kesehatan apabila mengalami gangguan. Untuk itulah perlu dukungan kepada *caregiver* selama melakukan perawatan demensia.

6.1.3 Hambatan yang ditemui ini berupa tuntutan perawatan demensia khususnya dalam pemenuhan semua kebutuhannya baik itu nutrisi, istirahat, eliminasi, kebersihan diri dan juga tuntutan perawatan oleh karena perubahan perilaku lansia. Apabila *caregiver* tidak dapat memenuhi semua kebutuhan lansia demensia atau memenuhi tuntutan perawatan demensia maka itu dirasakan sebagai beban. Beban internal yang dirasakan *caregiver* berupa masalah fisik dan psikologis dalam berespon terhadap perubahan perilaku lansia demensia, sedangkan beban eksternal berasal dari perilaku lansia demensia dan juga tuntutan beban pekerjaan sebagai pekerja panti yang harus memenuhi semua *job disk* yang ada.

6.1.4 *Caregiver* perlu suatu cara dalam mengatasi setiap hambatan yang ada tersebut melalui modifikasi cara perawatan, penggunaan mekanisme koping yang sesuai dan juga mencari sumber dukungan dalam berespon, mengatasi setiap masalah yang dirasakan dan dihadapi dalam perawatan demensia. Modifikasi cara perawatan demensia ini dilakukan untuk mengurangi masalah yang muncul dalam perawatan demensia. Mekanisme koping digunakan *caregiver* untuk berespon dalam setiap masalah yang ada dan ditujukan untuk dapat menjaga kesehatan fisik dan mentalnya. Penggunaan mekanisme koping ini teridentifikasi dalam mekanisme adaptif dan maladaptif. Penggunaan mekanisme koping dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu *caregiver* dalam melakukan perawatan *caregiver*.

Sumber dukungan juga ikut mempengaruhi tentang bagaimana *caregiver* mengatasi hambatan dalam perawatan demensia.

6.1.5 Adaptasi *caregiver* juga teridentifikasi melalui harapan *caregiver* terhadap panti yang ditujukan untuk perbaikan kualitas perawatan demensia berupa peningkatan fasilitas yang ada di panti yang berupa kelengkapan fasilitas kamar, adanya gedung yang representatif untuk kegiatan sehingga lansia dapat melakukan aktifitas kegiatan yang bervariasi dan juga penambahan sumber daya untuk meningkatkan pelayanan yang ada. Di lihat dari *caregiver*, *caregiver* berharap kesejahteraannya akan menjadi lebih baik yang terwujud melalui peningkatan gaji dan tersedianya layanan kesehatan bagi *caregiver* di panti yang mendukung kesehatan lansia dan *caregiver*. Hal ini akan dapat terwujud setelah *caregiver* dapat mengatasi hambatan dalam perawatan demensia dan telah menggunakan mekanisme koping yang efektif sehingga *caregiver* dapat beradaptasi dengan baik dalam perawatan demensia.

## 6.2 SARAN

### 6.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Gerontik

#### 6.2.1.1 Panti Werdha

Hasil penelitian menggambarkan bagaimana *caregiver* merasakan beban dalam merawat lansia demensia dan *caregiver* menggunakan koping untuk berespon dari setiap masalah dan hambatan yang muncul selama perawatan dan didukung oleh pihak lain. Hendaknya pihak panti memberikan dukungan kepada *caregiver* berupa adanya layanan kesehatan dan konseling terlebih dalam menghadapi lansia demensia. Disamping itu hendaknya pihak panti

memperhatikan kesejahteraan *caregiver* oleh karena beban fisik dan psikologis dalam merawat demensia disamping tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan

#### 6.2.1.2 Puskesmas

Perawatan lansia demensia merupakan bagian penting dalam mempertahankan kesehatan jiwa di masyarakat khususnya bagi lansia. Hendaknya pihak yang terkait dengan perawatan demensia khususnya Puskesmas dalam hal ini bagian perawatan jiwa dan gerontik ikut serta dalam pengawasan perawatan demensia di panti dengan membuat jadwal terstruktur untuk kunjungan tenaga kesehatan ke panti baik itu untuk memberikan penyuluhan atau edukasi tentang perawatan demensia maupun untuk melakukan pemeriksaan terhadap kondisi lansia termasuk juga *caregiver* yang ada.

#### 6.2.1.3 Rumah Sakit

Demensia adalah suatu gangguan yang terjadi pada lansia yang harus di dukung oleh lembaga yang terkait untuk ikut serta menyelesaikan permasalahan yang di hadapi dalam perawatannya. Rumah sakit sebagai tempat dimana perawatan bagi orang sakit dilakukan termasuk memiliki tanggung jawab dalam meningkatkan derajat kesehatan pada umumnya termasuk juga kesehatan lansia di panti. Hendaknya rumah sakit baik itu rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta bekerja sama dengan panti dan secara *continue* melakukan pelatihan dan bantuan yang dibutuhkan dalam perawatan demensia yang ada di panti.

### 6.2.2 Bagi Ilmu Keperawatan

#### 6.2.2.1 Bagi pendidikan

Hendaknya instansi pendidikan kesehatan dapat mengambil hasil penelitian ini sebagai dasar dalam pengembangan kurikulum khususnya praktik keperawatan

yang berguna untuk memberikan wacana selama mahasiswa praktik keperawatan gerontik agar dapat melakukan perawatan demensia dengan baik. Pendidikan keperawatan gerontik dapat membuat format pengkajian untuk kebutuhan lansia demensia, membuat kegiatan untuk lansia demensia. selain itu juga membuat program pelatihan untuk koping.

#### 6.2.2.2 Penelitian

Hendaknya dilakukan penelitian kualitatif yang lebih jauh dan lebih kompleks terutama dengan menggali bagaimana *caregiver* menggunakan koping untuk berespon dari setiap perubahan gejala yang muncul pada demensia dengan menggunakan dasar model *uncertainty in illness* dengan pendekatan etnografi. Dilakukan penelitian kuantitatif untuk pengembangan model *Uncertainty in Illness Model dan stress, appraisal, coping strategy in transactional teory* peran *caregiver* dalam merawat lansia demensia.

# DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Andrade, C., & Radhakrishnan, R. (2009). *The Prevention And Treatment Of Cognitive Decline And Dementia: An Overview Of Recent Research On Experimental Treatments*. *Indian Journal Psychiatry* 51, 12-25. [www.search.proquest.com/docview/862878930](http://www.search.proquest.com/docview/862878930)
- Brown, C. A., Wielandt, P., Wilson, D., Jones, A., & Crick, K. (2014). *Healthcare Providers' Knowledge of Disordered Sleep, Sleep Assessment Tools, and Nonpharmacological Sleep Interventions for Persons Living with Dementia: A National Survey*. *Hindawi Publishing Corporation Sleep Disorders* , 1-9. <http://search.proquest.com/docview/1563778885>
- Burleson, Machac M., Henderson C., Nelson D., Hayslip ., King J., Harman M. (2008). *The Impact Of Caregiving Style, Coping, And Benefit Finding On The Adjustment Of Caregivers Of Individuals With Dementia*. Proquest, P165. [www.search.proquest.com/docview/210959818](http://www.search.proquest.com/docview/210959818)
- Campbell, Audrey. (2011). *Health Promotion as Practiced By Public Health Inspectors: The BC Experience*. [www.search.proquest.com/docview](http://www.search.proquest.com/docview)
- Choi, A.-N., Lee, M. S., Cheong, K.-J., & Lee, J.-S. (2009). *Effects Of Group Music Intervention On Behavioral And Psychological Symptoms In Patients With Dementia: A Pilot-Controlled Trial*. *International Journal Of Neuroscience* , 471–481. [Http://Web.B.Ebscohost.Com/Ehost/Pdfviewer](http://Web.B.Ebscohost.Com/Ehost/Pdfviewer)
- Colaizzi, P. F. (1987). *Psychological Research As The Phenomenologist Views It In R. Valle & M. King(Eds.), Existential Phenomenological Alternative For Psychology*. New York: Oxford University Press
- Crane, P. K., Walker, R., Hubbard, R. A., Nathan, D. M., Zheng, H., Haneuse, S., et al. (2013). *Glucose Levels and Risk of Dementia*. *The New England Journal Of Medicine*, 540-548. [www.search.proquest.com/docview/1418739703](http://www.search.proquest.com/docview/1418739703)
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitatif Inquiry and Research design : Choosing among five Tradition*. USA: Sage Publication Inc.
- Dewing, J. (2009). *Caring For People With Dementia: Noise And Light*. *Nursing Older People Volume 21 Number 5*, 34-38. [www.search.proquest.com/docview/218603317](http://www.search.proquest.com/docview/218603317)
- Dufouil, C., Pereira, E., Che<sup>^</sup>ne, G., Glymour, M. M., Alpe´rovitch, A., Saubusse, E., et al. (2014). *Older Age At Retirement Is Associated With Decreased Risk Of Dementia*. *European Journal Epidemiology*, 353–361. [www.search.proquest.com/docview/1534233114](http://www.search.proquest.com/docview/1534233114)

- Efendi, F., & Makhfudli (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Elliott, K.-E. J., Scott, J. L., Stirling, C., Martin, A. J., & Robinson, A. (2012). *Building Capacity And Resilience In The Dementia Care Workforce: A Systematic Review Of Interventions Targeting Worker And Organizational Outcomes*. *International Psychogeriatrics*, 882–894. <http://search.proquest.com/docview/1002690589>
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). *Caregiver Burden Among Dementia Patient Caregivers: A Review Of The Literature*. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 423-428. [www.search.proquest.com/docview/212892032](http://www.search.proquest.com/docview/212892032)
- Fauth, E. B., & Tschanz, J. (2013). *Coping Is Crucial: Caregiver Well-Being May Slow Dementia*. *Aging Today*, 9-12. <http://search.proquest.com/docview/1365234720>
- Finkelstein, S. A., Forbes, D. A., & Richmond, C. A. (2012). *Formal Dementia Care among First Nations in Southwestern Ontario*. *Canadian Journal on Aging* , 257– 270. <http://search.proquest.com/docview/1034440558>
- Helgesen, A. K., & Athlin, M. L. (2014). *Patient Participation In Special Care Units For Persons With Dementia: A Losing Principle? Nursing Ethics* , 108–118. [www.search.proquest.com/docview/1493773301](http://www.search.proquest.com/docview/1493773301)
- Hooker, K., Bowman, S. R., Coehlo, D. P., & Lim, S. R. (2002). *Behavioral Change in Persons With Dementia: Relationships With Mental and Physical Health of Caregiver*. *The Journals of Gerontology*;, p453-460. [www.search.proquest.com/docview/210106023](http://www.search.proquest.com/docview/210106023)
- Jones, S.L & Dimond S.L (1982) *Family theory and family therapy models: Comparative review with implications for nursing practice*, *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*.
- Keller, H. H., & Bocock, M. A. (2011). *Nutrition And Dementia: Clinical Considerations For Identification And Intervention*. *Neurodegeneratif Disease Management*, 513–522. [www.search.proquest.com/docview/905878127](http://www.search.proquest.com/docview/905878127)
- Klapwijk, M. S., Caljouw, M. A., Soest-Poortvliet, M. C., Steen, J. T., & Achterberg, W. P. (2014). *Symptoms And Treatment When Death Is Expected In Dementia Patients In Long-Term Care Facilities*. *BMC Geriatrics* , 1-8. [www.search.proquest.com/docview/1561151388](http://www.search.proquest.com/docview/1561151388)

- Lazarus, RS & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal And Coping*. New York: Springer
- Lee, D. R., & Thomas, A. J. (2011). *Sleep In Dementia And Caregiving – Assessment And Treatment Implications: A Review*. *International Psychogeriatrics* , 190–201. [www.search.proquest.com/docview/847233930](http://www.search.proquest.com/docview/847233930)
- Lee, L., Hillier, L. M., & Harvey, D. (2014). *Integrating Community Services Into Primary Care: Improving The Quality Of Dementia Care*. *Neurodegeneratif Disease Management*, 11–21. <http://search.proquest.com/docview/1494370928>
- Lin, Y., Chu, H., Yang, C.-Y., Chen, C.-H., Chen, S.-G., & Chang, H.-J. (2010). *Effectiveness Of Group Music Intervention Against Agitated Behavior In Elderly Persons With Dementia*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* , 670–678. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer>
- Linden, E., Wibowo, Y. I., & Setiawan, E. (2008 ). *Serba - Serbi Gangguan Kesehatan Pada Lanjut Usia* . Surabaya : PLOK Universitas Surabaya.
- Lubis, N. L. (2004). *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana
- Maryam, R. S., Rosidawati, Riasmini, N. M., & Suryati, E. S. (2012). *Beban Keluarga Merawat Lansia Dapat Memicu Tindakan Kekerasan Dan Penelantaran Terhadap Lansia*. *Jurnal Keperawatan Indonesia Volume 15 No.3* , 143-150.
- Maryam, S., & Eka, S. (2008). *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika
- McCubbin, Hamilton I. & Joan M Patterson. (1983). *The Family Stress Process: The Double ABCX Model Adjustment and Adaptation*. <http://search.proquest.com/docview/199545776/F1BB2AE8547D4D58PQ/7?accountid=38643>
- McLennon, Susan M. (2008). *The Physical and Mental Health of Spouse Caregivers in Dementia: Finding Meaning as A Mediator of Burden*. [www.search.proquest.com/docview/219897406](http://www.search.proquest.com/docview/219897406)
- Meiner, S.E., Annet G. Lueckenotte. (2006). *Gerontologic Nursing (3<sup>th</sup> ed)*. USA: Mosby Elsevier.
- Moleong, L.J., (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif (Edisi revisi)*. Bandung : PT. Rosdakarya
- Morley, J. (2013). *Behavioral Management In The Person With Dementia*. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, Volume 17, Number 1* , 35-38. <http://search.proquest.com/docview/1270333749>

- Mould-Quevedo, J. F., Tang, B., Harary, E., Kurzman, R., Pan, S., Yang, J., et al. (2013). *The Burden Of Caring For Dementia Patients: Caregiver Reports From A Cross-Sectional Hospital-Based Study In China*. *Expert Reviews Pharmacoecon. Outcomes Res.* , 663-673.  
[www.search.proquest.com/docview/1449138410](http://www.search.proquest.com/docview/1449138410)
- Mubarak, WI. (2010). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi buku 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Nadya, R. (2009). *Gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif wanita dewasa muda yang menjadi caregiver informal penderita skizofrenia*. Depok: Fakultas psikologi UI. <http://www.Jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/976/1025>
- Najjah, D. P. (2009). *Konsep Home pada Panti Sosial Tresna Werdha*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Nugroho.W. (2008). *Keperawatan Gerontik Dan Geriatri Ed 3*. Jakarta,EGC
- Oyebade,Jan. (2003). *Assessment of carers psychological needs. Advces in psychiatric treatment*. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/16carersneeds.pdf>
- Polit, D.F., & Cheryl T. B. (2012). *Nursing Research: Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. China: Lippincott Williams and Wilkins
- Putri, Y. S. (2013). *Prediktor Beban Merawat dan Tingkat Depresi Caregiver Dalam Merawat lanjut Usia Dengan Demensia Di Masyarakat*. *Jurnal Ners Vol 8 no 1* , p88-97.
- Qadir, F., Gulzar, W., Haqqani, S., & Khalid, A. (2013). *A Pilot Study Examining the Awareness, Attitude, and Burden of Informal Caregivers of Patients With Dementia*. *Care Management Journal volume 14 number 4* , p230- 240.  
[www.search.proquest.com/docview/14780800676](http://www.search.proquest.com/docview/14780800676)
- Rabinowitz, Y. G., Hartlaub, M. G., Saenz, E. C., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2009). *Is Religious Coping Associated with Cumulative Health Risk? An Examination of Religious Coping Styles and Health Behavior Patterns in Alzheimer's Dementia Caregivers* . *ProQuest* , p498-512. [www.search.proquest.com/docview/812176583](http://www.search.proquest.com/docview/812176583)
- Riedijk, S., Vugt, M. D., Duivenvoorden, H., Niermeijer, M., Swieten, J. V., Verhey, F., et al. (2006). *Caregiver Burden, Health-Related Quality of Life and Coping in Dementia Caregivers: A Comparison of Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease*. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* , p405-412. [www.search.proquest.com/docview/232495100](http://www.search.proquest.com/docview/232495100)

- Robinson, A., Eccleston, C., Annear, M., Elliott, K.-E., Andrews, S., Stirling, C., et al. (2014). *Who Knows, Who Cares? Dementia Knowledge Among Nurses, Care Workers, And Family Members Of People Living With Dementia. Journal of Palliative Care* , 158 –165. <http://search.proquest.com/docview/1584944624>
- Román, G. C. (2005). *Vascular Dementia Prevention: A Risk Factor Analysis. Cerebrovasc Disease* , 91-100. [www.search.proquest.com/docview/221227182](http://www.search.proquest.com/docview/221227182)
- Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology: Biosychosocial Interaction*. Amerika: John Willey & Sons, INC
- Saryono. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2006). *Management of patient with demensia*. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf>.
- Seabrooke, V., & Milne, A. (2014). *Early Intervention And Dementia Care: Innovation And Impact. Quality In Ageing And Older Adults VOL. 15 NO. 1* , 34-45. <http://search.proquest.com/docview/1508324307>
- Sousa, M. F., Santos, R. L., Arcoverde, C., Simões, P., Belfort, T., Adle, I., et al. (2013). *Quality of life in dementia: the role of non-cognitive factors in the ratings of people with dementia and family caregivers. ProQuest*, p1097-1105.. [www.search.proquest.com/docview/1477189134](http://www.search.proquest.com/docview/1477189134)
- Stanley, M., Kathryn A. B., & Patricia G. B., (2005). *Gerontological Nursing : Promoting Successful Aging with Older Adult*. (3<sup>rd</sup> ed). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Stewart, Janet Leigh (2003). *Test of a Conceptual Model of Uncertainty in Children with Cancer*. [www.search.proquest.com/docview/305311708](http://www.search.proquest.com/docview/305311708)
- Steele, Cynthia. (2010). *Nurse To Nurse Dementia Care*. United States Of America: The McGraw-Hill Companies
- Strivens, E., & Craig, D. (2014). *Managing Dementia Related Cognitive Decline In Patients And Their Caregivers. Australian Family Physician VOL. 43, NO. 4* , 170-174. <http://search.proquest.com/docview/1527698356>
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles And Practice Of Psychiatric Nursing 8th Edition*. Philadelphia : Mosby, Inc.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Tamher, S., & Noorkasiani. (2011). *Kesehatan Usia Lanjut Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tomey, Alligood. (2010). *Nursing Theorist and Their Work*, seven edition. Toronto : The CV Mosby Company St. Louis
- Travers, C. M., Beattie, E., Martin-Khan, M., & Fielding, E. (2013). *A Survey Of The Queensland Healthcare Workforce: Attitudes Towards Dementia Care And Training*. *BMC Geriatrics* , 1-7.  
<http://search.proquest.com/docview/1443860863>
- Uren, S. A., & Graham, T. M. (2013). *Subjective Experiences of Coping Among Caregivers in Palliative Care*. *The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 18 No. 2* , 1-14. <http://search.proquest.com/docview/1433049467>
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Widyastuti, R. H. (2011). *Gambaran Beban Keluarga Dalam Merawat Lansia Dengan Demensia Di Kelurahan Pancoranmas, Depok, Jawa Barat: Studi Fenomenologi*. [www.eprint.undip.ac.id](http://www.eprint.undip.ac.id) .
- Wong, C. C. (2012). *Family Caregivers of Person with Frontotemporal Dementia: Factors Associated with Caregiver Mental and Physical Health*. *UMI Dissertation Publishing*, 1-135.  
<http://search.proquest.com/docview/1492414873>
- Wong, C. C., & Wallhagen, M. I. (2014). *Family Caregivers Of Individuals With Frontotemporal Dementia: Examining The Relationship Between Coping And Caregiver Physical And Mental Health*. *Jurnal Of Gerontological Nursing Vol 40* , P30- 40. [www.search.proquest.com/docview/1476389819](http://www.search.proquest.com/docview/1476389819)

# LAMPIRAN

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Penjelasan Penelitian

#### **PENGALAMAN KOPING *CAREGIVER* DALAM MERAWAT LANSIA DEMENSIA DI PANTI WERDHA**

Saya:

**Ninda Ayu Prabasari adalah Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, dengan NIM: 131314153022**

Bermaksud mengadakan penelitian “Pengalaman Koping *Caregiver* Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha” dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal berkaitan dengan penelitian saya tersebut, yaitu:

1. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengalaman Koping *Caregiver* Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha.
2. Manfaat penelitian ini adalah untuk menghasilkan pengetahuan dasar yang akan berguna dalam mengembangkan suatu pendekatan kesehatan dan keperawatan jiwa khususnya pada *geriatric* untuk meningkatkan kemampuan *caregiver* dalam beradaptasi selama merawat lansia dengan demensia.
3. Manfaat bagi subyek penelitian adalah hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk tenaga kesehatan dalam memberikan pengetahuan kepada *caregiver* dalam merawat lansia demensia. Setelah mengetahui pengalaman dari subyek penelitian, peneliti akan memberikan *caregiver guidelines* untuk subyek penelitian sebagai petunjuk/ pedoman dalam merawat lansia demensia.
4. Pada penelitian ini tidak menimbulkan efek samping.
5. Wawancara dilakukan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat oleh peneliti dan subyek penelitian, dengan jadwal yang tidak mengganggu subyek penelitian saat merawat lansia demensia. Jumlah Pertemuan dan lama wawancara dilakukan sesuai dengan kesepakatan peneliti dan subyek penelitian sampai dengan informasi yang diperlukan terpenuhi. Jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara kembali dengan waktu yang ditetapkan kemudian.
6. Wawancara akan didokumentasikan menggunakan alat bantu penelitian berupa *tape recorder* dan catatan untuk membantu pengumpulan data yang lebih lengkap.

7. Selama wawancara dilakukan, subyek penelitian diharapkan dapat menyampaikan informasi secara bebas sesuai dengan pemahaman dan pengalaman yang dimiliki selama merawat lansia dengan demensia.
8. Seluruh data yang diperoleh dalam bentuk hasil rekaman wawancara selama wawancara dan catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiannya.
9. Pencatatan informasi dari subyek penelitian akan menggunakan kode subyek penelitian dan bukan nama sebenarnya atau pun inisial dari subyek penelitian.
10. Subyek penelitian berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan dan selanjutnya akan diselesaikan berdasarkan kesepakatan peneliti dan subyek penelitian
11. Keikutsertaan subyek penelitian dalam penelitian ini didasarkan pada prinsip sukarela tanpa tekanan atau paksaan dari peneliti maupun subyek penelitian diijinkan untuk mengundurkan diri bila merasa keberatan untuk melanjutkan keikutsertaan sebagai subyek penelitian penelitian
12. Sebagai pengganti waktu dalam kegiatan ini subyek penelitian akan mendapatkan souvenir dari peneliti.
13. Jika ada yang hal-hal yang belum jelas, subyek penelitian dipersilahkan mengajukan pertanyaan kepada peneliti atau menghubungi peneliti melalui nomor peneliti (0813330572996)

Surabaya,..... 2015

Peneliti

Informan,

Ninda Ayu Prabasari

(.....)

**Lampiran 2 *Inform Consent*****Lembar Persetujuan Menjadi Informan**

Setelah diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya memahami tujuan penelitian ini. Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :  
 Umur :  
 Pekerjaan :  
 Alamat :

Bahwa saya menyatakan bersedia/tidak bersedia dengan sukarela ikut berperan sebagai subjek dalam penelitian yang berjudul :  
**“Pengalaman Koping *Caregiver* Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha “**

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran

Surabaya,..... 2015

Saksi,

Informan,

(.....)

(.....)

Peneliti

**Ninda Ayu Prabasari**

**Lampiran 3 Data Demografi****Data Demografi Subyek penelitian****Inisial Subyek Penelitian :**

Petunjuk : Isilah lembar kuisisioner ini

**a) Data Subyek penelitian**

1. Usia :.....
2. Pendidikan Terakhir :.....
3. Status Pernikahan :.....
4. Agama :.....
5. Pekerjaan :.....
6. No. Telpon :.....
7. Alamat :.....
8. Lama bekerja di panti:.....

**Lampiran 4 Pedoman Wawancara****Pedoman Wawancara****Kode Subyek Penelitian :**

**Judul** : Pengalaman Koping *Caregiver* Dalam Merawat Lansia Demensia Di Panti Werdha

**Waktu Wawancara** :

**Tanggal** :

**Tempat** :

Saya ingin belajar dan mendapatkan gambaran tentang pengalaman koping Bapak/Ibu/Saudara selama merawat lansia yang mengalami demensia di panti werdha.

Tujuan Khusus	Pertanyaan
1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menurut anda apakah demensia itu ?</li> <li>2) Apakah hal itu wajar terjadi pada lansia?</li> <li>3) Seperti apa lansia demensia itu?</li> <li>4) Apa sajakah yang menyebabkan terjadinya demensia?</li> <li>5) Adakah yang dapat mencegah terjadinya demensia menurut anda?</li> </ol>
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bagaimanakah cara merawat lansia demensia yang sudah anda lakukan selama ini ?</li> <li>2) Apakah ada perbedaan merawat lansia demensia dengan yang tidak demensia???</li> <li>3) Apa perbedaan perawatan lansia demensia dengan lansia yang tidak demensia?</li> </ol>
3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apa saja yang menjadi kesulitan/hambatan yang anda alami dalam merawat lansia demensia?</li> </ol>
4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ceritakan kepada saya, Apa yang selama ini anda lakukan untuk mengatasi kesulitan dalam merawat lansia demensia?</li> <li>2) Bagaimana perasaan anda ketika melakukan cara tersebut?</li> <li>3) Ceritakan kepada saya, kepada siapa saja selama ini anda mencari dukungan dalam menyelesaikan masalah yang anda hadapi?</li> <li>4) Bagaimana dengan dukungan yang lain?</li> <li>5) Apa yang anda lakukan ketika dukungan yang ada tidak cukup efektif dalam mengatasi masalah?</li> </ol>

5	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Apa yang anda harapkan dari lansia demensia yang anda rawat?</li><li>2) Apa yang anda harapkan dari tempat anda bekerja?</li></ol>
---	---

**Lampiran 5 Instrumen *Field Note*****Instrumen *Field Note*****Kode Subyek Penelitian :**

**Judul** : Pengalaman Koping *Caregiver* Dalam Merawat Lansia  
Demensia Di Panti werdha

**Waktu Wawancara** :

**Tanggal** :

**Tempat** :

<b>Posisi/ tempat duduk Subyek penelitian saat dilakukan wawancara:</b>	
<b>Kondisi lingkungan saat wawancara dimulai :</b>	
<b>Catatan Komunikasi Non Verbal</b>	<b>Kode</b>
1. Komunikasi non verbal yang mendukung komunikasi verbal	
2. Komunikasi non verbal yang berlawanan dengan komunikasi verbal	
3. Kondisi lingkungan yang mempengaruhi selama proses wawancara	
4. Kejadian/peristiwa yang sering/terjadi berulang kali	
<b>Catatan deskriptif :</b>	



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752  
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email : [dekan@fkp.unair.ac.id](mailto:dekan@fkp.unair.ac.id)

Surabaya, 16 Januari 2015

Nomor : 007 /UN3.1.12/PPd/S2/2014  
 Lampiran : 1 (Satu) berkas  
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal  
 Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.  
 Kepala Panti Tresna Werdha  
 Hargo Dedali Surabaya  
 di –

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Ninda Ayu Prabasari, S.Kep.Ns  
 NIM : 131314153022  
 Judul Penelitian : Pengalaman koping caregiver dalam merawat lansia demensia  
 Tempat : Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.





PANTI TRESNA WERDHA  
IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**HARGO DEDALI**

160

Alamat : Jl. Manyar Kartika IX/22-24 Surabaya, Telp/Fax.031-5943219  
E-mail : hargodedalisurabaya@yahoo.co.id

**SURAT KETERANGAN**  
Nomor 20/PW-HD/IV/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Dra. Wiwik Trisiani**  
Alamat : **Kedung Tarukan Baru 3C/30 Surabaya**  
Jabatan : **Pengelola Panti Tresna Werdha Hargo Dedali**

menerangkan bahwa :

Nama : **Ninda Ayu Prabasari P. S. Keperawatan**  
NIM : **131314153022**  
Fakultas : **Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya**  
Prodi : **S2 Keperawatan**

benar-benar telah mengadakan pengambilan data awal di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya, pada tanggal 19 Januari 2015 dengan judul :

**”PENGALAMAN KOPING CAREGIVER DALAM  
MERAHAT LANSIA DEMENSIA.”**

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan untuk kepentingan di Prodi S2 Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Surabaya.

Surabaya, 24 April 2015  
**Panti Tresna Werdha  
HARGO DEDALI**

**Wiwik Trisiani, dra**  
**Pengelola Panti**



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA 161  
**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752  
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : [dekan@fkp.unair.ac.id](mailto:dekan@fkp.unair.ac.id)

Surabaya, 11 Maret 2015

Nomor : 1010/UN3.1.12/PPd/S2/2015  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.  
Kepala Panti Werdha Hargo Dedali  
Surabaya  
di –  
Tempat

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Ninda Ayu P., S.Kep.Ns  
NIM : 131314153022  
Judul Penelitian : Pengalaman *coping caregiver* dalam merawat lansia demensia  
Tempat : Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan  
Wakil Dekan I



M. Prabaningrum, SKp. M.Kep  
NIR. 197904242006042002



IR - TERPUSTAKAWAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**PANTI TRESNA WERDHA**  
**HARGO DEDALI**

162

Alamat : Jl. Manyar Kartika IX/22-24 Surabaya, Telp/Fax.031-5943219  
E-mail : hargodedalisurabaya@yahoo.co.id

**SURAT KETERANGAN**  
Nomor 221/PW-HD/IV/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dra. Wiwik Trisiani  
Alamat : Kedung Tarukan Baru 3C/30 Surabaya  
Jabatan : Pengelola Panti Tresna Werdha Hargo Dedali

menerangkan bahwa :

Nama : Ninda Ayu Prabasari.P. S.Kep.Ne  
NIM : 131314153022  
Fakultas : Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya  
Prodi : S2 Keperawatan

benar-benar telah mengadakan Penelitian / Pengambilan data di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya, pada tanggal 17 Maret - 28 April 2015 dengan judul :

**”PENGALAMAN KOPING CAREGIVER DALAM  
MERAWat LANSIA DEMENSIA.”**

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan untuk kepentingan di Prodi S2 Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Surabaya.

Surabaya, 24 April 2015

Panti Tresna Werdha

**HARGO DEDALI**

Wiwik Trisiani, dra  
Pengelola Panti



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL  
"ETHICAL APPROVAL"**

No : 68-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

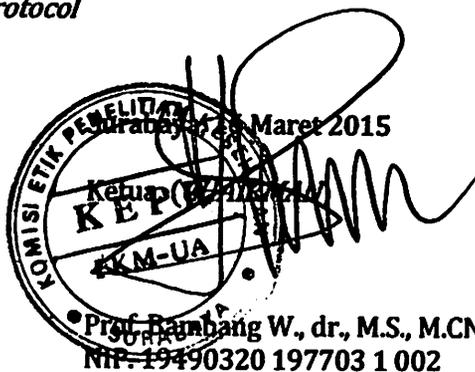
*The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"PENGALAMAN KOPING CAREGIVER DALAM MERAWAT LANSIA DEMENSIA  
DI PANTI WERDHA"**

**Peneliti utama** : Ninda Ayu Prabasari P., S.Kep.,Ns.  
*Principal Investigator*

**Nama Institusi** : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
*Name of the Institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.  
*And approved the above-mentioned protocol*

  
 28 Maret 2015  
 Ketua (KEM-UA)  
 Prof. Bambang W., dr., M.S., M.CN., Ph.D., Sp.GK.  
 NIP. 19490320 197703 1 002

**Lampiran 11****Rekapitulasi Data Demografi Subyek Penelitian dan Narasumber**

No	Usia	Pendidikan Terakhir	Status Pernikahan	Agama	Pekerjaan Di Panti	Lama Bekerja Di Panti
1	19 th	SMK Kesehatan	Belum menikah	Islam	Perawat kesehatan	11 bulan
2	18 th	SMK Kesehatan	Belum menikah	Islam	Perawat kesehatan	11 bulan
3	18th	SMK Kesehatan	Belum menikah	Islam	Perawat kesehatan	11 bulan
4	40 th	SD	Menikah	Islam	Tenaga belakang	2 tahun
5	34 th	SMP	Janda	Islam	Tenaga belakang	6 bulan
6	45 th	SD	Menikah	Islam	Tenaga belakang	2 tahun
7	49 th	SMP	Menikah	Islam	Tenaga belakang	5 tahun
M1	50 th	S1	Menikah	Islam	Sekretariat	27 tahun
M2	46 th	S1	Tidak menikah	Islam	Sekretariat	8 bulan
M3	60 th	S1	Menikah	Islam	Logistik	1 tahun

## Lampiran 12 Hasil Verbatim

## HASIL VERBATIM Pt1

PERSON	WAWANCARA
P	Selamat siang mbak, Seperti yang sudah saya jelaskan tadi dan mbk sudah bersedia menjadi partisipan dalam penelitian saya ini, apa mbak sudah bersedia untuk saya mulai wawancara nya?
Pt1	Selamat siang mbak... bisa kok mbak.
P	Menurut anda apakah demensia itu ?
Pt1	itu .. apa.. <b>penyakitnya orang yang sudah lanjut usia</b> , trus apa yach (diam sejenak, terlihat memikirkan sesuatu) sudah mulai lupa dengan hal- hal yang baru saja di lakukan, dan <b>daya ingat nya mulai menurun</b> , lupa juga hal hal yang lama.
P	Hal- hal baru seperti apa mbk??? Dan hal- hal lama seperti apa mbk???
P1	Ya itu lho mbak... <b>yang baru dilakukan itu apa, udah lupa</b> . Tadi barusan ngapain aja udah lupa.  Kalau hal – hal yang lama ya itu mbk.. kayak dulu sekolah nya di mana, tinggalnya dimana. Kayak gitu mbk.
P	kapan ya demensia itu bisa terjadi?
Pt1	Kalau sudah lanjut usia mbk, <b>Kira- kira 60 tahunan ke atas mbak</b> .
P	Apakah hal itu wajar terjadi pada lansia mbk?
Pt1	wajar menurut saya
P	Kenapa kok wajar mbak?
Pt1	Ya kan usia nya juga semakin banyak mbak... semakin tua kan fungsi tubuh juga menurun. Jadi ya wajar kalau sudah lanjut usia itu demensia.
P	Seperti apa lansia demensia itu mbk?
Pt1	Seperti ini mbak.... <b>lupa nama anak nya atau keluarga nya, ....apa.... lupa tempat kamar... eee.. lupa tempat untuk BAB atau BAK</b> , trus <b>kamar nya sendiri juga lupa</b> .  <b>Trus emosinya labil mbk... berubah- ubah... kadang tiba- tiba marah tanpa sebab. Trus gak mau bergaul dengan teman yang lain.</b>  <b>Trus gak bisa makan sendiri, gak bisa mandi sendiri... jadi harus di bantu gitu mbk.</b>
P	Mbk, Apa sajakah yang menyebabkan terjadinya demensia?
Pt1:	bisa karena itu sih yach... apa yach ( terlihat mikir dan melihat keatas), karena <b>usia mbk... kalau semakin tua usia nya kan mudah untuk pikun mbk</b> , trus yang pernah saya baca kalau tidak salah <b>diabet mungkin yach mbak</b> .
P	Selain faktor usia dan diabet apa ada yang lain lagi mbak?
Pt1	Eee... apa lagi yach... ini.. seperti <b>Kurang olahraga, sama Orang yang banyak pikiran, kayak sering stress</b> .
P	Selain itu apa masih ada lagi mbak?
Pt1	Yang saya tau itu aja.
P	Adakah yang dapat mencegah terjadinya demensia menurut mbk?
Pt1:	ada sich, apa itu.... olahraga sebelum usia nya lanjut, makanan nya di jaga itu sich.
P	ada yang lain mbk?
Pt1:	pokok nya yang berhubungan dengan pola hidup sehat sich mbk.
P	Olahraga yang seperti apa ya mbk???
Pt1	Ya... yang biasa aja lah mbk.. mungkin kayak ngluangin waktu dikit <b>untuk</b>

	jalan- jalan pagi,,, lari pagi. Ya minimal 20 menit lah setiap pagi nya. Bisa jalan- jalan depan rumah. Atau kalau sekarang kan banyak tempat- tempat fitnes gitu mbak. Jadi kalau gak sempat pagi hari kan bisa kapan aja kalau ada waktu longgar.
P	Tadi kan kan bilang makanan nya di jaga. makanan yang harus di jaga itu makanan yang seperti apa mbak????
Pt1	Ya makanan yang 4 sehat 5 sempurna lah mbk... bukan yang fastfood gitu...
P	Trus kalau pola hidup sehat itu seperti apa mbk???
Pt1	Ya hidup nya teratur mbk... istirahat cukup, olahraga cukup, makan makanan yang bergizi. Trus gak banyak stress... mungkin itu yach mbk...
P	Apa da lagi mbk???
Pt1	Mungkin ini yah... apa itu... harus sering di gunakan untuk berfikir yach mbak otak nya. Biar gak mudah lupa... heheheheh ( tertawa kecil). Mungkin bisa juga ngisi TTS itu lho mbk.
P	Selain yang sudah mbak sebutkan tadi, apa masih ada lagi??
Pt1	Sudah mbak, itu saja.
P	Bagaimanakah cara merawat lansia demensia yang sudah anda lakukan selama ini ?
Pt1	Yang sudah saya lakukan selama ini yah mbk????
P	Iya mbak.. (senyum dan mengangguk )
Pt1:	<p>Kalau yang sudah saya lakukan itu... eeee... kalau memandikan.. kadang saja saya bantu..sebelum mereka mandi biasa nya baju nya disiapkan mbak, kadang juga selesai mandi gantiin baju nya. Sekalian dengan mandi kita bantuin untuk nyiapin odol dan sikat gigi nya.kalau mbak- mbak yang di belakang kerepotan aja. Biasa nya saya bantu nyuapin.. karena banyak disini yang harus di suapin, gak bisa makan sendiri mbk. Biasanya sich mbk...setelah selesai nyuapin makan saya memberikan obat. Biasa nya bagi obat nya itu, Membagi obat untuk yang sakit seperti diabet, asam urat dan hipertensi. Atau kalau pas gak nyuapin saya langsung keliling bagi obat. Tugas nya ganti- gantian gitu mbk , antara yang dibelakang dan yang seperti saya ini.</p> <p>Biasanya pengasuh yang lain seringnya sich bantu saya, kalau saya kerepotan saat menyuapi mbahnya atau saat memandikan mbahnya gitu mbak. Setelah seles makan... biasa nya ngajak mbah e ke aula untuk mengikuti kegiatan . walaupun kadang ada yang gak mau mbk. Karena biasa nya selesai makan itu udah ada tamu yang datang...atau rombongan dari mana saja untuk menjenguk mbah- mbah di sini mbak. Kalau gak ada tamu atau kegiatan biasa nya mbah- mbah duduk atau jalan- jalan di sekitar kamar.</p> <p>Setelah selesai bagi obat, saya keliling lagi ke kamar – kamar... siapa tau mereka memerlukan bantuan. Kadang gitu ya gantiin yang pergi liat oma yang sakit dan tidak bisa bangun dari tempat tidur. Disini kan ada penghuni nya yang gak bisa bangun dari tempat tidur. Jadi semua di lakukan di atas tempat tidur.Ngrawat lansia itu gampang- gampang susah mbak.</p>
P	Gampang- gampang susah itu yang seperti apa mbak???
Pt1	Ya gini mbk... kelihatan nya nyuapin, mandiin gantiin pampers itu mudah ... tapi kalau pas mbah- mbah e itu lagi cerewet ya susah mbak. Mau nyuapin , mandiin atau ganti pempers susah. Harus di rayu- rayu dulu... di bilangin mau ada yang dateng supaya mau mandi. Di bilangin cepet di bersihkan pampers nya supaya ntar bisa jalan- jalan. Yach kayak gitu mbk.

	Saya pernah awal dulu ngrasa kesulitan ngrawat mereka. Tapi Kata mama saya, Harus sabar mbak, kalau ngrawat mereka . awal nya dulu saya kaget... trus saya pernah nyari di internet tentang merawat lansia demensia itu.
P	Oh ya mbak... tadi mbak bilang bagi obat, apa ada dokter disini yang memeriksa lansia, sehingga mereka mendapatkan obat?
Pt1	Ada kadang dari psikiater yang magang disini. Tapi juga ada Setiap satu bulan sekali ada pemeriksaan gratis dari gereja, mereka membawa dokter dan lansia nya mendapatkan obatnya langsung setelah di periksa.
P	Apakah ada perbedaan merawat lansia demensia dengan yang tidak demensia???
P1	Ada lah mbk.
P	Apa perbedaan perawatan lansia demensia dengan lansia yang tidak demensia?
Pt1:	<p>biasanya lebih khusus yang demensia soalnya kan apa- apa masih ketergantungan . kalau yang belum demensia kan... apa... masih bisa sendiri, ke kamar mandi sendiri. Apa- apa dilakukan sendiri. Trus kalau lansia demensia lebih banyak yang kita bantu mbak.</p> <p>itu sich biasa nya makan nya ketergantungan jadi harus di suapin. Trus potong kuku harus di potongkan , trus kadang minum juga lupa jadi harus di ambil kan. Gitu sich, sama ini... apa... itu mbak , melerai kalau pikun sama pikun bertengkar.</p> <p>kadang- kadang ada yang pup atau kencing sembarangan mbk... (senyum). Kalau ada seperti itu dan segera ketahuan ya kami langsung ganti mbk... kalau biasa nya yang tau duluan mbak- mbak yang dibelakang yang di bersihkan mbak yang di belakang terus kami bantu.</p> <p>kemudian kalau siang jadwal nya mereka tidur siang mbk. Lha kalau tidur siang itu biasanya ada yang tidur biasanya ada yang jalan- jalan depan kamar, kadang ada juga yang tiba- tiba tengkar gitu mbk. Eeehh... nama nya juga orang sudah tua mbk. Ada aja yang di buat masalah. Hal- hal sepele disini bisa jadi masalah... kalau mereka bertengkar. Sampai ada yang bertengkar dan di bawa ke rumah sakit karena kepala nya harus di jahit mbak.</p> <p>Kalau malam juga gitu mbak, magrib kan disini mereka harus masuk ke kamar nya untuk istirahat. Tapi gak selalu mereka isirahat mbk. Ada yang masih aja dilakukan entah itu ngobrol dengan teman- teman nya. Kadang ada yang bertengkar malam- malam.</p>
P	selain itu apa mbk
Pt1:	kalau ada acara di panti, lansia demensia banyak yang gak mau ikut kegiatan... walaupun mau nanti nya gitu tiba- tiba pergi trus jalan- jalan sendiri. Gak bisa dibilangin mbak. kalau yang tidak demensia masih mau di tuntun trus mau ikut kegiatan.
P	Apa saja yang menjadi kesulitan/hambatan yang anda alami dalam merawat lansia demensia?
Pt1	<p>kalau ini, pasien demensia nya emosi nya labil. Sering sekali mereka... apa itu mbk nama nya... tiba- tiba marah. Trus bertengkar dengan sesama teman nya yang lansia.</p> <p>Kadang gitu mbak... habis dimandikan trus di beri pempers, pempers nya di</p>

	<p>lepas lagi. Gak mau di pasang pempers. Tapi nanti kalau gak di pasang itu bisa pup dan kencing sembarang tempat mbak.</p> <p>Kalau makan... kadang lauk nya aja yang di makan. Nasi dan sayur nya gak di makan mbak. Jadi kita harus nyuapin mereka , supaya bisa makan semua nya. Tapi ya gitu mesti di rayu dulu atau nggak gitu di ajak ngobrol mbak. Persis kayak anak kecil gitu mbk.</p> <p>Saya kadang merasa jijik ke kenanga itu mbk... (sambil menunjukkan sebuah ruangan yang bisa dilihat oleh perawat dan partisipan dari tempat duduk saat di lakukan wawancara) , kenangan itu mbak , tempat nya demensia. Tapi tempat nya kurang terawatt. Jadi tempat nya itu mbak... bau pesing baget, trus kadang ada berak nya nya disitu kalau pas penghuni kamar nya Pup sembarangan.</p> <p>Trus ini mbak... mereka butuh ekstra perhatian. Jadi kayak balik ke masa kecil lagi... semua kebutuhan itu mbak. Harus kita penuhi, kita yang sediakan. Ke kamar mandi atau pun ke mana. Ada beberapa yang harus kita tuntun mbak. Harus kita jaga betul- betul supaya mereka tidak jatuh atau terpeleset di kamar mandi mbak.</p>
P	selain itu apa aja mbk?
Pt1	kalau sudah ini... ini sudah perilaku jorok nya keluar.
P	seperti apa????
Pt1	pipis atau pup sembarangan , seperti yang saya cerita kan tadi. trus kalau pas emosi nya labil. Lansia Demensia dengan demensia bertengkar dorong-dorongan sampai ada korban
P	maksud nya ada korban itu seperti apa?
Pt1	bertengkar sampai teman nya berdarah gitu mbk. Jadi mereka bertengkar trus kepala salah satu nya ada yang terluka sampai berdarah dan sampai harus di bawa ke rumah sakit untuk di jahit luka di kepala nya mbk. Pernah ada yang mau kabur sampai udah di depan gang situ mbk. Untung segera ketahuan mbak. Jadi gak sampai kami mencari- cari mbak.
P	Bagaimana perasaan anda saat merawat lansia demensia???
Pt1	<p>kalau pas pada kompakan semua nya emosi nya labil, marah semua.trus berkelieran semua. Itu mulai capek- capek nya .</p> <p>kalau emosi nya labil semua, ya itu puncak nya saya stress.kadang yang ngrawat juga ikut emosi.</p> <p>Pernah saya ada konflik dengan lansia demensia, saya merasa stress. Usia saya yang masih segini ini mbk... (sambil senyum). Kaget mbak... liat mereka seperti itu... cerita nya itu... saya nasehatin mbah nya untuk mau mandi , atau mau makan gitu mbk. Trus nasehatin supaya gak lagi betengkar dengan teman- teman nya. Saya kemudian di marahin mbak. Lhaa waktu itu saya pas lagi capek nya mbak. Saya juga ikut marah mbak. Saya marahin lagi mbah nya mbak.</p> <p>Capek kalau banyak kerjaan. Capek rasanya seluruh badan saya gitu mbak.. trus kadang buat saya males untuk ngrawat mereka mbk. Saya sedih mbk kalau sudah seperti itu.</p>
P	apa yang membuat anda merasa sedih dalam merawat lansia demensia?
Pt1	Itu mbk... kalau mereka pas lagi emosi nya gak labil. Trus banyak yang

	marah- marah... di bilangin susah. Uuuhh.. rasanya itu mbk... apalagi kalau marah dan emosi nya mereka barengan .. trus gitu bertengkar antar penghuni.
P	Selain itu apa mbak?
Pt1	Sedih kalau .... Apa.... kayak membayangkan besok saya seperti ini atau ndak gitu. Kasian juga sama mereka. Kan kalau di taruh disini itu kayak dikucilkan gitu sama keluarga nya.
P	Ceritakan kepada saya, Apa yang selama ini anda lakukan untuk mengatasi kesulitan dalam merawat lansia demensia?
Pt1	Kalau mereka bertengkar didudukkan sama – sama trus dikasih jajan. Kalau sudah di kasih jajan gtu biasanya diem dan di ajak kumpul dengan teman-teman yang lain. Trus di kasih hiburan apa gitu.
P	berarti anda memberikan hiburan ke pasien?
Pt1	he eh (sambil menganggukkan kepala)
P	Hiburan seperti apa aja mbak?
Pt1	Ya misalnya,, nyanyi.. atau jalan- jalan di panti mbak.
P	Bagaimana perasaan anda ketika melakukan cara tersebut?
Pt1	iklas gak iklas yah harus iklas mbk. Jadi ya mau gak mau harus tete ngrawat mereka. Jadi seneng gak seneng harus seneng. Pokok nya semua saya jalanin lah mbak. Kadang yah kalau lansia marah, jangan sampai saya ikut marah. Karena saya pernah ikut marah, waktu lansia nya marah.
P	Ceritakan kepada saya, kepada siapa saja selama ini anda mencari dukungan dalam menyelesaikan masalah yang anda hadapi?
Pt1	kadang itu crita sama orang tua saya mereka selalu mendukung kalau saya menyelesaikan kesulitan yang saya hadapi saat merawat mbah e. . Gitu itu.... Apa..... dikasih motivasi harus sabar karena mereka sudah tua. Trus temen yang sama – sama kerja disini itu mbak. Ya kami bertiga yang dari kesehatan ini mbak, saling curhat dan saling meberikan motivasi.
P	Bagaimana dengan dukungan yang lain?
Pt1	ini sih.... Mungkin.... ibu- ibu pengurus nya. ngomong ma ibu- ibu yang di depan itu mbak... pengurus panti. Mungkin bisa di kasih jalan keluar nya. Sejauh ini sich Ibu- ibu pengurus itu selalu membantu menyelesaikan masalah.
P	Selain itu mbk, apa ada yang lain lagi?
Pt1	Nggak ada mbak
P	Apa yang anda lakukan ketika dukungan yang ada tidak cukup efektif dalam mengatasi masalah?
P1	Ngelak mbk... maksud saya , saya menghindar , atau pakai cara lain.
P	selain itu
Pt1	diem... di diemin wes. Pokok nya di pantau jangan sampai ada korban lagi. Kalau mereka bertengkar kan dorong- dorongan.
P	Apa yang anda harapkan dari lansia demensia yang anda rawat?
Pt1	Mungkin dajak rekreasi kemana gitu mbak. Biar nggak bosan. Kadang itu kan kalau tidur selimut nya orang pikun di taruh di tempat tidur nya. Gitu itu pagi sudah gak ada, jadi gak pakai selimut. Saya mau itu kegiatan nya itu rutin gtu lho. Jadi habis bangun tidur di cari selimut nya, trus disimpan. Trus kalau mau tidur baru dikasih. Trus makan nya, lebih apa... lebih di variasi gitu lho. Jadi gak monoton itu- itu aja. Ini mbak.. pengen nya mereka mendapat permainan untuk melatih daya ingat. Ya permainan yang ringan- ringan aja, biar daya ingat mereka walaupun gak bisa baik lagi, paling tidak gak semakin memburuklah.
P	Selain itu apa ada lagi mbak?

Pt1	Pengen nya sich mbk.... Itu lho mbk.... Agak lebih nurut lah mbak. Sama itu mbk.... Eeeeeee... emosinya itu lho mbak. Sering banget marah- marah. <b>Jadwal tidur mereka juga pengen nya teratur.</b> Biar istirahat mereka juga cukup.  <b>Ya kalau pun mereka nanti di panggil oleh tuhan, semoga jangan sakit- sakitan mbak.</b> Kasian kalau disusia tua mereka juga sering sakit- sakitan.
P	Apa yang anda harapkan dari tempat anda bekerja?
Pt1	<b>fasilitas nya lebih ditingkatkan</b> . trus <b>tenaga kerja nya lebih ditambah.</b> Agar kerjanya..... apa... setiap individu itu kan gak sekuat individu lain nya gitu lho.
P	Tenaga apa yang di tambah mbk?
Pt1	Tenaga kebersihan
P	kenapa mbk?
Pt1	kurang sih menurut saya , selama ini ada sih Cuma kurang aja tenaga untuk melakukan nya .Cuma beberapa orang aja untuk melakukan nya dengan benar itu. Yang lain nya hanya ikut- ikutan aja. Mau nya tuh semua ikut kerja gtu.  Seharusnya ada orang belakang yang tidur di kenanga jadi ada yang mantau.
P	Fasilitas seperti apa sich mbk yang dimaksud kan?
Pt1	Fasilitas kayak... ya lebih di rapikan aja gitu. Jadi kalau lebih di istimewa kan orang- orang yang demensia
P	selama ini gimana mbk?
Pt1	sama mbak dengan yang tidak demensia, padahal kan yang demensia butuh perhatian dan perawatan yang lebih. Harapan nya mereka <b>Mendapatkan pelayanan kesehatan yang bagus</b>
P	Selain itu ada lagi tidak mbak?
Pt1	<b>Ada dokter yang jaga disini</b>
P	Apa tidak ada dokter yag disini mbak??
Pt1	Ada mbak,, tapi pagi ampe siang aja. Maksud saya ada yang tinggal disini mbak. Jadi kalau ada apa- apa yang butuh penanganan segera itu ada dokter. Selain itu , apa ada harapan lain nya mbak???
Pt1	(tersenyum kecil)... Gaji mbak.
P	Kenapa dengan gaji nya mbak?
Pt1	Ya kalau bisa di tambah sedikit lah mbak.trus <b>memperhatikan kesehatan karyawannya</b> mbak.
P	Maksud nya seperti apa ya mbak?
Pt1	Ya mungkin satu atau dua bulan sekali kami ikut di cek kesehatan nya. Kan kadang ada yang capek terus sakit.
P	Seain itu apa ada lagi mbak?
Pt1	Sudah mbak itu aja.
P	Oh ya mbk , sekian dulu wawancara saya. Trima kasih untuk waktu nya karena sudah meluangkan waktu untuk saya Tanya- Tanya. Nanti kalau ada data yang kurang, saya akan menghubungi mbk kembali. Trima kasih yach mbk. Selamat siang
Pt1	Ya mbk... sama- sama.... Siang mbak

ANALISIS TEMA

Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	Sub Kategori	Kata Kunci	Kode Parts																	
						1	2	3	4	5	6	7	M 1	M 2	M 3								
Pemahaman <i>caregiver</i>	Konsep demensia	Definisi	Usia		penyakitnya orang yang sudah lanjut usia	√																	
					Kalau sudah lanjut usia mbk, Kira- kira 60 tahunan ke atas mbak.	√																	
					Karena faktor usia		√	√															
					Yaitu mbk,penyakit nya orang yang sudah tua- tua				√					√									
					Penyakit yang menimpa ibu- ibu lanjut usia							√											
					Orientasi	Tempat		lupa naruh barang nya dimana	√	√													
							Naruh kue nya dimana lupa				√												
							masuk kamar nya keliru... kamar orang lain di masukkin						√										
							Orang		anak nya datang ngunjungin.. ditanya itu siapa itu??Jawabnya gak tau				√										
						Waktu		lupa sekarang hari apa		√					√								
					Tanya sekarang hari apa ... jawab nya itu gak sesuai						√												
						lupa waktu								√									
				Memori		yang baru dilakukan itu apa, udah lupa	√																
						lansia yang mengalami pikun atau daya ingat menurun	√	√	√														
						tadi sudah makan, bilang nya belum makan					√												
						seseorang yang mengalami lupa						√											
						Demensia itu lupa kejadian yang beberapa saat dialami.							√										
						kalau di kasih makan itu katanya belum di kasih makan....								√									
						sudah di kasih minum belum bilang nya. Kata nya itu gelas kemaren									√								

					Baju baru di ganti bilang nya belum diganti.... Kata nya baju nya bau.				√			√					
					Pakai sandal, trus di taruh di dalam kamar mndi lupa.							√					
		Tanda dan gejala	Disorientasi	Orang	lupa nama anak nya atau keluarga nya	√											
					Kalau yang demensia berat itu kadang sampai ada yang gak inget anak nya.			√									
					Kalau ada keluarga nya yang datang, misalnya cucunya gitu mbk. Kadang itu nggak tau kalau itu cucu nya mbk.							√					
				Waktu	orang tua yang sudah lupa sekarang tanggal berapa, hari apa			√									
					Saya tanya hari apa... di jawab nya lain, gak bener jawab nya mbak							√					
				Tempat	lupa tempat untuk BAB atau BAK	√											
					kamar nya sendiri juga lupa.	√				√							
					lupa dimana alamat rumah nya.				√								
			Gangguan memori/ daya ingat		Mungkin linglung		√										
					Kadang baru beberapa kali ngomong. Baru sekarang ngomong. Nanti di tanyain lagi gitu lupa.			√									
					cerita yang sudah di ceritakan kemarin. Sekarang di ulang lagi . trus gak usah ganti hari, nanti sore di crita kan lagi.					√							
					daya ingat nya itu sudah mulai menurun							√					
					lupa kalau sudah makan ...							√					
					lupa kalau sudah mandi begitu juga sebaliknya mbk gak bisa makan sendiri, gak bisa mandi sendiri	√							√				
			Penurunan kemandirian		kadang itu kalau untuk pup itu juga sembarangan, kececeran.			√									

				lansia demensia disini itu banyak yang dimandikan.				√		√			
				Makan juga di bantu. Gak bisa sendiri mbak				√		√			
			Perubahan perasaan	berpakaian kita yang bantuin.	√		√			√			
				emosinya labil mbk... berubah- ubah... suka marah	√								
				Pokok nya semau nya sendriri gitu mbak.				√					
				berubah mbak orang nya. Berubah menjadi pendiem dan pemaarah... mudah marah.						√			
				kadang- kadang mudah marah			√				√		
			Hilang nya minat/ inisiatif	kalau mau melakukan sesuatu binggung		√							
				nggak mau bergaul dengan teman yang lain	√								
				Gak mau ikut kegiatan				√					
				Kalau ada kegiatan gak mau ikut. Kalo di Tanya kenapa ndak ikut? Jawabnya kadang males		√					√		
			Salah meletakkan benda	dapat kue dari orang- orang yang datang ngunjungi kesini. Trus kue nya itu disimpen. Tapi bukan di kamar nya... tapi dikamar orang lain.				√					
				... ya suka lupa naruh. Misalnya barang nya... ya seperti baju dan kue...				√		√			
				Lupa biasa nya naruh sesuatu tadi lupa...						√			
				Seperti yang saya bilang tadi suka lupa naruh barang							√		
		Factor resiko/ penyebab	Usia	usia mbk... kalau semakin tua usia nya kan mudah untuk pikun	√								
					Karena faktor usia.			√					
				Karena sudah tua itu tadi mbk. Kan usia nya sudah banyak yach mbak. Maka nya pikun...				√					
				Ya apa yach... ya karena factor usia itu					√				
				kalau sudah umur diatas 65an.							√		
			Genetik	Atau mungkin kalau orang tua nya dulu pikun... anak nya juga ikut pikun mbak.				√					

					factor genetika kemungkinan juga bisa yach. kayak keturunan nya bisa demensia juga kalau orang tua nya demensia					√							
			Fisik	Penyakit	diabet mungkin yach mbak.	√											
					penyakit degenerative itu tadi mbk					√							
					Karena diabet yang terlalu tinggi					√							
					mungkin karena darah tinggi yach mbk. Atau mungkin pernah stroke...					√							
				Trauma kepala	mungkin kepala nya pernah kebentur apa gitu mbk. Yah mungkin pernah jatuh dari sepeda.. kecelakaan itu lho mbk					√							
			Psikologis		hidup e nggawur gitu mbk,,,, gak pernah olahraga... trus orang nya sering stress	√				√							
					Ya kalau otak manusia gak digunakan untuk berfikir. Misalnya itu seperti.. dibiarkan saja gak mikir apa- apa.					√							
					orang – orang yang banyak kegiatan sampai pikiran nya penuh trus orang nya stress.					√							
					Yang mungkin orangnya dulu kerja keras terus banyak pikiran mbak								√				
			Sosial		Susah bersosialisasi mbak, gak punya banyak teman.	√											
					terlalu lama pasif, gak ada kegiatan.	√											
					orang yang pensiun trus gak ada yang di kerjakan , yang diem di rumah atau diem aja gak ngapain .					√							
		Pencegahan	Aspek fisik	Olahraga	jalan- jalan pagi,,, lari pagi	√											
					Pagi hari jalan- jalan gitu mbk... , jogging.					√							
					ikut senam- senam kesegaran jasmani .					√							
					Olahraga yang teratur mbk								√				
				Tidur/ istirahat	Istirahat nya juga harus teratur mbak... tidur cukup mbak	√				√	√						
					itu mbak... tidur nya cukup, jadi gak kurang tidur								√				

				Nutrisi	makanan yang 4 sehat 5 sempurna lah mbk... bukan yang fastfood gitu...	√											
					makan nya yang sehat mbk... gak ngawur makan nya				√								
					makanan nya harus yang bergizi					√							
					makanan makanan yang sehat.							√					
					Makan makanan yang di masak sendiri mungkin lebih aman.	√											
			Aspek psikologis	Stress management	Gak banyak stress	√											
					jangan sampai stress juga mbak	√											
					gak boleh stress							√					
					jangan stress								√				
				Problem solution	Atau kalau misalnya punya masalah... ya segera diselesaikan dengan baik. Seperti mencari solusi dengan bantuan orang lain.					√	√						
			Aspek sosial		harus suka bersosialisasi	√											
					banyak ikut kegiatan di luar mbk... biar ketemu orang... biar gak stress.				√								
					sering mengikuti kegiatan supaya bisa ketemu orang- orang. Supaya bisa komunikasi dengan yang lain nya.					√							
					bisa mengikuti banyak- banyak kegiatan.							√					
					trus sering bergaul dengan orang lain,								√				
			Aspek spiritual		Sama satu lagi mbk... ibadah nya juga, biar seimbang mbk. Rohani nya juga terpenuhi.					√							
			Aspek kognitif	Melatih konsentrasi	main game yang butuh konsentrasi tinggi	√											
					kayak permainan yang membutuhkan konsentrasi tinggi.							√					
				Melatih memori	ngisi TTS itu lho mbk	√											
					mengerjakan TTS		√										
					Lebih sering membaca			√									

					kita ngasih permainan- permainan yang ringan- ringan lah seperti apa.... puzzle, atau mewarnai				√								
					Trus ngisi TTS ... itu kan berfikir mbk.					√							
					permainan – permainan seperti contoh nya mainan anak TK . kita juga punya yach. Itu untuk mengembalikan daya ingat lah yah.						√						
					saya tau itu... ngisi TTS.							√					
					bikin kegiatan yang memerlukan konsentrasi dan kemampuan berfikir kayak ngisi TTS								√				
					sebelum tidur... mengingat kembali apa saja yang sudah di lakukan dari pagi sampai sebelum tidur.									√			

Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	Sub Kategori	Kata Kunci	Kode Parts											
						1	2	3	4	5	6	7	M 1	M 2	M 3		
Cara merawat lansia	Kebutuhan dasar merawat lansia		Kebersihan diri	Mandi	kalau memandikan.. kadang saja saya bantu	√											
					biasanya lebih khusus yang demensia soalnya kan mandi masih ketergantungan	√											
					Trus potong kuku harus di potongkan	√											
					Kalau memandikan... kadang saya bantu memandikannya.				√								
					pagi kadang bantu memandikan					√							
					kalo yg pikun udah di mandiin minta mandi lagi.							√					
				Ganti baju	Baju di siapkan mbk, kadang juga gantiin baju nya.	√					√						
					Bantu memakaikan baju mbak, biar gak kebalik		√		√			√					
					Ganti bju nya kita bantu, biar bener pakai baju nya			√				√					
				Sikat gigi/ kebersihan mulut	Sekalian mandi kita bantuin untuk nyiapin odol dan sikat gigi nya	√						√					
					Nyiapin air untuk kumur						√						
					Kadang bantuin juga gosok gigi nya				√								
				Eliminasi	Untuk sehari- hari nya yang demensia Buang air besar dan buang air kecil perlu untuk dibantu	√	√	√				√					
					BAB nya itu harus di bantu mbk.. gak bisa sendiri. Apalagi klo yang suka eek di sembarang tempat.				√	√	√	√					
					Ada yang ngompol juga	√					√						
			Nutrisi		Biasa nya saya bantu nyuapin	√											
					kita bantu dalam pemenuhan nutrisi			√									
					Kadang yo bantu nyuapin juga				√								
					Trus kadang ya nyuapin lansia nya...					√							
					Tapi ada yang harus di suapin						√						
					Kadang kalau ada yang gak bisa makan sendiri ya saya suapin mbk,,							√					

			Istirahat		Lha kalau tidur siang itu biasanya ada yang tidur biasanya ada yang jalan- jalan depan kamar, kadang ada juga yang tiba- tiba tengkar gitu mbk	√	√											
					Kalau malam,,, kadang ada yang mondar mandir gak mau tidur mbak.							√						
			Sosial		melerai kalau pikun sama pikun bertengkar.	√												
	Tujuan merawat lansia			Membantu lansia	kalau lansia demensia lebih banyak yang kita bantu mbak	√												
					semua kebutuhan itu mbak. Harus kita penuhi, kita yang sediakan	√												
					Lansia demensia membutuhkan perawatan yang lebih dari pada yang tidak demensia		√											
					nyiapain semua keperluan mereka					√								
				Menjaga keamanan lansia	Harus kita jaga betul- betul supaya mereka tidak jatuh atau terpeleset di kamar mandi	√												
					Perlu pengawasan untuk ke kamar mandi mbak... karena takut kalau jatuh mbak.						√							
					Kadang mereka bertngkar.. jadi kasian kalau yang terluka itu mbak.							√						
	Metode merawat lansia	Kenyamanan lansia	Menawari hal yang di sukai		di bilangin mau ada yang dateng supaya mau mandi	√												
					Di bilangin cepet di bersihkan pempers nya supaya ntr bisa jalan- jalan	√	√											
					Harus di rayu- rayu dulu...	√												
					misalnya keinginan nya belum tercapai beliau nya selalu minta dan minta sampai terpenuhi semua nya		√											
					Apalagi kalau di suruh mandi itu ada aja alasan nya.					√								
					Harus pinter ngrayu mbk						√							
					ada yang harus di bujuk dulu mbk							√						
			Penuh perhatian		mereka butuh ekstra perhatian	√												

				Jadi kita harus telaten untuk nyuapin perawatan mungkin lebih intensif yang demensia	√											
				memberitahu segala sesuatu iu pasti di ulang ulang. Sambil nuntun..	√						√					
				harus telaten, harus bisa ngambil hati nya mbah-mbah.							√					
				... ingin nya diperhatikan terus.	√											
		Variasi kegiatan		Mempertajam daya ingat seperti terapi- terapi untuk penderita demensia.	√	√										
				Diajak bikin hiasan dari kertas							√					
				Membuat ketrampilan atau kerajinan tangan yang simple biar mbah nya gak bosan.							√					
				Kalau ada waktu kososng, di ajak ngobrol tentang yang di sukai lansia							√					
		Observasi rutin lansia		Setelah selesai bagi obat, saya keliling lagi ke kamar – kamar... siapa tau mereka memerlukan bantuan.	√	√	√									
				gantian yang pergi liat oma yang sakit dan tidak bisa bangun dari tempat tidur	√	√	√									
		Terapi		langsung membantu memberikan dan meminumkan obatnya		√										
				Membagi obat untuk yang sakit seperti diabet, asam urat dan hipertensi	√											
		Melibatkan caregiver yang lain		Tugas nya ganti- gantian gitu mbk , antara yang dibelakang dan yang seperti saya ini	√	√	√									
				kalau lansia eek sembarangan itu, yang bersihkan ya berdua gak bisa sendiri							√			√		
				Membersihkan BAB itu gak bisa sendiri, karena yang satu harus bersihkan kamar nya.							√	√				
		Membawa ke yankes	Rumah sakit	di bawa ke rumah sakit karena kepala nya harus di jahit mbak.	√											
				Kalau perlu tindakan khusus ya di bawa ke rumah		√										

					sakit													
					Kesehatannya menurun dan disini tidak bisa berbuat apa-apa ya di bawa ke rumah sakit			√										
				Tamu	Setiap satu bulan sekali ada pemeriksaan gratis dari gereja, mereka membawa dokter dan lansia nya mendapatkan obatnya langsung setelah di periksa.	√	√		√									
		Mencari informasi	Sumber		Pernah saya juga baca ada kayak brosur mbk								√					
	Dukungan sosial dalam merawat lansia	Sumber	Internal	Caregiver lain	pengasuh yang lain seringnya sich bantu saya,.	√												
					kalau bersihin yang pup biasanya ada temannya mbak.								√					
					Kalau pas saya banyak yang harus di urusin lagi mbk. Biasanya saya minta tolong sama yang lain ( <i>caregiver</i> ) untuk nyuapin mbah.									√				
			Eksternal	Orang tua	Saya cerita mama saya, gimana merawat lansia.	√												
				Suami/istri	Dukungan suami saya mbak, kalau saya ngrawat mereka disini.				√									
				Tenaga kesehatan	Ada dokter psikiatri praktek disini .. ini juga member dukungan kalau kita ngrawat lansia mbk.							√						
					Waktu ada mahasiswa praktek dinas disini								√					
		Bentuk	Emosional		Kata mama saya, Harus sabar mbak, kalau ngrawat mereka	√												
					Ibu saya bilang, itu profesi mu mbk jadi kamu mau gak mau ya harus di jalani.		√											
			Informasional	Brosur	saya baca brosur							√	√					
				Internet	nyari- nyari di internet tentang demensia.	√		√										
				Tenaga kesehatan	Ada dokter psikiatri yang praktek disini , kadang ya saya Tanya tentang lansia demensia itu seperti apa.				√				√					
					Waktu ada mahasiswa praktek dinas disini,, saya nanya- nanya mbak.								√	√				

Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	Sub Kategori	Kata Kunci	Kode Parts												
						1	2	3	4	5	6	7	M 1	M 2	M 3			
Hambatan	Tuntutan perawatan lansia	Pemenuhan nutrisi		Tidak suka makan	kadang lauk nya aja yang di makan. Nasi dan sayur nya gak di makan mbak.	√	√											
					Kalau makan itu kadang- kadang kalau gak suka itu di buang di sembarang tempat.			√	√	√								
				Sulit makan	Kalau harus nyuapin trus ada yang rewel.. ada yang sulit untuk makan.. harus di bujuk dulu itu mbk.					√	√							
				Tidak bisa makan	Gak bisa makan sendiri mbak...								√	√				
					Makan mereka harus disuapin.. tidak bisa makan sendiri									√	√			
		Pemenuhan istirahat		Tidak mau tidur	kalau malam gak mau tidur.			√										
					Waktu tidur siang, gak semua nya mau tidur. Ada aja yang di lakukan								√					
				Berkeliaran	Trus jalan- jalan gtu. Tapi gak ganggu orang	√			√		√							
					Susah nya kalau malam itu mbk.... Kadang ada yang berkeliaran		√			√	√							
					Kadang kalau istirahat siang itu, banyak yang gak tidur siang, tapi keliling- keliling ke teman- teman nya.							√			√			
				Bertengkar	salah masuk kamar teman nya, trus tengkar				√									
					Ada yang rebutan kamar		√											
					bertengkar malam- malam.	√				√	√							
				Mengganggu tidur teman	penghuni yang lain bangun karena kegangu dan ada yang ramai.			√	√		√							
					Malam- malam ada yang bangun, berisik. Lha itu buat yang lain nya juga bangun mbak.					√								
		Pemenuhan		Pemakaian	habis dimandikan trus di beri pempers, pempers nya	√			√	√								

		eliminasi		pempers	di lepas lagi							√	√					
					pempers nya itu di odol – odol dan pup nya itu kececeran dimana- mana													
				BAK dan BAB sembarangan	bisa pup dan kencing sembarang tempat mbak.	√										√	√	√
					Kecing dimana- mana... trus baju ne basah.		√		√					√				
					Kalau BAB sembarangan mbk.... Udah berak itu di pegangin... di bawa keman- kemana . Suka naruh BAB nya dimana- mana.						√							
					Kalau eek itu murat marit eek nya... di injak injak... di pakaian... orang pikun itu kalau gak di pempersin itu kayak gitu...								√					
				Mainan feses	BAB nya itu trus di pakai mainan... trus di oles-oles di tembok atau pinggiran tempat tidur....							√		√				
					Susah nya kalau berak itu di buat mainan.									√				
		Pemenuhan kebersihan diri		Mandi	Susah di ajak mandi... harus di bujuk misalnya ... mau ada keluarga yang dateng... tamu yang dateng. Gitu baru mau mandi...						√	√						
					Memandikan itu susah mbak. Ada saja alasan nya gak mau mandi.						√	√	√			√		
		Perubahan perilaku lansia		Tidak mampu mengendalikan emosi	sejauh ini sich tingkat emosi nya itu		√											
					Sesama penghuni yang demensia iu kadang tiba tiba suka tengkar lho mbk.... Tiba- tiba rame ... ada aja yang di masalahkan . sampai ada yang di bawa ke RS karena bertengkar nya sampai kepala nya berdarah. Trus harus di jahit mbk.								√					
					Kadang diem, kadang tiba- tiba marah, emosian mbak.											√		
					Ya kalau terjadi pertengkaran yach. Ya terjadi salah paham. Itu memang akhir nya menimbulkan teman nya yang satu harus masuk kerumah sakit , kepala												√	

					nya harus di jahit sampai delapan ..														√	
					Disini itu kadang lansia diem. Trus ngobrol.. kemudian tiba-tiba bertengkar dengan sesama yang demensia.														√	
					Lansia nya sering bertengkar mbk... yang paling banyak itu bertengkar. Sering mbk disini bertengkar														√	
	Beban yang dirasakan caregiver dalam merawat	Internal	Fisik	Capek	Capek kalau banyak kerjaan. Capek rasa nya seluruh badan saya gitu mbak	√														
					trus kadang buat saya males untuk ngrawat mereka mbk	√														
					ketika capek,,, saya ngedumel gitu ,mbk. Ya ampun capek,,, ya ampun gini... ya ampun gitu. capek badan mbak... sama capek pikiran juga			√												
					Kadang kalau capek dan seluruh tubuh saya rasa nya sakit semua, jadinya saya susah tidur mbak.			√												
				pegal	Ya pegel semua mbak, badan saya ini kayak linu-linu kalau sudah terlalu capek.	√														
				Sakit	Juengkel aku mbk... rasa e... aku pernah mbk.. gak tahan disini. Apalagi pas aku capek... wes lah aku pengen pulang aja. Sampe aku sakit mbk. Tekanan darah ku 90 mbk. Trus drop....				√											
					badan saya rasanya sakit semua kalau pagi ampe mau tidur gak istirahat dan ada aja yang di kerjakan.											√				
				Cenut2	Cenut- cenut mbak badan saya, kalau seharian gak berhenti- berhenti yang di kerjakan										√					
					Rasae kalau mau tidur itu kaki dn tangan ku cenut-cenut mbak.						√									
			Psikologis	Marah	Saya awalnya dulu kalau ngadepin mereka agak gak sabar mbk... kadang saya ikut marah kalau mereka marah..	√								√						
				Tidak mood	Trus pernah gak mood dalam merawat mbah- mbah,	√														

				terbawa sampai ke pekerjaan dan apalah jadi kurang mood														
				Beban	Saya nggak nagis sich Cuma saya ngrasa kok kayak gni yach. Lha kok kayak gini.		√											
				Stress	Saya rasanya stress mbk waktu itu... gak tahan liat tingkah mereka itu. Sampe saya gak bisa tidur.			√										
					Wes aku kesel mbk... siang aku kerja. Malem aku jaga mbk.				√									
					saya stress.kadang yang ngrawat juga ikut emosi.	√												
					mbah nya emosi, kita juga ikutan emosi gitu yah.		√											
					wes kalau gitu saya stress sendiri.		√											
					Awal dulu saya kerja disini , saya stress mbak.													√
				Sedih	Wes , kalau sudah gak tahan.... Ya ampun. ....Sampai kapan seperti ini..... sedih mbak rasa e									√				
					Kepikiran sampai di rumah mbak,, gimana cara nya mereka bisa nurut										√			
					Kalau liat mereka,di bilangin gak nurut, awal nya saya dulu jengkel banget mbak. Kok susah yo di bilangin.													√
				Menangis	Aku pernah nangis,, jengkel rasae mbk													
		Eksternal	Perilaku Lansia		Lansia Demensia dengan demensia bertengkar dorong- dorongan sampai ada korban.	√												
					beberapa penghuni yang nakal. Susah di atur, susah kita ingatkan.		√											
					Tau kan demensia itu emosi nya juga labil.			√										
					Seumur hidup saya kan saya belum pernah sampai di sembur makanan kayak gitu mbak .			√										
					Trus lagi kalau pas gak bener dengan keinginan nya di tambah pas kita lagi capek. Pngen ini ... pengen itu.... Harus kayak gini... harus kayak gitu. Uuuhhhh.. rasa nya mbk. Saya pengen berhenti aja.			√										
					Malam – malam bangun dengan keadaan orang nya telanjang bulat,			√										

					Ini mbk...kadang- kadang itu sesame mbah- mbh pikun itu mbk... tengkar , tapi nggak ngerti yang jadi masalah sampe tengkar itu apa... ada aja mbk...				√								
					Cuma yo kalau aku pegel mbah pikun juga gak ngerti... percuma ....di kasih tau juga nggak denger. Di marahin juga gak denger... jadi yo harus nyadarin mbk... kalau kerja disini yo harus sabar sama mbah e mbk.						√						
					Mereka susah di bilangin mbak.								√				
					Lansia itu kayak anak kecil lagi. Gak bisa nurut susah dibilangin mbak.										√		
					Bertengkar sesame teman nya itu terjadi setiap hari mbak.												√
			Job disk/ deskripsi pekerjaan		Tugas disini gak jelas mbak,,		√										
					Kadang aq masih ngrasa kok kita yang bersihin. Padahal mandi itu dan bab itu seharusnya di bersihkan orang belakang.			√									
					Kerjaan disini semrawut mbak.				√								
					Mana aja yang butuh bantuan, ya di bantu mbak. Semua kita kerjakan tapi kadang ada teman yang gak terlalu berat kerja nya.					√							
					Ya gitu lah mbak,, rasae seharian itu ada aja yang di kerjakan. Walaupun itu sebenarnya bukan tanggung jawab saya.				√								

Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	Sub Kategori	Kata Kunci	Kode Parts												
						1	2	3	4	5	6	7	M 1	M 2	M 3			
Cara mengatasi hambatan	Modifikasi cara merawat lansia	Sosial			Kalau mereka bertengkar didudukan sama – sama trus dikasih jajan dan diajak berkumpul dengan teman- teman nya yang lain.	√												
					kalau ada kegiatan di aula... ya di rayu dulu sampai mau ikut kegiatan, walalupun itu Cuma sebentar.		√											
		Aktivitas fisik			Ikut kegiatan kayak jalan- jalan sekitar panti, supaya gak diem terus di dalam panti, biar mbah e juga gak bosan mbak.	√												
					Di ajak ikut olahraga pagi mbak..					√								
					Ikut senam pagi... supaya ada kegiatan, mulai di ajak .... Di bujuk biar mau ikut.						√							
		Menurunkan Emosi			Trus di kasih hiburan	√												
					Kalau mereka bertengkar saya harus bisa menengahi. Saya harus bisa merendah.... Tidak ikut terpancing emosnya mbah.		√											
					Kalau memberikan saran yang tidak sampai menyentuh hatinya..... maksud nya gak buat mbah e marah... pakai cara di elus mbk.		√											
					Kalau pas mereka tengkar itu yah kita pisah... trus salah satu nya saya yang ajak kemana gtu mbk. Misalnya pergi dari tempat mreka bertengkar. Trus tak bawa ke kamar nya mbk.				√									
	Mekanisme koping	Adaptif	Mengontrol emosi diri		Kalau lansia marah, saya jangan sampai ikut marah juga	√												
					Ya kalau pas lag jengkel,, tarik nafas mbk.. biar gak kesel hati nya.		√											
			Memiliki persepsi yang luas		Orang pikun kan ya memang gitu, nama nya juga lupa			√										

					Lansia kan balik kayak anak kecil lagi, ya jadi nya rewel.				√								
					jadi saya mencoba untuk mengerti bagaimana sifat – sifat dari lansia yang demensia tadi.		√										
			Menerima dukungan orang lain	Sesama caregiver	Kadang cerita ke teman saya					√							
					Ya saling curhat sesama teman kesehatan di sini mbak. Sapa tau bisa bantu.	√											
					Cerita teman- teman belakang mbak, sapa tau bisa bantu				√	√	√	√					
				Suami/ istri	Cerita suami saya, biar agak lega dikit				√								
					Cerita sama istri saya mbak												√
				Pengurus panti	ngomong ma ibu- ibu yang di depan itu mbak... pengurus panti. Mungkin bisa di kasih jalan keluar nya	√	√	√	√	√	√	√					
			Pengalihan ke Aktivitas yang konstruktif		Kalau lagi kesel sama lansia, ngerjain laporan panti mbak. lumayan lah mbak.. buat ngilangin perasaan jengkel				√								
					Baca- baca buku mbak. Kadang ya buku tentang penyakit, kadang ya majalah		√										
					Kalau lagi kesel, saya buat setrika aja mbak.												
		Maladaptive	Tidak mampu berfikir	Terpaksa	Ikas gak ikas yach harus ikas mbak. Jadi ya mau gak mau harus tetep ngrawat mereka	√											
			Tidak mampu menyelesaikan masalah		Awal kerja disini dulu....Pernah juga saya membiarkan lansia itu. Coba gimana mau nya lansia itu. Silahkan terserah apa gitu.tapi ya gitu ujung-ujung nya pun eee..... malahan bikin rusuh kalau kita membiarkan.		√										
					Pernah berfikir ... gimana kalau seandainya saya mundur dari sini.							√					

					Saya pernah gak mood merawat mbah- mbah nya ini											√					
					Saya biarkan saja... gak saya urusin																
			Perilaku destruktif	Marah	Saya pernah ikut emosi juga mbak... waktu mbah nya bertengkar dan saya misahin mereka... ehhh malah dia tambah marah- marah.																
			Menghindar		Ngelak mbk... maksud saya , saya menghindar diem... di diemin wes.	√															
					saya gadgetan gitu, Saya mainan hp mbak... smsan, bbama, fban, atau pun sos med yang lain... cari hiburan mbak. Biar gak stress.							√									
					Kadang teratasi masalah nya,, saya gak capek lagi . tapi kadang saya sudah melakukan ini itu tapi saya rasa nya masih gak sanggup ngrawat mbk.							√									
	Sumber dukungan		Internal	Orang tua	kadang saya cerita sama orang tua saya, mereka selalu mendukung, kalau saya menyelesaikan kesulitan yang saya hadapi saat merawat mbah e	√															
					Dukungan dari kedua orang tua saya		√														
					kalau orang tua mendukung... dan selalu memberikan semangat kepada saya kalau saya mengeluh dan saat mengalami kesulitan							√									
				Suami/ istri	Suami saya mbk... kan suami saya juga kerja disini mbk... biasa nya saya critain semua nya mbk.								√								
					Suami saya mbk...												√				
					Keluarga mbk... suami saya...													√			
					Biasanya saya cerita sama keluarga saya mbak...															√	
					saya cerita ke istri saya mbak, crita nya kadang lewat telpon .. atau kalau gak gitu seminggu sekali ketemu istri saya																√
			Eksternal	Pengurus panti	ibu- ibu pengurus itu selalu membantu menyelesaikan masalah mbk	√															
					Kalau cerita di ibu pengurus yang di sekretariat itu mbk... mereka selalu memberikan motivasi		√														

					Ada mbk... dari pengurus disini															
					Trus ibu- ibu pengurus yang ada di kantor itu mbak... itu kadang kasih dukungan kalau pas saya lagi ngrasa capek ngrawat mbah- mbah e.					√										
				Teman caregiver	ya kami yang tiga orang dari kesehatan ini mbak,, saling curhat dan saling memberikan motivasi		√													
					Kalau teman saya yang sama- sama dari kesehatan mendukung saya.			√												
					teman- teman di belakang															
					Dulu ada yang dekat sama saya. Ibu- ibu mbk.. saya dulu awal- awal disini beliau yang ngajari. Tapi sekarang udah baik ke kampung trus sudah gak balik kesini lagi mbk.				√											
					sama- sama teman yang kerja disini mbak,... saling mendukung				√											
					Dengan bantuan tenaga yang ada di belakang , bersama mbk- mbk kesehatan.												√			
					Kalau untuk yangdisini itu ya tengaa belakang dan 3 orang kesehatan itu mbak.														√	
					Teman kerja yang di kantor ini mbk. Kalau ada masalah tentang kesehata mbah- mbah disini yak e dokter.														√	
					Dari tenaga belakang mbak.. dan tenaga kesehatan yang ada di sini														√	
				Tamu	... kadang- kadang tamu yang datang		√													
					kadang ada yang datang menjenguk misalnya tamu gitu. Mereka kadang memberikan saya motivasi dan mendoakan saya.				√											
					kalau pas ketemu dengan orang- orang yang datang berkunjung kesini, kemudian kami ngobrol dan mereka memberikan semangat kepada saya						√									
					Orang yang berkunjung kesini mbak.												√			
				Tenaga	Dari pihak luar, kita minta bantuan dari psikiatri														√	

				kesehatan	kalaupun masalah itu sudah terlalu apa yach...eee.. kita ndak bisa handel lagi													
					Ada dokter psikiatri yang bisa di Tanya- tanyai tentang sakit nya lansia dan mahasiswa yang magang				√									
					Ada dokter psikiatri juga mbak yang kesini.	√				√						√		
					Kadang ada juga dokter psikiatri yang datang							√						
					Mahasiswa yang praktik						√							

Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	Sub Kategori	Kata Kunci	Kode Parts												
						1	2	3	4	5	6	7	M 1	M 2	M 3			
Harapan	Penatalaksanaan pasien demensia	Non pharmlologica l manajemen	Rekreasi		Mungkin kadang- kadang di ajak rekreasi kemana gitu mbak... biar gak bosan.	√												
					Ada kegiatan yang di luar panti lah mbak... biar mereka tidak bosan di panti.					√								
			Fisik		saya mau mereka ada kegiatan yang rutin... ada variasi kegiatan.. supaya gak monoton		√											
					olahraga biar sehat, walaupun sudah tua atau jalan – jalan sekitar panti lah mbak			√										
			Kognitif		membuat jadwal kegiatan yang rutin.		√											
					permainan untuk melatih daya ingat.	√												
					Pengen nya permainan untuk melatih daya ingat nya itu sering di lakukan dan jenis permainan nya itu mungkin di tambah kan yang lebih bnyak lagi.									√				
					Permainan untuk melatih daya ingat mbak... walaupun sudah pikun biar gak tambah buruk aja daya ingat nya.											√		
			Musik		Di dengarkan suara music, mungkin seiap pagi atau menjelang tidur malam									√				
					Mendengarkan lagu- lagu biar mbah nya gak bosan. Kalau di kamar biar ada yang di dengarkan.					√								
			Pemenuhan nutrisi	Variasi	Trus makan nya, lebih apa... lebih di variasi gitu lho. Jadi gak monoton itu- itu aja.	√												
				Jenis	untuk asupan nutrisi nya lebih di bedakan apalagi kalau ada yang sakit. Jangan di sama ratakan makanan nya. Apalagi yang mereka sudah gak punya gigi, seharus nya mereka di beri makanan yang lembek. Jangan di sama ratakan			√										
			Kebersihan diri		Ya seperti mandi,berpakaiian, bab dan bak nya itu ... supaya gak sembarangan . trus perawatan nya			√										

					untuk yang seperti itu lebih ditingkatkan lagi. Biar lansia itu bersih gak kotor.												
			Sosial		Lebih aktif lagi kalau ada kegiatan yang diselenggarakan oleh panti	√											
					Ikut kegiatan biar gak diem aja, kalau ada kegiatan kan .. jadi waktu untuk bertengkar dengan temannya berkurang.					√							
	Kualitas hidup lansia	Aspek kesehatan fisik		Aktivitas sehari-hari	Pengennya lansia itu badannya bersih. Jadi kalau pas ada tamu yang datang itu ... disini kelihatannya lansianya bersih, terawat kan enak mbak liatnya.					√							
				Medis	kalau bisa tidak sakit-sakitan, supaya tidak minum banyak obat					√							
					pengennya mbahe yang sakit itu nurut minum obatnya dan teratur minum obatnya					√							
					Gak bandel kalau minum obat					√							
					Mendapatkan pelayanan kesehatan yang bagus	√											
				Sakit/ketidakhayalannya	Saya pengennya itu meskipun mbah pikun juga harus diperlakukan sama dengan mbah yang masih normal. Jadi kalau misalnya mbah pikunnya punya penyakit, jangan di beri makanan yang bisa memicu penyakitnya itu kambuh gitu lho mbk.										√		
					Yang kedua jangan diberi sakit yang berkepanjangan										√		
					kesehatannya itu dipertahankan, biar mereka gak sakit-sakitan. Walaupun pikun itu sehat badannya.												√
				Tidur dan istirahat	Mereka bisa teratur tidurnya	√											
					Istirahat yang cukup biar gak gampang sakit					√							
					jadwal tidurnya, atau jadwal istirahat waktu siang.. pengennya mereka bener-bener istirahat. Jadi badannya bisa seger.						√						
		Aspek psikologis		Meninggal dengan tenang	Ya kalau pun mereka nanti di panggil oleh tuhan, semoga jangan sakit-sakitan mbak.	√											

					Harapan nya kalau mereka meninggal , bisa meninggal dengan tenang dan gak sakit yang lama.	√											
					Meninggal dengan tenang, dan meninggal bukan karena sakit yang lama dan bukan karena jatuh.		√										
					Mereka bisa meninggal dengan tenang, paling tidak ada keluarga mereka yang menunggu			√									
					Kalau pun mereka meninggal supaya gak pakai sakit- sakitan. Kasihan mbak, kalau seperti itu.				√								
					Kalau keinginan saya sich untuk ibu- ibu kami yang ada disini . ya menginginkan ibu- ibu disini apabila memang sudah waktu nya dipanggil oleh yang maha kuasa ya tentunya minta yang khusnul kotima yach mbk itu yang pertama.								√				
					Trus untuk pengisian siraman rohani itu sangat perlu lah bagi ibu- ibu yang masih sehat betul. Ya untuk kesiapan belaiu beliau itu. Pada saat nanti nya beliau saat di panggil oleh yang maha kuasa.								√				
					Kalaupun mbah nya meninggal, harapan nya meninggal dengan tenang											√	
				Senang/ bahagia	Harapan nya mereka disini bisa senang, sampai nanti mereka kembali menghadap tuhan.												√
					menginginkan lansia yang di masa akhir nya itu posisi nya harus happy yach mbk								√				
		Aspek dukungan social			keluarga nya ya sering lah menjeguk			√									
					Anak cucu nya datang kesini untuk melihat				√								
		Aspek lingkungan		Aktif dalam Kegiatan	... lebih kooperatif untuk ikut main di aula. Paling tidak juga akrab dengan lansia yang lain nya lah mbak. Karena banyak lansia demensia itu banyak yang gak mau ikut kegiatan.		√										
					Ikut kegiatan di aula , biar gak diem aja			√									
					Kalau ada acara dip anti , penegn nya saya itu...											√	

				mereka ikut kegiatan nya.														√	
				Walaupun gak semua kegiatan dip anti ini di ikuti, paling tidak setiap hari ada satu kegiatan yang mereka ikuti.															
	Fasilitas panti		Perlengkap an kamar	fasilitas nya lebih ditingkatkan	√														
				Ada kalender, jam dinding di masing- masing kamar. Supaya mereka juga tau hari, dan waktu	√														
				Kasur, bantal, guling itu mungkin di jemur setiap 2 minggu sekali, biar gak pesing dan bau.			√												
			Gedung/ bangunan	Kamar mandi nya kalau bisa, agak dibesarin lagi.karena yang sekarang kurang besar.				√											
				kamar mandi panti kok yach terlalu kecil bagi saya. Jadi kalau ada ibu penghuni yang jatuh di kamar mandi dan di dalam itu sulit untuk keluar. Sulit untuk nolong...														√	
			Sumber daya	tenaga kerja nya lebih ditambah... terutama orang belakang itu mbak. Karena kurang orang.	√														
				Orang belakang.. yang bagian mandiin, bersih- bersih, an masak itu supaya di tambah mbak	√														
				Tenaga di belakang kurang mbak, pengen nya di tambah.			√												
				ditambah pegawai untuk yang belakang mbk... selama ini kami kerepotan mbk yang dibelakang. Yang di urusin banyak... tapi tenaga yang dibelakang Cuma sedikit saja. Kadang- kadang kalau pas repot banget gitu kerasa mbk				√											
				Mudah- mudahan kedepan ini semakin bisa professional . tenaga- tenaga dip anti ini lebih professional sesuai dengan disiplin ilmu.														√	
				Pengen nya tenaga kesehatan nya itu perawat, ya minimal lulusan d3 lah mbak.														√	
				Tenaga belakang nya perlu di tamabh dan tenaga															√

					kesehatan itu mbak.. kalau bisa yang perawat.															
	Layanan kesehatan	Panti		Tenaga kesehatan	disini itu tenaga nya kurang untuk bagian kebersihan, semrawut gitu mbak. Pengen nya saya jam segini memanadikan ,, siapa aja yang bertugas... trus siapa saja yang harus di mandikan itu ada daftar nya. Jadi semua nya itu bisa terpantau dengan baik mbbak.			√	√	√	√									
					ada dokter atau perawat yang tinggal disini, jadi kalau ada apa- apa penangan nya cepat														√	
					pengen nya ada perawat yang kerja disini dan tinggal disini														√	
					Ada dokter yang jaga di sini mbak.	√	√												√	
		Luar panti		Tenaga kesehatan	harapan nya ada tenaga kesehatan entah itu dokter atau perawat yang mengadakan baksos atau kegiatan pemeriksaan kesehatan ke panti ini														√	
				Pemerintah	Dari kemensos, supaya bantuan nya selalu lancar mbak														√	
				Rumah sakit	Dari rumah sakit, Sejauh ini kami masih kerja sama dengan dr.XXX , jadi ada dokter psikiatri yang selalu datang kesini. Kalau bisa ya kerja sama itu dipertahankan sampai nanti.														√	
				Puskesmas	puskesmas itu... supaya setiap bulan, atau paling gak dua bulan seklai kesini lah mbak, tidak seperti sekarang ini empat sampai lima bulan sekali datang kesini														√	
					Ya dari berbagai pihak pemerintah terutama di bidang kesehatan. Supaya ada yang kesini seperti puskesmas atau sarana kesehatan yang lain															√
	Kesejahteraan caregiver			Gaji	disni kerja serabutan .. apa- apa harus saya mbk. Pengen lah mbk ditambah sedikit gaji saya dari pihak panti .	√	√	√	√											
					Pengen nya gaji nya naik lah mbak, itu kalau liat yang kerja di luar tempat ini dan pekerjaan yang di		√													

					lakukan sekarang													
					pengen nya naik karena pekerjaan yang syaa lakukan banyak.								√					
					kalau liat pekerjaan yang terlalu bnyak gak sebanding dengan apa yang sudah saya terima.								√					
					Kalau masalah gaji itu kurang lah mbk.								√					
					gaji minim trus bonus- bonus trus pemberian-pemberian itu nggak ada dari yayasan.													√
				Kesehatan	Ya kalau bisa , kalau sakit itu di tanggung semua lah mbak.								√	√				√
					Memperhatikan kesehatan karyawanlah mbak.	√	√	√	√							√		√
					Ya mungkin berapa bulan sekali di cek kesehatan mbak.								√			√		√

Lampiran 14 Gambar Penelitian



