

# Studi determinan caregiver terhadap kualitas hidup penderita demensia

## Caregiver determinant study on the quality of life of people with dementia

Resa Budi Deskianditya\*, Astuti\*\*, Yudiyanta\*\*

\*KSM Saraf, Rumah Sakit Orthopaedi Purwokerto, Banyumas

\*\*Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

---

### ABSTRACT

---

*Keywords:*  
dementia,  
caregiver,  
quality of life

*Dementia is a chronic degenerative disease with poor prognosis and depends on caregivers. The goal of dementia care is to improve or maintain their quality of life (QoL). Caregiver's role is very important, because it can affect the frequency and type of therapy. Long-term cognitive and physical disability in people with dementia also increase the burden on caregiver. This study aims to assess the determinants of caregivers which may affect the QoL of people with dementia. This was a cross-sectional study. Subjects were dementia patients at the Memory Clinic of RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Subjects and caregivers were interviewed to fill in the questionnaire data, Dementia Quality of Life (DEMQOL), Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI), and Geriatric Depression Scale (GDS). Analysis was performed using Pearson/Mann-Whitney/T test, followed by linear regression tests.*

*Seventy six people with dementia included in this study, with majority diagnosis was vascular dementia (53.9%), and the average DEMQOL Career score was  $80.58 \pm 17.62$  and  $81.82 \pm 20.80$  for DEMQOL Proxy. Bivariate correlation test showed a significant relationship between caregiver age, gender, family relationship, burden (ZBI), and depression (GDS) with the QoL people with dementia ( $p < 0.05$ ). In the multivariate analysis, the caregiver's age was related to the QoL of people with dementia based on the DEMQOL career ( $\beta = 0.270$ ;  $p = 0.001$ ) and DEMQOL proxy ( $\beta = 0.271$ ;  $p = 0.001$ ) and caregiver burden related to the QoL of dementia patients based on DEMQOL career ( $\beta = -0.629$ ;  $p = 0.000$ ) and DEMQOL proxy ( $\beta = -0.661$ ;  $p = 0.000$ ).*

*In conclusion, caregiver's burden and caregiver's age were significantly related to the QoL of people with dementia.*

---

### ABSTRAK

*Kata kunci:*  
demensia,  
caregiver,  
kualitas hidup

*Demensia adalah penyakit degeneratif yang bersifat kronis, memiliki prognosis buruk karena bersifat progresif sehingga akan sangat bergantung pada caregiver. Tujuan perawatan demensia adalah meningkatkan atau mempertahankan kualitas hidup penderitanya. Peran caregiver sangat penting karena dapat mempengaruhi frekuensi dan tipe terapi, selain itu adanya disabilitas kognitif dan fisik jangka panjang pada penderita demensia juga meningkatkan beban pada caregiver. Penelitian ini bertujuan untuk menilai determinan caregiver yang berhubungan terhadap kualitas hidup penderita demensia.*

*Penelitian ini merupakan penelitian cross sectional, dengan subjek penderita demensia rawat jalan di Klinik Memori RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi. Wawancara dilakukan kepada penderita dan caregiver untuk pengisian data kuisisioner, Dementia Quality of Life (DEMQOL), Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI), dan Geriatric Depression Scale (GDS). Analisis dilakukan dengan uji Pearson/Mann-Whitney/T test, dilanjutkan dengan uji regresi linier.*

*Didapatkan 76 penderita demensia, mayoritas adalah demensia vaskular (53,9%) dengan rerata nilai DEMQOL Career adalah  $80,58 \pm 17,62$  dan DEMQOL Proxy adalah  $81,82 \pm 20,80$ . Hasil uji korelasi bivariat menunjukkan hubungan signifikan antara usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, beban (ZBI), dan depresi (GDS) pada caregiver dengan kualitas hidup penderita demensia ( $p < 0,05$ ). Pada uji multivariat, usia caregiver berhubungan dengan kualitas hidup penderita demensia berdasar DEMQOL career ( $\beta = 0,270$ ;  $p = 0,001$ ) dan DEMQOL proxy ( $\beta = 0,271$ ;  $p = 0,001$ ) serta beban caregiver berhubungan dengan kualitas hidup penderita demensia berdasar DEMQOL career ( $\beta = -0,629$ ;  $p = 0,000$ ) dan DEMQOL proxy ( $\beta = -0,661$ ;  $p = 0,000$ ). Simpulan penelitian ini adalah determinan caregiver yang berhubungan bermakna dengan kualitas hidup penderita demensia adalah beban caregiver dan usia caregiver.*

---

*Correspondence:*  
deskianditya@gmail.com

## PENDAHULUAN

Demensia adalah penyakit degeneratif yang bersifat kronis dan dibutuhkan perawatan jangka panjang karena adanya keterbatasan fisik dan kognitif pada penderitanya.<sup>1</sup> Penderita demensia akan memiliki prognosis yang buruk karena akan mengalami progresivitas dalam penurunan daya ingat, disorientasi, kesulitan untuk mempelajari hal baru, mengalami keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari dan hubungan sosial, hingga akhirnya muncul gejala gangguan perilaku pada tahap lanjut dari penyakit demensia. Oleh karena itu, penderita demensia akan sangat bergantung pada *caregiver*.<sup>2</sup>

Progresivitas penyakit demensia akan menyebabkan penurunan kualitas hidup penderitanya.<sup>1</sup> Kualitas hidup dianggap sebagai sebuah indikator efektivitas intervensi psikososial dan farmakologis pada penderita demensia.<sup>3</sup> Untuk dapat mencapai keberhasilan dalam usaha meningkatkan kualitas hidup penderita demensia melalui berbagai intervensi, maka diperlukan identifikasi mengenai faktor-faktor yang berpengaruh (determinan) terhadap kualitas hidup penderita.<sup>4</sup>

Hingga saat ini belum terdapat suatu konsensus mengenai determinan kualitas hidup penderita demensia.<sup>5</sup> Berbagai studi terdahulu mengenai faktor determinan kualitas hidup masih menjadi diskusi dan perdebatan mengenai validitas dan kemanfaatannya.<sup>6</sup> Studi oleh Raggi *et al.*,<sup>7</sup> menyebutkan terdapat tiga determinan kualitas hidup demensia, yaitu kondisi penderita demensia, *caregiver*, dan pelayanan medis profesional.

Peran *caregiver* sangat penting dalam perawatan penderita demensia.<sup>2</sup> Karena mayoritas penderita demensia tetap tinggal di rumahnya masing-masing.<sup>8</sup> *Caregiver* dapat mempengaruhi perubahan yang penting dalam kehidupan penderita, serta mempengaruhi frekuensi dan tipe terapi yang akan diterima oleh penderita demensia.<sup>2</sup> *Caregiver* demensia menghadapi tantangan yang unik dalam menyediakan perawatan karena adanya disabilitas pada fungsi kognitif dan disabilitas fisik yang diderita oleh penderitanya. Tantangan lainnya yang juga harus dihadapi oleh *caregiver* demensia adalah durasi perawatan penderita demensia yang memakan waktu jangka panjang.<sup>9</sup> *Caregiver* demensia memiliki beban tanggung jawab yang sangat besar, dalam membantu penderita demensia dalam aktivitas sehari-hari.<sup>8</sup> Sepanjang pengetahuan penulis, sudah banyak studi yang meneliti mengenai determinan kualitas hidup penderita demensia, tetapi hingga saat ini belum terdapat penelitian mengenai karakteristik *caregiver* yang dapat memperbaiki luaran demensia. Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui determinan *caregiver* yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup pada penderita demensia.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional, menggunakan desain potong lintang untuk mencari determinan *caregiver* yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup pada penderita demensia. Variabel bebas adalah beberapa karakteristik *caregiver* berupa usia, jenis kelamin, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan, hubungan keluarga, pelatihan, beban, dan depresi. Variabel tergantung adalah kualitas hidup penderita demensia.

Subjek pada penelitian ini adalah penderita demensia yang menjalani rawat jalan di Klinik Memori RSUP Dr. Sardjito yang memenuhi kriteria inklusi berupa pasien dengan diagnosis demensia, nilai *Mini-Mental State Examination* (MMSE)  $\geq 10$ , terdapat *caregiver* yang melakukan perawatan sehari-hari saat pengambilan data, dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi adalah penderita demensia yang mendapat terapi psikotropika dalam 1 bulan sebelumnya, gangguan komunikasi berat, dan penderita demensia yang tidak kontrol rutin dalam 3 bulan terakhir. Subjek yang memenuhi kriteria di atas, kemudian dilakukan pencatatan data kuisioner dengan melakukan wawancara kepada penderita dan *caregiver* berupa data diagnosis, jenis kelamin, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan, hubungan keluarga, dan pelatihan *caregiver*.

*Caregiver* yang menjadi subjek penilaian adalah orang yang menghabiskan waktu paling lama bersama dengan penderita demensia, yang memberikan dukungan fisik dan mental kepada penderita, yang paling banyak membantu penderita demensia menjalani aktivitas dasar sehari-hari, serta yang paling memahami mengenai kondisi penderita demensia saat ini.<sup>10</sup> Beban pada *caregiver* diukur menggunakan alat ukur *Zarit Caregiver Burden Interview* (ZBI) *Scale* berbahasa Indonesia yang memiliki konsistensi internal yang tinggi dan uji reliabilitas yang baik.<sup>11</sup> Terdiri dari 22 item pertanyaan dengan nilai ZBI bervariasi antara 0 hingga 88 dengan skor yang lebih tinggi mengindikasikan beban yang lebih berat.<sup>11</sup> Depresi pada *caregiver* diukur menggunakan alat ukur *Geriatric Depression Scale* (GDS) versi pendek berbahasa Indonesia, dengan nilai yang lebih tinggi menunjukkan tingkatan depresi yang lebih tinggi.<sup>12</sup> Alat ukur ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan nilai sensitivitas 84% dan spesifitas 95% dan nilai reliabilitas 0,817 yang menunjukkan nilai baik.<sup>13</sup>

Kualitas hidup penderita demensia diukur menggunakan alat ukur *Dementia Quality of Life* (DEMQOL) yang terdiri dari 2 kuisioner, yaitu DEMQOL *career* yaitu penderita menilai kualitas hidupnya sendiri, dan DEMQOL *proxy*, *caregiver* menilai kualitas hidup penderita demensia. Nilai DEMQOL yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik.<sup>14</sup> DEMQOL versi bahasa Inggris

menunjukkan reliabilitas yang tinggi (konsistensi internal dan *test-retest*) dan memiliki validitas sedang pada pasien dengan demensia ringan atau sedang. DEMQOL *proxy* menunjukkan penerimaan yang baik dan konsistensi internal serta validitas sedang pada pasien demensia ringan, sedang, dan berat.<sup>14</sup> DEMQOL versi bahasa Indonesia telah dilakukan uji reliabilitas yang menunjukkan hasil yang baik untuk menilai kualitas hidup penderita demensia pada praktik klinis.<sup>15</sup>

Penelitian ini telah mendapat rekomendasi dari Komite Etik Penelitian pada manusia, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada dengan nomor: KE/FK/0780/EC/2018.

Analisis data dan perhitungan statistik dilakukan menggunakan program komputer yang sesuai. Data variabel usia, beban, dan depresi merupakan data numerik, sedangkan jenis kelamin, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan, hubungan keluarga, dan pelatihan merupakan data nominal. Analisis data bivariat pada penelitian ini menggunakan uji korelasi Pearson/Mann-Whitney/T-*test* untuk dengan interval kepercayaan (CI) sebesar 95%. Setelah dilakukan analisis bivariat, maka dilanjutkan dengan analisis multivariat dengan regresi linier untuk menilai korelasi beberapa variabel bebas terhadap variabel tergantung.

## HASIL

Diperoleh 84 penderita demensia yang memenuhi kriteria inklusi, 8 penderita dieksklusi karena memiliki gangguan komunikasi (5) dan menggunakan obat-obatan psikotropika (3). Total 76 penderita demensia menjadi subjek penelitian ini. Pada karakteristik subjek (tabel 1), didapatkan bahwa 27,6% subjek memiliki diagnosis demensia Alzheimer, 53,9% adalah demensia vaskular, 11,8% adalah demensia tipe campuran, dan 6,6% terdiagnosis sebagai demensia tipe lainnya. Nilai rata-rata DEMQOL *career* pada penelitian ini adalah  $80,58 \pm 17,62$  dan DEMQOL *proxy* adalah  $81,82 \pm 20,80$ .

Karakteristik *caregiver* berdasarkan nilai median usia *caregiver* pada penelitian ini adalah 60, 81,6% tidak memiliki kesulitan ekonomi, 64,8% memiliki tingkat pendidikan >SMA, mayoritas *caregiver* (64,5%) merupakan pasangan dari penderita (suami/isteri) dan 81,6% *caregiver* tidak pernah mengikuti pelatihan *caregiver*. Nilai median beban adalah 18 dan median depresi adalah 1.

Dari hasil analisis bivariat (tabel 2), didapatkan bahwa kualitas hidup berhubungan bermakna dengan usia *caregiver* berdasarkan nilai DEMQOL *career* ( $r = 0,408$ ;  $p = 0,000$ ) dan DEMQOL *proxy* ( $r = 0,416$ ;  $p = 0,000$ ), dengan arah korelasi positif yang menunjukkan semakin tinggi usia *caregiver* maka akan semakin tinggi

Tabel 1. Karakteristik dasar subjek

Variabel	Jumlah	Persentase (%)	Median (Min-Maks)	Rerata (SD)
Diagnosis				
Demensia Alzheimer	21	27,6		
Demensia vaskular	41	53,9		
Demensia tipe campuran	9	11,8		
Demensia lainnya	5	6,6		
Kualitas hidup				
DEMQOL <i>Career</i>				$80,58 \pm 17,62$
DEMQOL <i>Proxy</i>				$81,82 \pm 20,80$
Jenis kelamin				
Perempuan	51	67,1		
Laki-laki	25	32,9		
Tingkat pendapatan				
Tidak memiliki kesulitan	62	81,6		
Kesulitan ekonomi	14	18,4		
Tingkat pendidikan				
> SMA	52	68,4		
≤ SMA	24	31,6		
Hubungan keluarga				
Pasangan	49	64,5		
Anak	20	26,3		
Keluarga lain	3	3,9		
Bukan keluarga	4	5,3		
Pelatihan				
Pernah	14	18,4		
Tidak pernah	62	81,6		
Usia			60 (21-83)	
Beban (ZBI)			18 (0-89)	
Depresi (GDS)			1 (0-12)	

kualitas hidup berdasarkan nilai DEMQOL *career* ( $R^2 = 0,167$ ) dan DEMQOL *proxy* ( $R^2 = 0,173$ ). Analisis lebih lanjut terhadap faktor usia dilakukan dengan melihat rerata nilai DEMQOL berdasarkan dekade kelompok usia *caregiver*. Pada analisis *post-hoc* didapatkan perbedaan bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ ) nilai rerata kualitas hidup antara kelompok usia 60-69 tahun dibanding kelompok usia yang lebih muda, sehingga dapat disimpulkan bahwa usia *caregiver* terbaik untuk meningkatkan kualitas hidup penderita demensia adalah usia 60-69 tahun.

Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara beban *caregiver* (ZBI) dengan kualitas hidup penderita yang dinilai menggunakan DEMQOL *career* ( $r = -0,688$ ;  $p = 0,000$ ) maupun DEMQOL *proxy* ( $r = -0,720$ ;  $p = 0,000$ ) (tabel 2), dengan korelasi arah negatif yang menunjukkan semakin rendah nilai ZBI *caregiver* yang menunjukkan semakin rendah beban yang dimiliki *caregiver* maka akan semakin tinggi nilai kualitas hidup berdasarkan nilai DEMQOL *career* ( $R^2 = 0,473$ ) dan DEMQOL *proxy* ( $R^2 = 0,518$ ). Terdapat juga hubungan yang bermakna secara statistik antara depresi pada *caregiver* yang dinilai menggunakan GDS

Tabel 2. Analisis bivariat korelasi variabel numerik *caregiver* terhadap kualitas hidup penderita demensia

Variabel	DEMQOL <i>career</i>		DEMQOL <i>proxy</i>	
	r	p	r	p
Usia	0,408	0,000*	0,416	0,000*
Beban (ZBI)	-0,688	0,000*	-0,720	0,000*
Depresi (GDS)	-0,435	0,000*	-0,387	0,001*

Keterangan: \*bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ ), ZBI = *Zarit Caregiver Burden Interview*, GDS = *Geriatric Depression Scale*

dengan kualitas hidup berdasarkan DEMQOL *career* ( $r = -0,435$ ;  $p = 0,000$ ) maupun DEMQOL *proxy* ( $r = -0,387$ ;  $p = 0,001$ ) (tabel 2), dengan arah korelasi negatif yang menunjukkan semakin rendah depresi berdasarkan nilai GDS *caregiver* maka akan semakin tinggi kualitas hidup penderita berdasarkan nilai DEMQOL *career* ( $R^2 = 0,189$ ) dan DEMQOL *proxy* ( $R^2 = 0,150$ ).

Terdapat perbedaan bermakna nilai rerata kualitas hidup berdasarkan nilai DEMQOL *career* dengan jenis kelamin *caregiver* ( $p = 0,031$ ) dan hubungan keluarga dengan nilai kualitas hidup berdasarkan DEMQOL *proxy* ( $p = 0,041$ ) (tabel 3).

Dari hasil analisis multivariat didapatkan 2 variabel yang secara statistik berhubungan bermakna dengan kualitas hidup yaitu beban *caregiver* ( $\beta = -0,629$ ;  $p = 0,000$  untuk DEMQOL *career* dan  $\beta = 0,166$ ;  $p = 0,000$  untuk DEMQOL *proxy*), dan usia ( $\beta = 0,270$ ;  $p = 0,001$  untuk DEMQOL *career* dan  $\beta = 0,271$ ;  $p = 0,001$  untuk DEMQOL *proxy*) (tabel 4).

Tabel 4. Analisis multivariat determinan *caregiver* terhadap kualitas hidup penderita demensia

Variabel	DEMQOL <i>career</i>		DEMQOL <i>proxy</i>	
	Beta	p	Beta	p
Usia	0,270	0,001*	0,271	0,001*
Jenis kelamin	0,087	0,312	0,048	0,557
Hubungan keluarga			-0,139	0,190
Pendapatan	0,054	0,543	0,000	0,998
Pelatihan	-0,037	0,662	-0,025	0,726
Beban <i>caregiver</i> (ZBI)	-0,629	0,000*	-0,661	0,000*
Depresi (GDS)	-0,095	0,332	0,022	0,816

Keterangan: \*bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ )

Tabel 3. Analisis bivariat komparatif variabel nominal *caregiver* terhadap kualitas hidup penderita demensia

Variabel	DEMQOL <i>career</i>		DEMQOL <i>proxy</i>	
	Rerata	p (95%CI)	Rerata	p (95%CI)
Jenis kelamin				
Laki-laki	75,00	0,031*	75,96	0,086
Perempuan	83,31		84,69	(-18,71- -1,26)
Tingkat pendapatan				
Tidak memiliki kesulitan	81,74	0,228	83,74	0,089
Kesulitan ekonomi	75,42	(-4,04-16,67)	73,29	(-1,65-22,56)
Tingkat pendidikan				
>SMA	80,69	0,935	81,92	0,948
≤SMA	80,33	(-8,36-9,09)	81,58	(-9,96-10,64)
Hubungan keluarga				
Pasangan	84,29	0,101	86,76	0,041*
Anak	73,95		71,90	
Keluarga lain	75,67		78,67	
Bukan keluarga	72,00		81,82	
Pelatihan				
Pernah	86,71	0,095	88,79	0,167
Tidak pernah	79,19		80,24	(-3,64-20,73)

Keterangan: \*bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ )



## PEMBAHASAN

Hasil analisis multivariat membuktikan adanya hubungan bermakna antara beban yang dirasakan oleh *caregiver* dengan kualitas hidup penderita, dengan arah korelasi negatif yang berarti semakin tinggi beban yang dirasakan akan semakin rendah kualitas hidup penderita demensia. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Andrieu *et al.*,<sup>1</sup> yang menunjukkan beban yang dimiliki *caregiver* secara independen berhubungan dengan kualitas hidup penderita demensia yang lebih rendah. Beberapa studi pendahulu telah menunjukkan hasil yang konsisten dengan hasil penelitian ini. Bahkan beberapa literatur sudah mempelajari mengenai intervensi dan pelatihan kepada *caregiver* untuk mengatur tingkat beban dan stres yang dialaminya.<sup>12</sup> Diharapkan dengan kemampuan mengatasi tingkat beban pada *caregiver* maka akan memperbaiki bukan hanya kualitas hidup *caregiver*, tetapi juga kualitas hidup penderita demensia.<sup>1</sup>

Usia *caregiver* juga berhubungan bermakna dengan kualitas hidup penderita demensia pada penelitian ini. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh yang mendapatkan hubungan bermakna antara usia *caregiver* yang lebih tua dengan kualitas hidup penderita demensia yang lebih baik. Usia yang lebih tua dianggap memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik untuk menangani penderita karena memiliki pengalaman yang lebih serta lebih dapat menerima kondisi penderita demensia.<sup>16</sup> *Caregiver* yang lebih muda dianggap akan mengalami beban yang lebih berat ketika melakukan perawatan terhadap penderita demensia.<sup>17</sup> Orang tua dianggap memiliki tuntutan yang lebih rendah dibanding usia dewasa lainnya dan orang tua dianggap lebih memberikan keuntungan untuk menjadi *caregiver*.<sup>18</sup> Tingkat stres juga dapat berkurang dengan bertambahnya usia dan risiko yang lebih rendah untuk mengalami kegelisahan serta kecemasan dibanding usia muda. Selain itu, *caregiver* dengan usia yang lebih muda dianggap memiliki beban yang lebih berat dibanding usia lanjut.<sup>16</sup>

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini menunjukkan adanya hubungan bermakna antara jenis kelamin *caregiver* dengan penilaian kualitas hidup oleh penderita demensia. *Caregiver* laki-laki lebih merasakan beban dalam hal hubungan sosial, perasaan inkompetensi, dan dependensi. Hal ini diperkirakan karena adanya keterbatasan waktu yang dimiliki oleh *caregiver* laki-laki untuk berinteraksi dengan penderita demensia karena tanggung jawabnya dalam bekerja dan memberi nafkah.<sup>19</sup> Dibandingkan dengan laki-laki, *caregiver* perempuan mengalokasikan waktu 50% lebih banyak untuk memberikan perawatan.<sup>20</sup> Alasan ini pula yang menyebabkan jenis kelamin hanya berhubungan bermakna pada kualitas hidup yang dinilai oleh pasien sendiri (*career*), tetapi tidak bermakna pada penilaian

berdasarkan *caregiver* (*proxy*). Selain itu, perempuan juga umumnya mengambil tanggung jawab yang lebih banyak dalam memberikan perawatan pada keluarga, sesuai dengan pandangan kebudayaan yang diterima oleh masyarakat. Perempuan dinilai lebih sesuai sebagai *caregiver* dibanding pria.<sup>21</sup>

Faktor sosial ekonomi berupa tingkat pendapatan dan tingkat pendidikan pada penelitian ini tidak terbukti berhubungan bermakna dengan kualitas hidup penderita. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya oleh Chen *et al.*,<sup>22</sup> yang menyebutkan bahwa faktor sosial ekonomi seperti tingkat pendapatan dan tingkat pendidikan berhubungan bermakna dengan kualitas hidup penderita demensia. Perbedaan ini diperkirakan karena adanya perbedaan populasi yang digunakan dalam penelitian ini dibanding penelitian oleh Chen *et al.*<sup>22</sup> Studi oleh Chen *et al.*,<sup>22</sup> menggunakan populasi berbasis masyarakat, sedangkan penelitian ini menggunakan populasi berbasis rumah sakit yang dianggap lebih homogen dalam hal sosio-ekonomi. Mayoritas *caregiver* demensia yang tidak membawa berobat anggota keluarganya yang menderita demensia ke rumah sakit memiliki tingkat pendapatan yang lebih rendah, tingkat pendidikan yang lebih rendah, kelas pekerjaan yang lebih rendah, dan hidup di daerah pedesaan.<sup>22</sup>

Hubungan keluarga pada penelitian ini dinilai bermakna dalam mempengaruhi kualitas hidup penderita demensia berdasarkan penilaian oleh *caregiver*, tetapi tidak berhubungan berdasarkan penilaian oleh penderita sendiri. Hipotesis yang dapat menjelaskan perbedaan ini adalah bahwa penilaian kualitas hidup yang dilakukan oleh selain penderita sendiri akan memiliki beberapa bias yang melekat dengannya. Baik atau tidak kualitas hidup penderita diukur berdasarkan perspektif dan interpretasi melalui observasi yang tentu sangat dipengaruhi oleh hubungan antara penilai dan yang dinilai.<sup>23,24</sup> *Caregiver* memiliki kecenderungan untuk mempertimbangkan faktor seperti hubungan keluarga, pernikahan, tempat tinggal (apakah anggota keluarga tinggal dalam satu rumah), dan hal-hal tersebut dinilai memberikan dampak yang lebih baik pada anggota keluarga lain termasuk yang menderita demensia.<sup>25</sup>

Pelatihan *caregiver* pada penelitian ini tidak terbukti berhubungan bermakna dengan kualitas hidup penderita demensia. Hal ini sesuai dengan sebuah studi metaanalisis yang menyebutkan bahwa terdapat bukti yang lemah bahwa intervensi dan dukungan berupa pelatihan kepada *caregiver* memberikan manfaat untuk perbaikan kualitas hidup penderita demensia. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, di antaranya adalah bahwa intervensi psikososial secara umum menunjukkan hambatan yang besar, isi dan pelaksanaan intervensi psikososial harus bersifat subjektif dan multiinterpretasi.<sup>26</sup> Alasan berikutnya adalah durasi dan intensitas yang sangat

bervariasi diantara berbagai program pelatihan, dan yang terakhir adalah belum adanya konsesus mengenai kerangka teori mengenai pelatihan terhadap *family caregiver*.<sup>26</sup>

Karakteristik diagnosis demensia pada penelitian ini berbeda dengan studi sebelumnya yang dilakukan oleh Aguirre *et al.*,<sup>27</sup> yang menyebutkan bahwa mayoritas demensia adalah Alzheimer (34,2 %), diikuti oleh demensia vaskuler (25%), dan 8,5% adalah demensia tipe lainnya. Di negara-negara Barat proporsi demensia Alzheimer mencapai 60% dan demensia vaskular 20%.<sup>28</sup> Namun demikian, sebuah studi di Swedia menunjukkan prevalensi yang serupa dengan penelitian ini, yaitu prevalensi demensia vaskular lebih banyak dibanding demensia Alzheimer.<sup>29</sup> Hal ini diperkirakan karena adanya perbedaan paparan faktor risiko serebrovaskular berupa hipertensi, merokok, obesitas, dan diabetes melitus. Perbedaan paparan inilah yang membuat pasien memeriksakan diri ke rumah sakit.<sup>28</sup> Oleh karena perbedaan paparan faktor risiko tersebut, pada penelitian yang dilakukan berbasis rumah sakit seperti pada penelitian ini menyebabkan prevalensi demensia vaskular lebih banyak dibanding demensia Alzheimer.

## SIMPULAN

Beban *caregiver* dan usia *caregiver* merupakan determinan *caregiver* yang berhubungan bermakna dengan kualitas hidup penderita demensia. Beban *caregiver* berbanding terbalik dengan kualitas hidup penderita demensia, sedangkan usia *caregiver* berbanding lurus dengan kualitas hidup penderita demensia.

## KETERBATASAN

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan adalah tidak dapat menunjukkan hubungan sebab akibat secara langsung, populasi hanya terbatas pada penderita demensia ringan-sedang yang berobat ke rumah sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Andrieu S, Coley N, Rolland Y, Cantet C, Arnaud C, Guyonnet S, et al. Assessing Alzheimer's disease patients' quality of life: discrepancies between patient and caregiver perspectives. *Alzheimer's & Dementia*. 2016;12(4):427-437.
2. Koca E, Taskapilioglu O, Bakar M. Caregiver burden in different stages of alzheimer's disease. *Archives of Neuropsychiatry*. 2017;54:82-86.
3. Sousa MFB, Santos RL, Arcoverde C, Simoes P, Belfort T, Adler I, et al. Quality of life in dementia: the role of non-cognitive factors in the ratings of people with dementia and family caregivers. *International Psychogeriatrics*. 2013;25(7):1097-1105.
4. Jing W, Willis R, Feng Z. Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2016;66:23-41.
5. Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Hamers JP. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(9):1259-1270.
6. Woods RT, Nelis SM, Martyr A, Roberts J, Whitaker CJ, Markova I, et al. What contributes to a good quality of life in early dementia? Awareness and the QoL-AD: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12(1):94.
7. Raggi A, Corso B, Minicuci N, Quintas R, Sattin D, De Torres L, et al. Determinants of quality of life in ageing populations: Results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159293.
8. Dreier A, Thyrian JR, Eichler T, Hoffmann W. Qualifications for nurses for the care of patients with dementia and support to their caregivers: a pilot evaluation of the dementia care management curriculum. *Nurse Education Today*. 2016;36:310-317.
9. Zhu CW, Scarmeas N, Ornstein K, Albert M, Brandt J, Blacker D, et al. Health-care use and cost in dementia caregivers: longitudinal results from the Predictors Caregiver Study. *Alzheimer's & Dementia*. 2015;11(4):444-454.
10. Omranifard V, Haghighizadeh E, Akouchekian S. Depression in main caregivers of dementia patients: prevalence and predictors. *Advanced Biomedical Research*. 2018;7.
11. Brodaty H, Woodward M, Boundy K, Ames D, Balshaw R, PRIME Study Group. Prevalence and predictors of burden in caregivers of people with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014;22(8):756-765.
12. Camic PM, Williams CM, Meeten F. Does a 'Singing Together Group' improve the quality of life of people with a dementia and their carers? A pilot evaluation study. *Dementia*. 2013;12(2):157-176.
13. Nugraheni A, Sumarni DW. Pengaruh terapi tertawa terhadap depresi pada usia lanjut. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. 2006;1(2006).
14. Smith SC, Lamping DL, Banerjee S, Harwood RH, Foley B, Smith P, et al. Development of a new measure of health-related quality of life for people with dementia: DEMQOL. *Psychological Medicine*. 2007;37(5):737-746.
15. Deskianditya RB, Astuti, Dahlan P. Studi reliabilitas alat ukur demensia quality of life versi Bahasa Indonesia. In: *Proceeding Book Musyawarah Kerja Nasional dan Pertemuan Ilmiah Perdossi*. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press; 2017.
16. Chappell NL. Social determinants of health: do they apply to caregivers?. *International Journal of Health, Wellness & Society*. 2016;6(3).
17. Banerjee S, Smith SC, Lamping DL, Harwood RH, Foley B, Smith P, et al. Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2006;77(2):146-148.
18. Thoits PA. Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of health and social behavior*. 2010;51(1\_suppl):S41-S53.
19. Srivastava G, Tripathi RK, Tiwari SC, Singh B, Tripathi SM. Caregiver burden and quality of life of key caregivers of patients with dementia. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2016;38(2):133.
20. Moyser M, Burlock A. Time use: Total work burden, unpaid work, and leisure. *Women in Canada: A Gender-based Statistical Report*. 2018;30.
21. Pöysti MM, Laakkonen ML, Strandberg T, Savikko N, Tilvis RS, Eloniemi-Sulkava U, et al. Gender differences in dementia spousal caregiving. *International Journal of Alzheimer's disease*. 2012;2012.
22. Chen R, Lang L, Clifford A, Chen Y, Hu Z, Han TS. Demographic and socio-economic influences on community-based care and caregivers of people with dementia in China. *Journal of the Royal Society of Medicine Cardiovascular Disease*. 2016;5:1-15.
23. Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Ambergen AW, Leino Kilpi H, et al. Change in quality of life of people with dementia recently admitted to long term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(6):1435-1447.
24. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbæk G. Quality of life among elderly patients with dementia in institutions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2011;31(6):435-442.

25. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SC, Toyoda CY. Quality of life of elderly with alzheimer s disease: a comparative study between the patient s and the caregiver s report. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2010;18(1):26-32.
26. Schoenmakers B, Buntinx F, DeLepeleire J. Supporting the dementia family caregiver: the effect of home care intervention on general well-being. *Aging & Mental Health*. 2010;14(1):44-56.
27. Aguirre E, Hoare Z, Streater A, Spector A, Woods B, Hoe J, Orrell M. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;28(3):284-290.
28. Rizzi L, Rosset I, Roriz-Cruz M. Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer’s and Vascular Types. *BioMed Research International*. 2014;2014:908915.
29. Javanshiri K, Waldö ML, Friberg N, Sjövall F, Wickerström K, Haglund M, *et al*. Atherosclerosis, hypertension, and diabetes in Alzheimer’s disease, vascular dementia, and mixed dementia: prevalence and presentation. *Journal of Alzheimer’s Disease*. 2018;65(4):1247-1258.