

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN
DALAM PEMENUHAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)* PADA LANSIA
WANITA DI KAMPUNG KARANG WERDHA PUNTODEWO 1
KELURAHAN BUNULREJO MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Oleh:

Zakiah Hidayati

NIM. 0810720077

JURUSAN KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir yang berjudul “Hubungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan *Activity daily living* (ADL) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang”.

Banyak pihak terkait yang membantu terselesaikannya proposal tugas akhir ini. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. dr. Karyono Mintaroem, Sp,PA selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya .
2. Dr. dr. Kusworini, M.Kes, Sp,PK selaku Ketua Jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
3. dr. A. Chusnul Chuluq Ar, MPH sebagai pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyempurnaan tugas akhir ini.
4. Bapak Ns. M. Fathoni, S.Kep, MNS. sebagai pembimbing II yang dengan sabar memberikan bimbingan dan motivasi dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
5. DR. Dra. Sri Winarsih, APT, Msi, selaku Ketua Tim Tugas Akhir.
6. Segenap anggota Tim Tugas Akhir FKUB yang telah banyak memfasilitasi kelengkapan sarana penyelesaian Tugas Akhir ini.
7. Pihak pengelola Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang yang telah membantu dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.
8. Ibu dan Aba yang tercinta, serta adik dan kakakku tersayang, terima kasih atas doa dan dukungan yang selalu teriring selama pendidikan dan menyelesaikan Tugas Akhir ini.

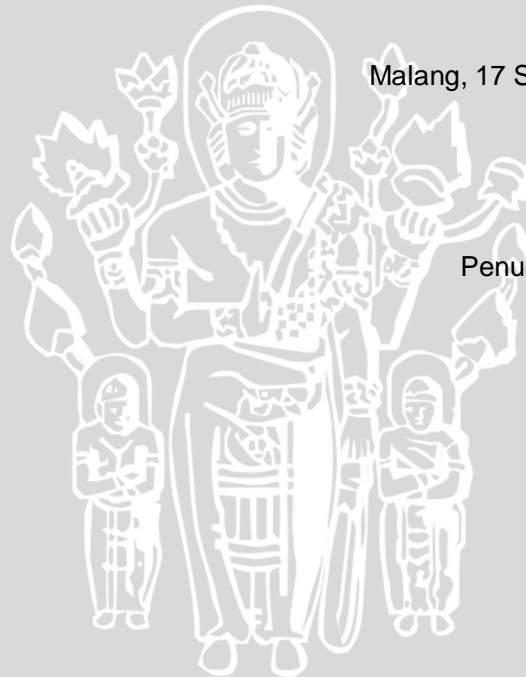
9. Sahabat dan teman – temanku angkatan 2008 yang telah memberikan semangat dan dukungannya selama ini.

10. Semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan satu persatu atas bantuan dan dukungan dalam penyelesaian Proposal Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tugas akhir ini tidak lepas dari kesalahan dan kekurangan, maka dari itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun. Akhirnya penulis berharap semoga tugas akhir ini bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan tanpa terkecuali.

Malang, 17 September 2012

Penulis



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN DALAM
PEMENUHAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PADA LANSIA WANITA DI
KAMPUNG KARANG WERDHA PUNTODEWO 1 KELURAHAN BUNULREJO
MALANG**

Oleh:

ZAKIAH HIDAYATI

NIM. 0810720077

Telah diuji pada

Hari : Senin

Tanggal : 17 September 2012

dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji I

Ns. Kumboyono, S.Kep,M.Kep,Sp.Kom

NIP.19750222 200112 1 005

Penguji II/Pembimbing I

Penguji III/Pembimbing II

Dr. A. Chusnul Chuluq Ar,MPH

Ns. M. Fathoni, S.Kep,MNS

NIP.19511019 198002 1 001

NIP. 19780220 200501 1 002

ABSTRAK

Zakiah, H. 2012. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan Activity Daily Living(ADL) di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang*. Tugas Akhir, Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. A. Chusnul Chuluq, MPH (2) Ns. M. Fathoni. S.Kep, MNS.

Kemandirian lansia dapat dilihat dari kualitas mental dan kualitas hidup yang dinilai dari kemampuan lansia dalam melakukan pemenuhan Activity Daily Living (ADL). Salah satu kriteria lansia yang mandiri adalah dapat mengaktualisasikan diri. Hal yang mempengaruhi kemandirian lansia yaitu usia, immobilitas, mudah jatuh, dukungan keluarga, dan gizi buruk. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan Activity Daily Living (ADL). Desain penelitian adalah *Cross Sectional* yang dilakukan pada lansia wanita sebanyak 49 orang. Sampel dipilih dengan cara *total sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Data penelitian dikumpulkan dengan cara wawancara. Analisa yang digunakan adalah analisa univariat dan bivariat. Analisa univariat digunakan untuk menganalisa karakteristik responden (usia, tingkat pendidikan dan pekerjaan). Sedang analisa bivariat untuk menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL). Dari analisis data menggunakan Spearman Rank didapatkan bahwa ada hubungan yang ditunjukkan melalui uji statistik *spearman rank* dengan nilai $p=0,001$ ($\alpha=0,05$) dan $r=0,472$ yang menunjukkan korelasi tingkat sedang dan arah korelasi positif. Kesimpulan dari penelitian ini adalah semakin baik dukungan keluarga, maka semakin baik juga kemandirian lansia dalam pemenuhan kebutuhan ADL. Untuk penelitian selanjutnya disarankan agar lebih memperhatikan faktor perancu lain, seperti usia, jenis kelamin, kondisi kesehatan, dan kondisi ekonomi.

Kata kunci : Dukungan Keluarga, Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan *Activity Daily Living*



ABSTRACT

Zakiah, H. 2012. *The Correlation Between Family Support With Independence in the fulfillment of Activity Daily Living (ADL) in Elderly Women at Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang*. Final Assignment, Nursing Science Department, Faculty of Medicine, University of Brawijaya. Supervisor: (1) dr. A. Chusnul Chuluq, MPH (2) Ns. M. Fathoni. S. Kep, MNS.

The independence of the elderly can be seen from the mental quality and quality of life assessed the ability of the elderly to perform fulfillment Activity Daily Living (ADL). One criterion for independent seniors who are able to express themselves. Things that affect the independence of the elderly age, immobility, easy to fall, family support, and poor nutrition. The purpose of this study was to determine the relationship of family support with independence in the fulfillment of Activity Daily Living (ADL). This research design is a cross-sectional and conducted in elderly women, the sample consist 49 people. Samples are selected by total sampling with inclusion and exclusion criteria. Data were collected by interview. The analysis is used univariate and bivariate. Univariate analysis was used to analyze the characteristics of respondents (age, education and occupation) and bivariat analysis to analyze the correlation between family support with independence in the fulfillment of Activity Daily Living (ADL). From the analysis of the data using the Spearman Rank correlation was found that there were shown through Spearman rank statistical test with $p = 0.001$ ($\alpha < 0.05$) and $r = (r = 0.472)$ indicating moderate correlation and positive correlation direction. The conclusion of this study is the better family support, the better elderly independence in ADL needs too. For further research it is suggested that more attention to other confounding factors, such as age, sex, health, and economic conditions.

Keywords: Family Support, Independence of the Elderly in the Compliance Activity Daily Living

Daftar Isi

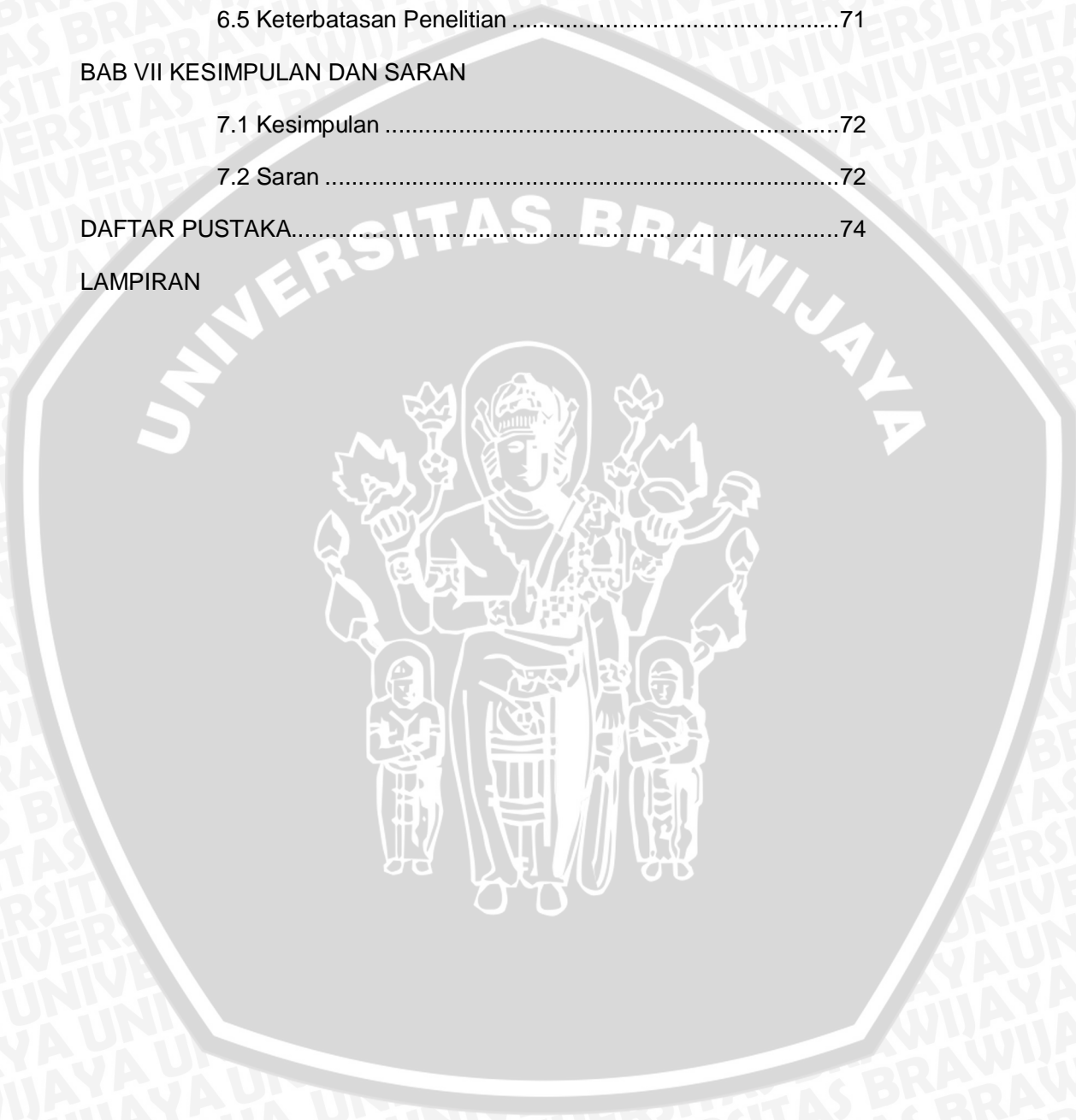
Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Kata Pengantar.....	iii
Abstrak	v
Abstract	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dukungan Keluarga	
2.1.1 Pengertian Keluarga.....	7
2.1.2 Pengertian Dukungan Keluarga.....	7
2.1.3 Fungsi Dukungan Keluarga	9
2.1.4 Sumber Dukungan Keluarga.....	10
2.1.5 Manfaat Dukungan Keluarga	11
2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga..	13
2.2 Konsep Lansia	
2.2.1 Pengertian	13
2.2.2 Batasan	14



2.2.3 Karakteristik.....	15
2.2.4 Tipe	16
2.2.5 Proses Menua	17
2.2.6 Teori Menua	18
2.2.7 Perubahan yang Terjadi pada Lansia	21
2.3 Konsep Kemandirian	
2.3.1 Pengertian.....	27
2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi	31
2.3.3 Penilaian Kemandirian Dalam <i>Activity Daily Living</i> pada Lansia.....	33
2.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan ADL pada Lansia	35
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep.....	36
3.2 Hipotesis Penelitian.....	37
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	38
4.2 Populasi, Sampel, Teknik Sampling	38
4.2.1 Populasi.....	38
4.2.2 Sampel	38
4.2.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	40
4.3 Variabel Penelitian	40
4.3.1 Variabel Independent	40
4.3.2 variabel Dependent	40
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	40
4.4.1 Lokasi Penelitian	40

4.4.2 Waktu Penelitian.....	41
4.5 Instrumen Penelitian.....	41
4.5.1 Kuisisioner	41
4.5.2 Uji Validitas dan Reabilitas	41
4.6 Definisi Operasional	44
4.7 Alur Penelitian	47
4.8 Analisa Data.....	48
4.8.1 Pre Analisa	48
4.8.2 Analisa Data	49
4.8.2.1 Univariat.....	49
4.8.2.2 Bivariat.....	51
4.9 Etika Penelitian	52
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA	
5.1 Karakteristik Responden	54
5.1.1 Berdasarkan Usia.....	54
5.1.2 Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	55
5.1.3 Berdasarkan Pekerjaan	56
5.1.4 Dukungan Keluarga.....	56
5.1.5 Kemandirian dalam Pemenuhan ADL.....	57
5.1.6 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan <i>Activity Daily Living</i> (ADL)	58
5.2 Hasil Analisa Data.....	59
BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Dukungan Keluarga	61
6.2 Kemandirian dalam Pemenuhan ADL.....	64
6.3 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian	

dalam Pemenuhan ADL.....	66
6.4 Implikasi Keperawatan	70
6.5 Keterbatasan Penelitian	71
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	72
7.2 Saran	72
DAFTAR PUSTAKA.....	74
LAMPIRAN	



Daftar Gambar

- 1. Gambar 3.1 Kerangka Konsep 35
- 2. Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia (2012) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang (n=43) 52
- 3. Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan (2012) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang (n=43) 53
- 4. Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan (2012) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang (n=43) 54



Daftar Tabel

Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	43
Tabel 5.1 Hasil Skor Dukungan Keluarga pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang (n=43).....	54
Tabel 5.2 Hasil Skor Dukungan Keluarga berdasarkan criteria pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang (n=43)	55
Tabel 5.3 Hasil Skor Kemandirian dalam Pemenuhan ADL pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang (n=43)	55
Tabel 5.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan <i>Activity Daily Living</i> (ADL) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang (n=43)	56



Daftar Lampiran

- Lampiran 1 : Pernyataan Keaslian Tulisan
- Lampiran 2 : Penjelasan Mengikuti Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Kuesioner
- Lampiran 4 : Data Demografi Responden dan Hasil Penelitian
- Lampiran 5 : Tabel Uji Validitas dan Reabilitas
- Lampiran 6 : Tabel Korelasi
- Lampiran 7 : Lembar Etik
- Lampiran 8 : Lembar Konsultasi
- Lampiran 9 : Surat Persetujuan Pengambilan Data Awal
- Lampiran 10 : Surat Ijin untuk Uji validitas
- Lampiran 11 : Surat Ijin Penelitian dan Pengambilan Data



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia akan membawa dampak terhadap berbagai aspek kehidupan, baik bagi individu lansia itu sendiri, keluarga, masyarakat maupun pemerintah (Azizah, 2011). Keadaan di Indonesia juga menunjukkan hal yang sama yaitu ada kenaikan jumlah usia lanjut. Pembangunan di Indonesia memberi dampak adanya perbaikan lingkungan hidup, derajat kesehatan, higiene, dan gizi. Keadaan ini selanjutnya menyebabkan bertambahnya umur harapan hidup, menurunnya angka fertilitas dan mortalitas yang kemudian memberi dampak pada bertambahnya jumlah usia lanjut (Maryam dkk, 2008).

Pada tahun 2000 jumlah lansia di Indonesia diproyeksikan sebesar 7,28% dan pada tahun 2020 menjadi sebesar 11,34 (BPS, 1992, dalam Maryam dkk, 2008). Data Biro Sensus Amerika Serikat memperkirakan Indonesia akan mengalami penambahan warga lanjut usia terbesar di seluruh dunia pada tahun 1990-2025, yaitu 414% (Kinsella dan Taeuber, 1993, dalam Maryam dkk, 2008). Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2007 jumlah Lanjut Usia (Lansia) di Jatim mencapai 4.209.817 jiwa atau (11,14%) dari jumlah penduduk di Jatim yang tercatat 37.794.003 jiwa. Ini berarti pada decade terakhir ini kelompok usia 60 tahun ke atas merupakan kelompok yang

pertumbuhannya cukup besar dibandingkan dengan kelompok usia yang lain (Dinas Komunikasi dan Informatika Prov. Jatim, 2009).

Perbedaan gender juga dapat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi psikologi lansia, sehingga akan berdampak pada bentuk adaptasi yang digunakan. Keadaan psikososial lansia di Indonesia secara umum masih lebih baik dibandingkan lansia di negara maju, antara lain tanda-tanda depresi (pria 4,3% dan wanita 4,2%), menunjukkan kelakuan buruk (pria 7,3% dan wanita 3,7%), serta cepat marah irritable (pria 17,2% dan wanita 7,1%). Jadi, dapat diasumsikan bahwa wanita lebih siap dalam menghadapi masalah dibandingkan laki-laki, karena wanita lebih mampu menghadapi masalah daripada kaum lelaki yang cenderung lebih emosional (Darmojo dkk, 1999, dalam S. Tamher-Noorkasiani, 2009).

Ketergantungan lansia disebabkan kemunduran fisik, psikis, dan sosial lanjut usia yang dapat digambarkan melalui tiga tahap yaitu, kelemahan, keterbatasan fungsional, ketidakmampuan, dan keterhambatan yang akan dialami bersamaan dengan proses kemunduran akibat proses menua. Permasalahan yang dihadapi usia lanjut apabila tidak segera diatasi akan menimbulkan beberapa akibat. Akibat-akibat itu dapat dikelompokkan sebagai berikut : gangguan sistem, timbulnya penyakit, menurunnya aktivitas kehidupan sehari-hari (Azizah , 2011).

Penurunan aktivitas kehidupan sehari-hari disebabkan oleh persendian yang kaku, pergerakan yang terbatas, waktu beraksi yang lambat, keadaan yang tidak stabil bila berjalan, keseimbangan tubuh

yang jelek, gangguan peredaran darah, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan pada perabaan. Faktor yang mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari adalah kondisi fisik menahun, kapasitas mental, status mental seperti kesedihan dan depresi, penerimaan terhadap berfungsinya anggota tubuh dan dukungan anggota keluarga. Upaya yang dilakukan dalam menangani masalah kesehatan usia lanjut adalah upaya pembinaan kesehatan, pelayanan kesehatan dan upaya perawatan (Azizah, 2011).

Dalam pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari pada usia lanjut di bagi menjadi dua : usia lanjut yang masih aktif dan usia lanjut yang pasif sehingga dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari tidak dapat dilakukan sendiri tetapi juga harus melibatkan anggota keluarga dan tim kesehatan lainnya. Keluarga memegang peranan penting dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari usia lanjut (S. Tamher-Noorkasiani, 2009). Menerima dan memberikan dukungan adalah karakteristik penting dari hubungan keluarga di seluruh rentang hidup (Schulze et al., 1989 dalam Merz, 2009). Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia (Maryam,dkk, 2008).

Untuk memperbaiki kualitas sumber daya manusia lanjut usia perlu mengetahui kondisi lanjut usia di masa lalu dan masa sekarang sehingga orang lanjut usia dapat diarahkan menuju kondisi kemandirian. Mandiri adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain,

tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit. Mandiri juga dikatakan merawat diri sendiri atau merawat diri dan dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari yang dalam istilah bahasa Inggris disingkat ADL (*activity of daily living*) adalah merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. ADL meliputi antara lain : ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi dan berpindah tempat (S. Tamher-Noorkasiani, 2009) .

Dari hasil studi pendahuluan, di Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo tercatat jumlah usia lanjut ada 83 orang, dari jumlah lansia laki-laki 34 orang dan jumlah lansia wanita 49 orang. Sehingga dengan masalah yang komplek yang dialami oleh lanjut usia dalam pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari maka peneliti tertarik meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah yang tercantum di latar belakang, maka rumusan permasalahan peneliti adalah “Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity daily living* (ADL) pada lansia wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita.
- b. Mengidentifikasi kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita.
- c. Menganalisa hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Institusi Pendidikan (Keperawatan)

Menambah bahan referensi bagi mahasiswa, peneliti dan bagi karang werdha dapat digunakan sebagai lahan pendidikan terutama berkenaan dengan dukungan keluarga dalam upaya peningkatan kemandirian terutama dalam *Activity Daily Living* (ADL).

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Organisasi (Kampung Karang Werdha)

Penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam penyusunan program kesehatan usia lanjut yang berkualitas khususnya dalam perawatan usia lanjut di rumah, dalam upaya peningkatan kemandirian lansia dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL).

1.4.2.2 Bagi Peneliti

Memberikan pengetahuan dan untuk pengalaman praktek penelitian dan penerapan ilmu praktek penelitian serta menjadi masukan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian untuk mengetahui hal-hal lain yang dapat meningkatkan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita dengan cara yang efektif.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah yang kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Keluarga merupakan kelompok sosial utama yang mempunyai ikatan emosi yang paling besar dan terdekat dengan klien (Azizah, 2011).

2.1.2. Pengertian Dukungan Keluarga

Social support dapat berupa informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkahlaku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya, yang dapat memberikan keuntungan emosional (kenyamanan, perhatian, kepedulian, penghargaan atau menolong dengan sikap menerima kondisinya) atau berpengaruh pada tingkahlaku penerimanya (Sarason, 1983 dalam Azizah, 2011). Dukungan sosial tersebut dapat diperoleh dari individu maupun kelompok sosial (Gottlieb, 1983 dalam Azizah, 2011).

Menurut R. Siti Maryam,dkk (2008), keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau

merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia (Maryam,dkk, 2008).

Manifestasi dari menurunnya status kesehatan pada lanjut usia adalah adanya penyakit kronis yang diderita. Masalah kesehatan kronis dapat mempengaruhi kemampuan fungsional dari lansia. Hal ini dapat mengganggu kesehatan fisik, emosional, kemampuan merawat diri, dan kemandiriannya (Lueckenotte, 2000).

Berdasarkan beberapa penelitian, sumber dukungan dari keluarga berperan dalam meningkatkan kesehatan tubuh/kesejahteraan fisik sehingga akan memberikan kenyamanan fisik, psikologis, dan psikososial sehingga menciptakan efek positif pada orang yang menerimanya, serta berperan meningkatkan semangat dan motivasi lanjut usia dengan penyakit kronis, termasuk demensia dalam membuat keputusan untuk melakukan perawatan secara optimal. Lansia akan memperoleh manfaat dari dukungan keluarga seperti kesehatan fisik, kepuasan diri, kesejahteraan emosional, dan penyesuaian. Lebih lanjut, dukungan keluarga juga melindungi lansia dari dampak stress yang merugikan (Lieberman, 1992 dalam Azizah, 2011).

Dukungan juga akan memperkuat ikatan kekeluargaan dengan cara mengakomodasi lansia untuk tetap tinggal bersama anak dan keluarga sehingga kebutuhan material maupun spiritual dapat terpenuhi (Azizah, 2011). Menurut Stuart dan Sundeen (1995) dalam S. Tamher-Noorkasiani (2009), dukungan dari keluarga merupakan

unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Apabila ada dukungan, rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat.

2.1.3. Fungsi Dukungan Keluarga

Caplan (1964) dalam Friedman (1998) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu:

a. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

b. Dukungan penilaian/penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan

dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan (Friedman, 1998). Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stress karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi (Azizah, 2011).

d. Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

2.1.4. Sumber dukungan keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998).

2.1.5. Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Wills (1985) dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan dan Austin dalam Friedman, 1998).

Menurut Lilik Ma'rifatul Azizah (2011), manfaat dukungan sosial yaitu:

4.2.1 *Social support* tidak hanya berwujud dalam bentuk dukungan moral, melainkan dukungan spiritual dan dukungan material.

4.2.2 Meringankan beban bagi seseorang/sekelompok orang yang sedang mengalami masalah.

4.2.3 Dukungan diberikan merupakan suatu dorongan untuk mengobarkan semangat hidupnya, menyadarkan bahwa masih ada orang lain yang peduli.

2.1.6. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (1998), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Menurut Friedman (1998), ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orangtua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otorokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat

dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah (Azizah, 2011).

2.2. Lansia

2.2.3. Pengertian Lansia

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa, dan akhirnya menjadi tua (Azizah, 2011). Menurut *World Health Organisation* (WHO) Lanjut usia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas (Nugroho, 2008).

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Maryam, dkk, 2008)

2.2.4. Batasan Lansia

Batasan usia yang digunakan untuk patokan sebagai lansia berbeda-beda. Menurut Hurlock (1980, dalam Nugroho, 2008), lansia dibagi dalam 2 tahap, yaitu :

1. *Early old age* (usia 60 -70 tahun),
2. *Advanced old age* (usia 70 tahun ke atas).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (dalam Efendi dan Makhfudli, 2009) menggolongkan lansia menjadi 4 yaitu :

1. Usia pertengahan (*middle age*) adalah 45 -59 tahun,
2. Lanjut usia (*elderly*) adalah 60 -74 tahun,
3. Lanjut usia tua (*old*) adalah 75 – 90 tahun dan
4. Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun (Nugroho, 2008).

Sedangkan Burnside (1979, dalam Nugroho, 2008) membagi lansia menjadi 4 tahap, yaitu :

1. *Young old* (usia 60-69 tahun),
2. *Middle age old* (usia 70-79 tahun),
3. *Old-old* (usia 80-89 tahun), dan
4. *Very old-old* (usia 90 tahun ke atas).

Klasifikasi pada lansia ada 5 (Maryam R. Siti, 2008:33), yakni :

1. Pralansia (*Prasenilis*)

Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.

2. Lansia

Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

3. Lansia resiko tinggi

Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2003).

4. Lansia Potensial

Lansia yang masih mampu melakukan aktifitas.

5. Lansia Tidak potensial

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain. (Depkes RI, 2003).

Dari beberapa batasan usia lansia diatas dapat disimpulkan bahwa batasan usia lansia adalah seseorang yang

berusia 60 tahun keatas, dibagi ke dalam tiga kategori yakni lansia muda, lansia tua dan lansia sangat tua.

2.2.5. Karakteristik Lansia

Menurut Budhi Anna Keliat (1999) dalam Maryam dkk (2008), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesehatan)
2. Keutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal bervariasi.

2.2.6. Tipe Lansia

Menurut Lilik Ma'rifatul Azizah (2011), tipe lansia yaitu antara lain :

a) Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah pengalaman menyesuaikan diri dengan perubahan jaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, menjadi panutan.

b) Tipe mandiri

Mengganti kegiatan-kegiatan yang hilang dengan kegiatan-kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

c) Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses ketuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniah, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

d) Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mem[unyai konsep habis gelap datang terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

e) Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, mental, social dan ekonominya.

Sedangkan bila dilihat dari tingkat kemandirian yang dinilai berdasarkan kemampuan untuk aktivitas sehari-hari (indeks kemandirian Katz), menurut Maryam, dkk, (2008) para lansia digolongkan menjadi beberapa tipe yaitu :

1. Lansia mandiri sepenuhnya
2. Lansia mandiri dengan bantuan langsung keluarganya
3. Lansia mandiri dengan bantuan tidak langsung
4. Lansia dengan bantuan badan sosial
5. Lansia di panti wreda
6. Lansia yang dirawat di rumah sakit
7. Lansia dengan gangguan mental.

2.2.7. Proses Menua

Penuaan adalah suatu proses yang terjadi secara terus menerus dan berkesinambungan. Selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Depkes RI, 2001). Proses menua dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Nugroho (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya proses menua adalah : *hereditas*/herediter, genetik, nutrisi /makanan, status kesehatan fisik dan mental, pengalaman hidup, lingkungan, stres, tipe kepribadian, dan filosofi hidup seseorang. Faktor-faktor ini tidak sama dimiliki oleh setiap orang, sehingga mengakibatkan status kesehatan dan pola penyakit pada lansia berbeda satu dengan yang lain yang dapat mempengaruhi proses menua seseorang. Secara individu, pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah atau kemunduran dalam berbagai aspek, baik aspek fisik, biologis, psikologis, sosial, spiritual maupun ekonomis (Darmojo dan Martono, 2004).

2.2.8. Teori Menua

a. Teori Biologi

1) Teori seluler

Kemampuan sel hanya dapat membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel tubuh diprogram untuk membelah sebanyak 50 kali. Jika sebuah sel pada lansia dilepas dari tubuh dan dibiakkan di laboratorium kemudian diobservasi, maka

jumlah sel-sel yang akan membelah terlihat sedikit. Hal ini akan memberikan beberapa pengertian terhadap proses penuaan biologis dan menunjukkan bahwa pembelahan sel lebih lanjut mungkin terjadi untuk pertumbuhan dan perbaikan jaringan sesuai dengan berkurangnya umur (Watson, 2003 dalam Maryam, dkk, 2008)..

Beberapa sistem seperti sistem syaraf, sistem muskuloskeletal dan jantung, sel pada jaringan dan organ dalam sistem tersebut tidak dapat diganti jika sel tersebut dibuang karena rusak atau mati. Oleh karena itu, sistem tersebut berisiko mengalami proses penuaan dan mempunyai kemampuan yang sedikit atau tidak sama sekali untuk tumbuh dan memperbaiki diri. Ternyata sepanjang kehidupan ini, sel pada sistem tubuh kita cenderung mengalami kerusakan dan akhirnya akan mati (Potter dan Perry, 2005).

2) Teori *genetic clock*

Menurut teori ini menua telah diprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Tiap spesies didalam *nuclei* (inti sel) mempunyai suatu jam genetik yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak berputar, jadi menurut konsep ini bila jam berhenti, kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir (Azizah, 2011).

3) Sintesis protein (kolagen dan elastin)

Jaringan seperti kulit dan kartilago kehilangan elastisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lansia, beberapa protein (kolagen dan kartilago, serta elastin pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur berbeda dari protein yang lebih muda. Contohnya banyak kolagen pada kartilago dan elastin pada kulit yang kehilangan fleksibilitasnya serta menjadi lebih tebal seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini dapat lebih mudah dihubungkan dengan perubahan permukaan kulit yang kehilangan elastisitasnya dan cenderung berkerut, juga terjadinya penurunan mobilitas dan kecepatan pada sistem *musculoskeletal* (Potter dan Perry, 2005).

4) Sistem imun

Kemampuan sistem imun mengalami kemunduran pada masa penuaan. Walaupun demikian, kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari sistem limfatik dan khususnya sel darah putih, juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan. Mutasi yang berulang atau perubahan protein pasca translasi, dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*self recognition*) (Goldestein, 1989, dalam Azizah, 2011).

Jika mutasi somatik menyebabkan terjadinya kelainan pada antigen permukaan sel, maka hal ini dapat menyebabkan

sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan sebagai sel asing dan akan menghancurkannya. Perubahan inilah yang menjadi dasar terjadinya peristiwa autoimun (Goldstein dalam Azizah, 2011). Disisi lain sistem imun tubuh sendiri, daya pertahanannya mengalami penurunan pada proses menua, daya serangnya terhadap sel kanker menjadi menurun, sehingga sel kanker akan mudah membelah. Inilah yang menyebabkan kanker meningkat sesuai dengan meningkatnya umur (Suhana dalam Nugroho, 2008).

b. Teori Psikologi

1) Teori pelepasan

Teori pelepasan memberikan pandangan bahwa penyesuaian diri lansia merupakan suatu proses yang secara berangsur-angsur sengaja dilakukan oleh mereka, untuk melepaskan diri dari masyarakat (Cumming dan Henry dalam Nugroho, 2008).

2) Teori aktivitas

Teori aktivitas berpandangan bahwa walaupun lansia pasti terbebas dari aktivitas, tetapi mereka secara bertahap mengisi waktu luangnya dengan melakukan aktivitas lain sebagai kompensasi dan penyesuaian (Nugroho, 2008).

2.2.9. Perubahan-perubahan yang Terjadi Pada Lansia

a) Perubahan Biologis dan Fisik

1). Sel

Jumlah sel menurun, ukuran sel lebih besar, jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang, proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah, dan hati menurun, jumlah sel otak menurun, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atropi dan beratnya berkurang 5-10%, lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar. (Nugroho, 2008).

2). Kardiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler terjadi penebalan dan kaku pada katup jantung, penurunan kemampuan jantung untuk memompakan darah sebanyak 1% setiap tahunnya menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, hilangnya elastis pembuluh darah sehingga efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenisasi berkurang dan perubahan posisi dari tidur ke duduk atau dari duduk ke berdiri dapat menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg yang akan mengakibatkan pusing mendadak. Tekanan darah dapat naik yang diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer. (Nugroho, 2000).

3). Respirasi

Otot – otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, serta terjadi penyempitan pada bronkus. (Nugroho, 2000)

4). Pernafasan

Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespons dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress. Berkurang atau hilangnya lapisan myelin akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respon motorik dan reflek (Maryam,dkk, 2008)

Pada sistem pernafasan terjadi pengecilan sarafpancaindra yang mengakibatkan kurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa serta lebih sensitif terhadap perubahan suhu. Hubungan pernafasan menurun dan lambat berespon atau bereaksi khususnya terhadap stress. (Nugroho, 2000)

Menurunnya hubungan persarafan, berat otak pun menurun 10-20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya). Respon dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress. Saraf pancaindra mengecil. Penglihatan berkurang, pendengaran menghilang, saraf penciuman dan perasa mengecil, lebih sensitif terhadap perubahan suhu, dan rendahnya ketahanan terhadap dingin. Kurang sensitif terhadap sentuhan. Defisit memori. (Nugroho, 2008).

5). Pendengaran

Membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran. Tulang – tulang pendengaran mengalami kekakuan (Maryam,dkk, 2008).

Pada sistem pendengaran terjadi atrofi pada membran timpani dan penumpukan serumen yang dapat mengeras karena peningkatan kreatin, sehingga hilangnya kemampuan daya pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap suara – suara tinggi, suara yang tidak jelas dan sulit mengerti kata – kata (Nugroho, 2000).

6). Penglihatan

Pada sistem penglihatan sfingter pupil timbul sclerosis dan respons terhadap sinar menghilang, terjadi kekeruhan pada lensa, menjadi katarak, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat dan susah bila melihat gelap, terjadi penurunan/hilangnya daya akomodasi, dengan manifestasi presbiopi, sulit untuk melihat dekat yang dapat di pengaruhi berkurangnya elastisitas lensa, lapangan pandang menurun, luas pandangan berkurang, daya untuk membedakan warna menurun, terutama warna biru atau hijau (Nugroho, 2008).

Respons terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan katarak (Maryam,dkk, 2008).

7). Muskuloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (*Osteoporosis*), bungkuk (*Kifosis*), persendian membesar dan menjadi kaku (atrofi otot), kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami *sclerosis* (Maryam,dkk, 2008)

Pada sistem muskuloskeletal terjadi gangguan tulang, yakni mudah mengalami demineralisasi. Kekuatan dan kestabilan tulang menurun, terutama pada bagian vertebra, pergelangan. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat pada area tulang tersebut. Kartilago yang meliputi permukaan sendi tulang penyangga rusak dan haus. *Kifosis*, gerakan pinggang, lutut dan jari – jari pergelangan terbatas, terjadi gangguan berjalan, *discus intervertebralis* menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang). Atrofi serabut otot, serabut otot menjadi kecil sehingga gerakan menjadi lambat, otot kram, dan menjadi tremor (perubahan pada otot cukup rumit dan sulit dipahami). Komposisi otot berubah sepanjang waktu (miofibril digantikan oleh lemak, kolagen, dan jaringan parut) (Nugroho, 2008).

8). Gastrointestinal

Esofagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltik menurun sehingga daya tahan absorpsi juga ikut menurun. Ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim (Maryam, 2008).

9). Vesika Urinaria

Otot – otot melemah, kapasitasnya menurun sampai 200ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat. Prostate: Hipertrofi pada 75% lansia. (Maryam, dkk, 2008)

10).Endokrin

Produksi hormon menurun. Pada kelenjar pituitary pertumbuhan hormon ada tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah. Produksi dari ACTH, TSH, FSH, LH dan Aldosteron menurun, sekresi hormon kelamin seperti progesteron, estrogen dan testostosterone juga mengalami penurunan (Maryam,dkk, 2008).

11).Kulit

Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Rambut dalam hidung dan telinga menebal. Elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, rambut memutih (uban), kelenjar keringat menurun, kuku keras dan rapuh, serta kuku kaki tumbuh berlebihan seperti tanduk (Maryam,dkk, 2008).

Pada sistem integument, kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak dan permukaan kulit menjadi kusam, kasar, bersisi, timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik – bintik atau noda coklat, terjadi perubahan disekitar mata, tumbuhnya kerutan halus di ujung mata akibat lapisan kulit menipis, jumlah dan fungsi kelenjar keringat berkurang. (Nugroho, 2008).

12). Belajar dan Memori

Kemampuan belajar masih ada tetapi relatif menurun. Memori (daya ingat) menurun karena proses *encoding* menurun. (Maryam,dkk, 2008).

Lansia yang tidak memiliki demensia atau gangguan alzheimer, masih memiliki kemampuan belajar yang baik. Hal ini sesuai dengan prinsip belajar sejak lahir sampai akhir hayat. Pelayanan kesehatan lanjut usia yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif adalah untuk memberikan kegiatan yang berhubungan dengan proses belajar yang disesuaikan dengan kondisi masing – masing lanjut usia yang dilayani.

b) Perubahan Mental

Perubahan mental yang dapat terjadi pada lansia adalah muncul penolakan karena kenyataan ketuaan, tidak mampu menyesuaikan diri dengan perubahan dalam hidup rutusnya, keras kepala, tidak mau mendengarkan perkataan orang lain, suka menentang, perasaan takut, dan khawatir, bahkan cemas dengan datangnya masa tua (Azizah, 2011).

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadi perubahan mental pada lansia adalah : perubahan fisik, khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan (pengetahuan), keturunan (*hereditas*), dan lingkungan (Nugroho, 2008). Perubahan mental yang terjadi pada lansia dapat mengakibatkan perubahan kemampuan belajar, kemampuan pemahaman, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, aspek kepribadian, gambaran diri, perubahan/ kemunduran kognitif dan memori (daya ingat) (Azizah, 2011).

c) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial dapat dilihat dari 2 aspek, yaitu aspek psikologis dan aspek sosial. Perubahan psikososial mempunyai pengaruh timbalbalik dan berpotensi menimbulkan stres psikososial (Depkes RI, 2005). Menurut Nugroho (2008), nilai seseorang sering diukur melalui produktifitasnya dan identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pensiun (purnatugas), seseorang akan mengalami kehilangan antara lain :

- 1) Kehilangan finansial (pendapatan berkurang),
- 2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas),
- 3) Kehilangan hubungan dengan teman-teman/kenalan atau relasi,
- 4) Kehilangan pekerjaan/kegiatan dan merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit), kemampuan ekonomi berkurang akibat pemberhentian dari jabatan, biaya hidup meningkat, biaya pengobatan bertambah, adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan, timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial, adanya gangguan saraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian, gangguan nutrisi akibat kehilangan jabatan, rangkaian kehilangan : kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik

(perubahan terhadap gambaran diri, dan perubahan konsep diri)

(Darmojo dan Martono, 2004).

d) Perubahan Spiritual

Lansia semakin tertarik dengan kegiatan keagamaan karena hari kematiannya yang sangat dekat (Hurlock, 1980). Agama/kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupannya (Maslow, 1970, dalam Nugroho, 2008). Lansia juga semakin matur dalam kehidupan keagamaannya, yang terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari (Murray & Zentner, 1970, dalam Nugroho, 2008). Lansia yang telah mempelajari cara menghadapi perubahan hidup melalui mekanisme keimanan akhirnya dihadapkan pada tantangan akhir yaitu kematian. Harapan memungkinkan individu dengan keimanan spiritual atau religius untuk bersiap menghadapi krisis kehilangan dalam hidup sampai kematian (Azizah, 2011).

e) Perubahan Ekonomi

Masalah ekonomi yang dialami lansia adalah pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari seperti kebutuhan sandang, pangan, perumahan, kesehatan, rekreasi, dan sosial. Dengan kondisi fisik dan psikis yang menurun menyebabkan mereka kurang mampu menghasilkan pekerjaan yang produktif. Status ekonomi lansia pada umumnya berada dalam lingkungan kemiskinan. Keadaan tersebut akan mengakibatkan lansia tidak mandiri, secara finansial tergantung kepada keluarga atau masyarakat bahkan pemerintah (McKenzie, 2006).

2.3 Kemandirian Lansia

2.3.3. Pengertian Kemandirian

Mandiri adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit. Mandiri juga dikatakan merawat diri sendiri atau merawat diri dan dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari yang dalam istilah bahasa Inggris disingkat ADL (*activity of daily living*) adalah merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. ADL meliputi antara lain : ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi dan berpindah tempat (S. Tamher-Noorkasiani, 2009) .

Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif. Seseorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu (Maryam ,dkk, 2008).

Lanjut usia yang mempunyai tingkat kemandirian tertinggi adalah pasangan lanjut usia yang secara fisik kesehatannya cukup prima . Dari aspek sosial ekonomi dapat dikatakan jika cukup memadai dalam memenuhi segala macam kebutuhan hidup, baik lanjut usia yang memiliki anak maupun yang tidak memiliki anak. Tingginya tingkat kemandirian mereka diantaranya karena orang lanjut usia telah terbiasa menyelesaikan pekerjaan di rumah tangga yang berkaitan dengan pemenuhan hayat hidupnya (James F. McKenzie, 2006).

Adapun mandiri di sini dihubungkan dengan kemampuan klien dalam melakukan fungsi tanpa memerlukan supervisi, petunjuk,

maupun bantuan aktif. Untuk menetapkan apakah salah satu fungsi tersebut mandiri atau dependen (yaitu memperlihatkan tingkat ketergantungan) diterapkan standar sebagai berikut (S. Tamher-Noorkasiani, 2009) :

1. Mandi

Dinilai kemampuan klien untuk menggosok/ membersihkan sendiri seluruh bagian badannya, atau dalam hal mandi dengan cara pancuran (shower) atau dengan cara masuk dan keluar sendiri dari bak mandi. Dikatakan independen (mandiri), bila dalam melakukan aktivitas ini, klien hanya memerlukan bantuan untuk misalnya menggosok/membersihkan sebagian tertentu dari badannya. Lansia mampu mandi sendiri tapi tak lengkap seluruhnya. Dikatakan dependen bila klien memerlukan bantuan untuk lebih dari satu bagian badannya. Juga bila klien tak mampu masuk keluar bak mandi sendiri.

2. Berpakaian

Dikatakan independen bila mampu mengambil sendiri pakaian dalam lemari atau laci misalnya, mengenakan pakaian sendiri bajunya, memasang kancing atau resleting.

3. Ke toilet

Dikatakan independen bila lansia mampu ke toilet sendiri, beranjak dari kloset, merapikan pakaian sendiri, membersihkan sendiri organ ekskresi, bila harus menggunakan bed pan hanya digunakan di malam hari. Tergolong dependen bila memang klien memerlukan bed pan atau pispot. Untuk keluar masuk toilet

menggunakannya serta merapikan pakaian selalu memerlukan bantuan.

4. *Transferring* (berpindah tempat)

Dikatakan independen bila mampu naik-turun sendiri ke/dari tempat tidur dan kursi roda. Bila hanya memerlukan sedikit bantuan atau bantuan yang bersifat. Sebaliknya, dependen bila selalu memerlukan bantuan untuk kegiatan. Atau tak mampu melakukan satu/lebih aktivitas *transferring*.

5. Kontinensia (urinasi dan defekasi)

Tergolong independen bila mampu urinasi dan defekasi sendiri. Sebaliknya, termasuk dependen bila pada salah satu atau keduanya (urinasi/defekasi) memerlukan enema dan kateter. Juga bila klien menggunakan bed pan.

6. Makan

Dikatakan independen, bila mampu menyuap makanan sendiri, mengambil dari piring sendiri. Dalam penilaian tidak termasuk mengiris potongan daging..keadaan sebaliknya tergolong dependen.

2.3.4. Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian

1. Usia

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2003).

Lansia yang telah memasuki usia 70 tahun, ialah lansia resiko tinggi. Biasanya akan menghalangi penurunan dalam

berbagai hal termasuk tingkat kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari – hari (Maryam, dkk, 2008).

2. Imobilitas

Imobilitas adalah ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif akibat berbagai penyakit atau *impairment* (gangguan pada alat organ tubuh) yang bersifat fisik atau mental (Lueckenotte, 1998 dalam Maryam, 2008).

3. Mudah Terjatuh

Jatuh pada lansia merupakan masalah yang sering terjadi. Penyebabnya multi faktor. Banyak yang berperan didalamnya, baik faktor intrinsik maupun dari dalam diri lanjut usia. Misalnya gangguan gaya berjalan, kelemahan otot ekstremitas bawah, kekakuan sendi, sinkop atau pusing. Untuk faktor ekstrinsik, misalnya lantai yang licin dan tidak rata, tersandung benda, penglihatan yang kurang karena cahaya yang kurang terang dan sebagainya, memang tidak dapat dibantah bila seseorang bertambah tua, kemampuan fisik atau mentalnya pun perlahan pasti menurun. Akibatnya, aktifitas hidupnya akan terpengaruh, yang pada akhirnya akan dapat mengurangi ketegapan dan kesigapan seseorang. Sekitar 30 – 50% dari populasi lanjut usia (yang berusia 65 tahun) keatas mengalami jatuh setiap tahunnya. Separuh dari angka tersebut mengalami jatuh berulang, perempuan lebih sering jatuh dibanding dengan lanjut usia laki – laki (Nugroho, 2008).

4. Dukungan Keluarga

Dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Apabila ada dukungan, rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam S. Tamher-Noorkasiani, 2009).

5. Gizi Kurang/ Buruk

Kekebalan tubuh sangat ditentukan oleh gizi. Demikian pula dengan mobilitas, kemampuan beraktivitas sehari-hari, dan penyembuhan penyakit (S. Tamher-Noorkasiani, 2009).

2.3.3. Penilaian Kemandirian Dalam Activity Daily Living pada Lansia

Kemandirian orang lanjut usia dapat dilihat dari kualitas kesehatan mental. Ditinjau dari kualitas kesehatan mental, dapat dikemukakan hasil kelompok ahli dari WHO pada tahun 1959 (dalam Maryam, 2008) yang menyatakan bahwa mental yang sehat / *mental health* mempunyai ciri-ciri sebagai berikut : (1) Dapat menyesuaikan diri dengan secara konstruktif dengan kenyataan/realitas, walau realitas tadi buruk (2) Memperoleh kepuasan dari perjuangannya (3) Merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima (4) Secara relatif bebas dari rasa tegang dan cemas (5) Berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan (6) Menerima kekecewaan untuk dipakai sebagai pelajaran untuk hari depan (7)

Menjuruskan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif (8) Mempunyai daya kasih sayang yang besar.

Selain itu kemandirian bagi orang lanjut usia dapat dilihat dari kualitas hidup. Kualitas hidup orang lanjut usia dapat dinilai dari kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dalam literatur terdapat istilah ADL instrumen, merupakan aktivitas yang lebih kompleks namun mendasar bagi situasi kehidupan lansia dalam bersosialisasi. Termasuk disini kegiatan belanja, memasak, pekerjaan rumah tangga, mencuci, telepon, menggunakan sarana transportasi, mampu menggunakan obat secara benar, serta manajemen keuangan (S. Tamher-Noorkasiani, 2009).

Pengkajian ADL umumnya mengikuti indeks pengukuran yang dikembangkan oleh Katz. Indeks ini didasarkan pada hasil evaluasi terhadap tingkat kemandirian atau keadaan sebaliknya, yaitu tingkat ketergantungan secara fungsional. Indeks terdiri atas 7 tingkat, sebagai hasil penilaian terhadap perihal melakukan kegiatan mandi, berpakaian, ke toilet, beranjak, kontinensia dan makan (S. Tamher-Noorkasiani, 2009).

Indeks tingkat kemandirian/ketergantungan pada lansia, antara lain :

- Tingkat A : Mandiri pada ke-6 jenis aktivitas
- Tingkat B : Mandiri pada ke-5 jenis aktivitas
- Tingkat C : Ketergantungan dalam hal mandi dan salah satu yang lain.

- Tingkat D : Ketergantungan dalam hal mandi, berpakaian dan salah satu yang lain.
- Tingkat E : Ketergantungan dalam hal mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu yang lain.
- Tingkat F : Ketergantungan dalam hal mandi, berpakaian, ke toilet, *transferring* dan salah satu yang lain.
- Tingkat G : Ketergantungan pada ke-6 fungsi.
- Lain-lain : bila terdapat ketergantungan pada 2 fungsi atau lebih yang tidak termasuk C, D, E atau F.

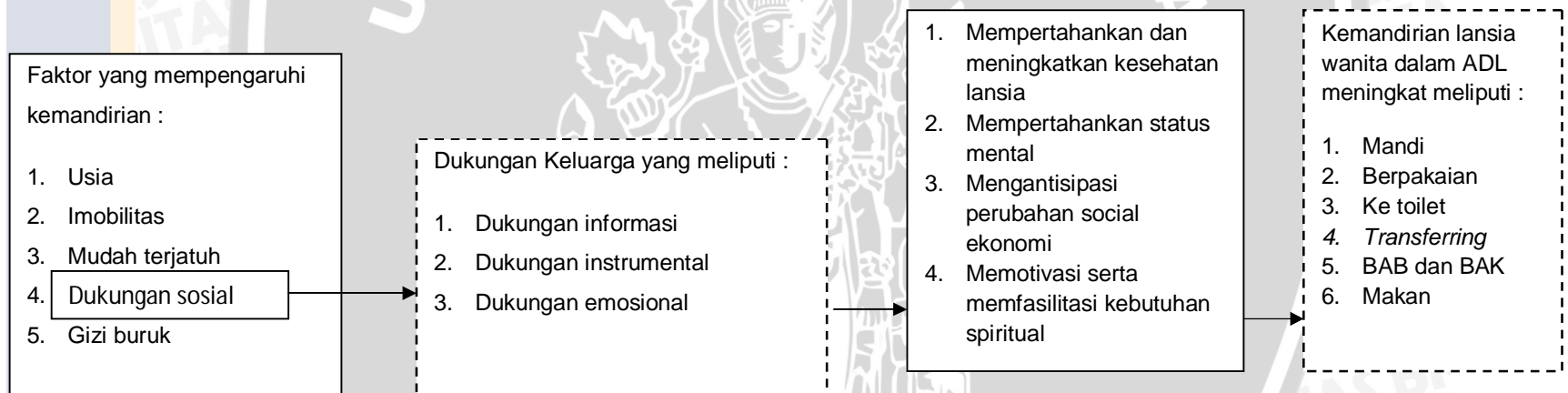
2.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada Lansia Wanita

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia (Maryam,dkk, 2008).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan adanya dukungan keluarga dapat meningkatkan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) di kehidupan.

BAB 3
KERANGKA KOSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep
Keterangan :
 [Dashed Box] : Variabel yang diteliti
 [Solid Box] : Variabel tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita.

Jadi, semakin besar dukungan keluarga yang diberikan, maka semakin tinggi tingkat kemandirian lansia wanita dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL).

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Dalam studi ini digunakan rancangan penelitian *observasional diskriptif analitik secara cross sectional*, maksudnya bahwa variable dukungan keluarga (variabel independen, penentu, kausa, penyebab, faktor resiko) dan variable kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living (ADL)* (variabel dependen, akibat, efek, penyakit), keduanya diukur dalam satu waktu (dalam waktu yang bersamaan) sehingga tidak dapat diketahui variable mana yang mendahului dalam hubungan sebab-akibat (Nursalam, 2009). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living (ADL)*.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah yang merupakan kelompok lansia yang tinggal di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang.

4.2.2 Sampel

Sejumlah anggota populasi yang diambil sebagai contoh yang mewakili dalam penelitian (Notoatmodjo, 2005) yaitu kelompok lansia di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang yang memenuhi kriteria inklusi (yang dipersyaratkan). Sampel ini diambil karena jumlah populasi yang harus diteliti terlalu besar dengan keterbatasan sumberdaya, tanpa mengurangi hasil atau nilai dari penelitian yang dilakukan. Bilamana jumlahnya tidak banyak maka tidak akan dilakukan sampling karena semua subyek penelitian (yang memenuhi kriteria) diambil sebagai unit observasi dalam penelitian.

Berdasarkan rumus perhitungan sampel oleh Nursalam (2009), dalam penelitian Observational analitik adalah

$$n = \frac{N}{1+N(d)^2}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

d : Tingkat signifikan (antara 5 – 10 %)

$$n = \frac{49}{1+49(0.025)^2}$$

$$= 49 \times 0.0025$$

$$= 0.125$$

$$= 1 + 0.125$$

$$= \frac{49}{1.125}$$

$$= 43 \text{ Lansia}$$

Bila dilakukan sampling maka diperlukan 43 orang lansia. Tetapi karena jumlah 49 orang lansia wanita maka semuanya diambil sebagai unit yang diobservasi atau diteliti.

Penentuan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan jumlah sampel yang ada dalam arti semua jumlah sampel mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi responden.

4.2.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

4.2.3.1 Kriteria Inklusi

1. Lansia tinggal bersama keluarga (anak atau cucu) sama dengan atau lebih 3 tahun
2. Usia 60-74 tahun
3. Bersedia menjadi responden

4.2.3.2 Kriteria Eksklusi

1. Sakit pikun
2. Bisu dan tuli
3. Sakit Lumpuh
4. Sedang dalam perawatan dokter (Bedrest dan Pengobatan)

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independent

Variabel Independent/kausa/penyebab/penentu yaitu dukungan keluarga.

4.3.2 Variabel Dependent

Variabel Dependent/tergantung/ditentukan/penyakit/efek yaitu kemandirian lansia.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian yang akan dilakukan adalah di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang Jawa Timur.

4.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian akan dilaksanakan pada Bulan Juni sampai Bulan Juli.

4.5 Instrumen Penelitian

4.5.1 Kuisisioner

1. Dukungan keluarga (Responden-Lansia)

Instrumen/alat ukur pengumpulan data dalam penelitian ini berupa kuisisioner yang terdiri dari dua bagian. Bagian pertama berisi data demografi/identitas : , usia, pendidikan yang ditamatkan, dan pekerjaan sebelumnya. Bagian kedua berisi pertanyaan yang berkaitan dengan dukungan keluarga, terdiri atas 9 pertanyaan *Closed ended dichotomy question* yaitu pertanyaan tertutup dengan alternatif jawaban “ya” atau “tidak”. Pertanyaan dijawab oleh lansia (didampingi keluarga). Masing-masing pertanyaan mempunyai skor 2 untuk jawaban ya dan skor 0 untuk jawaban tidak. Dikategorikan dalam Baik, jika nilai skoring responden 13-18, Cukup, jika nilai skoring 7-12 dan Kurang, jika nilai skoring responden < 7.

2. Kemandirian Lansia (Responden Lansia)

Bagian kedua berisi pertanyaan untuk mengukur kemandirian lansia dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari dengan modifikasi indeks kemandirian Katz yang terdiri atas 6 pertanyaan dengan jawaban “mandiri” atau “tergantung”. Masing-masing pertanyaan mempunyai skor 1 untuk jawaban mandiri dan skor 0 untuk jawaban tergantung, diklasifikasikan Mandiri : jika nilai skor 6 dan tergantung : jika nilai skor 0.

4.5.3 Uji Validitas dan Reabilitas

Pada variabel dukungan keluarga sebelum dilakukan penelitian, terlebih dahulu kuisisioner dilakukan uji validitas dan reabilitas. Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan sesuatu

instrument (Syarifudin, 2010) atau alat ukur yang digunakan sesuai apa yang akan diukur. Dalam hal ini kata-kata atau kalimat dalam kuesioner yang dibuat tidak boleh menimbulkan dua persepsi atau lebih. Rumus korelasi yang dapat digunakan adalah rumus korelasi *product moment* (Syarifudin, 2010). Untuk menghitung analisis item dan korelasi antar faktor digunakan rumus koefisien korelasi *product moment* dan perhitungannya dibantu dengan program SPSS for windows.

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

Keterangan :

- r_{xy} = koefisien korelasi variabel x dengan variabel y.
- $\sum xy$ = jumlah hasil perkalian antara variabel x dengan variabel y.
- $\sum x$ = jumlah nilai setiap item.
- $\sum y$ = jumlah nilai konstan.
- N = jumlah subyek penelitian.

Reabilitas alat ukur adalah alat ukur yang valid tersebut bila di lakukan pengulangan 2 kali atau lebih pengukuran maka hasil jawabannya tetap seperti semula. Atau dapat diartikan bahwa sesuatu instrument dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrument tersebut sudah baik (Syarifudin, 2010). Dalam penelitian ini, uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan tehknik Formula *Alpha Cronbach* dan dengan menggunakan program SPSS for windows.

Rumus :

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

Keterangan :

α = koefisien reliabilitas alpha

k = jumlah item

S_j = varians responden untuk item I

S_x = jumlah varians skor total



4.6 Definisi Operasional

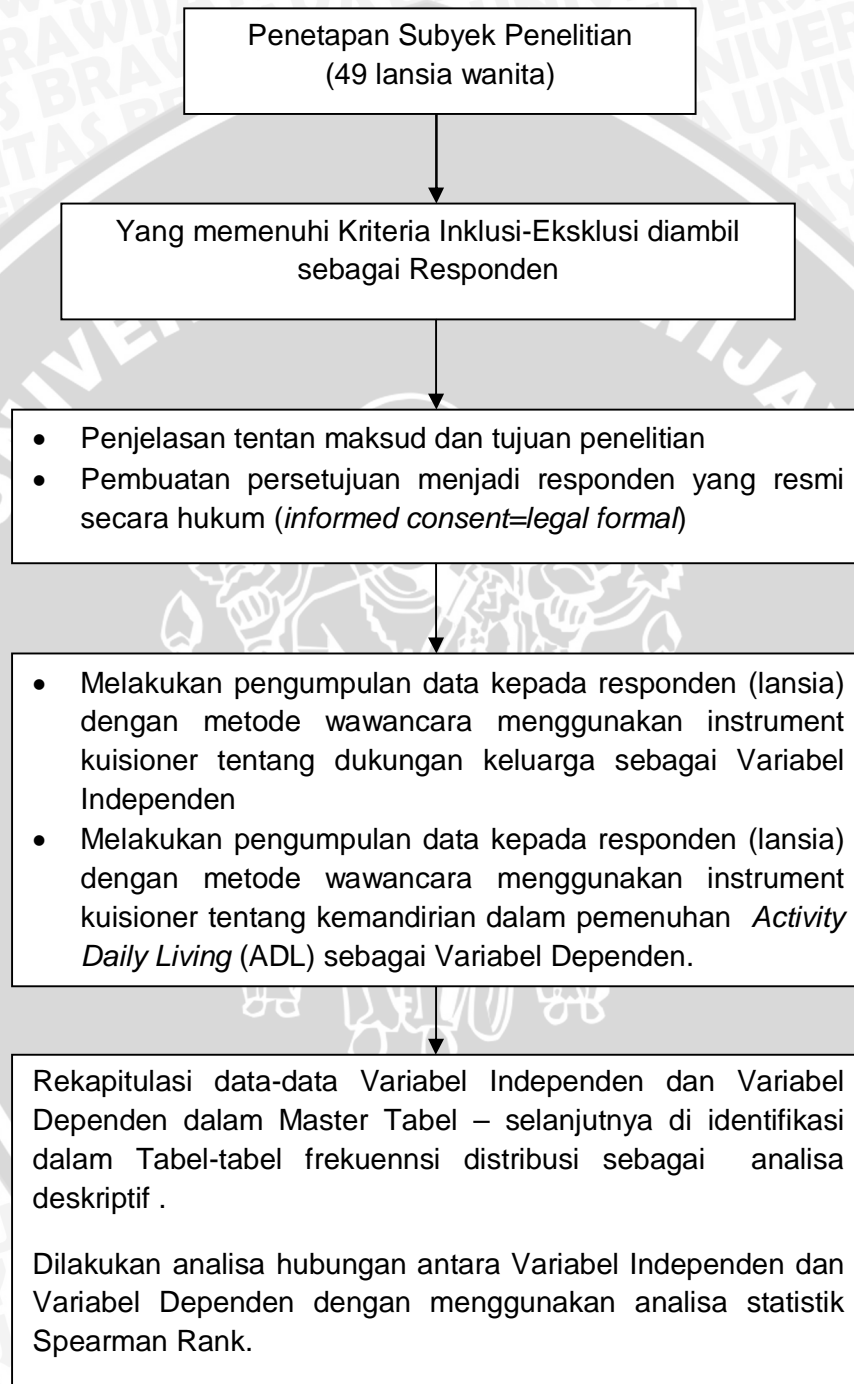
Tabel 4.1 Tabel Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
<i>Independent</i> Dukungan keluarga	<p>Persepsi lansia terhadap dukungan keluarga adalah anggapan lansia terhadap bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan emosional adalah dukungan rasa senang (diorangkan, dimintai nasehat / pendapat) dan marah (disingkirkan/tidak dipedulikan) 2. Dukungan informasional, terdiri dari : memberikan informasi aktivitas sehari-hari yaitu waktunya 	1. Jenis dukungan keluarga	Kuisisioner	Ordinal	<p>Jawaban : Ya =2, jawaban Tidak =0 dianalisis dengan Dukungan Keluarga</p> <p>Baik : 72% - 100%</p> <p>Cukup : 39% - 67%</p> <p>Kurang : <39%</p> <p>(Arikunto, 1998 dalam Syarifudin, 2010)</p>

	<p>mandi, makan, tidur dan jenis pakaian yang dikenakan dan pentingnya melakukan aktivitas sehari-hari..</p> <p>3. Dukungan instrumental, terdiri dari penyediaan kebutuhan sehari-hari, berupa uang, jenis pakaian, makanan, minuman, perlengkapan mandi dan tidur.</p>				
<p><i>Dependent</i> Kemandirian dalam Activity Daily Living (ADL)</p>	<p>Mandiri adalah dapat melakukan aktivitasnya tanpa tergantung orang lain yaitu aktifitas/melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mandi sendiri 2. Berpakaian sendiri 3. Makan - Minum 	<p>1. Bisa melakukan <i>Activity Daily Living</i> (ADL) secara mandiri dengan Index Katz</p>	Kuisisioner	Ordinal	<p>Skor: 1= mandiri 0= tergantung Skor yang didapat kemudian dibandingkan dengan skor tertinggi dan dikalikan 100% dengan interpretasi:</p>

	<p>4. Pergi Ke toilet sendiri, beranjak dari kloset, merapikan pakaian sendiri, membersihkan sendiri organ ekskresi.</p> <p>5. BAB dan BAK sendiri, tanpa menggunakan alat bantu (kateter, pispot atau bedpan)</p> <p>6. Pindah lain tempat (<i>Transferring</i>)</p>			<p>Mandiri : 83% - 100%</p> <p>Tergantung sebagian: 50 % - 82 %</p> <p>Tergantung total : < 50 %</p> <p>(Nursalam, 2006)</p>
--	---	--	--	---

4.7 Alur Penelitian



4.8 Analisa Data

Data yang telah terkumpul kemudian diolah dan dianalisis menggunakan uji korelasi Spearman Rank melalui tahapan-tahapan berikut.

4.8.1 Pre Analisa

Pada pre analisa, dilakukan pengolahan data melalui *tahap editing, coding, processing, dan cleaning data*.

1. *Editing*

Editing adalah merupakan kegiatan pengecekan dan perbaikan terhadap isian formulir atau kuesioner (Notoatmodjo, 2010). Pada tahap ini, peneliti akan memeriksa kembali kelengkapan identitas responden, kelengkapan isi, dan jumlah halaman lembar kuisisioner kemandirian lansia.

2. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, variabel *dependent* kemandirian lansia akan diberi kode sesuai tingkatannya.

3. *Processing*

Processing data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpul ke dalam master tabel atau *database* computer (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, peneliti akan memasukkan data mengenai kemandirian dalam

ADL dan dukungan keluarga di Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang yang dikumpulkan ke dalam komputer.

4. *Cleaning*

Cleaning data merupakan kegiatan untuk memeriksa kebenaran *entry* data. Kegiatan ini dapat berupa pengecekan terhadap variasi data, mengecek konsistensi, atau mengecek tabel silang (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, peneliti akan memeriksa kembali apakah data yang sudah dimasukkan ke dalam komputer sudah sesuai, apakah kode-kode yang dimasukkan sudah sesuai dengan kategori, dan apakah jumlah data mengenai kemandirian dalam *Activity Daily Living* (ADL) dan dukungan keluarga yang dimasukkan ke dalam komputer konsisten.

4.8.2 Analisa Data

4.8.2.1 Univariat

Analisis univariat yaitu analisis satu variabel. Setelah data terkumpul kemudian ditabulasi

1. Variabel Kemandirian dalam *Activity Daily Living* (ADL)

Data kemandirian dalam ADL digunakan cara pemberian bobot, skor dan penilaian setiap item kuisisioner diberi bobot 1 jika bisa melakukan *Activity Daily Living* (ADL) secara mandiri. Bobot 0 jika tidak bisa melakukan *Activity Daily Living* (ADL). Pemberian skor dengan cara diberi skor 1 jika mandiri dan 0 jika tergantung. Jumlah item kuisisioner

dan skor sesuai dengan lansia wanita. Kemudian hasil skor kuisioner yang didapat pada responden dibandingkan dengan skor tertinggi dikalikan 100%.

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Dimana N = Nilai

Sp= Skor yang diperoleh

Sm= Skor maksimal

Hasil prosentase data diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria kualitatif.

- a. Mandiri : 83% - 100%
- b. Tergantung sebagian: 50% - 82%
- c. Tergantung total : <50 %

(Nursalam, 2006)

2. Variabel Dukungan Keluarga

Setelah data dikumpulkan peneliti mengolah hasil jawaban yang diperoleh. Jawaban “Ya” diberi skor 2 dan jawaban “Tidak” diberi skor 0, diklasifikasikan dalam penilaian Baik = skor 13-18, Kurang = skor 7-12 dan Kurang = skor <7, dipresentasikan dengan rumus:

$$\text{Penilaian} = N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Dimana N = Nilai

Sp= Skor yang diperoleh

Sm= Skor maksimal

Dari rumus diatas akan diketahui penilaian dukungan keluarga (Arikunto, 1998 dalam Syarifudin, 2010):

Baik : 72% - 100%

Cukup : 39% - 67%

Kurang : <39%

4.8.2.2 Bivariat

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian. Uji statistik yang digunakan adalah korelasi "*Spearman Rank*", untuk melihat hubungan antara dukungan keluarga dan kemandirian dalam pemenuhan ADL. Uji korelasi "*Spearman Rank*" dipilih dengan pertimbangan bahwa kedua variabel penelitian tingkat pengukurannya adalah ordinal dengan sampel 43 orang.

Rumus :

$$r_s = \frac{\sum x^2 + \sum y^2 - \sum d^2}{2\sqrt{\sum x^2 \sum y^2}}$$

$$\sum x^2 = \frac{N^3 - N - T_x}{12}$$

$$\sum y^2 = \frac{N^3 - N - T_y}{12}$$

$$T_x = \sum_{j=1}^n (j^3 - j)$$

$$T_y = \sum_{j=1}^n (j^3 - j)$$

Keterangan :

- t : rank kembar
- Tx : jumlah rank kembar pada variabel X
- Ty : jumlah rank kembar pada variabel Y
- n : jumlah responden dalam uji coba

Uji sinifikansi terhadap r, digunakan uji-t dengan rumus :

$$t = r \sqrt{\frac{N-2}{1-r^2}}$$

Kaidah Keputusan

Tolak Ho, bila $r \geq t \alpha, n-2$

Terima Ho, bila $r < t \alpha, n-2$

Pedoman untuk memberikan interpretasi terhadap koefisien korelasi

Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
0,00-0,199	Sangat rendah
0,20-0,399	Rendah
0,40-0,599	Sedang
0,60-0,799	Kuat
0,80-1,00	Sangat kuat

Sumber : Nisfiannoor (2009)

4.9 Etika Penelitian

1. Lembar persetujuan atau *Informed Consent*

Lembar persetujuan atau *informed consent* ini diberikan peneliti kepada responden yang akan diteliti yang sudah memenuhi kriteria. Lembar persetujuan atau *informed consent* riset diberikan oleh peneliti kepada responden yang berisi tentang informasi studi penelitian dan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian serta dampaknya, sehingga responden dapat memutuskan apakah akan terlibat atau tidak dalam penelitian. Jika subyek bersedia maka subyek harus menandatangani lembar persetujuan dan apabila tidak bersedia maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak subyek.

2. Tanpa Nama atau *Anonymity*

Kerahasiaan mengacu pada tanggung jawab peneliti untuk melindungi semua data yang dikumpulkan dalam lingkup proyek atau pemberitahuan kepada yang lain. Kerahasiaan informasi dijamin peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang dilaporkan sebagai hasil penelitian. *Anonymity* mengacu pada tindakan merahasiakan nama peserta terkait dalam partisipasi mereka dalam penelitian. Untuk kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi pada lembar tersebut diberi kode atau inisial untuk nama responden.

3. Kerahasiaan atau *confidentiality*

Semua informasi dari responden tetap dirahasiakan, dan peneliti melindungi semua data yang dikumpulkan dalam lingkup proyek dari pemberitahuan kepada orang lain dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



BAB V

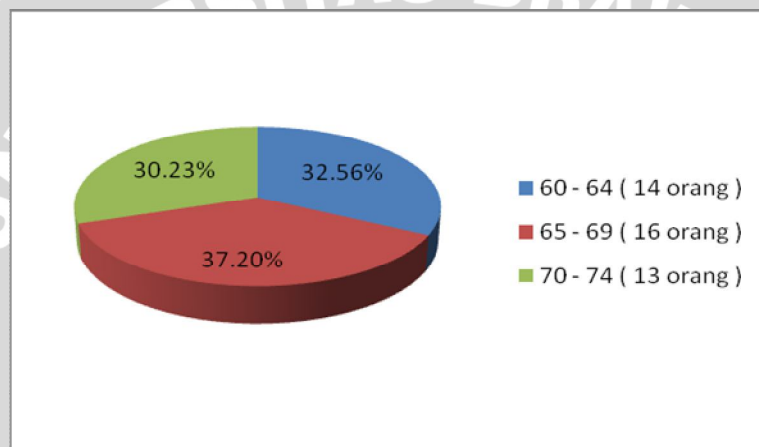
HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1 Karakteristik Responden Penelitian

Adapun responden dalam penelitian ini adalah wanita usia lanjut (60–74 tahun) yang tinggal bersama keluarga di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang yang bersedia menjadi responden. Setelah dilakukan penghitungan besar responden dengan menggunakan rumus, didapatkan jumlah responden sebanyak 43 orang, tetapi karena

jumlah 49 orang lansia wanita maka semuanya diambil sebagai unit yang diobservasi atau diteliti yang diambil dengan menggunakan *total sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Berikut karakteristik responden setelah dilakukan pengelompokan data.

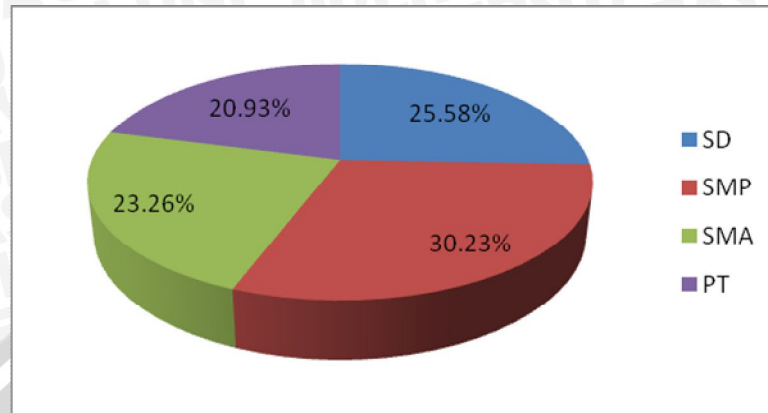
5.1.1 Berdasarkan Usia



Gambar 5.1 Distribusi Responden Menurut Usia (2012) pada Wanita Usia Lanjut di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 Malang (n=43)

Berdasarkan Gambar 5.1 usia responden dikelompokkan menjadi 3 kelompok. Responden yang berusia 60– 64 tahun sebanyak 14 orang (32,56%), berusia 65 – 69 tahun sebanyak 16 orang (37,20%), dan berusia 70 – 74 tahun sebanyak 13 orang (32,56%).

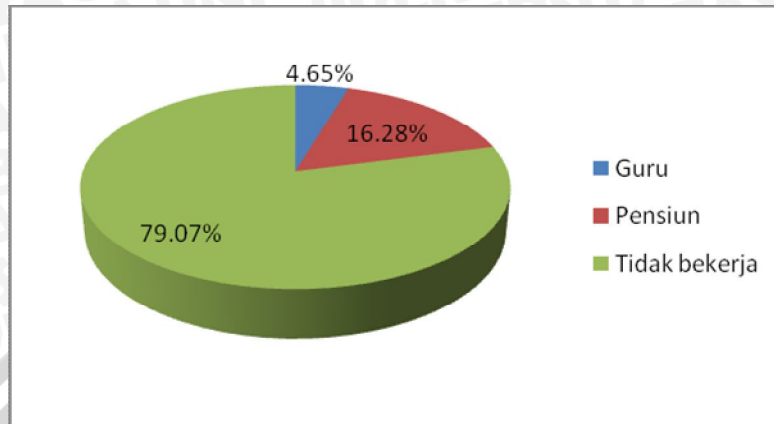
5.1.2 Berdasarkan Tingkat Pendidikan



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan (2012) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 (n=43)

Dari gambar 5.2 diketahui karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan dikategorikan menjadi empat kelompok. Pendidikan terakhir SD sebanyak 11 orang (25,58%), SMP sebanyak 13 orang (30,23%), SMA sebanyak 10 orang (23,26%) dan perguruan tinggi sebanyak 9 orang (20,93%).

5.1.3 Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan (2012) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 (n=43)

Berdasarkan Gambar 5.3 pekerjaan responden dikelompokkan menjadi 3 kelompok. Responden yang bekerja sebagai Guru sebanyak 2 orang (4,65%), pensiun sebanyak 7 orang (16,28%), dan tidak bekerja sebanyak 34 orang (79,07%).

5.1.4 Dukungan Keluarga

Tabel 5.1 Dukungan Keluarga (2012) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 (n=43)

Kategori	Skor	Jumlah	Prosentase
Baik	13-18	25	58,14%
Sedang	7-12	15	34,88%
Kurang	<7	1	2,33%
Jumlah		43	100%

Dari tabel 5.1 didapatkan dukungan keluarga dikategorikan menjadi tiga kelompok. Dukungan keluarga yang diberikan pada lansia adalah dengan kategori baik yaitu sebanyak 25 orang (58,14%), dengan

kategori sedang yaitu sebanyak 15 orang (34,88%) dan dengan kategori kurang sebanyak 1 orang (2,33%).

Tabel 5.2 Dukungan Keluarga (2012) berdasarkan kriteria pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 (n=43)

Kategori	Baik	Sedang	Kurang
Dukungan emosional	35	8	-
Dukungan instrumental	14	19	-
Dukungan informasi / pengetahuan	13	14	16
Jumlah	43		100%

Dari tabel 5.2 didapatkan dukungan keluarga dikategorikan menjadi tiga kelompok sesuai kriteria. Dukungan keluarga yang diberikan pada lansia adalah dengan kriteria dukungan emosional yaitu kategori baik sebanyak 35 orang , sedang sebanyak 8 orang, dengan kriteria dukungan instrumental yaitu kategori baik sebanyak 14 orang, kategori sedang sebanyak 19 orang dan dengan kriteria dukungan informasi / pengetahuan yaitu kategori baik sebanyak 13 orang, kategori sedang sebanyak 14 orang dan kategori kurang sebanyak 16 orang.

5.1. 5 Kemandirian dalam Pemenuhan ADL

Tabel 5.3 Kemandirian dalam Pemenuhan ADL (2012) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 (n=43)

Kategori	Skor	Jumlah	Prosentase
Mandiri	5-6	39	90,70%
Tergantung sebagian	3-4	4	9,30%

Tergantung total	<3	0	0%
Jumlah	43		100%

Dari tabel 5.3 didapatkan pada lansia wanita dikategorikan menjadi tiga kelompok. Kemandirian dalam pemenuhan ADL pada lansia wanita yang adalah dengan kategori mandiri yaitu sebanyak 39 orang (90,70%), dengan kategori tergantung sebagian yaitu sebanyak 4 orang (9,30%) dan tidak ada lansia wanita yang dengan kategori tergantung total.

5.1.5 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan ADL

Tabel 5.4 Tabel Silang Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan ADL (2012) pada Lansia Wanita di Kampung Karang Werdha Puntodewo 1 (n=43)

Dukungan Keluarga	Kemandirian dalam Pemenuhan <i>Activity Daily Living</i> (ADL)							
	Mandiri		Tergantung Sebagian		Tergantung Total		Jumlah	
	n	f	n	f	n	f	n	f
Baik	25	58,14%	0	0%	0	0%	25	58,14%
Sedang	13	30,23%	4	9,30%	0	0%	17	39,53%
Kurang	1	2,33%	0	0%	0	0%	1	2,33%
Jumlah	39	90,7%	4	9,30%	0	0%	43	100%

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan bahwa lansia wanita yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori baik dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 25 orang (58,14%). Lansia wanita yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori cukup dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 13 orang

(30,23%). Lansia wanita yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori cukup dapat melakukan pemenuhan ADL secara tergantung sebagian dengan jumlah 4 orang (9,30%), dan lansia wanita yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori kurang dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 1 orang (2,33%), hal ini dilihat dari karakteristik responden, lansia dengan dukungan keluarga yang sedang dan kurang ternyata kemandirian adalah mandiri dan tergantung sebagian, dari hasil penelitian hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden.

5.2 Hasil Analisa

5.2.1 Uji Normalitas

Uji normalitas (*Kolmogorov-Smirnov*) dengan menggunakan program SPSS 16. pada variabel dukungan keluarga didapatkan nilai signifikansi (p) sebesar 0,044 dan variabel kemandirian dalam pemenuhan ADL sebesar 0,000. Oleh karena nilai signifikansi (p) lebih besar dari alpha 5%, maka dapat diambil kesimpulan bahwa kedua variabel berdistribusi normal.

5.2.2 Uji Korelasi

Untuk mengetahui adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan ADL, karena data berdistribusi normal, maka digunakan uji korelasi non-parametrik *Spearman Rank*. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* pada variabel dukungan keluarga menunjukkan bahwa terdapat korelasi antara kedua variabel karena nilai $p < 0,05$. Nilai

koefisien korelasi ($r = 0,472$) menunjukkan bahwa arah korelasi positif yang berarti semakin baik dukungan keluarga, maka semakin baik juga kemandirian lansia dalam pemenuhan kebutuhan ADL. Berdasarkan nilai koefisien korelasi kontingensi, maka Koefisien Determinan ($KD = r^2 = (0,472)^2 = 0,223 = 22,3\%$). Jadi, berdasarkan nilai Koefisien Determinan tersebut dapat diketahui besarnya kontribusi dukungan keluarga terhadap kemandirian lansia dalam pemenuhan ADL sebesar 22,3% dengan tingkat korelasi sedang.





BAB VI

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan analisis data dan menguji hasil penelitian dengan menggunakan uji statistik Spermank Rank diperoleh hasil yang cukup bervariasi sehingga memerlukan pembahasan tentang hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL).

6.1 Dukungan Keluarga pada Lansia Wanita

Berdasarkan tabel 5.1 menyatakan bahwa dukungan keluarga dikategorikan menjadi tiga kelompok. Dukungan keluarga yang diberikan pada lansia yang terbesar adalah dengan kategori baik yaitu sebanyak 25 orang (58,14%), kategori sedang yaitu sebanyak 15 orang (34,88%) dan yang terkecil adalah dengan kategori kurang sebanyak 1 orang (2,33%). Melihat dari hasil penelitian bahwa terdapat lansia wanita yang mendapatkan dukungan keluarga dengan baik maupun kurang baik, maka hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga diantaranya

usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan (Azizah, 2011). Faktor yang mempengaruhi tersebut akan dijelaskan lebih lanjut pada paragraf berikutnya.

Pada lansia wanita, sebagian besar yang berusia 60-64 tahun sebanyak 14 orang (64,29%), berusia 65-69 tahun sebanyak 16 orang dan berusia 70-74 tahun sebanyak 13 orang, dimana usia tersebut merupakan usia yang mempunyai masalah bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif dan ini didukung oleh sebagian lansia wanita yang mendapatkan dukungan keluarga dengan kategori baik sebanyak 25 orang (58,14%), kategori kurang baik sebanyak 1 orang (2,33%) dan sedang 15 orang (34,88%). Hal ini didukung dengan hasil penelitian Cici (2001) yang menunjukkan lansia yang berusia lebih dari 60 tahun sebanyak 59,8% sedang yang berusia kurang dari 60 tahun sebanyak 40,2%.

Disamping itu, menurut Notoatmodjo (2003), faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain pendidikan. Pendidikan adalah segala upaya yang dilakukan seseorang untuk meningkatkan pengetahuan. Unsur-unsur pendidikan adalah input (sasaran pendidikan dan pendidik), proses (upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan), dan output (meningkatnya pengetahuan sehingga melakukan apa yang diharapkan) (Notoatmojo, 2003). Pengetahuan yang kurang dapat berakibat timbulnya anggapan yang salah tentang dukungan keluarga yang diberikan kepada lansia.

Anggapan-anggapan yang salah tetap dipegang kuat dan ini didukung oleh masih terdapat lansia yang mendapatkan dukungan keluarga dengan

kategori kurang yaitu sebanyak 1 orang (2,33%) dan kategori sedang terdapat 15 orang (34,88%) dengan tingkat pendidikan terakhir sekolah dasar. Hal ini sesuai dengan teori bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi juga pengetahuannya dan sebaliknya, semakin rendah pendidikan, maka semakin rendah pengetahuannya.

Faktor lain yang mempengaruhi adalah pekerjaan. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian bahwa lansia wanita yang bekerja sebagai Guru sebanyak 2 orang (4,65%), pensiun sebanyak 7 orang (16,28%), dan tidak bekerja sebanyak 34 orang (79,07%). Hal ini didukung hasil penelitian Cici (2001) responden yang bekerja sebanyak 24,1% dan yang tidak bekerja sebanyak 75,9%. Sehingga banyak disimpulkan sebagian besar lansia adalah tidak bekerja.

Menurut Caplan (1964) dalam Friedman (1998) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu dukungan informasional, aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi, dukungan instrumental merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan, dan dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Hal ini dapat ditunjukkan pada hasil penelitian responden dengan dukungan emosional yaitu kategori baik sebanyak 35 orang, sedang sebanyak 8 orang, dengan kriteria dukungan instrumental yaitu kategori baik sebanyak 14 orang, kategori sedang sebanyak 19 orang dan

dengan kriteria dukungan informasi / pengetahuan yaitu kategori baik sebanyak 13 orang, kategori sedang sebanyak 14 orang dan kategori kurang sebanyak 16 orang. Hasil penelitian didukung oleh penelitian Suryo, Harbandinah dan Bagoes (2006) didapatkan bahwa distribusi frekuensi responden mengenai dukungan keluarga terhadap lansia, diperoleh bahwa lansia yang beranggapan dukungan keluarga kategori baik sebanyak 25%, dukungan keluarga kategori sedang sebanyak 53,3% dan dukungan keluarga kategori kurang sebanyak 21,7%. Hal ini dikatakan sebanding karena dari hasil penelitian ini jenis karakteristik responden sama pada usia, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

6.2 Kemandirian dalam Pemenuhan ADL pada Lansia Wanita

Secara sederhana, mandiri dapat diartikan sebagai adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit (S. Tamher-Noorkasiani, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada lansia wanita, jumlah lansia yang mandiri dalam pemenuhan ADL sebanyak 39 orang (90,70%) dan yang masih tergantung sebagian sebanyak 4 orang (9,30%). Didukung oleh hasil penelitian Suryo, Harbandinah dan Bagoes (2006) didapatkan distribusi frekuensi mengenai kemandirian lansia, pada umumnya (86,7%) termasuk kategori mandiri, sebagian kecil (11,7%) termasuk kategori ketergantungan ringan, sedangkan yang termasuk kategori ketergantungan

berat hanya 1,6%. Tidak ditemukan lansia dengan kategori ketergantungan sedang maupun ketergantungan total. Hal ini dikatakan sebanding karena dari hasil penelitian ini jenis karakteristik responden sama pada usia, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tingkat kemandirian dalam pemenuhan Activity Daily Living (ADL) pada lansia berbeda. Hal ini mungkin dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kondisi kesehatan dan usia (Smeltzer & Bare, 2002).

Selain itu, usia memegang peranan penting pada tingkat kemandirian lansia. Usia lanjut cenderung mengalami penurunan fungsi tubuh sehingga dapat mempengaruhi kemandirian lansia. Hal ini dapat dilihat berdasarkan gambar 5.1 yaitu pada lansia termuda adalah 60 tahun dan yang tertua adalah 74 tahun. Hasil penelitian juga menunjukkan terdapat 39 orang (90,70%) lansia yang mandiri dalam pemenuhan Activity Daily Living (ADL) dan sebanyak 4 orang (9,30%) lansia yang tergantung sebagian dalam pemenuhan Activity Daily Living (ADL).

Faktor lain yang mempengaruhi kondisi kesehatan yaitu lanjut usia yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi adalah mereka yang secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima. Prosentase yang paling tinggi adalah mereka yang mempunyai kesehatan baik. Dengan kesehatan yang baik mereka bisa melakukan aktivitas apa saja dalam kehidupannya sehari-hari seperti : mengurus dirinya sendiri, bekerja dan rekreasi. Hal ini sejalan dengan pendapat S. Tamher-Noorkasiani (2009) bahwa kemandirian bagi orang lanjut usia dapat dilihat dari kualitas kesehatan sehingga dapat melakukan Activity

Daily Living (ADL). ADL ada 2 yaitu ADL standar dan ADL instrumental. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi. Sedangkan ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang. Sedangkan pada lanjut usia dengan kesehatan sedang cenderung tidak mandiri. Hal ini disebabkan karena kondisi kesehatan mereka baik fisik maupun psikis yang kadang-kadang sakit atau mengalami gangguan, sehingga aktivitas sehari-hari tidak semuanya dapat dilakukan sendiri. Pada beberapa kegiatan mereka memerlukan bantuan orang lain, misalnya mengerjakan pekerjaan yang berat atau mengambil keputusan.

6.3 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan Activity Daily Living (ADL) pada Lansia Wanita

Hasil uji korelasi *Spearman Rank* pada variabel dukungan keluarga menunjukkan bahwa terdapat korelasi antara kedua variabel karena nilai $p < 0,05$. Berdasarkan nilai koefisien korelasi kontingensi, maka Koefisien Determinan (KD) = $(r^2) = (0,472)^2 = 0,223 = 22,3\%$. Nilai r menunjukkan bahwa arah korelasi positif yang berarti semakin baik dukungan keluarga, maka semakin baik kemandirian dalam pemenuhan Activity Daily Living pada lansia wanita.

Dari hasil penelitian, didapatkan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan Activity Daily Living (ADL) dengan nilai 0,472 yang berarti tingkat hubungannya adalah sedang. Hal

tersebut sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Azizah (2011) yaitu dukungan keluarga memiliki beberapa manfaat, antara lain :

4.2.4 *Social support* tidak hanya berwujud dalam bentuk dukungan moral, melainkan dukungan spiritual dan dukungan material.

4.2.5 Meringankan beban bagi seseorang/sekelompok orang yang sedang mengalami masalah.

4.2.6 Dukungan diberikan merupakan suatu dorongan untuk mengobarkan semangat hidupnya, menyadarkan bahwa masih ada orang lain yang peduli.

Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan lansia, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi akan meningkat (Ryan dan Austin dalam Friedman, 1998).

Berdasarkan hasil penelitian, juga didapatkan pada lansia wanita yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori baik dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 25 orang (58,14%). Lansia wanita yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori cukup dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 13 orang (39,53%) dan melakukan pemenuhan ADL secara tergantung sebagian dengan jumlah 4 orang. Lansia wanita yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori kurang dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 1 orang (2,33%). Hal ini tidak didukung dengan hasil penelitian Cici

(2001) menunjukkan bahwa peran keluarga yang tidak terlibat dalam kemandirian lansia sebanyak 54,8% sedang peran keluarga yang terlibat dalam kemandirian lansia sebanyak 45,2%, hal ini disebabkan karena anak-anak sudah berkeluarga dan bekerja di tempat lain atau tidak tinggal satu rumah.

Pada lansia wanita terlihat bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kemandirian dalam pemenuhan ADL karena pada lansia yang mendapatkan dukungan keluarga dengan baik, jumlah lansia yang mandiri dalam pemenuhan ADL lebih besar daripada lansia yang tergantung sebagian dalam pemenuhan ADL.

Salah satu faktor lain yang mempengaruhi kemandirian adalah

1. Kondisi Kesehatan

Lanjut usia yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi adalah mereka yang secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima. Prosentase yang paling tinggi adalah mereka yang mempunyai kesehatan baik. Dengan kesehatan yang baik mereka bisa melakukan aktivitas apa saja dalam kehidupannya sehari-hari seperti : mengurus dirinya sendiri, bekerja dan rekreasi. Hal ini sejalan dengan pendapat S. Tamher-Noorkasiani (2009) bahwa kemandirian bagi orang lanjut usia dapat dilihat dari kualitas kesehatan sehingga dapat melakukan Activity Daily Living (ADL). Sedangkan pada lanjut usia dengan kesehatan sedang cenderung tidak mandiri. Hal ini disebabkan karena kondisi kesehatan mereka baik fisik maupun psikis yang kadang-kadang sakit atau mengalami gangguan, sehingga aktivitas sehari-hari tidak semuanya dapat dilakukan sendiri. Pada beberapa kegiatan mereka memerlukan bantuan

orang lain, misalnya mengerjakan pekerjaan yang berat atau mengambil keputusan. Dengan demikian orang lanjut usia dengan kondisi kesehatan baik dapat melakukan aktivitas apa saja sedangkan yang memiliki kondisi kesehatan sedang cenderung memilih aktivitas yang memerlukan sedikit kegiatan fisik. Dengan menurunnya kondisi kesehatan seseorang secara bertahap dalam ketidakmampuan secara fisik mereka hanya tertarik pada kegiatan yang memerlukan sedikit tenaga dan kegiatan fisik (Hurlock, 1994).

2. Kondisi Ekonomi

Pada kondisi ekonomi responden yang mandiri memiliki kondisi ekonomi sedang. Responden dengan kondisi ekonomi sedang berusaha tetap bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya agar tidak tergantung pada anak atau keluarga lain. Dengan bekerja mereka akan memperoleh beberapa keuntungan yaitu selain mendapatkan penghasilan mereka dapat mengisi waktu senggang dengan kegiatan yang berguna, sehingga aktifitas fisik dan psikis tetap berjalan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Cici (2001) tentang faktor penentu lansia bekerja.

Dikatakan bahwa lansia yang masih aktif bekerja karena berbagai alasan, diantaranya karena desakan ekonomi. Dengan masih bekerja berarti mereka masih dapat menghidupi dirinya sendiri. Dalam kondisi seperti ini mereka memusatkan perhatian pada usaha untuk menghasilkan uang sehingga minat untuk mencari uang tidak lagi berorientasi pada apa yang ingin mereka beli akan tetapi untuk sekedar menjaga agar mereka tetap mandiri. Lanjut usia yang mandiri pada kondisi ekonomi sedang karena mereka dapat menyesuaikan

kembali dengan kondisi yang mereka alami sekarang. Dengan berkurangnya pendapatan setelah pensiun, mereka dengan terpaksa harus menghentikan atau mengurangi kegiatan yang dianggap menghamburkan uang (Elizabeth, 1994). Keterlibatan lanjut usia dalam aktivitas produktif akan menunjang kemandirian mereka dalam rumah tangga. Untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mereka tidak bekerja, tetapi mendapat bantuan dari anak-anak atau keluarga. Bantuan tersebut berupa uang atau kebutuhan-kebutuhan lain seperti makan, pakaian, kesehatan atau kebutuhan untuk acara sosial. Sikap anak yang telah dewasa terhadap orangtua yang sudah berusia lanjut dan sering berhubungan dengan mereka dapat menciptakan penyesuaian sosial dan personal yang baik bagi orang-orang berusia lanjut (Elizabeth, 1994).

3. Kondisi Sosial (dukungan keluarga)

Hubungan sosial antara orang lanjut usia dengan anak yang telah dewasa adalah menyangkut keeratan hubungan mereka dan tanggungjawab anak terhadap orangtua yang menyebabkan orang lanjut usia menjadi mandiri. Tanggungjawab anak yang telah dewasa baik yang telah berumah tangga maupun yang belum, atau yang tinggal satu rumah, tidak tinggal satu rumah tetapi berdekatan tempat tinggal atau yang tinggal berjauhan (tinggal di luar kota) masih memiliki kewajiban bertanggungjawab terhadap kebutuhan hidup orang lanjut usia seperti kebutuhan sandang, pangan, kesehatan dan sosial.

Dari hasil penelitian bahwa interaksi sosial dan peran keluarga yang terlibat berpengaruh terhadap kemandirian lansia. Hasil responden mencapai 61%, hal ini dikarenakan interaksi positif hanya mungkin terjadi apabila terdapat

suasana saling mempercayai, menghargai dan saling mendukung antara lansia dengan keluarga, maka dihasilkan lansia yang mandiri dan tidak ketergantungan (Cici, 2001).

Berdasarkan teori kemandirian tersebut, dapat dilihat dari hasil penelitian yaitu pada lansia yang mendapatkan dukungan keluarga dengan baik maupun kurang baik adalah sama. Lansia dengan kategori kurang baik sebanyak 1 orang (2,33%) dan kategori baik sebanyak 25 orang (58,14%), dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga yang baik maka lansia dapat mandiri dalam pemenuhan ADL pada lansia .

6.4 Implikasi Keperawatan

Implikasi penelitian ini terhadap bidang keperawatan adalah sebagai masukan bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam keperawatan gerontik. Dengan diketahuinya hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) dengan korelasi sedang, perawat dapat memberikan konseling tentang kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) dan faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa pelaksanaan penelitian ini masih banyak kekurangan yang disebabkan karena:

6.5.1 Penelitian merupakan penelitian *cross sectional* yang dilakukan tanpa mengendalikan faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kemandirian

dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL). Faktor-faktor lain tersebut seperti kondisi kesehatan dan kondisi ekonomi.

6.5.2 Terbatasnya waktu penelitian dan tenaga peneliti menyebabkan karakteristik populasi yang dijadikan sampel dalam penelitian juga terbatas, sehingga keberagaman karakteristik kurang mewakili dan hanya dilakukan pada reponden dengan jenis kelamin perempuan.

6.5.3 Pada pembuatan kuesioner penelitian ini yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL), peneliti belum menemukan standar baku untuk instrumen variabel dukungan keluarga yang disesuaikan dengan variabel kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL), sehingga instrument penelitian dibuat berdasarkan pengetahuan dan pemahaman dari peneliti sendiri dan mengambil dari beberapa referensi tentang keluarga dan kemandirian lansia, namun sebelum kuesioner itu disebarakan, peneliti sudah melakukan uji validitas terlebih dahulu.

6.5.4 Indikator kuesioner tidak sesuai dengan populasi.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Setelah serangkaian proses dilalui, dalam bab ini peneliti dapat mengambil beberapa kesimpulan.

1. Lansia wanita yang mendapatkan dukungan keluarga dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) dikategorikan menjadi tiga kelompok, yaitu dengan dukungan baik yaitu sebanyak 25 orang (58,14%), dengan dukungan sedang yaitu sebanyak 15 orang (34,88%) dan dengan dukungan kurang sebanyak 1 orang (2,33%).
2. Kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita juga dikategorikan menjadi tiga kelompok, yaitu lansia mandiri yaitu sebanyak 39 orang (90,70%), lansia yang tergantung sebagian yaitu sebanyak 4 orang (9,30%) dan tidak ada lansia wanita yang tergantung total.
3. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita. Hal ini ditunjukkan dengan nilai koefisien korelasi ($r = 0,472$) menunjukkan bahwa arah korelasi positif yang berarti semakin baik dukungan keluarga, maka semakin baik juga kemandirian lansia dalam pemenuhan kebutuhan ADL.

7.2 Saran

1. Dari hasil penelitian menunjukkan masih ada dukungan keluarga yang sedang dan kurang, serta tingkat kemandirian yang tergantung sebagian, maka disarankan untuk ada pendampingan dari petugas di Kampung Karang Werdha untuk memberikan informasi tentang pengetahuan kepada anggota keluarga dalam memberikan dukungan keluarga terutama untuk meningkatkan kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia.
2. Hendaknya dijalin komunikasi antara petugas di Kampung Karang Werdha, Departemen Sosial, dan mahasiswa keperawatan agar menjadikan Kampung

Karang Werdha Puntodewo 1 sebagai lahan pendidikan terutama dalam hal meningkatkan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia.

3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan menggunakan karakteristik populasi yang lebih beragam dan menggunakan variabel yang berbeda yang menjadi faktor perancu lain seperti usia, kondisi kesehatan, kondisi ekonomi, dan jenis kelamin laki-laki, agar dapat mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL).



DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, S. 1998. *Prosedur Suatu Praktek*, Rineka Cipta, Yogyakarta.

Azizah, L.M. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*, Graha Ilmu, Yogyakarta.

Cici. 2001. *Hubungan Interaksi dan Peran Keluarga dengan Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktifitas Sehari-hari.*

Darmojo, B.R., dan H.H. Martono. 2004. *Buku Ajar Geriatri : Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*, FKUI, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI. 2001. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut bagi Petugas Kesehatan*, Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Pengelolaan : kegiatan Kesehatan di Kelompok Usia Lanjut*, Jakarta.

Dinas Komunikasi dan Informatika Prov. Jatim. 2009. *Diperlukan Inovasi dan Inisiatif Untuk Peningkatan Kesejahteraan Lansia.* Dibuka pada situs <http://www.jatimprov.go.id>.

Efendi F., dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.

Friedman, M. 1998. *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktek.* Diterjemahkan oleh Ina Debora dan Yoakim, EGC, Jakarta.

Hidayat, A. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Salemba Medika, Jakarta.

Lueckenotte. 2000. *Pengkajian Gerontologi*, EGC, Jakarta.

Maryam RS, dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*, Salemba Medika, Jakarta.

McKenzie, J. F, Pinger, R.R, dan Kotecki, J.E. 2006. *Kesehatan Masyarakat : suatu pengantar*, Alih bahasa oleh Atik Utami, Nova S. Indah Hippy, dan lin Nurlinawati, Edisi ke-4, EGC, Jakarta.

Merz, Eva-Maria. 2009. *The association of family support and wellbeing in later life depends on adult attachment style*. Dibuka pada situs <http://web.ebscohost.com>.

Nisfiannoor, M. 2009. *Pendekatan Statistika Modern untuk Ilmu Sosial*, Salemba Humanika, Jakarta.

Nugroho, W. 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*, Edisi 3, EGC, Jakarta.

Nursalam. 2009. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Edisi ke-2, Salemba Medika, Jakarta.

Notoatmojo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.

Notoatmojo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.

Potter dan Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*, Edisi ke-4, Alih Bahasa Yasmin Asih, EGC, Jakarta.

S.Tamher-Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.

Smeltzer, S & Bare BG. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi ke-8*, EGC, Jakarta.

Suryo P, Harbandinah P & Bagoes W. 2006. *Analisis Pengaruh Faktor Nilai Hidup, Kemandirian dan Dukungan Keluarga terhadap Perilaku Sehat Lansia*.
Dibuka pada situs isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/.pdf.

Syarifudin, B. 2010. *Panduan Keperawatan dan Kebidanan dengan SPSS*, Grafindo Litera Media, Yogyakarta.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



Lampiran 1

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Zakiah Hidayati

NIM : 0810720077

Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, September 2012

Yang membuat pernyataan,

(Zakiah Hidayati)

NIM. 0810720077

Lampiran 2

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah Mahasiswa Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul **”Hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita di Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang”**
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita.
3. Prosedur pengambilan sampel adalah dengan *Purposive Sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian). Cara ini mungkin menyebabkan anda terpilih sebagai sampel tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini hanya melakukan observasi dan tidak ada efek samping serta komplikasi.
4. Keuntungan yang anda peroleh dengan keikutsertaan anda adalah dapat menambah wawasan tentang dukungan keluarga sebagai upaya untuk meningkatkan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita.
5. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini, maka anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun.
6. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan

Peneliti

**Pernyataan Persetujuan untuk
Berpartisipasi dalam Penelitian**

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia / tidak bersedia*) untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul **"Hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia wanita di Karang Werdha Puntodewo 1 Kelurahan Bunulrejo Malang"**

Malang, 2012

Peneliti

Saksi

Yang membuat pernyataan

(Zakiah Hidayati)
NIM. 0810720077

(.....)

(.....)



Lampiran 3

LEMBAR KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

Isilah data di bawah ini:

Nama :

Usia :

Pendidikan :

Petunjuk pengisian:

- Berilah tanda '√' pada kotak sesuai jawaban anda
- Jawaban "ya" : jika memang sesuai
- Jawaban "tidak" : jika tidak sesuai

No	Pernyataan	Jawaban	
		Ya (skor 2)	Tidak (skor 1)
DUKUNGAN EMOSIONAL			
1.	Saya merasa senang bila keluarga mendampingi saya dirumah		
2.	Saya merasa tidak senang bila keluarga meninggalkan saya sendirian dirumah		
3.	Saya merasa kurang senang bila seharian tidak melihat atau bertemu dengan keluarga/anak cucu		
DUKUNGAN INSTRUMENTAL			
1.	Apakah keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika anda memerlukan untuk keperluan sehari-hari		

	seperti perlengkapan makan, mandi, pakaian dan perlengkapan merawat diri?		
2.	Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap aktifitas sehari-hari saya, seperti : menyiapkan makan.		
3.	Keluarga bersedia membiayai biaya kehidupan yang saya butuhkan		
DUKUNGAN INFORMASI / PENGETAHUAN			
1.	Keluarga selalu memberitahu apa pentingnya melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, makan, minum, dll		
2.	Keluarga selalu mengingatkan saya untuk melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari seperti : mandi, makan dan minum.		
3.	Apakah keluarga mengingatkan anda tentang perilaku-perilaku yang memperburuk keadaan anda, seperti : tidak mau makan, makan dan minum sembarangan, tidak mau mandi?		

Analisis Hasil :

Baik = jika nilai skor responden 13 -18 atau 72% - 100%

Cukup = jika nilai skor responden 7-12 atau 39%-67%

Kurang = jika nilai skor responden < 7 atau <39%

LEMBAR OBSERVASI KEMANDIRIAN DALAM ADL BERDASARKAN INDEKS

KATZ

Isilah data di bawah ini:

Kode kuesioner :

Petunjuk pengisian:

- Coret yang tidak sesuai dengan jawaban anda, contoh : mandiri / ~~tergantung~~ → jika jawaban mandiri, maka yang tergantung dicoret.
- Jawaban “mandiri” : jika bisa melakukan *Activity Daily Living* (ADL) secara sendiri.
- Jawaban “tergantung” : jika tidak bisa melakukan *Activity Daily Living* (ADL) secara sendiri.

Aktivitas	Jawaban	
	Mandiri (skor 1)	Tergantung (skor 0)
Mandi Jawaban : mandiri / tergantung	a dalam melakukan aktivitas ini, klien mampu melakukan sendiri dan tanpa memerlukan bantuan orang lain.	a klien memerlukan bantuan untuk membersihkan badan dengan sabun, menggosok gigi, dan keramas. Juga bila klien tak mampu masuk keluar bak mandi sendiri.
Berpakaian Jawaban : Mandiri / tergantung	Bila mampu mengambil sendiri pakaian dalam lemari atau laci misalnya, mengenakan pakaian	Memerlukan bantuan dalam mengenakan pakaian

	sendiri bajunya, memasang kancing atau resleting.	
Ke toilet Jawaban : Mandiri / tergantung	a lansia mampu ke toilet sendiri, beranjak dari kloset, merapikan pakaian sendiri, membersihkan sendiri organ ekskresi, bila harus menggunakan bed pan hanya digunakan di malam hari.	a memang klien memerlukan bed pan atau pispot. Untuk keluar masuk toilet menggunakannya serta merapikan pakaian selalu memerlukan bantuan.
ansferring (berpindah lain tempat) Jawaban : Mandiri / tergantung	a mampu naik-turun sendiri ke/dari tempat tidur dan kursi roda. Bila hanya memerlukan sedikit bantuan atau bantuan yang bersifat.	Bila selalu memerlukan bantuan untuk kegiatan. Atau tak mampu melakukan satu/lebih aktivitas transferring.
Kontinensia (buang air kecil dan buang air besar) Jawaban : Mandiri / tergantung	Bila mampu melakukan sendiri, beranjak dari kloset, merapikan pakaian sendiri, membersihkan sendiri organ ekskresi.	a pada salah satu atau keduanya (buang air kecil/buang air besar) memerlukan alat bantu seperti kateter.
Makan Jawaban : Mandiri / tergantung	Bila mampu menyuap makanan sendiri, mengambil piring sendiri.	Memerlukan bantuan sebagian atau total dalam makan.

Analisis Hasil :

Mandiri : jika nilai skor 5-6 atau 83%-100%

Tergantung sebagian : jika nilai skor 3-4 atau 50%-82%

Tergantung total : jika nilai skor <3 atau 50%

Lampiran 4

Data Demografi Responden dan Hasil Penelitian

KODE	UMUR	PEKERJAAN	TINGKAT PENDIDIKAN	DUKUNGAN KELUARGA		KEMANDIRIAN	
				SKOR	KATEGORI	SKOR	KATEGORI
1	62	PENSIUN	PT	18	BAIK	6	MANDIRI
2	69	PENSIUN	SGKP	14	BAIK	6	MANDIRI
3	64	TIDAK BEKERJA	SD	12	CUKUP	6	MANDIRI
4	75	TIDAK BEKERJA	SMA	10	CUKUP	6	MANDIRI
5	67	TIDAK BEKERJA	SMP	14	BAIK	6	MANDIRI
6	72	PENSIUN	SGTK	12	CUKUP	6	MANDIRI
7	60	TIDAK BEKERJA	SMA	14	BAIK	6	MANDIRI
8	70	TIDAK BEKERJA	SMP	14	BAIK	6	MANDIRI
9	70	TIDAK BEKERJA	SD	14	BAIK	6	MANDIRI
10	75	TIDAK BEKERJA	SD	16	BAIK	4	TERGANTUNG SEBAGIAN
11	64	TIDAK BEKERJA	SD	10	CUKUP	6	MANDIRI
12	62	TIDAK BEKERJA	SMP	12	CUKUP	6	MANDIRI
13	60	TIDAK BEKERJA	SMP	12	CUKUP	6	MANDIRI
14	61	PENSIUN	PT	10	CUKUP	6	MANDIRI
15	64	TIDAK BEKERJA	SMP	14	BAIK	6	MANDIRI
16	67	PENSIUN	PT	6	KURANG	4	MANDIRI
17	71	TIDAK BEKERJA	SD	10	CUKUP	6	MANDIRI
18	68	TIDAK BEKERJA	SMA	14	BAIK	6	MANDIRI
19	75	TIDAK BEKERJA	SMP	16	BAIK	6	MANDIRI
20	68	PENSIUN	PT	16	BAIK	6	MANDIRI

21	62	TIDAK BEKERJA	SMP	14	BAIK	6	MANDIRI
22	75	PENSIUN	PT	16	BAIK	6	MANDIRI
23	59	TIDAK BEKERJA	SD	14	BAIK	6	MANDIRI
24	60	GURU	PT	14	BAIK	6	MANDIRI
25	64	TIDAK BEKERJA	SMP	14	BAIK	6	MANDIRI
26	56	GURU	PT	12	CUKUP	6	MANDIRI
27	71	PENSIUN	SGKP	12	CUKUP	6	MANDIRI
28	69	TIDAK BEKERJA	SMA	12	CUKUP	6	MANDIRI
29	75	TIDAK BEKERJA	SD	8	CUKUP	6	MANDIRI
30	72	TIDAK BEKERJA	SMP	16	BAIK	6	MANDIRI
31	67	TIDAK BEKERJA	SD	14	BAIK	6	MANDIRI
32	67	TIDAK BEKERJA	SMA	16	BAIK	6	MANDIRI
33	66	TIDAK BEKERJA	SMA	16	BAIK	6	MANDIRI
34	69	TIDAK BEKERJA	SMP	12	CUKUP	6	MANDIRI
35	71	TIDAK BEKERJA	SD	12	CUKUP	6	MANDIRI
36	69	TIDAK BEKERJA	SD	16	BAIK	6	MANDIRI
37	66	TIDAK BEKERJA	SMP	16	BAIK	6	MANDIRI
38	68	TIDAK BEKERJA	SD	12	CUKUP	6	MANDIRI
39	68	TIDAK BEKERJA	SMP	18	BAIK	6	MANDIRI
40	71	TIDAK BEKERJA	SMA	14	BAIK	6	MANDIRI
41	64	TIDAK BEKERJA	SMA	16	BAIK	6	MANDIRI
42	69	TIDAK BEKERJA	SMP	8	CUKUP	4	TERGANTUNG SEBAGIAN
43	75	TIDAK BEKERJA	SMA	12	CUKUP	4	TERGANTUNG SEBAGIAN

Lampiran 5

Hasil Uji Validitas dan Reabilitas

Item Pertanyaan	r hitung	Signifikansi	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
dk1	0.991	0.000	Valid	0.941	Reliabel
dk2	0.873	0.001	Valid		
dk3	0.704	0.023	Valid		
dk4	0.704	0.023	Valid		
dk5	0.873	0.001	Valid		
dk6	0.873	0.001	Valid		
dk7	0.704	0.023	Valid		
dk8	0.991	0.000	Valid		
dk9	0.873	0.001	Valid		

Tabel di atas merupakan uji validitas dan reliabilitas instrumen pada pertanyaan yang digunakan. Pada tabel tersebut didapatkan nilai r hitung Korelasi *Product Moment* dan nilai signifikansi korelasi untuk setiap pertanyaan, yaitu untuk pertanyaan 1 hingga 9 untuk variabel Dukungan Keluarga. Dari hasil tersebut dapat diambil keputusan menolak H_0 dan disimpulkan bahwa setiap pertanyaan adalah valid karena nilai r hitung untuk setiap item pertanyaan lebih besar dari nilai r tabel dengan tingkat toleransi kesalahan (*alpha*) 5%.

Pada tabel tersebut didapatkan pula nilai *Cronbach's Alpha* untuk instrumen pertanyaan sebesar 0.941 untuk variabel Dukungan Keluarga. Dari hasil tersebut dapat diambil keputusan menolak H_0 dan disimpulkan bahwa item pertanyaan adalah reliabel karena nilai *Cronbach's Alpha* untuk indikator tersebut lebih besar dari nilai pembanding 0,600 atau termasuk dalam kriteria "sangat tinggi" dalam Indeks Koefisien Reliabilitas.

LAMPIRAN UJI VALIDITAS

Correlations

	dk1	dk2	dk3	dk4	dk5	dk6	dk7	dk8	dk9	dk
dk1 Pearson Correlation	1	.885**	.667	.667	.885**	.885**	.667	1.000**	.885**	.991**
Sig. (2-tailed)		.001	.035	.035	.001	.001	.035	.000	.001	.000
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk2 Pearson Correlation	.885**	1	.547	.547	.756	.756	.547	.885**	.756	.873**
Sig. (2-tailed)	.001		.102	.102	.011	.011	.102	.001	.011	.001
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk3 Pearson Correlation	.667	.547	1	.375	.547	.547	.375	.667	.547	.704
Sig. (2-tailed)	.035	.102		.286	.102	.102	.286	.035	.102	.023
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk4 Pearson Correlation	.667	.547	.375	1	.547	.547	.375	.667	.547	.704
Sig. (2-tailed)	.035	.102	.286		.102	.102	.286	.035	.102	.023
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk5 Pearson Correlation	.885**	.756	.547	.547	1	.756	.547	.885**	.756	.873**
Sig. (2-tailed)	.001	.011	.102	.102		.011	.102	.001	.011	.001
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk6 Pearson Correlation	.885**	.756	.547	.547	.756	1	.547	.885**	.756	.873**
Sig. (2-tailed)	.001	.011	.102	.102	.011		.102	.001	.011	.001
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk7 Pearson Correlation	.667	.547	.375	.375	.547	.547	1	.667	.547	.704
Sig. (2-tailed)	.035	.102	.286	.286	.102	.102		.035	.102	.023

N		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk8	Pearson Correlation	1.000**	.885**	.667*	.667*	.885**	.885**	.667*	1	.885**	.991**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.035	.035	.001	.001	.035		.001	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk9	Pearson Correlation	.885**	.756*	.547	.547	.756*	.756*	.547	.885**	1	.873*
	Sig. (2-tailed)	.001	.011	.102	.102	.011	.011	.102	.001		.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
dk	Pearson Correlation	.991**	.873*	.704	.704	.873*	.873*	.704	.991**	.873*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.023	.023	.001	.001	.023	.000	.001	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

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

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



LAMPIRAN REABILITAS

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

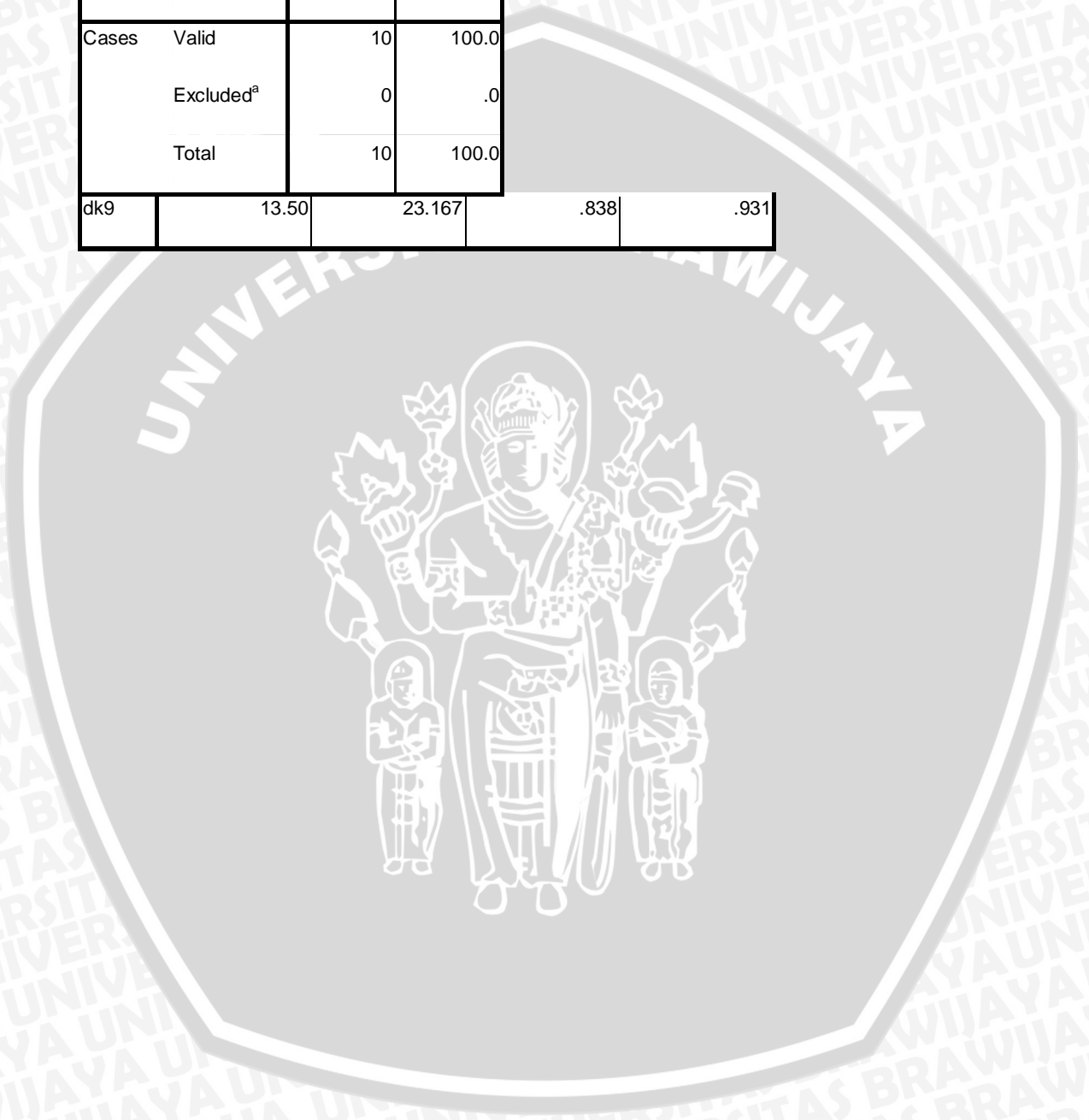
Cronbach's Alpha	N of Items
.941	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dk1	13.40	22.711	.988	.924
dk2	13.50	23.167	.838	.931
dk3	13.60	23.378	.610	.945
dk4	13.60	23.378	.610	.945
dk5	13.50	23.167	.838	.931
dk6	13.50	23.167	.838	.931
dk7	13.60	23.378	.610	.945
dk8	13.40	22.711	.988	.924

Case Processing Summary

		N	%	
Cases	Valid	10	100.0	
	Excluded ^a	0	.0	
	Total	10	100.0	
dk9	13.50	23.167	.838	.931



Lampiran 6

Hasil Korelasi Penelitian

Correlations

		Dukungan Keluarga	Kemandirian Lansia
Dukungan Keluarga	Correlation Coefficient	1.000	.472**
	Sig. (2-tailed)	.	.001
	N	43	43
Kemandirian Lansia	Correlation Coefficient	.472**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.001	.
	N	43	43

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

Hasil Uji Normalitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Dukungan Keluarga	Kemandirian Lansia
N		43	43
Normal Parameters ^a	Mean	13.26	5.77
	Std. Deviation	2.761	.571
Most Extreme Differences	Absolute	.211	.495

Positive	.115	.342
Negative	-.211	-.495
Kolmogorov-Smirnov Z	1.383	3.249
Asymp. Sig. (2-tailed)	.044	.000
a. Test distribution is Normal.		

