

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN
LANSIA DALAM PEMENUHAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) PADA
LANSIA DI KELURAHAN PENANGGUNGAN, KECAMATAN KLOJEN,
KOTA MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



Oleh :

Safira Ika Kasani Putri

NIM : 155070101111077

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA, MALANG

2019

DAFTAR ISI

Judul i

Halaman Persetujuan ii

Halaman Pengesahan iii

Pernyataan Keaslian Tulisan iv

Kata Pengantar v

Abstrak vii

Abstract viii

Daftar Isi ix

Daftar Tabel xiv

Daftar Gambar xv

Daftar Lampiran xvi

Daftar Singkatan xvii

BAB I PENDAHULUAN 1

 1.1 Latar Belakang 1

 1.2 Rumusan Masalah 4

 1.3 Tujuan Penelitian 4

 1.3.1 Tujuan Umum 4

 1.3.2 Tujuan Khusus 5

 1.4 Manfaat Penelitian 5

 1.4.1 Manfaat Akademis 5



1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Dukungan Keluarga.....	7
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
2.2 Lansia.....	12
2.2.1 Pengertian Lansia.....	12
2.2.2 Batasan Lansia.....	12
2.2.3 Karakteristik Lansia.....	14
2.2.4 Tipe Lansia.....	14
2.2.5 Proses Menua.....	15
2.2.6 Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	16
2.3 Kemandirian Lansia.....	18
2.3.1 Pengertian Kemandirian.....	18
2.3.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kemandirian.....	21
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....	24
3.1 Kerangka Konsep.....	24
3.2 Hipotesis.....	28
BAB IV METODE PENELITIAN.....	29
4.1 Desain Penelitian.....	29
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	29



4.2.1 Waktu Penelitian.....	29
4.2.2 Tempat penelitian.....	29
4.3 PopulasidanSampel.....	29
4.3.1 PopulasiPenelitian.....	29
4.3.2 SampelPenelitian.....	30
4.3.2.1 Kriteria Inklusi.....	30
4.3.2.2 Kriteria Eklusi.....	30
4.3.3 Besar Sampel.....	30
4.3.4 TeknikPemilihan Sampling.....	31
4.4 VariabelPenelitian.....	31
4.4.1 VariabelBebas.....	31
4.4.2 VariabelTerikat.....	31
4.5 DefinisiOperasional.....	32
4.6 AlatPenelitiandanPengumpulan Data.....	33
4.6.1 Alat.....	33
4.7 Cara Pengumpulan Data.....	33
4.8 AlurPenelitian.....	33
4.9 Pengolahan Data.....	34
4.9.1 Editing.....	34



4.9.2 Coding.....	34
4.9.3 Entry Data.....	35
4.9.4 Scoring.....	35
4.9.5 Cleaning.....	35
4.10 Analisis Data.....	35
4.10.1 Analisis Univariat.....	35
4.10.2 Analisis Bivariat.....	35
4.11 Etika Penelitian.....	36
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA.....	37
5.1 Karakteristik Responden Penelitian.....	37
5.1.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia	37
5.1.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	37
5.1.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	38
5.1.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	38
5.1.5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Care Giver.....	39
5.1.6 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga pada Lansia.....	40
5.1.7 Distribusi Frekuensi Kemandirian dalam Pemenuhan ADL.....	41
5.1.8 Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan ADL	42
5.1.9 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan ADL.....	43



BAB VI PEMBAHASAN	45
BAB VII PENUTUP	53
7.1 Kesimpulan	53
7.2 Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN	58



DAFTAR TABEL

Tabel 4.4 Definisi Operasional 23

Tabel 5.1.5 Distribusi frekuensi dukungan keluarga padalansia 41

Tabel 5.1.6 Distribusi Frekuensi Kemandiri dalam pemenuhan ADL padalansia 42

Tabel 5.1.7 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandiri dalam Pemenuhan ADL padalansia 48



DAFTAR GAMBAR

Gambar5.1.1DistribusiUsialansia.....38

Gambar5.1.2DistribusiPendidikanlansia.....39

Gambar5.1.3DistribusiPekerjaanLansia.....39

Gambar5.1.4DistribusiJenisKelaminLansia.....40

Gambar 5.1.3DistribusiCare Giver Lansia.....41



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kelayakan Etik.....59

Lampiran 2. Instrumen Penelitian.....60

Lampiran 3. Pengujian Instrumen Penelitian.....65

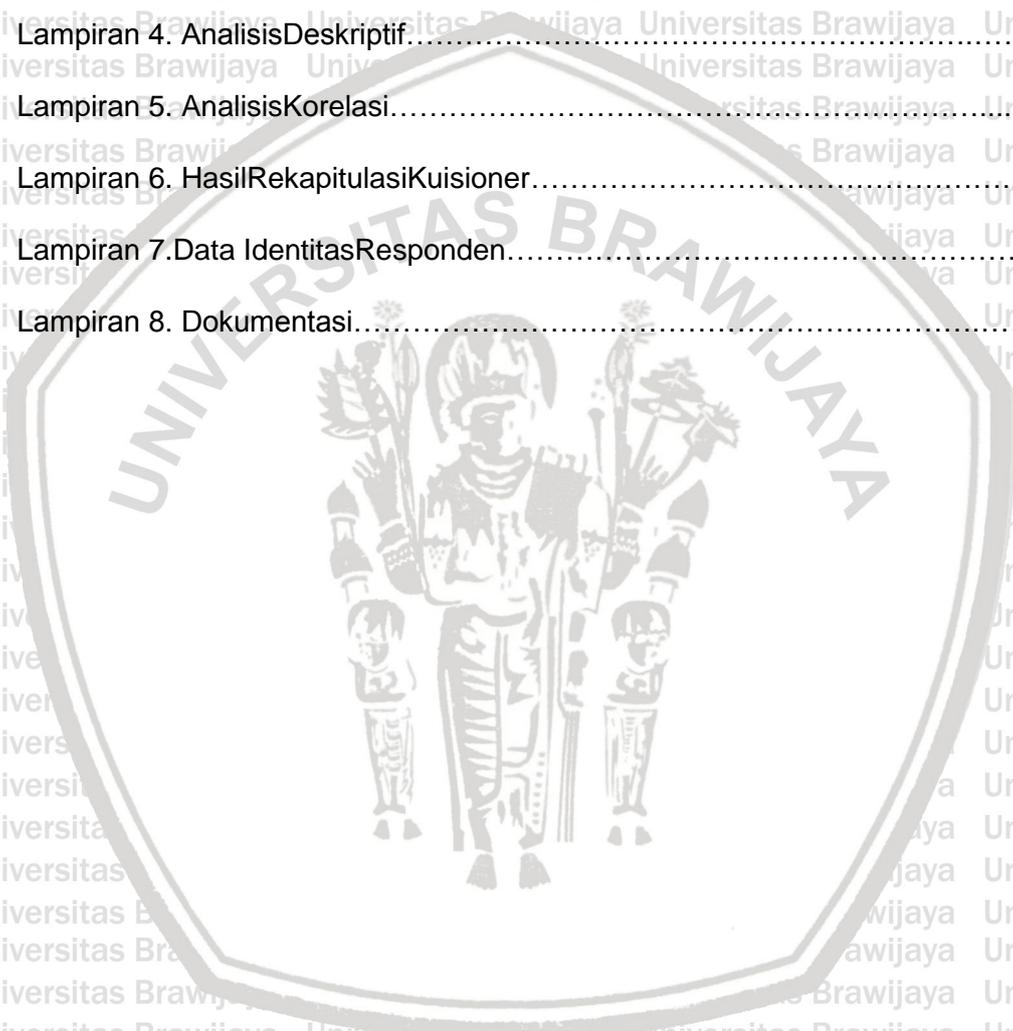
Lampiran 4. Analisis Deskriptif.....68

Lampiran 5. Analisis Korelasi.....69

Lampiran 6. Hasil Rekapitulasi Kuisioner.....70

Lampiran 7. Data Identitas Responden.....71

Lampiran 8. Dokumentasi.....72



DAFTAR SINGKATAN

ADL : *Activity Daily Living*

SPSS : *Statistical Product of Service Solution*

Lansia : *Lanjut Usia*

WHO : *World Health Organization*



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN LANSIA
DALAM PEMENUHAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) PADA LANSIA DI
KELURAHAN PENANGGUNAN, KECAMATAN KLOJEN, KOTA MALANG**

Oleh:

Safira Ika Kasani Putri

NIM : 155070101111077

Telah diuji pada

Hari : Jumat, 8 November 2019

Dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

dr. Taufiq Nur Budaya, Sp.U

NIP. 19860829009121003

Pembimbing-I

Dr. dr Sri Andarini, M.Kes

NIP. 195804141987012001

Pembimbing-II

Dr. dr. Sri Poeranto, Sp.Park, M.Kes

NIP. 195205061980021002

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kedokteran

dr. Triwahyu Astuti, M.Kes., Sp. P(K)

NIP. 196310221996012001

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN LANSIA DALAM PEMENUHAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PADA LANSIA DI KELURAHAN PENANGGUNGAN, KECAMATAN KLOJEN, KOTA MALANG

Sri Andarini¹, Sri Poeranto², Safira Ika KP³

¹Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, Indonesia

²Departemen Parasitologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, Indonesia

³Mahasiswa Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, Indonesia

Abstrak

Meningkatnya usia harapan hidup dan derajat kesehatan masyarakat akibat dari berkembangnya teknologi dan ilmu pengetahuan menyebabkan meningkatnya jumlah populasi lansia. Peningkatan jumlah populasi ini berdampak pada berbagai macam aspek kehidupan. Dampak utamanya adalah meningkatnya ketergantungan lansia. Lansia menjadi bergantung dalam menjalani aktivitas kehidupan sehari-harinya misalnya pada aktivitas makan, memakai pakaian, ke toilet, mandi dan berpindah tempat. Tujuan dari penelitian adalah mengidentifikasi tingkat kemandirian lansia dalam pemenuhan activity daily living (ADL) pada lansia di kelurahan Penanggungan, kecamatan Klojen, kota Malang. Desain penelitian yang digunakan yaitu analitik observasional dengan pendekatan cross sectional. Data penelitian ini dikumpulkan dengan memakai instrument penelitian berupa data wawancara dan kuisioner. Jumlah keseluruhan lansia adalah 90 lansia dengan kriteria berusia lebih dari 60 tahun. Teknik analisis data menggunakan Spearman Rank. Hasil penelitian dapat dilihat bahwa lansia yang mendapat dukungan keluarga dengan kategori baik sebanyak 60 lansia (85,7 %), kategori cukup sebanyak 10 lansia (14,3 %) Adapun jumlah lansia kategori mandiri sebanyak 61 lansia (87.1%), lansia kategori tergantung sebagian sebanyak 6 lansia (8.6%), kategori tergantung total sebanyak 3 lansia (4.3%) . Hasil uji korelasi Spearman Rank pada variabel dukungan keluarga terhadap variabel kemandirian menunjukkan bahwa terdapat korelasi antara kedua variabel karena nilai $p < 0,05$. Hasil dari uji korelasi spearman rank pada variabel dukungan keluarga terhadap kemandirian lansia menunjukkan bahwa terdapat korelasi antara keduanya dikarenakan nilai $p < 0,05$. Hasil koefisien korelasi sebesar 0.606 menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif searah dan sedang. Hal ini berarti semakin besar dukungan keluarga akan diikuti oleh peningkatan kemandirian lansia dalam memenuhi aktivitas kehidupan sehari-harinya di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

Kata Kunci = Kemandirian lansia, Aktivitas sehari-hari, Dukungan keluarga.

RELATIONSHIP OF FAMILY SUPPORT WITH INDEPENDENCE OF ELDERLY IN FULFILLING ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) IN KELURAHAN PENANGGUNGAN , KECAMATAN KLOJEN, KOTA MALANG

Sri Andarini¹, Sri Poeranto², Safira Ika KP³

¹Departement of Public Health sciences, Faculty of Medicine, Brawijaya University, Malang, Indonesia

²Departemen Prasitologi, Faculty of Medicine, Brawijaya University, Malang, Indonesia

²Medical Study Program, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya, Malang, Indonesia

Abstract

The increasing of expectancy and the degree of public health due to advances in science and technology have an impact on increasing the number of the elderly population. This issue has in population has an impact on various aspects of life. The main impact is the increasing dependency of the elderly. They unable to do their daily activities such as eating, dressing, going to the toilet, bathing and moving places. The purpose of this study is to identify the level of independence of the elderly in fulfilling the daily living activity (ADL) of the elderly in the Penanggungan, Klojen, Malang city.

The design of this study was analytic observational cross sectional approach. We used question and interview. The total sample of 90 elderly people above 60 years. Data analysis techniques using the Spearman Rank.

The results showed that family support for the elderly with good categories were 60 elderly (85.7%), enough categories were 10 elderly (14.3%). The number of elderly in the independent category is 61 elderly (87.1%), elderly category is partially dependent as many as 6 elderly (8.6%), the total dependent category is as many as 3 elderly (4.3%).

Spearman Rank correlation test results on family support variables to the independence variable shows that there is a correlation between the two variables because the value of $p < 0.05$. The results of the correlation coefficient of 0.606 indicate that there is a positive relationship in the same direction and moderate. This means that greater family support will be followed by increased independence in fulfilling daily activities for the elderly in the Penanggungan, Klojen, Malang City.

Keywords = Independence of the elderly, Daily activities, Family support.



1.1 Latar Belakang.

Menurut World Health Organization (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. (WHO 1998 : 1).

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta perbaikan social ekonomi berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan usia harapan hidup, sehingga jumlah populasi lansia juga meningkat. Sampai sekarang ini, penduduk di 11 negara anggota World Health Organization (WHO) kawasan Asia Tenggara yang berusia di atas 60 tahun berjumlah 142 juta orang dan diperkirakan akan terus meningkat hingga 3 kali lipat di tahun 2050. Jumlah lansia di Indonesia pada tahun 2011 sekitar 24 juta jiwa atau hampir 10% jumlah penduduk. Setiap tahunnya jumlah lansia bertambah rata-rata 450.000 orang. Jumlah warga lansia di Jawa Timur menurut Sensus Penduduk tahun 2010 telah mencapai 2,3 juta jiwa (Yuliati, 2014).

Peningkatan jumlah penduduk lansia ini akan membawa dampak terhadap berbagai kehidupan. Salah satunya adalah peningkatan problem ketergantungan lansia. Ketergantungan ini disebabkan oleh kemunduran fisik, psikis, dan sosial lansia yang dapat digambarkan melalui empat tahap, yaitu kelemahan, keterbatasan fungsional, ketidakmampuan, dan keterhambatan

yang akan dialami bersamaan dengan proses kemunduran akibat proses menua. (Yuliati,2014).

Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah memulai tiga tahap kehidupannya yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat dan figure tubuh yang tidak proporsional (Nugroho, 2006).

Activity Daily Living (ADL) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari. *ADL* merupakan aktivitas pokok pokok bagi perawatan diri. *ADL* meliputi antara lain : ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat (Hardywinito & Setiabudi, 2005). *ADL* adalah ketrampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat (Sugiarto,2005).

Penyakit kronis yang sering diderita oleh lansia diseluruh dunia adalah penyakit jantung coroner, hipertensi, stroke, diabetes, kanker, paru-paru, artritis, arteriosclerosis, dikmensia, depresi, dan gangguan penglihatan. Disabilitas mengakibatkan para lansia tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari (WHO 1998 : 1)

Saat memasuki usia tua, para lansia memiliki perubahan struktur otak yang menyebabkan kemunduran kualitas hidup yang berimplikasi pada kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Nugroho, 2008). Dukungan keluarga yang optimal mendorong kesehatan para lansia meningkat, selain itu kegiatan harian para lansia menjadi teratur dan tidak berlebihan. Bagian dari dukungan sosial adalah cinta dan kasih sayang yang harus dilihat secara terpisah sebagai bagian asuhan dan perhatian dalam fungsi efektif keluarga (Stanley dan Beare, 2006).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. (Friedman, 1998).

Dukungan keluarga sangat penting bagi kelangsungan hidup lansia dan perlu diteliti dalam penelitian ini dikarenakan berbagai alasan salah satunya: 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 social ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia (Maryam, dkk, 2008)

Kemandirian merupakan suatu keadaan dimana seorang individu memiliki kemauan dan kemampuan berupaya untuk memenuhi tuntutan kebutuhan hidupnya secara sah, wajar dan bertanggungjawab terhadap segala hal yang dilakukannya, namun demikian tidak berarti bahwa orang yang mandiri bebas lepas tidak memiliki kaitan dengan orang lain. Mu'tadin (2002) juga

mengatakan bahwa untuk dapat mandiri seseorang membutuhkan kesempatan, dukungan dan dorongan dari keluarga serta lingkungan di sekitarnya, agar dapat mencapai otonomi atas diri sendiri. (Ruhidawati,2005)

Data yang didapat dari kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang, didapatkan sebanyak 90 lansia, dengan berbagai macam masalah terhadap kemandirian lansia dalam pemenuhan ADL. Sehingga dengan masalah yang kompleks tersebut peneliti tertarik meneliti tentang hubungan dukungan sosial keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan permasalahan dalam latar belakang diatas maka peneliti merumuskan sebuah masalah yaitu “Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan ADL pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam pemenuhan ADL pada lansia
- b. Mengidentifikasi kemandirian dalam pemenuhan ADL pada lansia

c. Menganalisa hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan ADL pada lansia di Kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik (Prodi Kedokteran)

Menambah bahan referensi bagi mahasiswa terutama berkaitan dengan dukungan keluarga dalam upaya peningkatan kemandirian terutama dalam pemenuhan ADL.

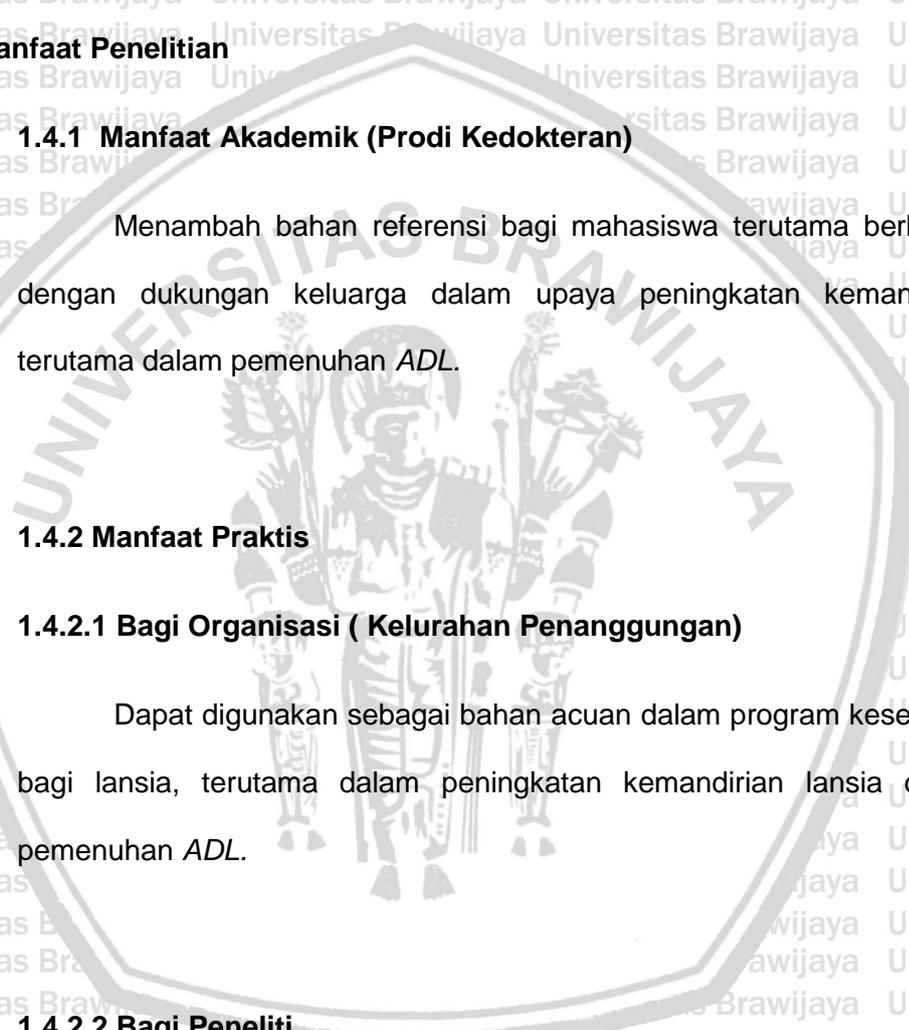
1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Organisasi (Kelurahan Penanggungan)

Dapat digunakan sebagai bahan acuan dalam program kesehatan bagi lansia, terutama dalam peningkatan kemandirian lansia dalam pemenuhan ADL.

1.4.2.2 Bagi Peneliti

Menjadi bahan masukan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian untuk mengetahui hal-hal lain yang dapat meningkatkan kemandirian dalam pemenuhan ADL pada lansia dengan cara yang efektif.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Selain pendapat tersebut Friedman (1998) juga mengungkapkan bahwa keluarga merupakan suatu sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat sakit). (Departemen Kesehatan RI 1998).

2.1.2 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan, dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

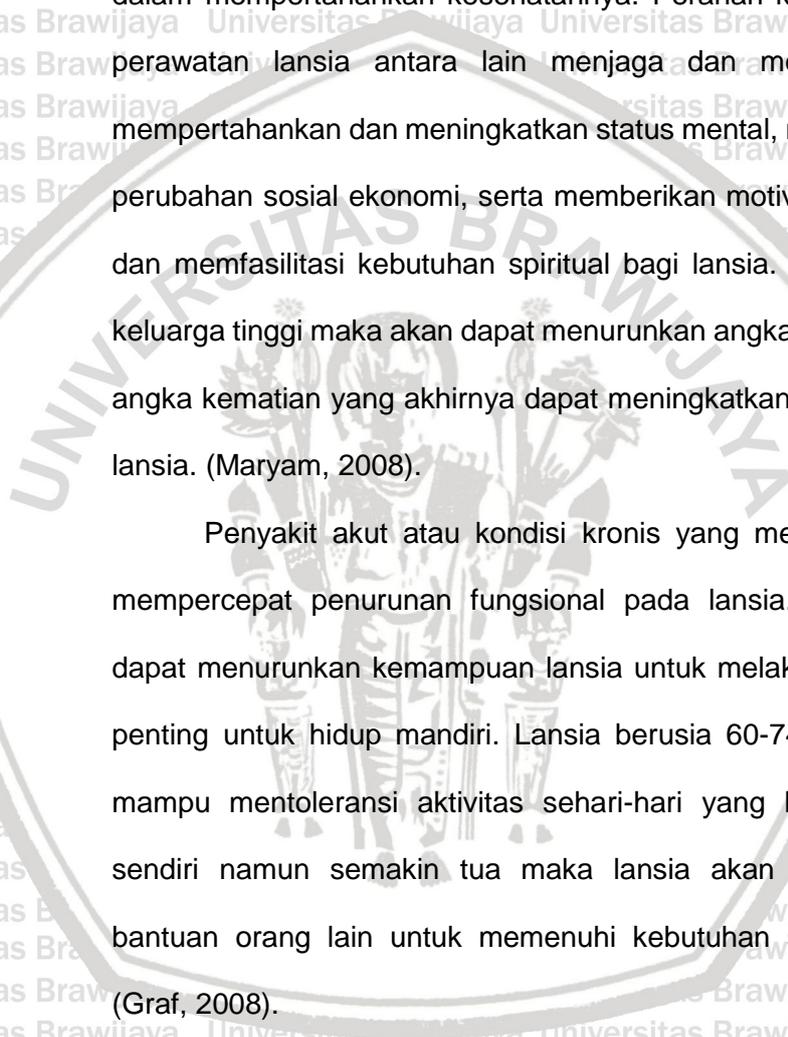
Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal, non-verbal, saran, bantuan nyata, tingkah laku dari orang-orang yang akrab berupa kehadiran, kepedulian, kesediaan dan hal-hal,

yang dapat memberikan keuntungan emosional dan meningkatkan fisik lansia sehingga mendorong lansia untuk mandiri dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari (Kuntjoro, 2002).

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga dan merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi, dukungan dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia. Bila dukungan keluarga tinggi maka akan dapat menurunkan angka kesakitan dan angka kematian yang akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. (Maryam, 2008).

Penyakit akut atau kondisi kronis yang memburuk dapat mempercepat penurunan fungsional pada lansia. Hal tersebut dapat menurunkan kemampuan lansia untuk melakukan kegiatan penting untuk hidup mandiri. Lansia berusia 60-74 tahun masih mampu mentoleransi aktivitas sehari-hari yang bisa dilakukan sendiri namun semakin tua maka lansia akan membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. (Graf, 2008).

Keluarga memegang peranan penting yaitu mencapai memberikan asuhan kesehatan keluarga yang bertugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya. Salah satu tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga menurut Freidman (1981) dalam Effendy (2009) yaitu memberikan pertolongan dan



perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak dapat membantu diri sendiri karena cacat fisik ataupun mental, karena apabila terdapat anggota keluarga yang sakit maka tidak bisa mandiri untuk memenuhi kebutuhan aktivitas hidupnya. Merawat lansia memerlukan pengetahuan, ketrampilan, kemauan, pengabdian dan kesabaran (Siburian, 2006).

Dukungan keluarga dapat membantu individu untuk mengatasi masalahnya secara efektif. Dukungan social keluarga juga dapat meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada lansia. Dukungan sosial keluarga berhubungan dengan pengurangan gejala penyakit dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri akan perawatan kesehatan. Dengan demikian dukungan sosial keluarga sangat berhubungan dalam mendukung kemandirian lansia untuk menjaga kesehatan fisik maupun kejiwaannya. Sehingga meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup lansia. Para lansia akan dapat menikmati hari tua mereka dengan tentram dan damai yang pada akhirnya akan memberikan banyak manfaat bagi semua anggota keluarga yang lain. (Psychemate, 2007).

2.1.3 Fungsi Dukungan Keluarga

House dalam Smet dikutip oleh Siregar (2010) empat dimensi atau aspek dukungan sosial yaitu :

1. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan dapat membantu penguasaan terhadap emosi (Friedman, 1998) yang mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.

2. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit (Friedman, 1998). Mencakup bantuan langsung, seperti uang, barang, jasa dan lain sebagainya.

3. Dukungan Informatif

Keluarga menurut Caplan (1976), dalam Suri Mutia (2010) berfungsi sebagai kolektor, dan deseminator (penyebarkan informasi) tentang dunia. Hal ini mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran atau umpan balik.

2.1.4 Sumber Dukungan Keluarga

Sumber dukungan keluarga adalah sumber dukungan sosial keluarga yang dapat berupa dukungan keluarga secara internal seperti dukungan dari suami dan istri serta dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga secara eksternal seperti paman dan bibi (Friedman, 2013)

Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yaitu dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang

bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. (Akhmadi,2009).

2.1.5 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga memiliki efek terhadap kesehatan dan kesejahteraan yang berfungsi secara bersamaan. Adanya dukungan yang kuat berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Selain itu, dukungan keluarga memiliki pengaruh yang positif pada penyesuaian kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress. (Setiadi, 2008).

Sedangkan Smet (2000) mengungkapkan bahwa dukungan keluarga akan meningkatkan :

1. Kesehatan fisik, individu yang mempunyai hubungan dekat dengan orang lain jarang terkena penyakit dan lebih cepat sembuh jika terkena penyakit dibanding individu yang terisolasi.
2. Manajemen reaksi stress, melalui perhatian, informasi, dan umpan balik yang diperlukan untuk melakukan coping terhadap stres.
3. Produktivitas, melalui peningkatan motivasi, kualitas penalaran, kepuasan kerja, dan mengurangi dampak stres kerja.
4. Kesejahteraan psikologis dan kemampuan penyesuaian diri melalui perasaan memiliki, kejelasan identifikasi diri, peningkatan harga diri, pencegahan neurotisme dan psikopatologi, dan penyediaan sumber yang dibutuhkan.

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kesehatan fisik, manajemen, reaksi stres, produktivitas, dan kesejahteraan psikologis dan kemampuan penyesuaian diri.

2.2 Lansia

2.2.1 Pengertian Lansia

Menurut World Health Organisation (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya.

Lansia atau lanjut usia adalah suatu periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode dimana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh manfaat (Hurlock, 1999)

2.2.2 Batasan Lansia

Batasan lansia menurut WHO meliputi

1. usia pertengahan (Middle age) antara 45 - 59 tahun,
2. usia lanjut (Elderly) antara 60 - 74 tahun,
3. usia lanjut tua (Old) antara 75 – 90 tahun,
4. serta usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun

Berbeda dengan WHO, menurut Departemen Kesehatan RI (2006) pengelompokan lansia menjadi :

1. Virilitas (praseเนียม) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun).
2. Usia lanjut dini (senescen) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun)
3. Lansia berisiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif (usia >65 tahun)

Terdapat lima klasifikasi pada lanjut usia yaitu (Siti,2012):

1. Pralansia (praseNILIS) adalah seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lanjut usia risiko tinggi adalah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lanjut usia potensial adalah lanjut usia yang masih melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.
5. Lanjut usia tidak potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga bergantung kepada kehidupan orang lain.

2.2.3 Karakteristik Lansia

Pengertian dan pengelolaan tentang lansia sebagai berikut :

1. Lansia adalah seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun
2. Lansia usia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan jasa
3. Lansia tak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya tergantung pada bantuan orang lain.

(Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998)

2.2.4 Tipe Lansia

Terdapat 5 tipe kepribadian lansia

1. Tipe Kepribadian Konstruktif

Biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejala, tenang, dan mantap sampai sangat tua.

2. Tipe Kepribadian Mandiri

Pada tipe ini biasanya ada kecenderungan mengalami *Post Power Syndrome*. Apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.

3. Tipe Kepribadian Tergantung,

Pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi kehidupan keluarga.

Apabila kehidupan keluarga selalu harmonis maka lansia tidak bergejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang ditinggalkan akan menjadi merana. Apalagi jika tidak segera bangkit dari kedukaannya.

4. Tipe kepribadian bermusuhan

Pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang kadang-kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menjadi berantakan.

5. Tipe Kepribadian Kritik Diri

Pada lansia tipe ini umumnya terlihat sengsara karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya.

2.2.5 Proses Menua

Menua merupakan proses yang terjadi terus-menerus secara alamiah (Ratmini dan Arifin, 2011). Tahap dewasa merupakan tahapan dalam mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh akan mulai menyusut dan mengalami penurunan fungsi secara perlahan-lahan (Siti, 2012). Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/ mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (ternasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. (Martono dan Pranaka, 2011)

Setiap orang akan mengalami penuaan, tetapi penuaan pada setiap individu berbeda. Tubuh kita berada pada puncaknya pada usia 25 tahun. Tanda-tanda penuaan dimulai dari umur 30 tahun karena kulit mulai mengendur dan memori jangka pendek mulai menurun. Antara 50-60 tahun, otak mengalami penyusutan,

pendengaran, dan penglihatan memburuk, persediaan mulai kaku, jantung dan paru-paru mulai kurang efisien. Hal ini tergantung pada faktor herediter, dan stressor lingkungan, biologis, psikologis, dan sosial (Lueckenotte, 2000).

2.2.6 Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Lansia

Banyak perubahan yang terjadi pada lansia. Adapun perubahan yang terjadi pada lansia :

1. Perubahan Fisik

a. Kardiovaskular

Kemampuan memompa darah menurun, elastisitas pembuluh darah menurun, dan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

b. Respirasi

Elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, dan terjadi penyempitan bronkus.

c. Muskuloskeletal

Cairan tulang mulai menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), persendian membesar dan menjadi kaku.

d. Gastrointestinal

Esophagus membesar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltik menurun.

e. Persyarafan

Saraf panca indra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon.

f. Vesika Urinaria

Otot-otot dasar panggul melemah, kapasitasnya menurun, dan inkontinensia urin

g. Kulit

Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis. Elastisitas menurun, vascularisasi menurun, rambut memutih, dan kelenjar keringat menurun (Nugroho, 2008).

2. Perubahan Sosial

Perubahan fisik yang dialami lansia seperti berkurangnya fungsi indra pendengaran, penglihatan, gerak fisik dan sebagainya menyebabkan gangguan fungsional, misalnya badannya membungkuk, pendengaran sangat berkurang penglihatan kabur sehingga sering menimbulkan keterasingan. Keterasingan ini akan menyebabkan lansia semakin depresi, lansia akan menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain (Darmojo, 2009)

3. Perubahan Psikologis

Pada lansia pada umumnya juga akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian, dan lain lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia semakin lambat. Sementara fungsi kognitif meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan,

tindakan, koordinasi menurun, yang berakibat lansia menjadi kurang cekatan (Nugroho, 2008).

2.3 Kemandirian Lansia

2.3.1 Pengertian Kemandirian

Kemandirian merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan, atau tugas sehari-hari sendiri atau dengan sedikit bimbingan dan sesuai dengan tahapan perkembangan dan kapasitasnya. Ketergantungan lansia terjadi ketika mereka mengalami menurunnya fungsi luhur atau pikun atau mengidap berbagai penyakit. Ketergantungan Lansia yang tinggal di perkotaan akan di bebaskan kepada anak, terutama anak wanita. (Boedhi, Darmojo. 2006).

Fungsi kemandirian pada lansia mengandung pengertian yaitu kemampuan yang dimiliki oleh lansia untuk tidak tergantung pada orang lain dalam melakukan aktifitasnya, semuanya dilakukan sendiri dengan keputusan sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhannya.(Yulian,2009). Mempertahankan kemandirian pada lansia umumnya sudah mandiri, kemandirian ini sangat penting untuk merawat dirinya dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Meskipun sulit bagi anggota keluarga yang lebih muda untuk menerima orang tua melakukan aktivitas sehari-hari secara lengkap dan lambat, dengan pemikiran dan caranya sendiri(Yulian, 2009).

Kemandirian orang lansia dapat dilihat dari kualitas kesehatan mental. Ditinjau dari kualitas kesehatan mental, dapat dikemukakan hasil kelompok ahli dari WHO pada tahun 1959 yang menyatakan bahwa mental yang sehat (mental health) yang mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif dengan kenyataan atau 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 di pakai sebagai pelajaran untuk hari depan.
- 7) Menjuruskan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.
- 8) Mempunyai daya kasih sayang yang besar.

Adapun mandiri disini 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 standart sebagai berikut

1. Mandi

Mandiri :bantuan mandi hanya pada satu bagian tubuh (seperti punggung atau ketidakmampuan ekstremitas) atau mandi sendiri dengan lengkap. Bergantung :bantuan saat mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan saat masuk dan keluar dari tub atau tidak mandi sendiri.

2. Pergi ke toilet (*Toileting*)

Mandiri :masuk dan keluar toilet, melepas dan mengenakan celana, menyeka dan menyiram atau membersihkan organ ekskresi dan juga menangani bedpan sendiri atau tidak menggunakan bantuan mekanis. Bergantung :tidak melepaskan atau mengenakan celana secara mandiri, mendapat bantuan untuk masuk dan menggunakan toilet.

3. Kontinensia (*Continence*)

Mandiri :berkemih dan defekasi secara keseluruhan terkontrol oleh tubuh. Bergantung :inkontinensia parsial atau total dalam berkemih atau defekasi. Dikontrol parsial atau total dengan enema, kateter, atau penggunaan urinal atau bedpan secara teratur.

4. Berpakaian (*Dressing*)

Mandiri :mampu mengambil pakaian dari lemari, mengenakan pakaian luar, menangani pengikat yang dilakukan secara mandiri.

Bergantung :tidak mengenakan pakaian sendiri atau dibantu oleh orang lain.

5. Berpindah (*Transfer*)

Mandiri :bergerak masuk dan keluar dari tempat tidur secara mandiri, berpindah ke dalam dan keluar kursi dan berpindah dari posisi tidur ke duduk.

Bergantung : bantuan dalam bergerak masuk dan keluar tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau dua perpindahan. (Darmojo RB, Mariono, HH.2004).

2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian

Terdapat beberapa hal yang mempengaruhi kemandirian, yaitu :

1. Jenis Kelamin

Perbedaan kemandirian dipengaruhi oleh jenis kelamin, Dalam hal ini, laki-laki memiliki kemandirian yang lebih tinggi dibandingkan perempuan.

2. Usia

Semenjak usia muda berusaha mandiri manakala mulai mengeksplorasi lingkungan atas kemauan sendiri, sehingga semakin bertambahnya usia semakin mudah tingkat kemandirian seseorang.

3. Pendidikan

Semakin bertambahnya tingkat pendidikan lansia, maka semakin bertambah pengetahuannya tentang kesehatannya.

Lansia semakin paham bahwa mandiri itu penting dalam menjalani aktivitas sehari-harinya.

4. Lingkungan/Dukungan Keluarga

Manusia sebagai makhluk sosial memang tidak dapat dipisahkan dengan manusia lain dan juga lingkungan tempat tinggalnya. Seperti halnya lansia sangat membutuhkan dukungan keluarga dalam memenuhi aktivitas sehari-harinya

5. Pekerjaan.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Nugroho (2000) menyatakan bahwa nilai seseorang diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. (Kulbok, 2004)

Nugroho (2008 dalam Wiraguna, 2013) menambahkan faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktifitas sehari-hari seperti usia, imobilitas, dan mudah jatuh.

1. Usia
2. Imobilitas

Imobilitas adalah ketidakmampuan untuk bergerak aktif. Hal ini diakibatkan karena berbagai penyakit atau impairment (gangguan pada alat organ tubuh) yang bersifat fisik dan mental. Penyebab imobilisasi pada lansia adalah gangguan pada jantung pernafasan, gangguan sendi dan tulang, penyakit rematik seperti pengapuran atau patah tulang, penyakit saraf, stroke, penyakit parkinson, gangguan penglihatan dan masa penyembuhan. (Luecknotte, 1996)

3. Mudah jatuh

Jatuh pada lansia merupakan masalah yang sering terjadi. Bila seseorang bertambah tua, kemampuan fisik dan mentalnya perlahan akan menurun. Kemampuan fisik dan mental yang menurun sering menyebabkan jatuh pada lansia, akibatnya akan berdampak pada menurunnya aktivitas dalam kemandirian lansia. (Brocklehurst,1987)



BAB III
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Faktor yang mempengaruhi kemandirian :

1. Jenis Kelamin
2. Usia
3. Pekerjaan
4. Pendidikan
- 5.

Dukungan Keluarga

Dukungankeluarga yang diteliti meliputi sebagai berikut :

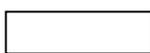
1. Dukungan Emosional
2. Dukungan Instrumental
3. Dukungan Informasional

Kemandirian lansia dalam ADL meliputi :

1. Mandi
2. Ke toilet
3. *Kontinensia*
4. Berpakaian
5. *Transferring*

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :



: variabel yang diteliti



: variabel yang tidak diteliti

Penjelasan Kerangka Konsep

Menurut Kulbok (2004 dalam Kumiati, 2013) terdapat beberapa hal yang mempengaruhi kemandirian, yaitu :

1. Jenis Kelamin

Perbedaan kemandirian dipengaruhi oleh jenis kelamin, Dalam hal ini, laki-laki memiliki kemandirian yang lebih tinggi dibandingkan perempuan.

2. Usia

Semenjak usia muda berusaha mandiri manakala mulai mengeksplorasi lingkungan atas kemauan sendiri, sehingga semakin bertambahnya usia semakin mudah tingkat kemandirian seseorang.

3. Pendidikan

Semakin bertambahnya tingkat pendidikan lansia, maka semakin bertambah pengetahuannya tentang kesehatannya. Lansia semakin paham bahwa mandiri itu penting dalam menjalani aktivitas sehari-harinya.

4. Pekerjaan.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Nugroho (2000) menyatakan bahwa nilai seseorang diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan.

5. Dukungan Keluarga

Manusia sebagai makhluk sosial memang tidak dapat dipisahkan dengan manusia lain dan juga lingkungan tempat tinggalnya. Seperti halnya lansia sangat membutuhkan dukungan keluarga dalam memenuhi aktivitas sehari-harinya.

Peneliti tertarik untuk meneliti faktor nomer 5 yaitu, dukungan keluarga yang berpengaruh pada kemandirian lansia. Menurut House dalam Smet dikutip oleh Siregar (2010) empat dimensi atau aspek dukungan sosial yaitu :

1. Dukungan *Emosional*

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan dapat membantu penguasaan terhadap emosi (Friedman, 1998) yang mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.

2. Dukungan *Instrumental*

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit (Friedman,1998). Mencakup bantuan langsung,seperti uang, barang, jasa dan lain sebagainya.

3. Dukungan *Informatif*

Keluarga menurut Caplan (1976), dalam Suri Mutia (2010) berfungsi sebagai kolektor, dan deseminator (penyebarnya informasi) tentang dunia. Hal ini mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran atau umpan balik.

✓ Dukungan-dukkungan keluarga tersebut mempengaruhi kemandirian lansia dalam memenuhi aktivitas sehari-harinya antara lain sebagai berikut (Darmojo RB, Mariono, HH.2004).

1. Mandi

Mandiri :bantuan mandi hanya pada satu bagian tubuh (seperti punggung atau ketidakmampuan ekstremitas) atau mandi sendiri dengan

lengkap. Bergantung :bantuan saat mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan saat masuk dan keluar dari tub atau tidak mandi sendiri.

2. Pergi ke toilet (*Toileting*)

Mandiri :masuk dan keluar toilet, melepas dan mengenakan celana, menyeka dan mnyiram atau membersihkan organ ekskresi dan juga menangani bedpan sendiri atau tidak menggunakan bantuan mekanis.

Bergantung :tidak melepaskan atau mengenakan celana secara mandiri, penggunaan bedpan atau komode atau mendapat bantuan untuk masuk dan menggunakan toilet.

3. Kontinensia (*Continence*)

Mandiri :berkemih dan defekasi secara keseluruhan terkontrol oleh tubuh. Bergantung :inkontinensia parsial atau total dalam berkemih atau defekasi. Dikontrol parsial atau total dengan enema, kateter, atau penggunaan urinal atau bedpan secara teratur.

4. Berpakaian (*Dressing*)

Mandiri :mampu mengambil pakaian dari lemari, mengenakan pakaian luar, menangani pengikat yang dilakukan secara mandiri.

Bergantung :tidak mengenakan pakaian sendiri atau dibantu oleh orang lain.

5. Berpindah (*Transfer*)

Mandiri :bergerak masuk dan keluar dari tempat tidur secar mandiri, berpindah ke dalam dan ke luar kursi dan berpindah dari posisi tidur ke duduk.

Bergantung : bantuan dalam bergerak masuk dan keluar tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau dua perpindahan.

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada korelasi positif antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan ADL pada lansia. Semakin besar dukungan keluarga yang diberikan, maka semakin tinggi tingkat kemandirian lansia dalam pemenuhan ADL.



BAB 4**METODE PENELITIAN****4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian *analitic observational* dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point, time and approach*).

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**4.2.1 Tempat Penelitian**

Tempat penelitian yang akan dilakukan penelitian adalah di Kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

4.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian akan dilakukan pada bulan Juli sampai September tahun 2018.

4.3 Populasi dan Sampel**4.3.1 Populasi Penelitian**

Populasi penelitian ini adalah warga kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang, dengan jumlah populasi 10.699 jiwa.

Dalam penelitian ini yang diambil adalah penduduk lansia dengan kriteria usia lebih dari 60 tahun dan bersedia mengikuti penelitian dan jumlah populasi lansia yang diambil untuk penelitian adalah 84 lansia.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah warga lansia Kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang, yang memenuhi kriteria inklusi. Adapun kriteria sampel pada penelitian adalah sebagai berikut:

4.3.2.1 Kriteria Inklusi

1. Usia lebih dari sama dengan 60 tahun.

4.3.3 Besar Sampel

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

$$n = \frac{N}{1+N(d)} \quad (\text{Nursalam (2009)})$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

d : Tingkat signifikan (antara 5 – 10 %)

$$n = \frac{84}{1+84(0,05)}$$

$$= 70 \text{ lansia}$$

Bila dilakukan sampling maka diperlukan 70 lansia.

4.3.3 Teknik Sampling

Penentuan sample dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling*, yaitu teknik sampling yang digunakan dengan menggunakan kriteria yang telah dipilih oleh peneliti dalam memilih sampel atau disebut kriteria inklusi.

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel Bebas

Variabel independent yaitu dukungan keluarga

4.4.2 Variabel Terikat

Variabel dependent yaitu kemandirian lansia

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.5 Definisi Operasional

4.6 Alat Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Skala
1	Dukungan Keluarga	Tingkat Dukungan Keluarga (Dukungan Keluarga baik, cukup, kurang)	Mengisi Kuisisioner	Lembar Kuisisioner	Baik= jumlah nilai skor 13-18 Cukup= jumlah nilai skor 7-12 Kurang= jumlah nilai skor kurang dari 7	Ordinal

4.6.1 Alat

1. Data identitas responden
2. Kuisisioner Dukungan Keluarga



2.	Kemandirian Lansia	Tingkat Kemandirian Lansia (Mandiri, Tergantung Sebagian, Tergantung Total)	Mengisi Kuisisioner	Lembar Kuisisioner	Mandiri : jika nilai skor 5-6 Tergantung sebagian: jika nilai skor 3-4 Tergantung Total: jika nilai skor <3	Ordinal
----	--------------------	---	---------------------	--------------------	---	---------

3. Kuisisioner Kemandirian Lansia

4.7 Cara Pengumpulan Data

1. Pengurusan izin dan koordinasi dengan Kelurahan Penanggunggan
2. Kelurahan Penanggunggan memberikan rekomendasi untuk penelitian yang ditujukan ke beberapa RW.
3. Bapak RW memberikan surat ke tiap RT yang dituju untuk data wawancara lansia
4. Bapak RT akan menunjukkan rumah-rumah lansia yang akan diwawancara
5. Peneliti melakukan wawancara ke rumah-rumah lansia

4.8 Uji Validitas dan Reabilitas

Pada variabel dukungan keluarga sebelum dilakukan penelitian, terlebih dahulu kuisisioner dilakukan uji validitas dan reabilitas. Menurut Azwar (1986) Validitas berasal dari kata *validity* yang mempunyai arti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya.

Suatu skala atau instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila instrumen tersebut menjalankan fungsi

ukurannya, atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud dilakukannya pengukuran tersebut. Sedangkan tes yang memiliki validitas rendah akan menghasilkan data yang tidak relevan dengan tujuan pengukuran.

Terkandung di sini pengertian bahwa ketepatan validitas pada suatu alat ukur tergantung pada kemampuan alat ukur tersebut mencapai tujuan pengukuran yang dikehendaki dengan tepat. Suatu tes yang dimaksudkan untuk mengukur variabel A dan kemudian memberikan hasil pengukuran mengenai variabel A, dikatakan sebagai alat ukur yang memiliki validitas tinggi. Suatu tes yang dimaksudkan mengukur variabel A akan tetapi menghasilkan data mengenai variabel A' atau bahkan B, dikatakan sebagai alat ukur yang memiliki validitas rendah untuk mengukur variabel A dan tinggi validitasnya untuk mengukur variabel A' atau B (Azwar 1986).

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan sesuatu instrument (Syarifudin, 2010) atau alat ukur yang digunakan sesuai dengan apa yang diukur. Dalam hal ini kata-kata atau kalimat dalam kuisisioner yang dibuat tidak boleh menimbulkan dua persepsi atau lebih.

Menurut Sugiono (2005) Reliabilitas adalah serangkaian pengukuran atau serangkaian alat ukur yang memiliki konsistensi bila pengukuran yang dilakukan dengan alat ukur itu dilakukan secara berulang. Reabilitas tes adalah tingkat keajegan (konsistensi) suatu tes, yakni sejauh mana suatu tes dapat dipercaya untuk menghasilkan skor yang relatif tidak berubah walaupun diteskan pada situasi yang berbeda-

beda. Sedangkan Sukadji (2000) mengatakan bahwa reliabilitas suatu tes adalah seberapa besar derajat tes mengukur secara konsisten sasaran yang diukur. Reliabilitas dinyatakan dalam bentuk angka, biasanya sebagai koefisien. Koefisien tinggi berarti reliabilitas tinggi.

Reabilitas alat ukur adalah alat ukur yang valid tersebut bila dilakukan 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 (Syarifuddin, 2010). Dalam penelitian ini, uji reabilitas dilakukan dengan teknik *Formula Alpha Cronbach* dan dengan menggunakan program SPSS for windows.

4.9 Pengolahan Data

4.9.1 Editing

Penyempurnaan data yang kurang atau tidak sesuai, belum lengkap, tentang kejelasan data, konsistensi data dan kesesuaian respondensi (mengkoreksi data yang telah diperoleh).

4.9.2 Coding

Setelah dilakukan *editing*, peneliti memberikan kode variable untuk memudahkan dalam tahap analisis data.

4.9.3 Entry Data

Memasukkan data ke dalam program komputer untuk selanjutnya dapat dianalisis menggunakan software statistik.

4.9.4 Scoring

Memberikan skor pada setiap jawaban.

4.9.5 Cleaning

Mengecek kembali data yang sudah di-entry, apakah ada kesalahan atau tidak.

4.10 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian dilakukan dengan menggunakan program komputer. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat dan bivariat.

4.11.1 Analisis Univariat

Tujuan dari analisis univariat adalah untuk menerangkan karakteristik masing-masing variabel, baik variabel bebas maupun variabel terikat. Dengan melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel.

4.11.2 Analisis Bivariat

Tujuan dari analisis bivariat adalah untuk melihat ada tidaknya hubungan antara dua variabel, yaitu variabel terikat dengan variabel bebas. Analisis ini bertujuan untuk:

1. Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan ADL pada lansia di kelurahan Penanggungan, kecamatan Klojen, Kota Malang.

Analisis hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

Uji signifikan antara data yang diobservasi dengan data yang diharapkan dilakukan dengan batas kemaknaan ($\alpha=0,05$) yang artinya apabila diperoleh $p<\alpha$, berarti ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat dan bila nilai $p>\alpha$, berarti tidak ada hubungan signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat

4.12 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari komite etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Etika penelitian dalam penelitian ini mencakup *informed consent* (lembar persetujuan), *confidently* (kerahasiaan), dan *protection from discomfort*. Penelitian ini dilakukan oleh tenaga ahli dan tidak melakukan secara invasif, sehingga menurunkan terjadinya faktor resiko gangguan kesehatan terhadap subjek penelitian. Pada penelitian ini tidak terdapat unsur paksaan sehingga subjek penelitian dapat mengundurkan diri dalam situasi apapun.

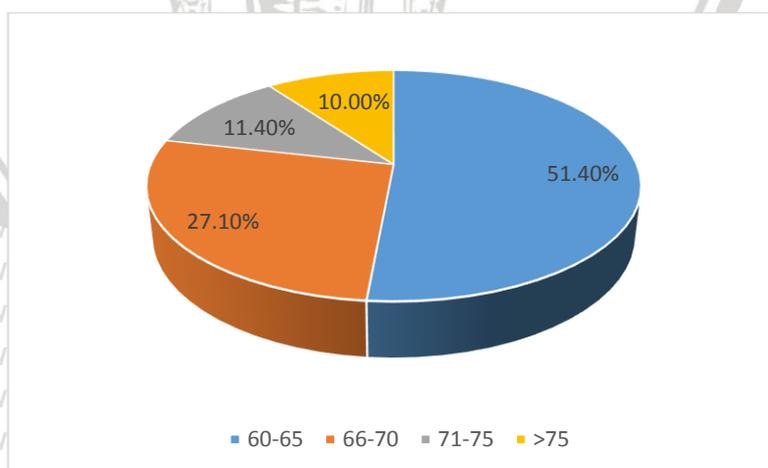
BAB V**HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA****5.1 Karakteristik Responden Penelitian**

Adapun responden dalam penelitian ini adalah warga lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang yang memenuhi kriteria inklusi.

Setelah dilakukan perhitungan besar responden dengan menggunakan rumus, didapatkan jumlah responden sebanyak 70 lansia dengan menggunakan purposive sampling yang memenuhi kriteria inklusi. Berikut karakteristik responden setelah dilakukan pengelompokan data.

5.1.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

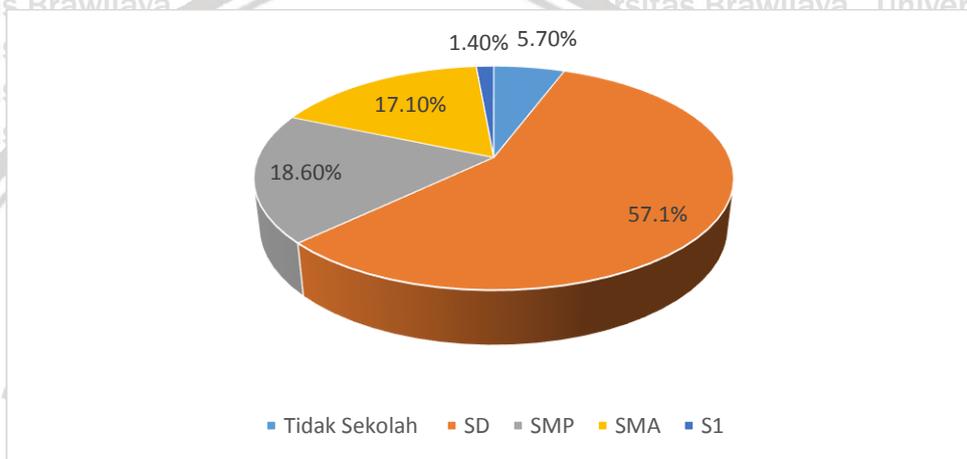
Berdasarkan gambar 5.1.1 usia responden dikelompokkan menjadi 4 kelompok yaitu responden yang berusia 60-65 sebanyak 51,4 %, responden yang berusia 66-70 sebanyak 27,1 %, responden yang berusia 71-75 sebanyak 11,4 %, responden yang berusia >75 sebanyak 10,0 %.



Gambar 5.1.1 Distribusi Usia lansia

5.1.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Dari gambar 5.1.2 diketahui karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan dikategorikan menjadi lima kelompok yaitu yang tidak sekolah sebanyak 5.7%, pendidikan terakhir SD sebanyak 17.1 %, pendidikan terakhir SMP sebanyak 18.6 %, pendidikan terakhir SMA sebanyak 57.1 % dan pendidikan terakhir S1 sebanyak 1.4 %

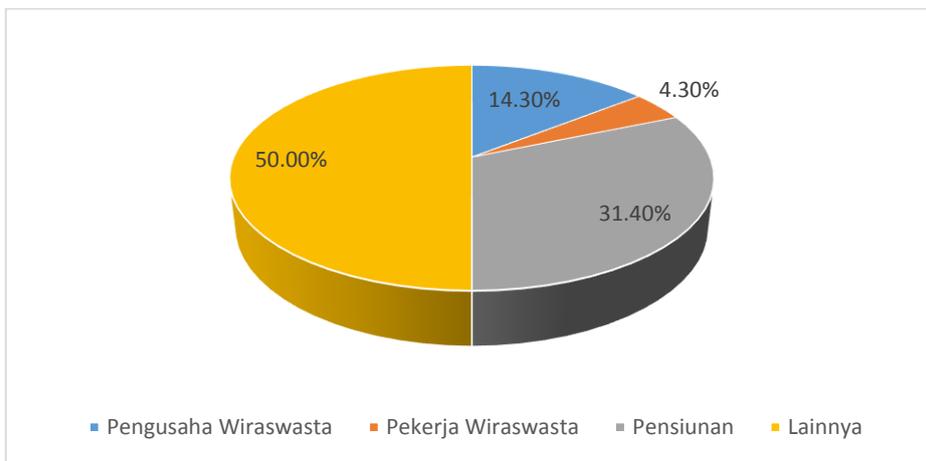


Gambar 5.1.2 Distribusi Pendidikan Lansia

5.1.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan gambar 5.1.3 pekerjaan responden dikelompokkan menjadi empat kelompok yaitu responden yang bekerja sebagai pengusaha wiraswasta sebanyak 4.3 %, sebagai pekerja wiraswasta sebanyak 31.4 %, pensiunan sebanyak 14.3 % dan bekerja lainnya sebanyak 50 %.

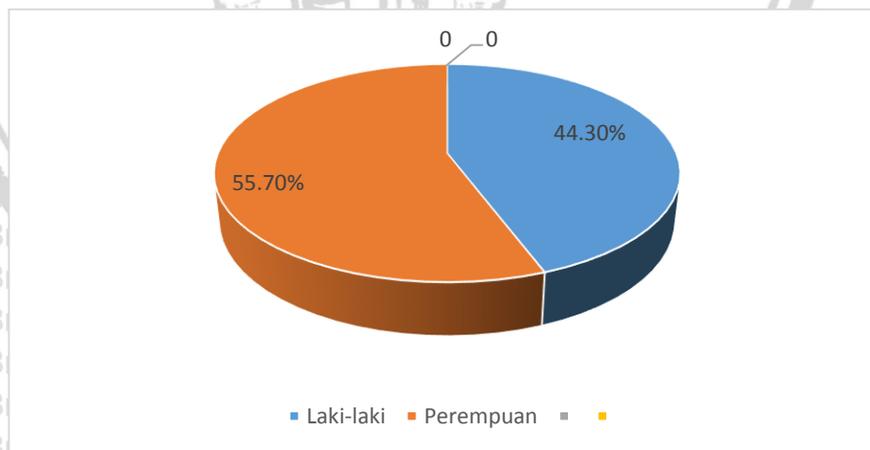




Gambar 5.1.3 Distribusi Pekerjaan Lansia

5.1.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu laki-laki sebanyak 44.30% dan perempuan sebanyak 55.70%.



Gambar 5.1.4 Distribusi Jenis Kelamin Lansia

5.1.5 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga pada Lansia

Tabel 5.1.5 Distribusi frekuensi dukungan keluarga pada lansia di desa Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang

Kategori	Skor	Jumlah	Prosentase
Baik	13-18	60	85,7 %
Cukup	9-12	10	14.3 %
Kurang	Kurang dari 9	0	0.0 %
Jumlah	70		100 %

Dari tabel 5.1.5 didapatkan dukungan keluarga dikategorikan menjadi tiga kelompok yaitu dukungan keluarga yang baik, dukungan keluarga yang cukup, dukungan keluarga yang kurang. Adapun dukungan keluarga yang baik sebanyak 85.7 %, Dukungan keluarga yang cukup sebanyak 14.3 %.

5.1.6 Distribusi Frekuensi Kemandirian dalam Pemenuhan ADL

Tabel 5.1.6 Distribusi Frekuensi Kemandirian dalam pemenuhan ADL pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

Kategori	Skor	Jumlah	Prosentasi
Mandiri	5-6	61	87.1 %
Tergantung sebagian	3-4	6	8.6 %
Tergantung total	< 3	3	4.3 %
Jumlah	70		100 %



Dari tabel 5.1.5 didapatkan pada lansia dikategorikan menjadi tiga kelompok. Kemandirian dalam pemenuhan ADL pada lansia adalah dengan kategori mandiri sebanyak 87.1 %, dengan kategori tergantung sebagian yaitu sebanyak 8.6% dan tergantung total sebanyak 4.3 %.

5.1.7 Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan ADL

Tabel 5.1.7 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan ADL pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

Dukungan Keluarga	Kemandirian dalam Pemenuhan Activity Daily Living /ADL							
	Mandiri		Tergantung Sebagian		Tergantung Total		Jumlah	
	n	f	n	f	n	f	n	f
Baik	6	85.7 %	0	0	0	0	6	85.7 %
Cukup	1	1.4 %	6	8.6%	3	4.3 %	10	14.3 %
Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah	6	87.1 %	6	8.6 %	3	4.3 %	15	100 %

$p < 0.05$ $r=0.60$



Berdasarkan tabel 5.1.6 didapatkan bahwa lansia yang mendapatkan dukungan keluarga yang termasuk kategori baik dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 85.7 %. Lansia yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori cukup dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 1.4 %.

5.1.8 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan ADL

Analisis hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang dilakukan menggunakan korelasi *Spearman* dengan hipotesis berikut ini :

H₀ : Ada hubungan yang tidak signifikan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang

H₁ : Ada hubungan yang signifikan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang

Kriteria pengujian menyebutkan apabila probabilitas \leq *level of significance* (alpha = 5%) maka H₀ ditolak, Sehingga dapat dinyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang

Hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan

Penanggung, Kecamatan Klojen, Kota Malang dapat dilihat melalui tabel berikut :

Koefisien Korelasi	Probabilitas
0.606	0.000

Tabel di atas menginformasikan bahwa pengujian hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggung, Kecamatan Klojen, Kota Malang menghasilkan probabilitas sebesar 0.000. Hal ini dapat diketahui bahwa probabilitas $< \alpha$ (5%), Sehingga H_0 ditolak. Oleh karena itu, dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggung, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

Koefisien korelasi sebesar 0.606 menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif (searah) dan kuat. Hal ini berarti semakin besar dukungan keluarga akan diikuti oleh peningkatan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggung, Kecamatan Klojen, Kota Malang. Begitu juga sebaliknya, semakin rendah dukungan keluarga akan diikuti oleh penurunan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggung, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

BAB VI**PEMBAHASAN****6.1 Dukungan Keluarga pada Lansia**

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Friedman (1998) menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Bentuk dukungan keluarga ada 3 yaitu dukungan instrumental, dukungan informasional dan dukungan emosional.

Sebagai dukungan emosional, keluarga merupakan tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan keluarga dapat membantu penguasaan terhadap emosi yang mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.

Sebagai dukungan instrumental keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit yaitu mencakup bantuan langsung, seperti uang, barang, jasa dan lain sebagainya. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Caplan (1976), dalam Suri Mutia (2010).

Sebagai dukungan informasional, keluarga berfungsi sebagai kolektor, dan deseminator (penyebarnya informasi) tentang dunia contohnya pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran atau umpan balik. Pada penelitian ini didapatkan bahwa dukungan keluarga yang diberikan pada lansia dengan kategori baik yaitu sebanyak 85,7 %. Pada penelitian terdahulu oleh Azizah tahun 2011 yang dilakukan di Malang, dukungan keluarga dengan kategori baik yaitu sebanyak 58,14 %. (Murniasih, 2007).

Dukungan keluarga memiliki beberapa manfaat, antara lain :1). Kesehatan Fisik, individu yang mempunyai hubungan dekat dengan orang lain jarang terkena penyakit dan lebih cepat sembuh jika terkena penyakit jika dibanding individu yang terisolasi 2). Manajemen reaksi stres, melalui perhatian, informasi, dan umpan balik yang diperlukan untuk melakukan coping terhadap stress 3). Produktivitas, melalui peningkatan motivasi, kualitas penalaran, kepuasan kerja dan mengurangi dampak stres 4). Kesejahteraan psikologis dan kemampuan penyesuaian diri melalui perasaan memiliki, kejelasan identifikasi diri, peningkatan harga diri, pencegahan neurotisme dan psikopatologi, dan penyediaan sumber yang dibutuhkan. (Smet,2000)

Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kelompok lansia dapat meningkatkan fungsi kognitif, fisik dan emosional. Pengaruh positif dari dukungan ini akan memudahkan lansia menyesuaikan terhadap kejadian dalam kehidupan di kondisi stres. Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan dari orang-orang terdekat dapat memberikan suatu tenaga untuk melawan tekanan dan stres. (Friedman, 1998)

6.2 Kemandirian dalam Pemenuhan ADL pada Lansia

Kemandirian merupakan suatu keadaan dimana seorang individu memiliki kemauan dan kemampuan berupaya untuk memenuhi tuntutan kebutuhan hidupnya secara rasah, wajar dan bertanggung jawab terhadap segala hal yang dilakukannya, namun demikian tidak berarti bahwa orang yang mandiri bebas lepas tidak memiliki kaitan dengan orang lain. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan

bahwa pada lansia, jumlah lansia yang mandiri dalam pemenuhan ADL sebanyak 87.1 %, yang masih tergantung sebagian sebanyak 8.6 %, dan yang masih tergantung total sebanyak 4.3 %. Pada penelitian terdahulu oleh Zakiya tahun 2011 yang dilakukan di Malang, menunjukkan bahwa pada lansia, jumlah lansia yang mandiri dalam pemenuhan ADL sebanyak 90,70%, dan yang masih tergantung sebagian sebanyak 9,30%. (Ruhidawati,2005).

Adapun faktor-faktor karakteristik yang mempengaruhi kemandirian lansia adalah usia, pendidikan, pekerjaan dan jenis kelamin. Usia memegang peranan penting pada tingkat kemandirian lansia. Usia lanjut cenderung mengalami penurunan fungsi tubuh sehingga dapat mempengaruhi kemandirian lansia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia yang berusia 60-65 sebanyak 51,4 %, lansia yang berusia 66-70 sebanyak 27,1 %, lansia yang berusia 71-75 sebanyak 11,4 %, lansia yang berusia >75 sebanyak 10,0 %. Pada penelitian terdahulu oleh Nita tahun 2011 yang dilakukan di Wonogiri, menunjukkan bahwa lansia yang berusia 60-64 tahun terdapat sebanyak 45%, lansia yang berusia 65-69 tahun terdapat sebanyak 38 %, lansia yang berusia 70-74 tahun terdapat sebanyak 17 %. Hasil penelitian didapatkan hasil bahwa 87.1% lansia mandiri dalam aktivitasnya sehari-hari. Hal ini karena karakteristik responden lansia sebagian besar berusia 60–70 tahun 78.5 % dimana pada usia ini lansia masih mampu mentoleransi aktivitas sehari-hari yang bisa dilakukan sendiri namun semakin tua maka lansia akan membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari– harinya. Penurunan kemampuan aktivitas sehari–hari seiring dengan bertambahnya umur. Berdasarkan hasil penelitian lansia yang berusia lebih dari 70 tahun, yang mandiri sebanyak 64.3% dan tergantung sebagian sebanyak 35.7 % dan tidak ada yang tergantung total. (Maryam, 2008).

Selain faktor usia, kemandirian juga dipengaruhi oleh pendidikan. Pendidikan adalah segala upaya yang dilakukan seseorang untuk meningkatkan pengetahuan. Pendidikan yang kurang dapat berakibat timbulnya anggapan yang salah tentang dukungan keluarga yang diberikan kepada lansia. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa lansia yang tidak sekolah sebanyak 5.7%, pendidikan terakhir SD sebanyak 17.1 %, pendidikan terakhir SMP sebanyak 18.6 %, pendidikan terakhir SMA sebanyak 57.1% dan pendidikan terakhir S1 sebanyak 1.4 %. Pada penelitian terdahulu oleh Indah tahun 2015 yang dilakukan di Minahasa, yang tidak bersekolah sebanyak 23,8%, pendidikan terakhir SD sebanyak 41,3 %, pendidikan terakhir SMP sebanyak 9,5 %, pendidikan terakhir SMA sebanyak 19,0 %, dan perguruan tinggi sebanyak 6,3 %. Dari penelitian yang dilakukan diperoleh hasil bahwa sebagian besar keluarga memberikan dukungan dengan kategori baik kepada lansia yaitu sebanyak 85.7 %. Hal ini karena keluarga dengan lansia memiliki pengetahuan yang baik tentang pentingnya dukungan kepada lansia. Dimana dari hasil penelitian diperoleh pendidikan responden yang beraneka ragam mulai dari SLTP sampai sarjana dengan pendidikan terbanyak adalah SMA yaitu sebanyak 57.1%. Hal ini menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan lansia, maka semakin tinggi pula pengetahuan lansia akan pentingnya kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-harinya. (Notoadmojo,2003).

Faktor lain yang mempengaruhi kemandirian adalah pekerjaan. Nilai seseorang diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun ia akan mengalami kehilangan finansial, status, teman, dan pekerjaan. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian bahwa lansia yang bekerja sebagai pengusaha wiraswasta sebanyak 4.3 %, sebagai pekerja

wiraswasta sebanyak 31.4 %, pensiunan sebanyak 14.3 % dan bekerja lainnya sebanyak 50 %. Pada penelitian terdahulu oleh Cici tahun 2001, bahwa lansia yang bekerja sebanyak 24,1 %, dan tidak bekerja sebanyak 75,9 %. Pada hasil penelitian lansia yang pensiun atau tidak memiliki pekerjaan cenderung memiliki tingkat kemandirian yang tergantung hal ini disebabkan oleh karena lansia merasa tidak mampu dan kuat dalam pemenuhan ADL. Berbeda dengan lansia yang memiliki pekerjaan, mereka merasa mampu dan merasa berharga karena dapat menjadi tulang punggung keluarga dan mampu memenuhi ADLnya. (Nugroho,2000)

Faktor jenis kelamin mempunyai dampak sangat besar terhadap tingkat kemandirian. Lanjut usia, khususnya wanita yang tinggal sendiri dipedesaan tidak mempunyai atau cukup penghasilannya. Hal ini akan berdampak terhadap kesehatan dan kemandiriannya. Walaupun wanita hidup lebih lama dari pria, akan tetapi mereka cenderung mengalami disabilitas, mereka tampak lebih tua dibandingkan pria pada usia yang sama. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan laki-laki sebanyak 44.3 % dan perempuan sebanyak 55.7 %. Pada penelitian terdahulu oleh Rina tahun 2015 yang dilakukan di Minahasa Utara, jumlah lansia laki-laki sebanyak 36,5 %, jumlah lansia wanita sebanyak 63,5 %. Pada hasil penelitian terdapat lansia wanita yang tergantung dalam kemandiriannya yaitu sebesar 66.7 % lansia, angka tersebut cukup besar dibanding lansia laki-laki yang hanya berjumlah 33.3 %. (Handajani,2006).

6.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam Pemenuhan ADL pada Lansia di Kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang

Hasil uji korelasi Spearman Rank pada variable dukungan keluarga menunjukkan bahwa terdapat hasil Koefisien korelasi sebesar 0.606 menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif (searah) dan sedang. Hal ini berarti semakin besar dukungan keluarga akan diikuti oleh peningkatan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang. Begitu juga sebaliknya, semakin rendah dukungan keluarga akan diikuti oleh penurunan kemandirian dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada lansia di kelurahan Penanggungan, Kecamatan Klojen, Kota Malang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori cukup dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 1.4 % dari 14 %, dukungan keluarga kategori cukup yang tergantung sebagian sebanyak 8.6% dari 14 %, dan dukungan keluarga kategori cukup yang tergantung total sebanyak 4.3 % dari 14%. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Rina tahun 2015 yang dilakukan di Minahasa, yaitu lansia yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori cukup dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 42 % dan melakukan pemenuhan ADL secara tergantung sebagian dengan jumlah 58 %.

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

penelitian, juga didapatkan pada lansia yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori baik dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 85.7 % dari 100 %. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Zakia tahun 2011 yang dilakukan di Malang, yaitu lansia yang mendapat dukungan keluarga yang termasuk kategori baik dapat melakukan pemenuhan ADL secara mandiri dengan jumlah 58,14%.

6.4 Implikasi Kedokteran

Implikasi penelitian ini terhadap bidang kedokteran adalah sebagai masukan bagi dokter dalam melakukan asuhan kedokteran keluarga untuk meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam perawatan gerontik. Dengan diketahuinya hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan ADL dengan korelasi cukup dan kurang, dokter dapat memberikan konseling tentang kemandirian dalam pemenuhan 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 Waktu penelitian dan tenaga peneliti terbatas, sehingga menyebabkan karakteristik populasi yang dijadikan sampel dalam penelitian juga terbatas, sehingga keberagaman karakteristik kurang mewakili.

BAB VII**KESIMPULAN DAN SARAN****7.1 Kesimpulan**

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

1. Lansia yang mendapatkan dukungan keluarga dalam pemenuhan *ADL* didapatkan dukungan baik sebanyak 85,7 %, dukungan cukup sebanyak 14,3 %, dan dengan dukungan kurang sebanyak 0 %.
2. Kemandirian dalam pemenuhan *ADL*, pada lansia didapatkan lansia mandiri yaitu sebanyak 87.1 %, lansia yang tergantung sebagian sebanyak 8.6 %, dan lansia yang tergantung total sebanyak 4.3 %.
3. Ada hubungan positif antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam pemenuhan *ADL*, pada lansia. Hal ini ditunjukkan dengan nilai koefisien korelasi ($r = 0.606$) menunjukkan bahwa arah korelasi positif sedang yang berarti semakin baik dukungan keluarga, maka semakin meningkat juga kemandirian lansia dalam pemenuhan kebutuhan *ADL*.

7.2 Saran

Dari hasil penelitian menunjukkan masih ada dukungan keluarga yang cukup dan kurang, serta tingkat kemandirian yang tergantung sebagian dan total, maka disarankan kepada keluarga lansia untuk bisa memberikan dukungan yang baik yang meliputi dukungan instrumental, informasional, dan

emosional kepada lansia sehingga dapat meningkatkan kemandirian ADL pada lansia.



DAFTAR PUSTAKA

- Darmojo, dkk. (2004). *Geriatric Ilmu Usia Lanjut*. Jakarta: FKUI.
- Effendy, F. & Makhfudli. (2013). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. (2003). *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Edisi ketiga. Jakarta: EGC.
- Gallo, dkk. (2004). *Buku Saku Gerontology*. Edisi Kedua. Jakarta: EGC.
- Hardywinoto & Setyabudi, T. (2005). *Panduan Gerontology: Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para lanjut Usia*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Hernawati, I. (2006). *Pedoman Tatalaksana Gizi Usia Lanjut Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Depkes.
- House & Smett. 2002. *Psikologi Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Lueckenotte, AG. (2000). *Pengkajian Gerontology*. Edisi Kedua. Jakarta: EGC.
- Maryam, R. Siti, dkk. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika
- Murodion, W. (2006). *Lansia harus tetap bergairah hidup sehat*. Jakarta: Depkes RI.
- Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 178-179
- Nugroho, W. (2008). *Perawatan Lanjut Usia*. Edisi Kedua. Jakarta: EGCPickett G, Hanlon J.J.
- (2009). *Kesehatan Masyarakat Administrasi dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Pieter, HZ & Namora, L. (2010). *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2006). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Putri, I.H. (2011). *Hubungan Kemandirian dan Dukungan Sosial dengan Tingkat Stres Lansia*. Skripsi Sarjana Institut Pertanian Bogor.
- Rinajumita . (2011). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemandirian Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lampasi Kecamatan Payu Kumbuh*. Otherthesis, Padan. Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Setiadi, (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sholehah, Faridatus. 2002. *Tingkat Pengetahuan Ibu Usia 45 Tahun Keatas Tentang Gejala Menopause Di Desa Sepuluh Bangkalan*. KT tidak diterbitkan. Malang. UMM
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Surilena, Dharmady Agus. 2006. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi pada lansia di Jakarta*. Majalah Kedokteran Damianus, Vol.5, Mei. Jakarta.

Tim Pustaka Mandiri. (2006). *Membuat Prioritas Melatih Anak Mandiri*. Yogyakarta: Kanisi

Watson, Roger. 2003. *Perawatan Pada Lansia*. Alih Bahasa Musri. Jakarta: EGC

Agustin. 2008. Perbedaan tingkat depresi pada lansia sebelum dan sesudah dilakukan senam bugar pada lansia di Panti Werdha Wening Wardoyo Ungaran.

Cahyaningsih, N. 2009. *Perawatan Keluarga; Panduan Praktis Perawatan*. Mitra Cendika Press. Yogyakarta

Darmojo . 2004. *Buku ajar geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut)*. Balai penerbit FKUI. Jakarta

Effendy, N. 2004. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. EGC. Jakarta

Friedman, M. 2008. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*, EGC, Jakarta

Haryono. L. 2008. *Studi Deskriptif Penyakit*. Skripsi. Universitas Indonesia. Jakarta.

Hidayat, A.A. Alimul. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta

House. 2004. *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga Bagi Mahasiswa Keperawatan dan Praktisi Kesehatan*. EGC. Jakarta.

Johnson & Lenny. (2010). *Keperawatan Keluarga*. Edisi 1. Nuha Medika. Yogyakarta.

Khulaifah, Haryanto, Nihayati. 2013. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Activitie Daily Living Di Dusun Sembayat Timur, Kecamatan Manyar, Kabupaten Gresik*. Jurnal. Universitas Airlangga. Surabaya.

Kozier, Barbara. 2004. *Fundamental of Nursing*. Seventh Edition. Vol.2. EGC. Jakarta.

Kurniawan F Stefanus L. (2011). *Gambaran status kesehatan lansia: studi kasus di wilayah Paroki Kristoforus Jakarta Barat*. Jakarta: FKUI

Margi, Adilah, Y.P. 2014. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari Di Desa Adimulya Kecamatan Wanareja Kabupaten Cilacap*. Skripsi. Universitas Jenderal Soedirman. Purwokerto.