



UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis

**PERBEDAAN TINGKAT STRES DAN STRATEGI KOPING  
PADA LANSIA YANG TINGGAL DI RUMAH BERSAMA  
KELUARGA DAN PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA  
KECAMATAN PEUSANGAN KABUPATEN BIREUEN  
NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

**Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk  
Mendapatkan Gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Komunitas**

**Oleh  
Hamdiana  
NPM : 0706194684**

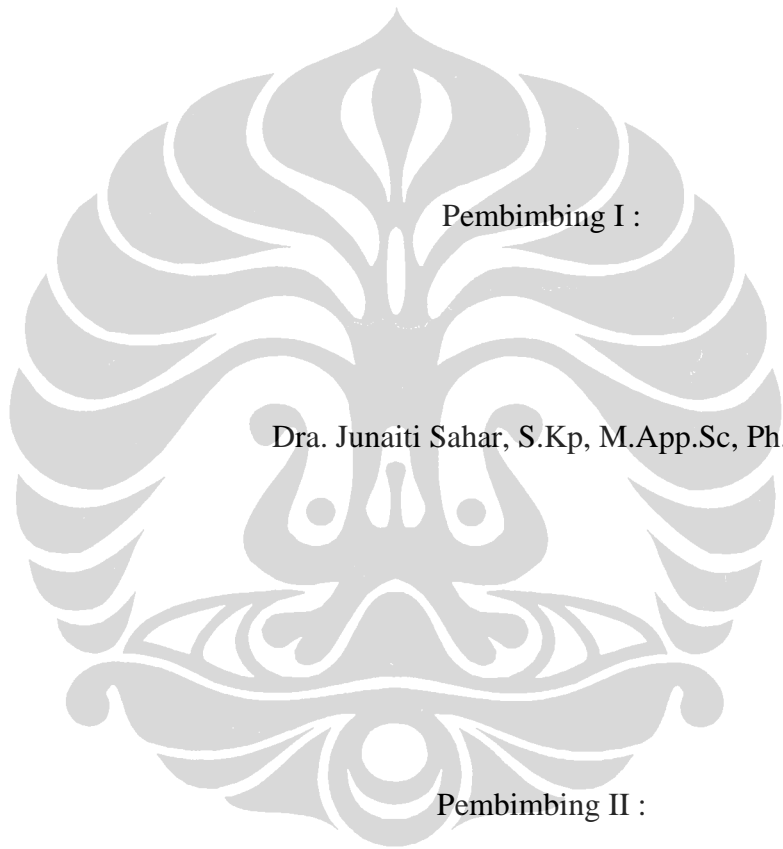
**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
TAHUN 2009**

i

## LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2009



Pembimbing I :

Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D

Pembimbing II :

Dr. Luknis Sabri, SKM

**PANITIA SIDANG TESIS**

**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, Juli 2009

Ketua:

Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D

Anggota :

Dr. Luknis Sabri, SKM

Anggota :

Sigit Mulyono, MN

Anggota :

Ns. Satria Gobel, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom

**PROGRM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2009  
Hamdiana

Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia yang Tinggal di Rumah Bersama Keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam

xii + 153 halaman + 2 skema + 8 tabel + 9 lampiran

**Abstrak**

Penelitian ini bertujuan mengetahui perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Jenis penelitian adalah analitik deskriptif menggunakan desain deskriptif komparatif. Sampel berjumlah 112 lansia berumur 60 tahun atau lebih. Pengambilan sampel dengan cara *total sampling* pada lansia di wilayah Panti dan *multistage random sampling* pada lansia di rumah. Analisa hasil penelitian meliputi analisa univariat dan bivariat yang menggunakan uji statistik *Independent t-test* dan *regresi linear*. Hasil penelitian membuktikan tingkat stres lansia di Panti lebih tinggi dibandingkan dengan lansia di keluarga. Strategi *problem focused coping* dan *emotion focused coping* lebih sering digunakan lansia di Panti, strategi *religious coping* lebih sering digunakan lansia di keluarga dan tidak ada perbedaan strategi *seeking social support coping* antara kedua tempat tinggal lansia. Ada hubungan strategi *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support coping* dan *religious coping* dengan tingkat stres pada lansia di keluarga dan di Panti. Ada perbedaan strategi *religious coping* menurut umur pada lansia di keluarga dan di Panti. Ada perbedaan tingkat stres dan strategi *problem focused coping*, strategi *emotion focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga. Ada perbedaan tingkat stres dan strategi *problem focused coping* menurut pendidikan pada lansia di keluarga. Ada perbedaan tingkat stres menurut pekerjaan pada lansia di keluarga dan di Panti. Ada perbedaan tingkat stres dan strategi *emotion focused coping* lansia menurut status pernikahan di keluarga dan di Panti. Mengingat stres dan strategi koping merupakan hal yang erat hubungan dengan lansia yang memiliki perubahan hidup secara kompleks maka perawat dan bagian terkait perlu melakukan berbagai intervensi untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup lansia.

Kata Kunci : tingkat stres, strategi koping  
Daftar Pustaka : 54 (1984 – 2009)

**POSTGRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Tesis, July 2009  
Hamdiana

Differences in Levels of Stress and Strategies Coping on the Elderly Living at home With the Family and in Panti Social Tresna Wredha Sub District Peusangan Bireuen District Nanggroe Aceh Darussalam

xii + 153 pages + 2 schemes + 8 tables + 9 appendixs

**Abstract**

The purpose of this research to find the differences between levels of stress and strategies coping on the elderly living at home with the family and in Panti Social Tresna Wredha sub District Peusangan in Bireuen District. Type of research is using descriptive analytical with comparative descriptive design approach. Sample of 112 elderly aged 60 years or more. Sampling with a total sampling area on the elderly in Panti and multistage random sampling in the elderly in family. Analysis of results of research include analysis univariat and bivariat the test statistics using Independent t-test and linear regression. Results of research to prove the level of stress on the elderly in Panti higher than the elderly in the family. Problem focused coping and emotion focused coping strategies are often used more the elderly in Panti, religious coping strategy is often used more the elderly in family and no differences in seeking social support coping strategy between the elderly living. There were relationship between problem focused coping, emotion focused coping, seeking social support coping and, religious coping strategies with the level of stress on the elderly in the family and in Panti. There was difference the use of religious coping strategy according to age on the elderly in family and in Panti. There were differences levels of stress, the use of problem focused coping and emotion focused coping strategies according to gender on the elderly in family and in Panti. There were differences levels of stress and the use of problem focused coping strategy according to education on the elderly in family. There was difference levels of stress according to employment on the elderly in family and in Panti. There was differences levels of stress and the use of emotion focused coping strategy according to marriage status on the elderly in family and in Panti. In regarding of stress and strategies coping have a relationship with elderly which has complex change in life style, so that nurse of community and related instances require the intervention in order to improve health and quality life style of elderly.

Keywords: level of stress, strategies coping

References: 54 (1984 - 2009)

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat, rahmat dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam”.

Dalam penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, Ph.D, selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus sebagai pembimbing I yang telah membimbing dengan cermat memberikan masukan, motivasi, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya tesis ini.
3. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Dr. Luknis Sabri, SKM, selaku pembimbing II yang telah membimbing dengan sabar, jeli memberikan masukan, dan perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya tesis ini.
5. Wiwin Wiarsih, MN selaku pembimbing akademik yang selalu memberikan semangat dan motivasi.

6. Tim Dosen Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang selalu memberikan motivasi dan semangat.
7. Pemerintah Daerah Kabupaten Bireuen khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen yang telah memberi kesempatan dan semangat untuk melanjutkan studi pada program Magister ini.
8. Ibunda tersayang Hj. Nuriah Ahmad yang senantiasa tiada putus mendoakan ananda, almarhum ayahanda tercinta yang senantiasa ananda hadirkan dalam do'a dan renungan, kakanda H. Tarmidi yang tiada pernah terlewatkan memberi dukungan moril dan finansial dalam perjalanan hidup dan pendidikan adinda.
9. Keluarga besar Abubakar Yacob; kakanda Zuriati, Azharuddin, Erlina dan adikku tersayang Muhammad Hafidh serta ponakan-ponakan tercinta dan lucu-lucu yang senantiasa memberikan semangat, motivasi dan do'a.
10. Rekan-rekan mahasiswa khususnya Program Magister Keperawatan Komunitas 2007 yang telah saling mendukung dan membantu selama proses pendidikan.
11. Teman-teman di kostan kak mawar, dewi, mba rosa, iik, mba reni, mba opi, mba tari, Pak To dan semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari tesis ini masih belum sempurna, saran yang bersifat membangun demi sempurnanya tesis ini sangat diharapkan. Semoga tesis ini bermanfaat untuk perkembangan Ilmu Keperawatan. Amin

Depok , Juli 2009

Peneliti

# DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN .....	ii
PANITIA SIDANG TESIS.....	iii
ABSTRAK BAHASA INDONESIA.....	iv
ABSTRAK BAHASA INGGRIS.....	v
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR SKEMA .....	x
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB I     PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	14
C. Tujuan Penelitian .....	16
D. Manfaat Penelitian .....	17
<b>BAB II    TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>19</b>
A. Proses Menua.....	19
1. Definisi dan Batasan Usia.....	19
2. Perubahan-perubahan pada Lansia.....	21
B. Stres.....	29
1. Pengertian Stres.....	29
2. Sumber Stres.....	31
3. Gejala dan Akibat Stres.....	34
4. Strategi Koping.....	40
C. Perawatan Institusional dan Non-institusioanl.....	45
1. Perawatan Institusional.....	45
2. Perawatan Non-Institusional.....	51
<b>BAB III   KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI</b> <b>OPERASIONAL</b> .....	<b>55</b>
A. Kerangka Konsep .....	55
B. Hipotesis .....	57
C. Definisi operasional .....	58
<b>BAB IV    METODE PENELITIAN</b> .....	<b>62</b>
A. Rancangan Penelitian .....	62
B. Populasi dan Sampel .....	62
C. Tempat penelitian .....	65
D. Waktu penelitian .....	66
E. Etika Penelitian .....	66
F. Alat Pengumpul Data .....	69
G. Uji Coba Instrumen.....	72
H. Prosedur Pengumpulan Data .....	74
I. Rencana Analisis Data .....	75

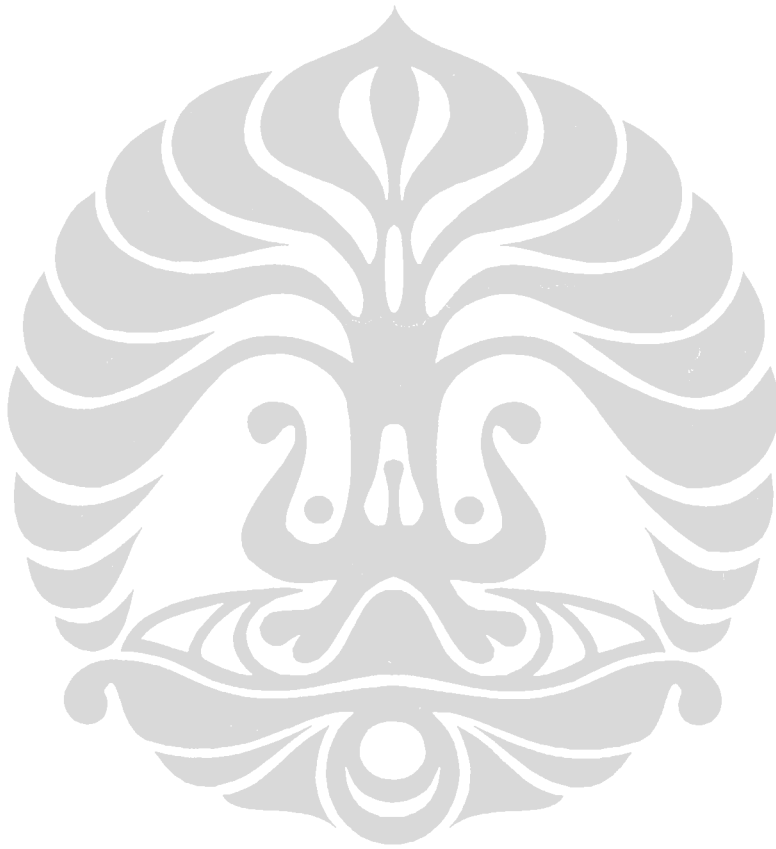


BAB V	HASIL PENELITIAN	79
	A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	79
	B. Analisis Univariat.....	81
	C. Analisis Bivariat.....	84
BAB VI	PEMBAHASAN	111
	A. Interpretasi Hasil Penelitian.....	111
	B. Keterbatasan Penelitian.....	138
	C. Implikasi Keperawatan.....	140
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	145
	A. Kesimpulan.....	145
	B. Saran.....	146
	DAFTAR PUSTAKA.....	150
	LAMPIRAN-LAMPIRAN	



## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema : 2.1 Model Konseptual Adaptasi Stres.....	38
3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	57



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel : 3.1 Definisi Operasional	57
5.1 Distribusi Karakteristik Lansia Menurut Umur, Jenis Kelamin, pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan Lansia di Keluarga dan di Panti	82
5.2 Distribusi Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia di Keluarga dan Panti	83
5.3 Analisis Kesetaraan Karakteristik Lansia Menurut Umur, Jenis Kelamin, pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan Lansia di Keluarga dan di Panti	85
5.4 Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia di Keluarga dan Panti	86
5.5 Hubungan Strategi Koping Terhadap Tingkat Stres Pada Lansia di Keluarga dan Panti	89
5.6 Hasil Analisis Hubungan Karakteristik Lansia Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan Pada Lansia di Keluarga	93
5.7 Hasil Analisis Hubungan Karakteristik Lansia Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan Pada Lansia di Panti	102

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 Kisi-Kisi Instrumen
- Lampiran 3 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*informed consent*)
- Lampiran 5 Kuesioner Penelitian Untuk Responden
- Lampiran 6 Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 7 Permohonan Izin Penelitian dari FIK UI Kepada Dinas Sosial Kabupaten Bireuen
- Lampiran 8 Permohonan Izin Penelitian dari FIK UI Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen
- Lampiran 9 Pernyataan Telah Mengadakan Pengumpulan Data dari Panti Sosial Tresna Wredha Kabupaten Bireuen

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

Menua merupakan proses alami yang dihadapi oleh setiap individu lansia dengan adanya perubahan kondisi fisik, psikologis dan sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan tersebut menimbulkan masalah kesehatan bagi lansia yang perlu diantisipasi baik di rumah atau sarana kesehatan. Bab ini membahas latar belakang, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian tentang tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha.

### **A. Latar Belakang**

Perkembangan penduduk lansia di Indonesia dari tahun ke tahun jumlahnya cenderung meningkat. Kantor Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat (KESRA) melaporkan pada tahun 1980 usia harapan hidup (UHH) 52,2 tahun dengan jumlah lansia 7.998.543 orang (5,45%), pada tahun 2006 menjadi 19 juta orang (8,90%) dan UHH juga meningkat menjadi 66,2 tahun. Pada tahun 2010 perkiraan penduduk lansia di Indonesia akan mencapai 23,9 juta atau 9,77 % dan UHH sekitar 67,4 tahun. Sepuluh tahun kemudian atau pada tahun 2020 perkiraan penduduk lansia di Indonesia mencapai 28,8 juta atau 11,34 % dengan UHH sekitar 71,1 tahun (Hermana, 2007, ¶ 1, <http://bp.depsos.go.id/modules>, diakses tanggal 5 Februari 2009). Peningkatan jumlah lansia juga terjadi di Kabupaten Bireuen, tahun 2007 penduduk lansia 6,2% dari total penduduk, sementara pada tahun 2008

meningkat menjadi 6,3% dari total jumlah penduduk Kabupaten Bireuen (Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen, 2008).

Meningkatnya jumlah lansia memberikan dampak yang kompleks terhadap kesehatan dan kesejahteraan lansia akibat perubahan-perubahan yang terjadi secara alami ditambah berbagai faktor resiko. Menurut Wood (1993) setiap individu yang memasuki periode lansia akan dihadapkan pada berbagai gangguan kesehatan baik fisik maupun mental termasuk stres.

Gangguan mental pada lansia dipengaruhi oleh berbagai perubahan yang terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Periode lansia merupakan periode penutup bagi rentang kehidupan seseorang, dimana setiap individu lansia akan mengalami proses menua yang bersifat alami dengan adanya perubahan pada aspek fisik/fisiologis, psikologis dan sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Miller, 2004). Hasil penelitian Kermis (1986, dalam Miller, 2004) bahwa 80 % lansia yang berumur 65 tahun atau lebih akan mengalami paling sedikit satu masalah kesehatan yang dapat mengakibatkan stres. Hurlock (1994) juga mengatakan bahwa pada lansia terjadi kemunduran fisik dan psikologis secara bertahap, dimana penurunan kondisi tersebut dapat menimbulkan stres pada sebagian lansia.

Stres merupakan faktor penting dalam kehidupan semua individu terlebih pada lansia. Lazarus dan Folkman (1984) mendefinisikan stres sebagai hubungan antara seseorang dan lingkungannya yang dinilai melebihi kemampuan/sumber daya seseorang dan mengancam kebahagiaannya. Berdasarkan teori stres Selye (1956,

dalam Miller, 2004), stres merupakan respon umum terhadap adanya tuntutan pada tubuh. Akibat tuntutan tersebut diharuskan tubuh melakukan penyesuaian diri sehingga keseimbangan tubuh tidak terganggu. Stimuli yang mengawali atau mencetuskan perubahan disebut *stressor* (Perry & Potter, 1997).

Miller (2004) mengemukakan beberapa keadaan yang menjadi *stressor* pada lansia dan mengganggu kesehatan mentalnya antara lain diakibatkan oleh kemunduran/penurunan kesehatan fisik, relokasi (perpindahan tempat tinggal), kehilangan akibat ditinggal pasangan atau kematian teman dan anggota keluarga, “*ageist stereotypes*” dan penyakit kronik yang membutuhkan penyesuaian psikososial. Berdasarkan penelitiannya Harper (1998) menemukan beberapa gejala yang terjadi ketika lansia dihadapkan pada situasi stres sebagai respon dan reaksi dari tubuh antara lain terjadi perubahan fisiologis dan psikososial. Perubahan fisiologis ditandai oleh peningkatan kelemahan dan kemunduran fungsi, kehilangan sensory/kelemahan persepsi sensori, kerusakan kognitif, prilaku dan emosional. Sementara dari segi perubahan psikososial ditandai konflik personal, suka menyendiri/tidak suka beraktivitas, penurunan harga diri, dan perubahan pola tidur.

Menurut Potter dan Perry (1997) beberapa gejala yang muncul akibat stres antara lain perubahan fisiologis, kognitif, interpersonal, prilaku dan emosional. Skala penilaian *Clifton Assessment Procedure for the Elderly (CAPE)* digunakan dalam penelitian untuk menilai beberapa ketidakmampuan dan kemunduran yang dialami lansia akan meningkat ketika dihadapkan pada situasi stres, termasuk 6 faktor diantaranya *self care*, mobilitas, prilaku, interpersonal, komunikasi dan kognitif (Al-

Nasir & Al-Hadad, 1999, conclusion section, ¶ 1, <http://www.findarticles.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009).

Secara umum *stressor* diklasifikasikan sebagai internal dan eksternal. *Stressor* internal berasal dari dalam diri individu, misalnya demam, konflik, tekanan dan kecemasan. Sementara *stressor* eksternal berasal dari luar individu, misalnya perubahan yang bermakna pada lingkungan, kepadatan, perubahan dalam peran keluarga atau sosial dan fasilitas kesehatan yang tidak memadai (Lazarus & Folkman, 1984; Perry & Potter, 1997; Hill, 2004). Selanjutnya Selye juga mengelompokkan tiga sumber utama penyebab stres adalah tubuh (perubahan faali), pikiran dan lingkungan tempat tinggal.

Mark (1997), Meiner dan Lueckenotte (2006) mengatakan bahwa tempat tinggal sangat mempengaruhi emosional dan kesehatan fisik seseorang. Anderson (1972, dalam Miller, 2004) selaku orang pertama yang mengembangkan skala kejadian hidup (*Life Event Scale*) mengkatagorikan lingkungan tempat tinggal sebagai sumber stres. Sama halnya dengan penelitian Holmes dan Rahe (1967, dalam Miller, 2004) yang menempatkan lingkungan tempat tinggal sebagai sumber stres urutan ke-27 dari 41 dengan skor 25 dari total skor 100. Berdasarkan hasil dari penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa lingkungan tempat tinggal menjadi faktor penting terjadinya stres bagi lansia.

Setiap lansia pasti mendambakan masa tua yang tenang dan bahagia yang didukung oleh tempat tinggal yang nyaman. Terdapat dua pilihan tempat tinggal untuk



merawat lansia, dimana lansia dapat dirawat dalam rawatan institusional atau non-institusional. Ada beberapa jenis pelayanan perawatan institusi khusus untuk lansia yang berkembang saat ini antara lain; *acute care unit*, *subacute care unit (ACE)*, *skilled rehabilitation (short term)*, *intermediate care (long-term care)* (Miller, 2004; Stanhope & Lancaster, 1996; Meiner & Lueckenotte, 2006; Potter & Perry, 1997).

Menurut Mitty (2001, dalam Miller, 2004) *nursing home* sebagai suatu tempat pelayanan keperawatan medis yang ada selama 24 jam termasuk dalam pelayanan keperawatan *short-term rehabilitation*, *long-term care* yang menyediakan pelayanan keperawatan oleh perawat yang memiliki keahlian dan keterampilan bagi penderita penyakit kronik atau mengalami ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas untuk pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*). Rata-rata residen yang tinggal di *nursing home* paling lama 2,5 tahun. Pertimbangan penempatan lansia di *nursing home* antara lain adanya perubahan fisik, psikososial, perubahan tanggung jawab keluarga dan dukungan sosial (Mitty, 2001, dalam Miller, 2004). Mitty (2001, dalam Miller, 2004) menyebutkan beberapa faktor yang menjadi alasan meningkatnya peminat tinggal di *nursing home* antara lain; lansia, tinggal sendiri, mempunyai gangguan mental, tidak adanya support sistem, penggunaan bantuan ambulatory dan mengalami ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas untuk pemenuhan ADL. Kebanyakan lansia yang dirawat di *nursing home* adalah dengan kasus hipertensi, dementia (Mitty, 2001, dalam Miller, 2004), kerusakan kognitif dan keterbatasan dalam pemenuhan ADL (Borrayo, 2002, dalam Miller, 2004).

Salah satu bentuk *nursing home* di Indonesia sebagai tempat perawatan institusional bagi lansia adalah Panti Wredha. Panti Wredha merupakan sebuah tempat tinggal sebagai perwujudan pelayanan sosial terhadap lansia yang terlantar atau tidak mempunyai keluarga maupun lansia dari keluarga yang tidak mampu untuk diberikan perawatan atau pelayanan (sandang, pangan, papan dan kesehatan), melaksanakan kesehatan, melaksanakan bimbingan mental, spiritual sehingga lansia dapat merasa aman dan senang dalam menikmati masa tuanya. Pada keadaan dimana keluarga dari lansia mempunyai keterbatasan waktu, dana, tenaga, dan kemampuan untuk merawat lansia, maka tempat yang menjadi pilihan adalah Panti Wredha (Versayanti, 2008 ¶ 6, Merawat Lansia di Rumah Sendiri atau Panti Wredha, <http://www.tanyadokteranda.com/>, diakses tanggal 7 Februari 2009).

Nugroho (1999) mengatakan bahwa Panti Wredha merupakan instansi yang sesuai untuk sosialisasi para lansia. Namun menurut pandangan sebagian lansia keberadaan di Panti adalah akibat penolakan keluarga terhadap dirinya sehingga membuat mereka semakin stres berada di Panti (Watson, 2003). Beberapa hasil studi ditemukan bahwa penempatan lansia di Panti Wredha bisa mendatangkan stres yang diakibatkan oleh timbulnya pertengkaran, ketakutan, kecemasan, dan menarik diri. Terlebih dalam konteks ke-Indonesian pada umumnya; lansia seringkali menghayati penempatan mereka di Panti sebagai bentuk pengasingan dan pemisahan dari perasaan kehangatan yang terdapat dalam keluarga, apalagi lansia yang masih punya anak dengan kondisi hidup berkecukupan. Perasaan-perasaan negatif akan muncul dalam benak lansia dimana pada saat tertentu perasaan-perasaan tersebut akan timbul

dan menimbulkan stres (YoMon, 2008 ¶ 2, <http://www.gerbanglansia.com/> , diakses tanggal 7 Februari 2009).

Walaupun memiliki fasilitas yang baik di Panti namun banyak lansia yang menghabiskan sebagian waktu mereka dengan hanya melakukan sedikit aktivitas, umumnya tidak melakukan aktivitas, hanya melamun dan kesendirian yang dapat menurunkan harga diri, suntuk, stres dan depresi (Voekl & Mathieu, 1993, dalam Harper, 1998). Disamping itu menurut hasil studi ditemukan banyak lansia yang membuat pelanggaran dan keributan di Panti yang mengakibatkan perubahan emosional dan menimbulkan stres pada lansia ( Krause, 1994, dalam Harper, 1998 ).

Hasil penelitian Salamah (2005) sumber stres pada lansia di Panti adalah akibat penurunan kondisi kesehatan, kepribadian, kemunduran mental serta faktor sosial dan pendidikan. Dari hasil penelitian berdasarkan skala penilaian *CAPE* dapat digambarkan bahwa persentase lansia yang tinggal di Panti lebih cenderung mengalami stres dibanding yang tinggal di rumah. Hasil penelitian didapatkan lansia di Panti mengalami keterbatasan fisik khususnya *bathing* dan *walking* 93%, menghabiskan waktu ditempat tidur 43%, bingung 64%, hubungan baik dengan orang lain 45%, kooperatif terhadap pertanyaan 39%, komunikasi lebih baik 57%, mudah mengerti dalam berkomunikasi 54% dan sosialisasi 9%. (Al-Nasir & Al-Hadad, 1999, conclusion section, <http://www.findarticles.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009). Diperkuat dengan hasil studi Intermill & McCuan (1991, dalam Boyd & Nihart, 1998) bahwa 15-25% lansia yang berusia 65 tahun keatas mengalami gangguan mental dan persentase tersebut meningkat dengan institusional.

Hasil penelitian lain mengemukakan 3% dari total populasi 74 lansia mengalami penurunan kognitif, dimana persentase ini akan meningkat 66% ketika lansia berada di Panti (Al-Nasir & Al-Hadad, 1999, conclusion section, <http://www.findarticles.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009). Stres dapat mengakibatkan kemunduran fungsional dalam kemampuan intelektual. Pada beberapa studi kesehatan lansia ditemukan bahwa tingkat stres yang tinggi berkontribusi terhadap penurunan fungsi intelektual. Studi ini mengidentifikasi hubungan antara fungsi intelektual dan beberapa kejadian yang mengakibatkan stres (Sands, 1981-82, dalam Miller, 1995, hlm. 70).

Stres bukan penyakit melainkan hanya suatu gejala, namun stres yang berkepanjangan akan sangat membahayakan kondisi seseorang, karena bisa menyebabkan depresi terlebih pada lansia. Berdasarkan hasil penelitian Nurleli dan Istiadonna (2004) bahwa lansia yang tinggal di Panti Sosial Jroh Naguna Aceh mengalami depresi ringan sebanyak 37 orang (54,41%). Depresi merupakan fungsi negatif yang diakibatkan oleh stres, dimana stres memiliki hubungan yang sangat erat terhadap terjadinya depresi (Miller, 1995). Seseorang mengalami depresi akibat tidak mampu berespon dan beradaptasi terhadap stresor dengan baik.

Respon dan adaptasi terhadap stresor juga dipengaruhi oleh sistem dukungan yang dimiliki oleh lansia. Rendahnya tingkat dukungan sosial merupakan satu kondisi yang dapat menyebabkan lansia menjadi lebih rentan mengalami stres. Dari hasil penelitian Hariyanthi dan Istiadonna (2004) tentang tingkat dukungan sosial pada lansia di Panti Sosial Jroh Naguna Aceh, dari 68 orang responden 51,47% memiliki

dukungan yang rendah. Hal ini menambah asumsi bahwa kondisi di Panti rentan akan kejadian stres.

Panti Sosial Tresna Wredha merupakan tempat pelayanan sosial milik pemerintah Kabupaten Bireuen yang bertujuan untuk menampung lansia terlantar tidak punya keluarga dan dari keluarga yang tidak mampu. Panti ini berlokasi di desa Matang Geulumpang Dua Kecamatan Peusangan, sebuah tempat yang dibidang nyaman, asri dan tenang. Dari hasil survey dan wawancara penulis dengan kepala Panti ditemukan data bahwa Petugas Panti terdiri dari seorang kepala Panti, 2 tenaga kesehatan termasuk dokter umum dan perawat DIII serta 7 pengurus lainnya.

Permasalahan kesehatan yang dialami lansia di Panti sangat bervariasi mulai dari penyakit fisik yang paling banyak terjadi antara lain hipertensi, rheumatik, asam urat, gastritis dan lainnya. Panti ini dihuni oleh 60 lansia berumur 60 tahun keatas dan berasal dari berbagai daerah baik dari Aceh maupun dari luar. Perbedaan daerah asal membawa pengaruh terhadap kebiasaan, gaya bicara dan tingkah lakunya, disamping latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu lansia juga berpengaruh dalam segala perbuatannya (Salamah, 2005). Keadaan ini menjadi pemicu terjadinya konflik antar lansia yang merupakan sumber stres pada lansia di Panti. Pengelola Panti juga mengaku bahwa antar lansia sering terjadi keributan dan pertengkaran dengan sesama.

Dari hasil wawancara penulis pada tanggal 5 Januari 2009 dengan 5 orang lansia yang tinggal di Panti mengaku alasan tinggal di Panti karena anggota keluarga tidak

mampu merawatnya, hidup sendiri, keterbatasan ekonomi. Sebagian lansia menikmati keberadaannya di Panti, namun beberapa lansia mengaku sedih dibawa ke Panti oleh anggota keluarga karena tidak mampu merawatnya, ada juga yang mengaku sedih akibat ada teman di Panti yang membencinya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa keberadaan lansia di Panti Wredha dapat menimbulkan stres, namun sebagian lainnya merasa di rumah kurang mendapat dukungan.

Sementara Meiner dan Lueckenotte (2006) menganggap rumah adalah tempat yang paling baik bagi seorang lansia. Perawatan di rumah sebagai contoh perawatan non-institusi merupakan jenis pelayanan kesehatan yang berbasis pada komunitas dan berfokus pada pemberian pelayanan kesehatan untuk lansia yang dilakukan dalam lingkungan tempat tinggal (Miller, 2004). Lueckenotte (2000) mengatakan bahwa tujuan perawatan di rumah adalah untuk mencegah institutionalisasi bagi lansia yang membutuhkan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan ADL (*Activity Daily Living*)nya. Sementara orang yang tepat memberikan bantuan dan dukungan emosional adalah keluarga, karena menurut Warsih (1999) keluarga adalah komunitas kecil yang terdekat dengan lansia.

Miller (2004) mengatakan keluarga merupakan pendukung utama dalam memberikan perawatan terhadap lansia yang tinggal di rumah, namun banyak juga permasalahan yang terjadi dalam keluarga yang menjadi stressor bagi lansia. Namun dari hasil penelitian berdasarkan skala penilaian *CAPE* didapatkan bahwa persentase stres lansia yang tinggal di rumah lebih rendah dibanding tinggal di Panti. Hasil penelitian ditemukan lansia di rumah mengalami bingung 39%, hubungan baik

dengan orang lain 45%, kooperatif terhadap pertanyaan 39%, komunikasi lebih baik 89%, mudah mengerti dalam berkomunikasi 83% dan sosialisasi 91%. (Al-Nasir & Al-Hadad, 1999, conclusion section, <http://www.findarticles.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009). Disamping itu adanya perubahan sosial yang terus-menerus akan berpengaruh dalam kehidupan keluarga sehingga menimbulkan masalah pada lansia (Pratt, 1976 dalam McCubbin, 1993).

Memelihara lingkungan keluarga yang mendukung perkembangan biasanya merupakan sebuah tugas yang berat, karena banyak stressor yang cenderung mengganggu homeostatis keluarga dan membuat anggota keluarga kurang sensitif dan kurang menyayangi satu sama lain. Brown (1978, dalam Friedman, 2002) menerangkan bahwa ketika stressor keluarga terjadi, maka sistem saling asuh merupakan subjek gangguan, sekali gangguan semacam itu terjadi terdapat kecendrungan untuk timbulnya ketegangan antar pribadi. Penelitian Steinmetz (1987, dalam Friedman, 1998) dilaporkan terjadi penyiksaan lansia di keluarga dimana 30% melalui teriakan, 8,5% mengancam akan mengirim ke Panti Wredha, 17% tidak memberi makan, 7,2% melarang secara fisik, 2,5% menampar, meninju dan menggoncang. Dilaporkan bahwa lansia mendapat perlakuan yang kejam dalam keluarga yang dilakukan oleh anak mereka sendiri dimana hal tersebut akan menimbulkan stres bagi lansia.

Dari hasil wawancara penulis pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga di Kecamatan Peusangan tanggal 6 Januari 2009 bahwa beberapa lansia mengaku stres karena keadaan di rumah yang padat dan ramainya penghuni sehingga kondisi

dirumah ribut menjadi tidak nyaman, terlebih anggota keluarga sering membebankan pekerjaan-pekerjaan rumah seperti memasak dan merawat cucunya pada mereka kendati melihat kondisi lansia yang lemah dan sakit-sakitan. Ada lansia yang mengaku tidak mendapat perhatian dari anggota keluarga. Menyikapi kondisi seperti itu sebagian lansia hanya berusaha lebih sabar mengingat dirinya sudah tua sehingga tidak ingin kelihatan banyak tuntutan dan menjadi beban bagi keluarga.

Dari uraian di atas menunjukkan bahwa terdapat berbagai fenomena dari para ahli maupun dari masyarakat tentang respon yang muncul ketika seseorang dihadapkan pada situasi stres, baik pada lansia yang tinggal di rumah dan di Panti, dimana kedua tempat tinggal tersebut dapat menimbulkan stres dengan tingkatan yang berbeda. Potter & Perry (1997) mengkategorikan tingkat stres menjadi empat yaitu tidak stres, tingkat stres ringan, sedang dan tinggi. Menurut Folkman dan Lazarus (1984) ketika individu dihadapkan pada situasi stres maka akan berusaha mengatasinya.

Upaya individu mengatasi *stressor* atau memecahkan masalah disebut strategi koping. Pargament (1990 dalam Wenger, 2003) menegaskan bahwa penggunaan strategi koping yang efektif dapat menurunkan tingkat stres seseorang. Ada tiga bentuk koping yang dikembangkan oleh Lazarus dan Folkman (1984) melalui hasil risetnya yaitu tipe *problem focused coping*, *emotion focused coping* dan *seeking social support*. Pargament (1990 dalam Wenger, 2003) melalui penelitiannya menemukan *religious coping* sebagai bentuk proses koping yang unik, terlebih pada lansia. Akumulasi dari para ahli sehingga didapat empat tipe strategi koping yang digunakan oleh lansia dalam menghadapi *stressor*. Pargament (1990 dalam Wenger,



2003) menegaskan bahwa lansia senantiasa menggunakan *religious coping* dalam mengatasi permasalahannya. Pargament juga menjelaskan pemilihan strategi coping dipengaruhi oleh personal dan sistem dukungan. Sistem dukungan dirumah dan di Panti jelas berbeda sehingga peneliti berasumsi strategi coping yang digunakan oleh lansia yang tinggal dirumah dengan lansia yang tinggal di Panti akan berbeda.

Penggunaan strategi coping sangat mempengaruhi kemampuan seseorang mengatasi sumber stres. Jika seseorang mampu mengatasi sumber stres dengan menggunakan strategi coping yang efektif, maka stres akan menurun/tidak akan terjadi. Namun jika individu tidak mampu melakukan coping yang efektif maka akan tetap berada dalam situasi stres atau meningkat. Deteksi dini tentang tingkat stres dan strategi coping pada lansia diharapkan dapat diikuti dengan intervensi yang optimal sehingga akan dapat memperbaiki keadaan lansia dan mencegah terjadinya peningkatan disabilitas yang akan membuat lansia menderita berkelanjutan. Keadaan ini menjadi tantangan bagi perawat spesialis komunitas untuk memberikan pelayanan keperawatan pada lansia dalam menghadapi stresor baik yang tinggal di rumah maupun di Panti. Upaya intervensi keperawatan selayaknya dapat meningkatkan kesejahteraan lansia dengan adanya perubahan pola hidup kearah yang lebih sehat, dengan mengembangkan intervensi yang mengarah pada upaya promotif, preventif dan memberdayakan potensi yang ada di masyarakat tanpa mengabaikan upaya kuratif serta rehabilitasi untuk memelihara dan meningkatkan status kesehatan pada lansia.

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Perbedaan tingkat stres dan strategi coping

pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen?”

## **B. Rumusan Masalah**

Dari hasil studi pendahuluan yang penulis lakukan pada beberapa lansia di Panti Sosial Tresna Wredha dan yang tinggal di rumah bersama keluarga di Kabupaten Bireuen ditemukan banyak situasi yang akan menimbulkan stres. Panti Sosial Tresna Wredha dihuni oleh lansia yang berasal dari berbagai daerah dan lansia yang terlantar tidak mempunyai keluarga serta dari keluarga yang tidak mampu. Perbedaan daerah asal membawa pengaruh terhadap kebiasaan, gaya bicara dan tingkah lakunya, disamping latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu lansia juga berpengaruh dalam segala perbuatannya (Salamah, 1995) yang menjadi pemicu terjadinya stres. Dari hasil wawancara dengan lansia yang tinggal di Panti mengaku sedih di bawa ke Panti karena memiliki keluarga yang besar sehingga tak mampu merawatnya, ada yang mengaku sedih karena ada teman di Panti yang membencinya.

Dari hasil wawancara penulis pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga di Kecamatan Peusangan tanggal 6 Januari 2009 bahwa beberapa lansia mengaku stres karena keadaan dirumah yang padat dan ramainya penghuni sehingga keadaan rumah ribut menjadi tidak nyaman, terlebih anggota keluarga sering membebankan pekerjaan-pekerjaan rumah seperti memasak dan merawat cucunya pada mereka kendati melihat kondisi lansia yang lemah dan sakit-sakitan. Menyikapi kondisi seperti itu sebagian lansia hanya berusaha lebih sabar mengingat dirinya sudah tua

sehingga tidak ingin kelihatan banyak tuntutan dan menjadi beban bagi keluarga. Sehingga dapat disimpulkan bahwa stres bisa terjadi pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti.

Stres terjadi jika individu dihadapkan pada berbagai situasi/*stressor*. Keadaan tersebut memerlukan penggunaan strategi koping yang efektif untuk mengatasi/menurunkan situasi stres (Lazarus & Folkman, 1984).

Dari fenomena tersebut dapat penulis rumuskan pertanyaan penelitian adalah:

1. Apakah ada perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen?
2. Apakah ada hubungan strategi koping dengan tingkat stres pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen?
3. Apakah ada perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut karakteristik pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum, yaitu:

Diketuinya perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.

2. Tujuan Khusus, yaitu:

Teridentifikasi:

- a. Karakteristik lansia (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan) yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen
- b. Tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.
- c. Perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.
- d. Hubungan strategi koping dengan tingkat stres pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.
- e. Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut karakteristik lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.

**D. Manfaat Penelitian**

Manfaat untuk:

1. Keluarga dan Lansia

Hasil penelitian ini akan memberikan gambaran pada lansia dan keluarga tentang tingkat stres serta strategi koping pada lansia yang tinggal dirumah bersama

keluarga sehingga lansia dan keluarga menyadari dan termotivasi untuk melakukan upaya untuk menurunkan tingkat stres dan keluarga akan mendukung perawatan yang optimal pada lansia dengan memberdayakan potensi yang ada dalam keluarga.

## 2. Pelayanan di Panti Wredha

Hasil penelitian ini akan memberikan gambaran pada perawat, pekerja sosial dan pengelola Panti tentang tingkat stres serta strategi koping pada lansia di Panti sehingga dapat memberikan dukungan pelayanan yang dibutuhkan lansia terkait penanganan stres dan penggunaan strategi koping yang efektif.

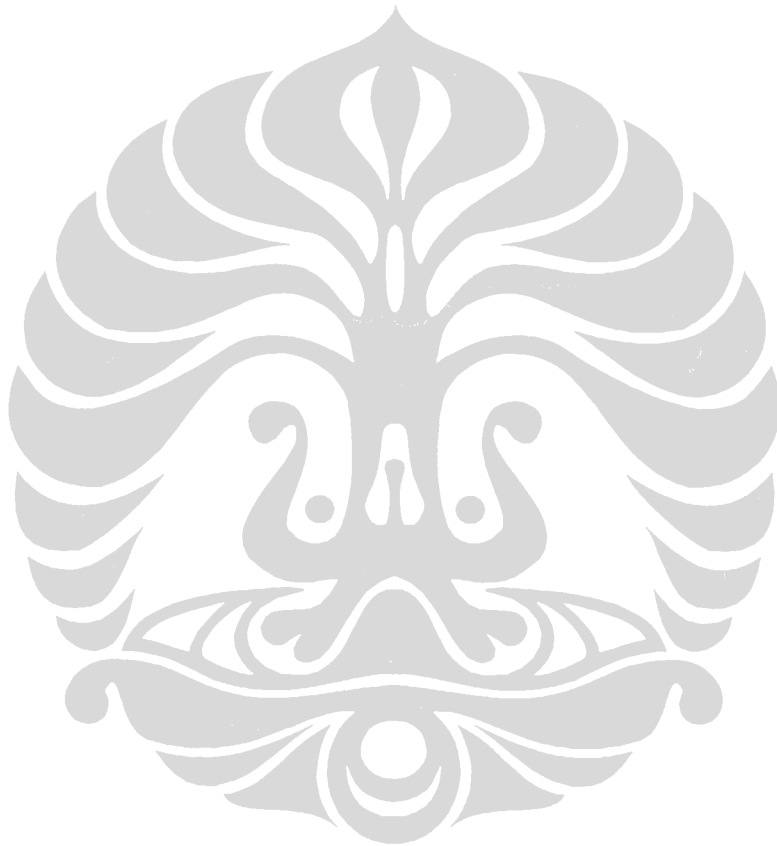
## 3. Pengembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan pedoman dalam memberikan askep pada lansia di area keluarga dan Panti dengan mengembangkan intervensi yang mengarah pada upaya promotif, preventif dengan memberdayakan potensi yang ada di masyarakat tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitasi untuk memelihara dan meningkatkan status kesehatan lansia.

b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan landasan untuk penelitian lanjutan dengan mengembangkan model askep dan intervensi keperawatan komunitas pada agregat lansia sehingga dapat mewujudkan lansia yang sehat dan produktif.

## 4. Kebijakan Program

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan dalam mengembangkan kebijakan program pelayanan kesehatan dan kesejahteraan lansia baik di Dinas Sosial maupun Dinas Kesehatan, dengan merencanakan program secara terpadu dan berkesinambungan demi meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan lansia.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini menampilkan serangkaian konsep dan teori sebagai tinjauan pustaka terkait permasalahan penelitian yang akan menjadi rujukan penulis dalam menyusun pembahasan. Secara umum rangkaian tinjauan pustaka dijabarkan mencakup proses menua, stres dan strategi koping pada lansia. Pada bab ini juga membahas tatanan pelayanan perawatan institusional dan non-institusional sebagai area untuk membandingkan strategi koping dan tingkat stres pada lansia.

#### **A. Proses Menua**

##### **1. Definisi dan Batasan Usia**

Proses menua (*aging*) adalah proses alami yang disertai adanya penurunan atau perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Proses menua terjadi terus menerus (berlanjut) secara alami dimulai sejak lahir sampai menjadi tua (Miller, 2004). Menua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan suatu proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun dari luar tubuh (Lueckenotte, 2006; Miller, 2004). Efek-efek tersebut mempengaruhi penyesuaian diri lansia kearah lebih buruk sehingga menimbulkan kesengsaraan. Keadaan ini cenderung

berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan mental secara khusus pada individu lansia (Hurlock, 1999, hlm. 380).

Ada beberapa batasan umur lansia menurut UU (Dep.Kes.RI) No. 4 tahun 1965 pasal satu (1) dijelaskan bahwa seseorang dapat dinyatakan sebagai lanjut usia, setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun keatas, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah. Batasan lansia menurut WHO adalah usia antara 45-59 tahun disebut *middle/young elderly*, usia antara 60-74 tahun disebut dengan *elderly*, usia antara 75-90 tahun disebut *old* dan diatas 90 tahun disebut *very old* (<http://www.depkes.go.id/>, diakses tanggal 17 maret 2009).

Menurut pendapat Setyonegoro mengelompokkan lansia adalah usia 18-25 tahun disebut *early* (usia dewasa muda), usia 25-65 tahun disebut *middle adult* (usia dewasa penuh), usia >65/70 tahun disebut *geriatric age* (lansia), usia 70-75 tahun disebut *young old*, usia 75-80 tahun disebut *old* dan usia >80 tahun disebut *very old*. Sama halnya dengan Sumiati yang mengelompokkan lansia sebagai individu yang berusia 60 tahun keatas (Fikri, 2008, Batas Umur Lansia, ¶ 5, <http://ahmadalfikri.blogspot.com>, diakses tanggal 17 Maret 2009).

Menurut Undang-Undang No.13/1998 (Dep.Kes.RI, 1998) tentang Kesejahteraan Lansia, “Lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas”. Batasan



yang sama juga dikemukakan oleh Dep.Sos (1997) bahwa “Lansia adalah orang, baik pria maupun wanita, yang telah berumur 60 tahun keatas”. Berikut dari Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN (1996) juga mendefinisikan lansia sebagai “Penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun keatas, yang pada umumnya memiliki tanda-tanda terjadinya perubahan fungsi-fungsi ekonomi, sosial, budaya, biologi dan psikologi yang dapat menimbulkan masalah kesejahteraannya”. Jika dilihat dari pengelompokan umur dari beberapa pendapat maka dapat disimpulkan bahwa yang dikatakan lansia adalah individu yang berumur 60 tahun keatas.

## **2. Perubahan-Perubahan Pada Lansia**

Periode lansia merupakan periode penutup bagi rentang kehidupan seseorang, dimana setiap individu lansia akan mengalami proses menua dengan adanya perubahan pada aspek fisik/fisiologis, psikologis dan sosial yang dapat menimbulkan masalah kesehatan (Miller, 2004). Perubahan ini merupakan suatu proses yang normal terjadi pada semua orang termasuk lansia, namun dalam derajat yang berbeda dan tergantung pada lingkungan kehidupan lansia (Potter & Perry, 1997; Wenger, 2003). Pearlin dan Skaff (1995, dalam Wenger, 2003) menegaskan perubahan yang terjadi mengindikasikan individu lansia akan dihadapkan pada berbagai tantangan dan rintangan kehidupan dalam bentuk *stressor* yang mungkin dialami sebagai *stressful* (keadaan tertekan).

Miller (2004) menjelaskan perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia yaitu:

a. Perubahan Fisiologis

Perubahan secara fisiologis terjadi pada semua orang dengan kecepatan yang berbeda dan bergantung pada keadaan hidupnya (Wenger, 2003). Kesulitan pada lansia sebagai kemungkinan dari peningkatan kejadian kesakitan (Santovk, 1997, dalam Wenger, 2003). Penyakit kronik merupakan suatu keadaan yang dialami oleh setiap lansia dan akan mengakibatkan kesulitan fisik (McFadden, 1995, dalam Wenger, 2003) yang ujungnya menimbulkan stres. Hampir 80% lansia umur diatas 60 tahun mempunyai sedikitnya satu masalah kesehatan kronis yang akan mengakibatkan terjadinya kemunduran fungsi (Kermis, 1986, dalam Miller, 2004). Sebagai kriteria kemunduran pada lansia WHO (1989) mengembangkan konsep secara bertingkat; yaitu (1) penyakit, pada umumnya perjalanan penyakit adalah kronik (menahun) diselingi dengan eksaserbasi akut, penyakit bersifat progresif dan sering menyebabkan kecacatan; (2) *Impairment* adalah setiap kehilangan atau kelainan, baik psikologik, fisiologik ataupun struktur atau fungsi anatomik; (3) *Disabilitas* adalah ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan yang dianggap dapat dilakukan oleh orang normal; dan (4) *Handicap* adalah suatu ketidakmampuan seseorang sebagai akibat *impairment* atau disabilitas sehingga membatasinya untuk melaksanakan peranan hidup secara normal.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan perubahan fisiologis menjadi *stressor* pada lansia karena akan meningkatkan kelemahan dan kemunduran fungsi, kehilangan sensori/kelemahan persepsi, kerusakan kognitif, perilaku dan emosional (Miller, 2004; Harper, 1998; Woods, 1993, dalam Wenger, 2003; Lueckenotte & Meiner, 2006). Perubahan fisiologis bervariasi pada setiap lansia dan bukan merupakan proses patologis. Setiap individu lansia pasti akan mengalami perubahan fisiologis sesuai dengan teori biologis. Teori biologi merupakan proses dasar penuaan yang mempengaruhi kehidupan seseorang akibat perubahan umur sel dan faktor pemicu. Hayflick (1988) menambahkan bahwa proses perubahan fisiologis berhubungan dengan umur dimana berkaitan dengan kemunduran, progresif, intrinsik dan bersifat universal. Dari beberapa pendapat maka dapat disimpulkan bahwa penuaan menyangkut perubahan struktur sel, akibat interaksi sel dengan lingkungannya, yang pada akhirnya menimbulkan perubahan degeneratif (Miller, 2004; Lueckenotte & Meiner, 2006; Stuart & Laraia, 2005).

Beberapa teori biologis menjelaskan proses penuaan antara lain teori genetik (*genetic theory*), menjelaskan bahwa menua terprogram secara genetik dan disebut dengan "*biologic clock*" (Hayflick, 1965, dalam Miller, 2004). Dalam tubuh terdapat jam biologis yang mengatur gen dan menentukan jumlahnya, sel pada tubuh normalnya akan bereplikasi 50 kali dan secara genetik sudah terprogram akan berhenti seperti pada kondisi yang buruk dan akibat pengaruh luar. Beberapa teori genetik disebut teori mutasi (*mutasi*

*theory*), dimana sel somatik mengalami mutasi sehingga terjadinya kegagalan dalam penggandaan DNA dan mengakibatkan kegagalan terbentuknya enzim sehingga terjadi kegagalan reaksi metabolisme sel yang akan mengurangi fungsi sel.

Selain mengalami mutasi, menurut teori pemakaian dan perusakan (*Wear and tear theory*) sel somatik dipersepsikan tubuh berfungsi dengan baik selama periode tertentu tetapi akan rusak pada suatu waktu. Artinya sel somatik normal memiliki keterbatasan dalam fungsi dan membelah diri, disamping itu kematian dapat terjadi akibat ketidakmampuan jaringan atau sel memperbaiki diri secara permanen (Miller, 1995). Kecepatan pergantian struktur dan fungsi sel tidak sebanding dengan kerusakan akibat bertambahnya waktu dan faktor lainnya (Medvedev, 1987, dalam Miller, 1995) sehingga fungsi sel dan jaringan menurun.

Penuaan juga dihubungkan dengan teori imunitas (*Immunity theory*) dimana terjadi penurunan kemampuan sistem imun mengenali dirinya sendiri (*self recognition*) dan peningkatan respon autoimun (Stuart & Laraia, 2005; Potter & Perry, 1999). Produksi antibodi merupakan respon tubuh akibat terbentuknya autoimun, sehingga sistem imun menjadi kurang efektif dan merupakan efek fisiologis seperti pada sistem kardiovaskuler, sistem muskuloskeletal dan sistem saraf yang menjadi pemicu stres pada lansia (Miller, 2004).

## b. Perubahan Psikososial

Selain perubahan fisiologis, beberapa perubahan dan kejadian hidup lainnya menuntut penyesuaian emosional pada individu terlebih pada lansia (Wenger, 2003). Perubahan dalam segi psikologis dan sosial yang terjadi tidak terlepas dari hal yang dipaparkan dalam teori penuaan baik teori sosial maupun psikologis. Teori penuaan sosial dikembangkan dari bagaimana masyarakat mempengaruhi lansia dan sebaliknya yang berfokus pada penyesuaian lansia terhadap kehilangan peran dan kelompoknya (Miller, 2004; Lueckenotte & Meiner, 2006; Stuart & Laraia, 2005). Teori sosial terbatas dan cenderung ditujukan pada lansia sebagai sumber masalah dalam masyarakat. Teori sosial memandang penuaan sebagai bagian dari rangkaian hidup yang mencakup penuaan sebagai suatu proses panjang, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh proses sosial, serta struktur umur yang mengubah waktu dan pengalaman individu (Marshall, 1996, hlm. 51).

Beberapa teori sosial yang menjelaskan proses penuaan antara lain teori penarikan diri (*disengagement theory*), menurut teori ini lansia menarik diri dari peran yang biasanya dan terikat pada aktivitas yang lebih introspektif serta berfokus pada diri sendiri (Potter & Perry, 1997). Menurut Maddox (1974, dalam Potter & Perry, 1997) proses penuaan adalah suatu periode menarik diri yang tak terhindarkan, dengan karakteristik menurunnya interaksi antara lansia dengan orang lain dan memberikan kesempatan pada individu untuk mempersiapkan diri menghadapi penyakit “ketidakmampuan” dan bahkan kematian. Asumsi utama dari teori ini bahwa pelepasan

menguntungkan bagi individu dan masyarakat. Namun disini muncul asumsi *ageist stereotypes* dimana seiring bertambahnya usia seseorang mengakibatkan kontribusi mereka kurang dihargai karena masyarakat lebih menghargai daya tarik, energi dan usia muda. Pada sebagian lansia penarikan diri ini akan membuat lansia kehilangan peran dan merasa tidak berguna lagi dalam masyarakat dan mengakibatkan stres (Miller, 2004).

Miller (2004) mengidentifikasi beberapa perubahan psikososial yang menjadi *stressor* pada lansia antara lain *retirement* (menarik diri). Menarik diri terjadi akibat kehilangan pendapatan, kehilangan peran/identitas, kehilangan status, kehilangan struktur, kehilangan tujuan hidup, kehilangan kontak dengan kelompok sebaya (Miller, 2004). Menarik diri terjadi akibat perilaku sosial yang mempengaruhi penyesuaian individu. Sama halnya dengan lansia di Amerika dimana kekuatan bekerja dinilai berdasarkan kontribusinya dalam bekerja. Lansia pekerja akan memiliki status kesehatan yang lebih tinggi dari lansia pengangguran, sehingga lansia yang tidak aktif bekerja akan mudah menarik diri dan menjadi stres.

Berdasarkan teori kesinambungan (*continuity theory*), Miller (2004) mengemukakan proses penuaan erat kaitannya dengan danya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia, dimana pengalaman hidup seseorang pada suatu waktu menjadi gambarannya pada saat ia menjadi lansia. Perceraian merupakan suatu kondisi yang sulit diterima oleh setiap orang terlebih lansia, dimana perceraian akan menciptakan konsekuensi pada lansia berupa

kehilangan penolong, kehilangan teman hidup, merasa sendiri dan sedih, kehilangan tanggung jawab, dan akan ketergantungan pada orang lain. Disini lansia cenderung untuk mempertahankan kelanjutan dari kebiasaan, dan kesenangan mereka secara konsisten sesuai kepribadian (Stuart and Laraia, 2005; Potter & Perry, 1997), namun bagi individu yang tidak adaptif cenderung menimbulkan stres (Roy, 1977, dalam Tomey & Alligood, 2006).

Sementara menurut teori individu-lingkungan (*person-environment fit theory*), lingkungan dianggap berperan dalam membentuk individu lebih potensial dengan respon perilaku yang ada pada individu dan kemampuan fungsional. Teori ini digambarkan dengan pertanyaan tentang proses penuaan yang terjadi di rumah khusus dan *institutional, relocation* dan keputusan lansia untuk memilih tempat tinggal (Wahl, 2001, dalam Miller, 2004). Miller (2004) berpendapat bahwa relokasi akan mengakibatkan terjadinya perubahan pada peran sosial, tanggung jawab keluarga dan status kesehatan sehingga mempengaruhi rencana kehidupan lansia. Sebagian memilih hidup bersama anggota keluarga dan ada juga yang memilih di *nursing home*. Keputusan perubahan tempat tinggal menuntut lansia melakukan penyesuaian diri, dan mengakibatkan lansia kehilangan tempat, perubahan tetangga dan teman (Miller, 2004), hal tersebut akan menimbulkan stress pada lansia.

Selain teori sosial, teori psikologis juga mengkaji dalam perspektif yang luas karena penuaan secara psikologi dipengaruhi oleh faktor-faktor biologis dan sosial serta meliputi penggunaan kapasitas adaptif untuk mengontrol perilaku

atau pengaturan diri. Perubahan psikologis yang terjadi pada lansia dapat dihubungkan dengan keakuratan mental dan keadaan fungsional yang efektif. Kepribadian individu yang terdiri atas motivasi dan inteligensi dapat menjadi karakteristik konsep diri lansia. Konsep diri yang positif menjadikan lansia mampu berinteraksi dengan mudah terhadap nilai-nilai yang ada didukung dengan status sosialnya namun penurunan konsep diri menyebabkan lansia sulit untuk berinteraksi.

Penyesuaian hidup sebenarnya alami dan unik bagi lansia yang menerima keadaan penuaan, namun sebagian kenyataan diatas menimbulkan ansietas dan penolakan untuk menerima penuaan sebagai proses normal sehingga lansia menolak dikatakan lansia dan menimbulkan stress dan perilaku negatif (Miller, 2004).

Dari beberapa studi hasil penelitian para ahli maka dapat disimpulkan bahwa perubahan-perubahan yang dialami pada proses menua baik faktor fisiologis dan psikososial erat kaitannya menjadi stressor bagi lansia. Faktor fisiologis adalah penurunan kesehatan fisik sehingga terjadi penurunan aktivitas, perubahan pola tidur, pola makan dan latihan/olahraga. Sementara faktor psikososial adalah kehilangan (pasangan, anggota keluarga, teman sebaya, tetangga), konflik (dengan pasangan, anak, cucu, cicit, anggota keluarga yang lain, teman sebaya dan tetangga), perubahan peran (perubahan tujuan/rencana hidup, perubahan kebiasaan personal, kesulitan finansial), relokasi (perubahan tempat tinggal, perubahan kontak dengan keluarga dan teman) dan tekanan (perceraian, memikirkan kesehatan anggota keluarga).



## B. Stres dan Strategi Koping Pada Lansia

### 1. Pengertian Stres

Pearlin & Skaff (1995, dalam Hill, 2004) mengindikasikan setiap individu di sepanjang rentang kehidupan akan selalu dihadapkan oleh berbagai peristiwa dan kejadian yang nantinya akan mengakibatkan terjadinya perubahan-perubahan yang berpotensi menimbulkan stres. Kata stres berasal dari bahasa latin *stringere* yang berarti menarik kencang. Secara terminologis, stres berasal dari pengertian istilah Yunani yaitu *merimnao* sebagai paduan dua kata, yakni *meriza* (membelah, bercabang) dan *nous* (pikiran). Dari kedua istilah ini pengertian stres berarti membagi pikiran antar minat yang layak dengan pikiran-pikiran yang merusak (Gintings, 1999, dalam Prabowo, 2007, *Treatment Meta Music untuk Menurunkan Stres*, <http://www.google.co.id>, diakses tanggal 7 Februari 2009).

Lazarus memandang stres sebagai hubungan antara seseorang dan lingkungannya yang dinilai melebihi kemampuan/sumber daya seseorang dan mengancam kebahagiaan hidupnya.

*“stress as relationship between the person and the environment that is appraised as exceeding the person’s resources and endangering the person’s well-being”*

(Lazarus & Folkman, 1984, hlm 19)

Sarafino mendefinisikan stres adalah kondisi yang dihasilkan ketika seseorang berinteraksi dengan lingkungannya yang kemudian merasakan

suatu pertentangan, apakah itu riil ataupun tidak, antara tuntutan situasi dan sumber daya sistem biologis, psikologis dan sosial.

*“Stress is the condition that results when person-environment transactions lead the individual to perceive a discrepancy – whether real or not – between demands of a situation and the resources of the person’s biological, psychological or social systems”*

(Sarafino, 1998, hlm.70)

Istilah stres sendiri ditemukan oleh Selye (1956, dalam Miller, 2004; Videbeck, 2000; Potter & Perry, 1999; Greenberg & Maryland, 2002; Harper, 1998) seorang ahli fisiologi dari Universitas Montreal yang merumuskan bahwa stres merupakan segala situasi dimana tuntutan non-spesifik mengharuskan individu merespon atau bertindak. Menurut Korchin (1976, dalam Harper, 1998) stres muncul apabila tuntutan-tuntutan yang luar biasa dan mengancam kesejahteraan atau integritas seseorang. Sementara Rippetoe-Kilgore, Mark dan Lon (2006, dalam *Stres dan Respon Biologis*, 2008, <http://www.medem.com><http://www.kaheel7.com>, Artikel Geriatri, diakses tanggal 7 Februari 2009) dalam terminologi medis berpendapat bahwa stres akan mengganggu sistem homeostatis tubuh yang berakibat terhadap gejala fisik dan psikologis. Dari beberapa pendapat para ahli maka dapat disimpulkan bahwa stres merupakan kondisi yang dihasilkan individu dari interaksinya dengan lingkungan yang dinilai mengancam psikologisnya ketika individu dihadapkan dengan sumber stres (*stressor*).

## 2. Sumber Stres (*Stressor*)

Wenger (2003) menegaskan setiap populasi lansia senantiasa dihadapkan berbagai tantangan dalam bentuk *stressor* yang mempengaruhi kesehatan dan kebahagiaannya. *Stressor* merupakan situasi yang dianggap akan menimbulkan ketegangan dan mengancam kesejahteraan seseorang (Sarafino, 1994; Sheridan & Radmacher, 1992). *Stressor* menunjukkan suatu kebutuhan yang tidak terpenuhi baik kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, lingkungan, perkembangan, spiritual maupun kultural. Secara umum *stressor* diklasifikasikan sebagai internal dan eksternal. *Stressor* internal berasal dari dalam diri individu, misalnya demam, konflik, tekanan dan kecemasan. Sementara *stressor* eksternal berasal dari luar individu, misalnya perubahan yang bermakna pada lingkungan, kepadatan, perubahan dalam peran keluarga atau sosial dan fasilitas kesehatan yang tidak memadai (Lazarus & Folkman, 1984; Perry & Potter, 1997; Hill, 2004). Menurut Lazarus (1984) berbagai kejadian dan perubahan lingkungan disekitar individu dapat bersifat positif, netral ataupun negatif yang akan menjadi *stressor*.

Persepsi atau pengalaman individu terhadap perubahan menimbulkan stres, dimana stimuli yang mengawali atau mencetuskan perubahan disebut *stressor*. Roy mengidentifikasi stimulus (Roy, 1977, dalam Tomey & Alligood, 2006) sebagai *stressor* bagi individu. Pendapat tersebut diperkuat oleh Sarafino (1994) yang mengkonseptualisasi stres sebagai stimulus, dimana berbagai *stressor* seperti bencana dan peristiwa hidup akan mengakibatkan kejadian stres. Turner dan Helms (1995, dalam Hill, 2004)

mengelompokkan sumber stres berasal dari antara lain; (a) sosial, *stressor* hasil dari interaksi individu dengan orang lain yang menimbulkan tekanan dan sosial; (b) psikologis, *stressor* yang muncul karena adanya konflik, frustrasi dan kecemasan; (c) fisik, *stressor* yang berhubungan dengan kondisi tubuh secara fisiologis; dan (d) endemik, merupakan kejadian alam seperti bencana tsunami.

Selye (1974, dalam Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006) dalam teorinya mengklasifikasikan tiga sumber utama penyebab stres adalah:

- a. Lingkungan, merupakan sumber stres yang potensial dikarenakan selalu membuat individu harus memenuhi tuntutan dan tantangan.
- b. Tubuh, tuntutan dari tubuh individu untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan faali yang terjadi seperti perubahan yang terjadi pada fase kehidupan akibat fluktuasi hormon dan proses penuaan, penyakit, makanan yang tidak sehat, kurang tidur dan olah raga akan mempengaruhi respons terhadap stres.
- c. Pikiran, pikiran yang terus-menerus menginterpretasikan isyarat-isyarat dari lingkungan. Interpretasi terhadap peristiwa-peristiwa yang terjadi menentukan stres atau tidak.

Reaksi dan tindakan setiap individu dalam menghadapi *stressor* berbeda. Sarafino (1994) mengkonseptualisasikan stres sebagai reaksi dan respon tubuh, dimana setiap individu yang dihadapkan pada situasi stres akan menunjukkan gejala berupa perubahan baik secara fisiologis maupun

psikologis. Selye (1974, dalam Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006) membedakan reaksi psikologi stres menjadi dua, yaitu *distress* dan *eustress*. *Distress* adalah stres yang bersifat negatif dan membahayakan, seperti kecemasan, depresi, kebingungan, *helplessness*, putus asa dan kelelahan. *Eustress*; stres yang bersifat positif seperti keadaan yang menyenangkan dan membahagiakan. Lazarus dan Folkman (1984) menjelaskan bahwa setiap tuntutan yang timbul tergantung pada persepsi dari individu, artinya suatu tuntutan dapat menjadi distress pada seseorang namun pada individu lainnya itu menjadi eustres dan sebaliknya. Misalnya tempat tinggal, sebagian lansia merasa senang tinggal di Panti karena akan memperoleh banyak teman dari komunitasnya, namun pada sebagian lansia justru menganggap tinggal di Panti akan menimbulkan banyak masalah dan permusuhan. Hal ini akan mendatangkan berbagai reaksi tubuh dengan respon yang berbeda-beda.

Berbagai respon yang muncul ketika seseorang dihadapkan pada situasi stres dapat dinilai berdasarkan tingkatan stres yang berbeda. Tingkat stres dibagi menjadi tiga yaitu; (a) tingkat stres ringan, stressor yang dihadapi individu secara teratur dan hanya dalam waktu singkat selama beberapa menit dan jam serta tidak menimbulkan keadaan yang begitu tertekan dan membahayakan; (b) tingkat stres sedang berlangsung lebih lama dari beberapa jam sampai beberapa hari serta menimbulkan perasaan yang tertekan atau membahayakan; dan (c) tingkat stres tinggi adalah situasi kronis yang dapat berlangsung beberapa minggu sampai bertahun dan keadaan ini membuat individu sangat tertekan dan membahayakan (Potter & Perry, 1997).

### 3. Gejala dan Akibat Stres

Sejumlah penelitian menunjukkan adanya hubungan antara peristiwa hidup yang mengancam atau penuh stres dengan berbagai kelainan fisik dan psikologis (Yatkin & Labban, 1992, dalam Perry & Potter, 1997). Rippetoe-Kilgore (2006, dalam Hill, 2004) mempertegas dalam terminologi medis stres akan mengganggu sistem homeostatis tubuh yang berakibat terhadap gejala fisiologis dan psikologis. Proses internal yang terjadi pada individu sebagai sistem adaptasi akan memperlihatkan akibat yang disebut *effector* (Roy, 1977, dalam Tomey & Alligood, 2006).

Stres merupakan fenomena yang mempengaruhi berbagai dimensi dalam kehidupan individu. Stres mempunyai efek yang bersifat jangka pendek terhadap seseorang dan jangka panjang jika berlangsung lama dan terus menerus. Seseorang yang mengalami stres dapat menampilkan beberapa gejala diantaranya yaitu gejala fisiologis, perilaku dan emosional, kognitif dan interpersonal (Potter & Perry, 1997; Gatchel, Baum & Krantz, 1989, dalam Hill, 2004; Gintings, 1999, dalam Prabowo, 2007, *Treatment Meta Music untuk Menurunkan Stres*, <http://www.google.co.id>, diakses tanggal 7 Februari 2009) yang menjadi indikator untuk menilai tingkat stres.

Gejala fisiologis adalah objektif yang melibatkan sistem saraf dan sistem endokrin (Potter & Perry, 1997). Munculnya stres diyakini dapat menimbulkan peningkatan tekanan darah, detak jantung dan mempercepat proses pernafasan. Keadaan ini akan membuat lansia merasa lelah, sakit

kepala, sulit tidur (*insomnia*), ketegangan/kekakuan otot (terutama pada area leher/tengkuk, bahu dan punggung bawah), keringat berlebihan, berdebar-debar, nyeri dada, nafas pendek. Selain itu lansia juga akan mengalami perubahan sistem metabolisme yang ditunjukkan dengan gangguan lambung dan pencernaan, mual, gemetar, tangan dan kaki merasa dingin, wajah terasa panas, sering flu, dan kelelahan (Ginting, 1999, dalam Prabowo, 2007, *Treatment Meta Music untuk Menurunkan Stres*, <http://www.google.co.id>, diakses tanggal 7 Februari 2009).

Gejala perilaku dan emosional kadang dikaji secara langsung atau tidak langsung dengan mengamati perilaku individu. Adapun gejala perilaku dan emosional ditunjukkan individu antara lain kecemasan pada berbagai situasi, putus asa, kesedihan, mudah marah, gugup, ketakutan, frustrasi dan rendah diri. Gejala lainnya ditunjukkan dengan merasa tak berdaya, menarik diri dari pergaulan, mudah menyerang dan bermusuhan, kehabisan sumber daya mental (*burn out*) dan menghindari kegiatan yang sebelumnya disenangi (Cohen, 1986, dalam Sarafino, 1994).

Gejala kognitif meliputi proses seperti munculnya respon yang ditunjukkan dengan berkurangnya konsentrasi, penurunan kemampuan membuat keputusan, gangguan perhatian, penurunan kemampuan daya ingat, melamun berlebihan, bingung, dan penurunan kemampuan menyelesaikan masalah (Sarafino, 1994). Gejala interpersonal stres akan mempengaruhi individu berhubungan dengan orang lain, baik di dalam maupun di luar rumah

sehingga kehilangan kepercayaan, suka menyalahkan orang lain dan suka tidak memenuhi janjinya (Potter & Perry, 1997).

Ketika tubuh mempersepsikan sesuatu sebagai stres, maka tubuh akan memberi dampak sebagai akibat dari reaksi antara lain (Maramis, 1999, Stres, <http://www.geocities.com/almarams/Stres.htm>, diakses tanggal 17 Februari 2009):

- a. Akibat fisik, dapat terjadi penyakit seperti; penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler) akibat meningkatnya tekanan darah yang merusakkan jantung dan pembuluh darah (arteri) serta meningkatnya kadar gula darah; di paru dapat terjadi asma dan bronkhitis (radang saluran napas); jika terjadi hambatan fungsi pencernaan, dapat timbul penyakit seperti tukak/ulkus, kolitis (radang usus besar) dan diare kronik (menahun); stres berperan dalam menghambat pertumbuhan jaringan dan tulang yang akan menyebabkan dekalsifikasi (berkurangnya kalsium) dan osteoporosis (tulang keropos); sistem kekebalan terganggu melalui berkurangnya kerja sel darah putih, sehingga badan menjadi lebih rentan terhadap penyakit; meningkatnya ketegangan otot, kelelahan dan sakit kepala.
  
- b. Akibat emosional, karena pelepasan dan kekurangan norepinefrin (noradrenalin) yang kronis dapat terjadi depresi. Selain itu yang berperan adalah pikiran bahwa hidup ini buruk dan tidak akan menjadi lebih baik sehingga timbul perasaan tak berdaya dan ketidakmampuan, merasa gagal



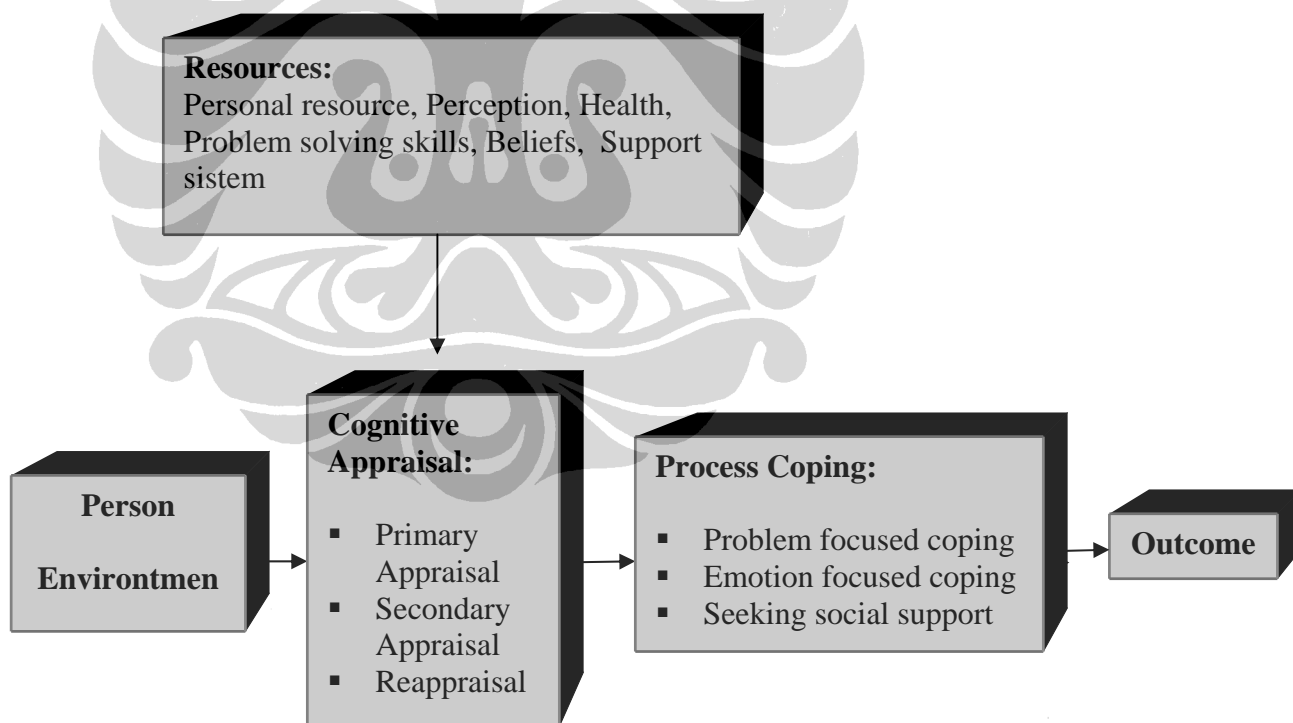
dan kepercayaan diri jatuh. Akibat lainnya adalah anxietas (kecemasan yang berlebihan) dan ketakutan sangat sering terjadi jika individu terus-menerus mempersepsikan adanya ancaman. Individu yang stres berkepanjangan akan menunjukkan sinisme, kekakuan pendirian, sarkasme, dan iritabilitas (mudah tersinggung).

- c. Akibat pada perilaku, sering terjadi perubahan perilaku akibat dorongan untuk mencari pelepasan, bertempur atau lari. Namun perilaku yang dipilih sering merugikan, misalnya "perilaku adiktif" (kecanduan) akibat usaha untuk meredakan atau melarikan diri dari stres yang menyakitkan. Perilaku lainnya yang terlihat adalah menunda-nunda, perencanaan yang buruk, tidur berlebihan dan menghindari tanggung jawab. Taktik ini malah merugikan karena menimbulkan masalah baru bagi individu.

Reaksi dan tindakan setiap individu dalam menghadapi *stressor* dipengaruhi oleh penilaian, umur, latar belakang, persepsi, pengalaman, sistem dukungan, sumber yang dapat digunakan (Miller, 2004; Potter & Perry, 1997; Pearlin & Skaff, 1995, dalam Wenger, 2003) dan keyakinan (Pargament, 1997, dalam Hill, 2004). Dukungan sosial akan meningkatkan efektifitas dan keyakinan seseorang dalam menangani stres dengan meningkatkan koping (Krause & Borawski, 1994, dalam Hill, 2004).

Persepsi setiap individu terhadap *stressor* berbeda tergantung pada penilaian terhadap tuntutan yang aktual dan sumber yang dimiliki dalam menghadapinya (Lazarus, 1999, dalam Hill, 2004). Lazarus (1984) mengembangkan kerangka konsep stres menjadi empat bagian, yaitu: (1) *stressor*; (2) penilaian terhadap *stressor* (*primary appraisal* dan *secondary appraisal*); (3) *resources* (sumber yang dimiliki); dan (4) koping. Berikut ini akan dijelaskan konsep stres dan koping menurut Lazarus dan Folkman (1984).

Bagan 2.1  
Model Konseptual Adaptasi Stres



(Lazarus & Folkman, 1984; Cohen & Lazarus, 1979; Hamburg & Adam, 1967; Moos, 1988; Taylor, 1983, dalam Hill, 2004, hlm. 8)

Manurut Lazarus (1984, dalam Hill, 2004) pada saat individu dihadapkan pada *stressor* maka akan mengalami stres, lalu membuat penilaian yang disebut *cognitif appraisal*, yaitu interpretasi individu terhadap situasi dan sumber-sumber yang dimiliki untuk menghadapi *stressor*. Fungsi kognitif itu mencakup perhatian, memori, konsentrasi, keputusan, kemampuan belajar, orientasi, persepsi, dan kemampuan menyelesaikan masalah (McDougall, 1990, dalam Hill, 2004). Kelemahan fungsi kognitif akan meningkat dengan meningkatnya umur yang nantinya mempengaruhi kemampuan seseorang terhadap penilaian.

Ada tiga tipe penilaian yaitu *primary appraisal*, *secondary appraisal* dan *reappraisal*. *Primary appraisal*, merupakan proses individu dalam menerima ancaman yang datang. *Primary appraisal* termasuk penilaian individu dalam mempersepsikan keadaan sebagai suatu kehilangan (*harm/loss*) pada saat sekarang, yang mengancam (*threat*) dan menjadi tantangan (*challenge*) untuk mengatasinya. *Primary appraisal* berfungsi mengevaluasi suatu situasi dari sudut implikasinya terhadap individu, yaitu apakah menguntungkan, merugikan, atau membahayakan individu tersebut (Lazarus & Folkman, 1984, dalam Hill, 2004).

Setelah individu menilai bahwa dirinya dihadapkan pada situasi yang mengancam maka ia akan melakukan *secondary appraisal*, yaitu proses yang dikembangkan individu untuk berespon secara potensial menghadapi ancaman dengan menilai sumber daya atau kemampuan coping (Lazarus &

Folkman, 1984, dalam Hill, 2004). Selanjutnya individu akan melakukan *reappraisal* yaitu penilaian kembali terhadap jenis koping yang akan digunakan untuk merespon dan mengatasi *stressor* (Lazarus & Folkman, 1984; Sarafino, 1994; Taylor, 1995).

#### 4. Strategi Koping

Kejadian hidup yang negatif merupakan *stressor* yang menuntut individu berespon dengan strategi koping (Hill, 2004). Lazarus dan Folkman (1984, hlm. 141) mendefinisikan koping

*”Coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”*

Menurut Lazarus koping sebagai upaya perubahan kognitif dan perilaku secara konstan untuk mengatasi secara khusus tuntutan internal dan eksternal yang dinilai melebihi kemampuan dan sumber daya yang dimiliki individu. Lebih lanjut Lazarus mengatakan bahwa koping mencakup usaha individu antara tindakan-orientasi dan intrapsikis untuk menangani tuntutan lingkungan dan internal serta konflik yang terjadi.

Sementara Pargament (1997, dalam Wenger, 2003) menjelaskan bahwa koping:

*“coping can be found where people meet situations, that is a multidimensional and multilayered process”*

Menurut Pargament (1997) koping ditemukan ketika individu dihadapkan pada beberapa situasi, dimana koping merupakan proses yang *multidimensional* dan *multilayered*. Lebih jauh Pargament mengatakan ketika individu dihadapkan pada sebuah *stressor* maka akan berusaha mengatasinya dengan menggunakan beberapa respon dan tindakan yang mungkin untuk dilakukan.

Lazarus (1984, dalam Hill, 2004) menegaskan bahwa koping adalah kekuatan yang stabil untuk menangani stres dan mengontrol emosi terhadap situasi stres. Lebih lanjut Lazarus menegaskan bahwa koping melibatkan kemampuan khusus yang dimiliki individu termasuk pemikiran dan pengalaman dalam memilih koping. Dari beberapa pendapat ahli dapat disimpulkan bahwa koping merupakan upaya yang dilakukan oleh individu untuk mengatasi situasi stres dengan menggunakan sumber daya dan kemampuan yang dimiliki secara efektif. Berdasarkan hasil penelitian proses strategi koping dipengaruhi oleh karakteristik individu, pengalaman individu pada situasi serupa, persepsi individu terhadap kemampuan dirinya dan lingkungannya serta berbagai sumber daya personal dan lingkungan sebagai sistem pendukung. Sementara yang termasuk karakteristik individu adalah umur, jenis kelamin, intelegensia, pendidikan, kesehatan dan keyakinan (Hobfoll, Greenberg & Solomon, 1996, dalam Hill, 2004; Lazarus & Folkman, 1984). Faktor-faktor tersebut diatas sangat berperan bagi individu dalam memilih strategi koping yang efektif untuk mengatasi situasi stres.

Lazarus dan Folkman (1984) melalui hasil risetnya mengembangkan tiga bentuk koping termasuk koping yang efektif yaitu; tipe *problem focused coping*, *emotion focused coping* dan gabungan *problem focused coping-emotion focused coping (seeking social support)*. Pargament (1997, dalam Wenger, 2003) melalui penelitiannya menemukan *religious coping* sebagai bentuk strategi koping yang unik melalui pendekatan religi dan banyak digunakan lansia. Akumulasi dari para ahli sehingga didapat empat tipe strategi koping yang digunakan oleh lansia dalam menghadapi *stressor*.

*Problem focused coping* meliputi upaya individu mengatasi ancaman yang diarahkan pada *stressor* untuk memecahkan masalah, dengan cara mengubah masalah yang dihadapi, mempertahankan tingkah laku atau dengan mengubah kondisi lingkungan. Individu akan menggunakan strategi ini bila menilai situasi yang dihadapinya dapat dikontrol dan yakin akan mampu mengubahnya (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus membagi *Problem focused coping* menjadi 4 jenis koping yaitu; (a) *confronting*, usaha secara tegas berupa tindakan asertif untuk mengubah situasi dan menimbulkan permusuhan; (b) *accepting responsibility*, upaya menerima kenyataan dan berusaha berbuat lebih baik kedepan; (c) *plannful problem solving*, upaya aktif menghilangkan sumber stres dengan menganalisa masalah untuk mendapatkan solusi dan melakukan tindakan langsung mengatasi *stressor*; dan (d) *positive reappraisal*, upaya mengatasi *stressor* dengan menanamkan makna yang positif.

Sementara *emotion focused coping* meliputi upaya dengan mengorientasikan individu untuk mengurangi emosi bersifat negatif berupa ketegangan dan perasaan yang tidak menyenangkan yang muncul akibat stres, antara lain dengan cara menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti denial dan supresi. *Emotion focused coping* dibagi menjadi 3 jenis coping yaitu; (a) *distancing*, upaya dengan menjauhkan diri dari *stressor* dan berusaha memandang dari sudut yang positif; (b) *self controlling*, berusaha mengontrol perasaan dan tindakannya dalam menghadapi *stressor*; dan (c) *escape-avoidance*, upaya menghindari *stressor* seperti dengan menghentikan upaya mengatasi stres, tidak mau menerima kenyataan dan lari dari masalah (Lazarus & Folkman, 1984).

Kolaborasi ketiga coping *problem focused coping*, *emotion focused coping* dan *religious coping* merupakan langkah paling tepat dan akan membawa pengaruh yang sangat baik pada individu yang sedang dihadapkan masalah. Langkah awal individu akan melakukan ibadah dan memohon petunjuk dari Tuhan (*religious coping*), dimana keyakinan tersebut menghadirkan efek yang kuat dalam membentuk emosi positif (*emotion focused coping*), dengan harapan membantu individu berfikir jernih dalam menentukan langkah-langkah dalam mengatasi masalah (*problem focused coping*) yang disertai dengan upaya mencari dukungan dalam menyikapi masalah (*seeking social support*), upaya dengan mencari informasi, dukungan emosional atau sumber yang nyata (Hill, 2004).

Berdasarkan hasil beberapa penelitian ditemukan bahwa *religious coping* merupakan coping yang paling efektif digunakan oleh lansia dalam menghadapi *stressor* (Pargament, 1997, dalam Wenger, 2003; Chatters, Taylor & Lincoln, 2001 dalam Hill, 2004). *Religious coping* berlandaskan pada keyakinan religi yang merupakan salah satu upaya mengatasi masalah melalui pendekatan pada Tuhan YME seperti dengan beribadah, bersabar dan terus berdoa dengan penuh keyakinan bahwa Tuhan akan menolong mengatasi masalah. Keyakinan *religious* mempengaruhi kehidupan dan sebagai sumber yang memiliki dasar untuk menemukan makna dalam menyikapi kehilangan dan ketidakmampuan (McFadden, 1995, dalam Wenger, 2003). Shanfranke (2001, dalam Wenger, 2003) mengindikasikan bahwa dalam sistem orientasi *religious* atau dimensi spiritual tidak hanya memberikan jawaban terhadap pertanyaan kehidupan religi secara tegas, namun juga lebih mendasar, membentuk hubungan, melakukan konstruksi yang berdampak terhadap pengalaman individu, termasuk pengalaman yang menyedihkan.

Musick et al (1992, dalam Wenger, 2003) menemukan hubungan yang kuat antara aktivitas religi terhadap penurunan skala depresi. Penelitian Koenig (1988, dalam Wenger, 2003) pada 263 lansia ditemukan 95% yang melakukan sembahyang dan 81% yang memiliki kepercayaan religi memberikan kekuatan yang tinggi dalam menghadapi masalahnya. Lebih lanjut lansia memiliki tingkat religi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok umur lainnya, ditambah lagi peningkatan umur pada lansia menjadikannya



lebih bijak dalam memandang dan memaknai hidup. Artinya *religious coping* merupakan coping yang paling baik digunakan dalam menghadapi *stressor* seperti kehilangan, ketidakmampuan, kegagalan, kesedihan/ kesulitan, terlebih pada lansia yang seyogianya senantiasa dihadapkan oleh banyak kejadian hidup yang negatif berupa *stressor* (Pargament, 1990, dalam Wenger, 2003). Selain itu Sarafino (1994) berdasarkan penelitiannya mengatakan bahwa gender berperan dalam melakukan coping, dimana perempuan cenderung menggunakan *emotion focused coping*, sementara laki-laki cenderung menggunakan *problem focused coping*. Selanjutnya proses dari adaptasi stres akan menurunkan atau menghilangkan kejadian stres. Roy (1977) membagi respon menjadi respon adaptif dan maladaptif. Respon adaptif mempromosikan integritas tujuan sistem manusia dimana individu akan mampu mengatasi *stressor* dengan baik dan tidak akan mengakibatkan stres. Roy memandang coping lebih kearah mempertahankan integritas individu, tidak hanya untuk mencapai tujuan hidup melainkan juga untuk tumbuh dan penguasaan. Coping dapat melibatkan perilaku ekspresif untuk sehingga aktualisasi diri dapat tercapai.

## **C. Perawatan Institusional dan Non-Institusional**

### **1. Perawatan Institusional**

Pelayanan perawatan institusional dikenal sebagai tempat pelayanan perawatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan kompleks bagi lansia. Sejalan dengan peningkatan umur harapan hidup, maka meningkat pula jumlah lansia, di Amerika hal ini beresiko peningkatan jumlah individu yang

ingin memanfaatkan tempat-tempat fasilitas keperawatan. Faktor-faktor personal yang berhubungan dengan institusionalisasi mencakup perkembangan usia, ketidakmampuan fisik, kerusakan mental, hidup tanpa pasangan, mengalami penyakit kronik seperti hepatitis, arthritis, hipertensi dan diabetes (Jette et al, 1992 & Millsap, 1995, dalam Potter & Perry, 1997). Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kebutuhan institusionalisasi dikategorikan menurut kategori individu, karakteristik sistem pendukung dan sumber bantuan komunitas terhadap individu (Ouslander, Osterweil & Morley, 1991, dalam Potter & Perry, 1997). Pendapat ini diperkuat oleh Miller (2004) bahwa faktor yang menyebabkan lansia relokasi adalah perubahan kesehatan, penurunan kemampuan fungsional dan sistem pendukung. Faktor tersebut didukung oleh kehilangan pasangan, kehilangan yang membantu pelayanan, memiliki penyakit kronik, kerusakan/kelemahan kognitif dan ingin mencari teman. Hasil penelitian Johnson dan Tripp-Reimer (2001, dalam Miller, 2004) relokasi tempat tinggal institusi ini lebih banyak terjadi pada lansia wanita dan pasangan yang menikah.

Ada beberapa jenis pelayanan perawatan institusi khusus untuk lansia yang berkembang saat ini antara lain; *acute care unit*, *subacute care unit (ACE)*, *skilled rehabilitation (short term)*, *intermediate care (long-term care)* (Miller, 2004; Stanhope & Lancaster, 1996; Meiner & Lueckenotte, 2006; Potter & Perry, 1997). Menurut Mitty (2001, dalam Miller, 2004) *nursing home* sebagai suatu tempat pelayanan keperawatan medis yang ada selama 24 jam termasuk dalam pelayanan keperawatan *short-term rehabilitation*, *long-term*

*care* yang menyediakan pelayanan keperawatan oleh perawat yang memiliki keahlian dan keterampilan bagi penderita penyakit kronik atau mengalami ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas untuk pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*). Rata-rata residen yang tinggal di *nursing home* paling lama 2,5 tahun. Fokus kualitas pelayanan *nursing home* akhir-akhir ini meluas pada kualitas hidup residen *nursing home* (Calkins, 2002 & Kane, 2001, dalam Miller, 2004). Kane juga mengidentifikasi hal yang menjadi kualitas hidup residen (penghuni panti) antara lain; keamanan, kenyamanan, aktivitas yang bermakna, terbina hubungan baik antar sesama, merasa senang, bermartabat, dan memiliki kemampuan fungsional.

Pertimbangan penempatan lansia di *nursing home* antara lain adanya perubahan fisik, psikososial, perubahan tanggung jawab keluarga dan dukungan sosial (Mitty, 2001, dalam Miller, 2004). Mitty (2001, dalam Miller, 2004) menyebutkan beberapa faktor yang menjadi alasan meningkatnya peminat tinggal di *nursing home* antara lain; lansia, tinggal sendiri, mempunyai gangguan mental, tidak adanya support sistem, penggunaan bantuan ambulatory dan mengalami ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas untuk pemenuhan ADL. Kebanyakan lansia yang dirawat di *nursing home* adalah dengan kasus hipertensi, dementia (Mitty, 2001, dalam Miller, 2004), kerusakan kognitif dan keterbatasan dalam pemenuhan ADL (Borrayo, 2002, dalam Miller, 2004).

Salah satu bentuk *nursing home* di Indonesia adalah Panti Wredha. Panti Wredha adalah suatu lembaga yang dapat menggantikan keluarga untuk merawat dengan sebaik-baiknya hingga lansia dapat menikmati hari tuanya dengan senang dan tenang (Vembrianto, 1997). Didukung oleh pendapat Rinawati (1998) Panti Wredha merupakan lembaga sosial yang bertujuan untuk mengurus dan merawat lansia agar mereka terjamin keselamatan dan kesehatannya. Dengan demikian Panti Wredha bagi lansia merupakan sebuah tempat untuk mendapatkan layanan perawatan yang baik dan perhatian seperti sebuah keluarga.

Panti Wredha merupakan sebuah tempat tinggal sebagai perwujudan pelayanan sosial terhadap lansia yang terlantar atau tidak mempunyai keluarga maupun lansia dari keluarga yang tidak mampu untuk diberikan perawatan atau pelayanan (sandang, pangan, papan dan kesehatan), melaksanakan kesehatan, melaksanakan bimbingan mental, spiritual sehingga lansia dapat merasa aman dan senang dalam menikmati masa tuanya. Sistem pelayanan kesejahteraan sosial bagi para lansia melalui kegiatan asistensi yaitu membantu para lansia hidup wajar tanpa diliputi rasa khawatir dan gelisah, kegiatan rehabilitasi, yaitu mengembalikan fungsi sosial lansia seperti waktu dulu sebelum di Panti. Kegiatan promotif artinya mengembangkan kepribadian, bakat, minat dan keterampilan sesuai dengan keterampilan dan bakatnya, termasuk kegiatan agama, dan kegiatan suportif yaitu mengikut sertakan secara aktif kegiatan-kegiatan dalam kehidupan masyarakat. Pada dasarnya sistem pelayanan Panti Wredha adalah membantu

para lansia untuk hidup wajar sebagaimana orang dewasa lainnya yang sehat, mandiri dan tidak menggantungkan hidupnya pada orang lain (Salamah, 2005).

Lansia yang tinggal di Panti Wredha dapat menimbulkan dampak psikis, bagi lansia yang dapat menerima keadaan Panti Wredha akan memiliki perasaan lebih menyenangkan karena ada yang melayani dan mengurus segala kebutuhannya serta mendapat teman senasib. Tetapi bagi yang tidak dapat menerima kenyataan harus berada di Panti Wredha akan merasa berat dan berpengaruh terhadap psikisnya, misalnya perasaan tidak berguna, tidak berharga, tersisih, terbuang dari keluarga menyebabkan lansia suka melamun, murung, memberontak dan bertingkah laku yang aneh sebagai wujud dari stres (Salamah, 2005).

Menurut penelitian Harper (1998) *stressor* lansia yang tinggal di Panti antara lain akibat perubahan fisiologis, seperti peningkatan kelemahan dan kemunduran fungsi. Hasil penelitiannya 15% lansia laki-laki dan 18% lansia wanita berusia 65-74 tahun, 22% lansia laki-laki dan 31% lansia wanita berusia 75-84 tahun, 40% lansia laki-laki dan 53% lansia wanita berusia diatas 85 tahun mengalami kesulitan dalam pemenuhan *ADL*nya. Penelitian yang penulis lakukan sebelumnya pada tahun 2004 tentang tingkat ketergantungan lansia yang tinggal di Panti berdasarkan skala Indeks Katz adalah berada pada kategori sedang.

Dari beberapa hasil studi ditemukan bahwa penempatan lansia di Panti Wredha bisa mendatangkan stres yang diakibatkan oleh timbulnya pertengkaran, ketakutan, kecemasan, dan menarik diri. Terlebih dalam konteks ke-Indonesian pada umumnya; lansia seringkali menghayati penempatan mereka di Panti sebagai bentuk pengasingan dan pemisahan dari perasaan kehangatan yang terdapat dalam keluarga, apalagi lansia yang masih punya anak dengan kondisi hidup berkecukupan. Perasaan-perasaan negatif akan muncul dalam benak lansia dimana pada saat-saat tertentu perasaan-perasaan tersebut akan timbul dan menimbulkan stres (YoMon, 2008 ¶ 2, <http://www.gerbanglansia.com/research.htm>, diakses tanggal 7 Februari 2009).

Hasil penelitian Salamah (2005) sumber stres pada lansia di Panti adalah akibat penurunan kondisi kesehatan, kepribadian, kemunduran mental serta faktor sosial dan pendidikan. Dari hasil penelitian berdasarkan skala penilaian *CAPE* didapatkan bahwa lansia yang tinggal di Panti lebih cenderung mengalami stres dibanding yang dirawat di rumah. Hasil penelitian didapatkan lansia di Panti mengalami keterbatasan fisik khususnya *bathing* dan *walking* 93%, menghabiskan waktu ditempat tidur 43%, bingung 64%, hubungan baik dengan orang lain 45%, kooperatif terhadap pertanyaan 39%, komunikasi lebih baik 57%, mudah mengerti dalam berkomunikasi 54% dan sosialisasi 9%. (Al-Nasir & Al-Hadad, 1999, conclusion section, <http://www.findarticles.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009). Diperkuat dengan hasil studi Intermill dan McCuan (1991, dalam Boyd & Nihart, 1998)

bahwa 15-25% lansia yang berusia 65 tahun keatas mengalami gangguan mental dan persentasi tersebut meningkat dengan institusional.

Walaupun memiliki fasilitas yang baik di Panti namun banyak lansia yang menghabiskan sebagian waktu mereka dengan hanya melakukan sedikit aktivitas, umumnya tidak melakukan aktivitas, melamun dan kesendirian yang dapat menurunkan harga diri, suntuk, stres dan depresi (Voekl & Mathieu, 1993, dalam Harper, 1998). Disamping itu menurut hasil studi ditemukan banyak lansia yang membuat pelanggaran dan keributan di Panti yang mengakibatkan perubahan emosional dan menimbulkan stres pada lansia (Krause, 1994, dalam Harper, 1998). Menurut penelitian Suyadi (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi kesendirian lansia di Panti antara lain ketidakharmonisan keluarga, perpisahan dengan keluarga, pindah ke tempat tinggal baru, menutup diri karena ketidakpercayaan dalam hubungan sosial serta tidak adanya aktivitas yang dilakukan sehingga membuat lansia semakin teringat dengan keluarganya. Keadaan ini menyebabkan sebagian lansia menolak tinggal di Panti dan memilih tinggal di rumah atau non-institusi.

## **2. Perawatan Non-Institusional**

Pelayanan perawatan kesehatan di rumah bertujuan mencegah atau menunda institusionalisasi lansia yang membutuhkan bantuan dengan aktivitas sehari-hari (Potter & Perry, 1997). Keluarga merupakan pendukung utama dalam memberikan perawatan terhadap lansia yang tinggal di rumah, namun banyak

juga permasalahan yang terjadi dalam keluarga yang menjadi stressor bagi lansia (Miller, 2004; Lueckenotte & Meiner, 2000).

Dari hasil penelitian berdasarkan skala penilaian *CAPE* didapatkan bahwa lansia yang tinggal di rumah lebih rendah mengalami stres dibanding tinggal di Panti. Hasil penelitian ditemukan lansia di rumah mengalami bingung 39%, hubungan baik dengan orang lain 45%, kooperatif terhadap pertanyaan 39%, komunikasi lebih baik 89%, mudah mengerti dalam berkomunikasi 83% dan sosialisasi 91%. (Al-Nasir & Al-Hadad, 1999, conclusion section, <http://www.findarticles.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009).

Menurut pendapat Friedman (2002) sumber stres bagi lansia yang tinggal bersama keluarga umumnya terjadi pada kondisi keadaan di rumah yang terlalu padat sehingga menimbulkan perselisihan dalam keluarga. Disamping itu akibat peningkatan jumlah penduduk berpengaruh terjadinya perubahan nilai-nilai sosial di masyarakat dan nilai keluarga. Nilai tradisional yang menekankan keluarga besar memprioritaskan orang tua dan kerabat berubah menjadi nilai keluarga inti yang memprioritaskan istri dan anak. Adanya perubahan sosial yang terus-menerus akan berpengaruh dalam kehidupan keluarga sehingga sistem dukungan keluarga menjadi berkurang dan akan menimbulkan masalah pada lansia (Pratt, 1976 dalam Friedman, 2002).

Memelihara lingkungan keluarga yang mendukung perkembangan biasanya merupakan sebuah tugas yang berat, karena banyak stressor yang cenderung



mengganggu homeostatis keluarga dan membuat anggota keluarga kurang sensitif dan kurang menyayangi satu sama lain. Brown (1978, dalam Friedman, 2002) menerangkan bahwa ketika stressor keluarga terjadi, maka sistem saling asuh akan terganggu dan cenderung menimbulkan ketegangan antar pribadi.

Penelitian Steinmetz (1987, dalam Friedman, 2002) dilaporkan terjadi penyiksaan lansia di keluarga dimana 30% melalui teriakan, 8,5% mengancam akan mengirim ke Panti Jompo, 17% tidak memberi makan, 7,2% melarang secara fisik, 2,5% menampar, meninju dan menggoncang. Dilaporkan bahwa lansia mendapat perlakuan yang kejam dalam keluarga yang dilakukan oleh anak mereka sendiri dimana hal tersebut akan menimbulkan stres bagi lansia. Namun jika lansia mampu melakukan strategi koping yang efektif maka tentunya stres akan menurun atau tidak akan berlanjut.

Setiap individu lansia senantiasa dihadapkan pada situasi stres sebagai akibat dari akumulasi perubahan fisiologis dan psikososial pada proses menua. Stres merupakan kondisi yang dihasilkan dari interaksi individu dengan lingkungan yang dinilai melebihi kemampuan atau sumber daya seseorang dan mengancam kebahagiaan hidupnya (Lazarus & Folkman, 1984; Sarafino, 1994), dimana stres rentan dialami oleh lansia baik yang tinggal di Panti atau di rumah bersama keluarga. Setiap individu yang mengalami stres akan menampilkan beberapa gejala yaitu gejala fisiologis, kognitif, interpersonal,

prilaku dan emosional (Potter & Perry, 1997; Gatchel, Baum & Krantz, 1989, dalam Hill, 2004) yang menjadi indikator untuk menilai tingkat stres. Tingkat stres yang muncul dapat ringan, sedang atau tinggi. Selanjutnya individu akan membuat penilaian dan kemudian melakukan strategi koping. Ada 4 bentuk koping yang diteliti disini yaitu *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support* dan *religious coping*. Penggunaan strategi koping yang efektif dapat mengurangi/menghilangkan dampak stres, begitu juga sebaliknya (Pargament, 1990, dalam Wenger, 2003).



### **BAB III**

## **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS**

## **DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab ini akan menguraikan tentang keterkaitan kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional yang menjadi kerangka pikir penelitian ini.

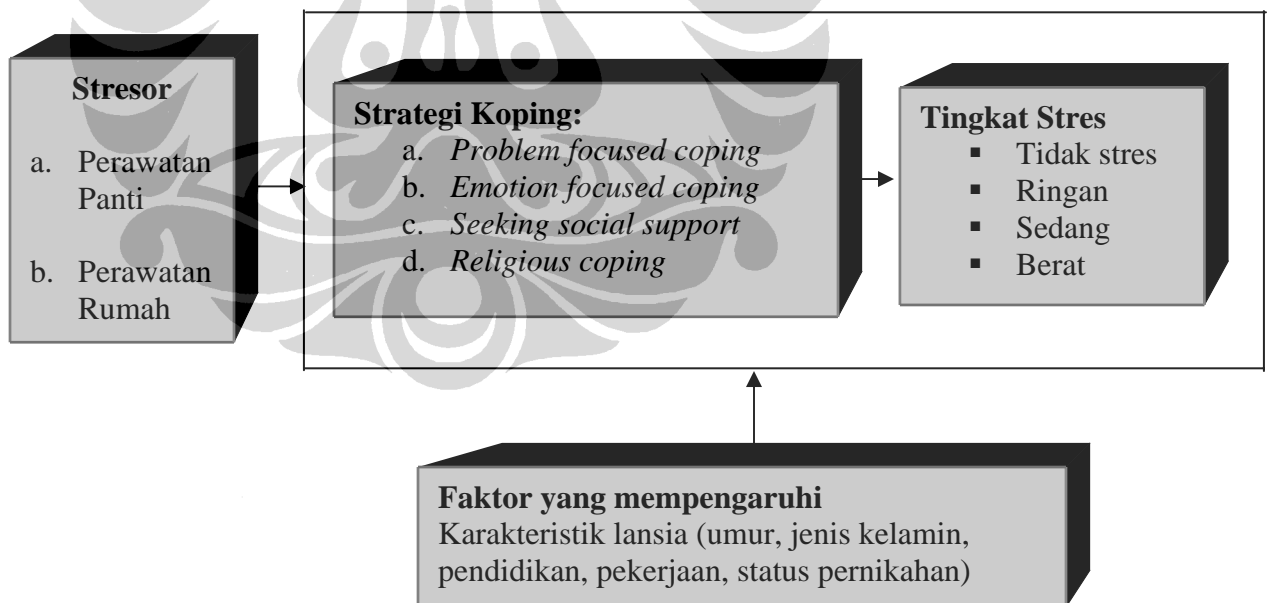
#### **A. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep merupakan gambaran keterkaitan variabel-variabel berdasarkan kerangka teori dari uraian tinjauan pustaka, yang dikembangkan menjadi alur pikir dalam penelitian ini. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti.

Stres merupakan kondisi yang dihasilkan dari interaksi individu dengan lingkungan yang dinilai melebihi kemampuan atau sumber daya seseorang dan mengancam kebahagiaan hidupnya (Lazarus & Folkman, 1984; Sarafino, 1994), dimana stres rentan dialami oleh lansia baik yang tinggal di Panti atau di rumah bersama keluarga. Setiap individu yang mengalami stres akan

menampilkan beberapa gejala yaitu gejala fisiologis, kognitif, interpersonal, perilaku dan emosional (Potter & Perry, 1997; Gatchel, Baum & Krantz, 1989, dalam Hill, 2004) yang menjadi indikator untuk menilai tingkat stres. Tingkat stres yang muncul dapat rendah, sedang atau tinggi. Selanjutnya individu akan melakukan strategi koping untuk mengatasi situasi stres. Ada 4 bentuk koping yang banyak digunakan oleh lansia yaitu *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support* dan *religious coping*. Penggunaan strategi koping yang efektif dapat mengurangi/menghilangkan dampak stres, begitu juga sebaliknya (Pargament, 1990, dalam Wenger, 2003).

Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



## B. Hipotesis

Berdasarkan kerangka kerja penelitian maka hipotesis penelitian adalah:

### 1. Hipotesis Mayor

Ada perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.

### 2. Hipotesis Minor

a. Ada perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen

b. Ada hubungan strategi koping dengan tingkat stres pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen

c. Ada perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut karakteristik lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen

### C. Definisi Operasional

Tabel 3.2  
Variabel, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala ukur

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Tingkat stres	Merupakan situasi yang tidak menyenangkan dan dapat membahayakan. Ada 4 tingkatan stres dalam penelitian ini; a. Tidak stres menunjukkan perasaan yang tidak tertekan b. Tingkat stres rendah menunjukkan perasaan yang tidak terlalu tertekan atau membahayakan c. Tingkat stres sedang menunjukkan perasaan yang tertekan atau membahayakan d. Tingkat stres tinggi menunjukkan perasaan yang sangat tertekan atau membahayakan	Diukur dengan wawancara menggunakan kuesioner yang berisi 24 item pertanyaan yang mengukur tingkat stres berdasarkan tanda dan gejala fungsi fisiologis, perilaku dan emosional, kognitif dan interpersonal	Skor dari item pernyataan tingkat stres dari rentang 0-72  1. Tidak stres = 0-18 2. Stres ringan = 19-37 3. Stres sedang = 38-56 4. Stres tinggi = 57-72	Interval/ Ordinal
2.	<i>Problem focused coping</i>	Strategi koping yang meliputi upaya individu mengatasi ancaman yang diarahkan langsung pada pemecahan masalah	Diukur melalui wawancara dan mengisi kuesioner pernyataan yang berisi 20 item dengan menggunakan skala Likert	Skor dari item pernyataan <i>problem focus coping</i> dari rentang 0-60  1. Tidak menggunakan = 0-15 2. Jarang menggunakan = 16-30 3. Sering menggunakan = 31-46 4. Selalu menggunakan = 47-60	Interval/ Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
3.	<i>Emotion focused coping</i>	Strategi koping yang mengorientasikan individu untuk mengurangi emosi bersifat negatif yang muncul akibat stres.	Diukur melalui wawancara dan mengisi kuesioner pernyataan yang berisi 20 item dengan menggunakan skala Likert	Skor dari item pernyataan <i>emotion focus coping</i> dari rentang 0-60  1. Tidak menggunakan = 0-15 2. Jarang menggunakan = 16-30 3. Sering menggunakan = 31-46 4. Selalu menggunakan = 47-60	Interval/ Ordinal
4.	<i>Seeking social support</i>	Strategi koping dengan berupaya mencari dukungan dalam menyikapi masalah dengan mencari informasi, dukungan emosional atau sumber yang nyata	Diukur melalui wawancara dan mengisi kuesioner pernyataan yang berisi 6 item dengan menggunakan skala Likert	Skor dari item pernyataan <i>seeking social support</i> dari rentang 0-18  1. Tidak menggunakan = 0-4 2. Jarang menggunakan = 5-9 3. Sering menggunakan = 10-14 4. Selalu menggunakan = 15-18	Interval/ Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
5.	<i>religious coping</i>	Strategi coping yang berlandaskan pada keyakinan religi yang merupakan salah satu upaya mengatasi masalah melalui pendekatan pada Tuhan YME seperti dengan beribadah, bersabar dan terus berdoa dengan penuh keyakinan bahwa Tuhan akan menolong mengatasi masalah	Diukur melalui wawancara dan mengisi kuesioner pernyataan yang berisi 4 item dengan menggunakan skala Likert	Skor dari item pernyataan <i>religious coping</i> dari rentang 0-12  1. Tidak menggunakan = 0-3 2. Jarang menggunakan = 4-6 3. Sering menggunakan = 7-9 4. Selalu menggunakan = 10-12	Interval/ Ordinal
6.	Umur	Usia responden dihitung sesuai tahun terakhir dengan tahun kelahiran	Wawancara dengan menanyakan secara langsung umur terakhir responden dan mengisi kuesioner	Kelompok umur:  1 = 60-74 tahun. 2 = 75-90 tahun. 3 = > 90 tahun	Ordinal
7.	Jenis kelamin	Penggolongan responden yang terdiri dari laki-laki dan perempuan	Pengamatan	1 = Laki-laki. 2 = Perempuan	Nominal
8.	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir responden	Wawancara dengan menanyakan secara langsung tingkat pendidikan responden dan mengisi kuesioner	1 = tidak sekolah 2 = sekolah	Nominal



No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
9.	Pekerjaan	Pekerjaan responden yang menghasilkan baik dahulu maupun sampai sekarang	Wawancara dengan menanyakan secara langsung pekerjaan responden dan mengisi kuesioner	1 = Tidak bekerja. 2 = Bekerja	Nominal
10.	Status pernikahan	Status pernikahan responden saat ini	Wawancara dengan menanyakan secara langsung status pernikahan responden dan mengisi kuesioner	1 = Menikah 2 = Janda/duda	Nominal

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif komparatif untuk membandingkan satu variabel atau lebih pada dua sampel atau lebih (Sugiyono, 2008; Budiharto, 2002), yaitu variabel tingkat stres dan strategi koping pada dua sampel yaitu lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.

#### **B. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2008; Sarwono, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang berusia 60 tahun atau lebih yang tinggal dirumah bersama keluarga berjumlah 2511 orang dan lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen 60 orang (BPS, 2008). Sehingga jumlah populasi dalam penelitian ini sebanyak 2571 orang lansia.

## 2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi sebagai perangkat elemen yang representatif dari total populasi (Sugiyono, 2008). Menurut Roscou (1982, dalam Sugioyono, 2008) bila sampel dibagi dalam kategori (misalnya; pria-wanita, pegawai negeri-pegawai swasta) maka jumlah sampel tiap kategori minimal 30 dengan perbandingan 1:1. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *total sampling* di wilayah Panti. Sampel dalam penelitian ini merupakan semua lansia (60 orang) yang tinggal di Panti Sosial Tresna Wredha di wilayah Kecamatan Peusangan. Pengambilan jumlah sampel dari lansia yang tinggal dirumah bersama keluarga juga berjumlah 60 orang dengan memperhatikan kesamaan/kemiripan karakteristik sosial ekonomi pada lansia di Panti Sosial Tresna Wredha.

Pengambilan sampel di rumah berdasarkan teknik *multistage random sampling* (gugus bertahap). Teknik *multistage sampling* dilakukan berdasarkan tingkat wilayah secara bertahap, yang memungkinkan bila populasi terdiri dari beberapa tingkat wilayah (Notoatmodjo, 2002). Pelaksanaannya dengan membagi wilayah Kecamatan ke dalam 9 Kemukiman/Kelurahan. Peneliti mendapatkan satu Kemukiman yaitu Tengku Ditanoh Mirah dari 9 Kemukiman yang ada di Kecamatan Peusangan. Kemukiman Tgk. Ditanoh Mirah terdiri dari 10 desa yang terletak di pinggiran kota. Menurut hasil wawancara dan data skunder dari Kecamatan Peusangan didapatkan bahwa Kemukiman Tgk. Ditanoh Mirah merupakan wilayah yang paling banyak terdapat lansia yang tergolong dalam kelompok kaum dhuafa, dimana setiap bulannya mendapat subsidi dana dari

pemerintah untuk memenuhi keperluan sehari-hari. Kemudian peneliti mengacak sampel yang diambil adalah 60 lansia, sehingga jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah 120 orang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subyek agar dapat diikutsertakan dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2002).

Kriteria inklusi sampel adalah; berusia 60 tahun atau lebih, tidak mengalami disorientasi orang, tempat dan waktu, tidak mengalami gangguan mental, dapat berkomunikasi dan berbahasa Indonesia/Aceh dengan baik, tidak dalam keadaan sakit atau di bawah pengawasan dan terapi dokter, bagi lansia yang tinggal bersama keluarga adalah tergolong dalam kelompok dhaufa dan bersedia menjadi responden penelitian.

Kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2002). Kriteria eksklusi sampel, yaitu lansia yang tidak bersedia menjadi responden, memiliki keterbatasan berkomunikasi, kondisi lansia tidak memungkinkan untuk penelitian.

Sampai akhir penelitian sampel di Panti berjumlah 56 orang, karena 4 orang (7,1%) tidak berada ditempat saat peneliti melakukan pengambilan data. Menurut keterangan dari kepala Panti yang peneliti peroleh 1 orang lansia tersebut sedang berada dirumah saudaranya, 2 orang lainnya sedang sakit dan mengalami gangguan pendengaran, dan 1 orang sudah keluar dan tidak lagi tinggal di Panti.

Sehingga peneliti mengambil data untuk lansia yang tinggal bersama keluarga juga berjumlah 56 orang, jadi jumlah sampel keseluruhan adalah 112 orang.

### **C. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kemukiman Tengku Ditanoh Mirah dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Panti Sosial Tresna Wredha merupakan sebuah tempat tinggal di Kecamatan Peusangan sebagai perwujudan pelayanan sosial terhadap lansia. Kategori lansia yang dirawat antara lain adalah lansia yang terlantar atau tidak mempunyai keluarga maupun lansia dari keluarga yang tidak mampu untuk diberikan perawatan atau pelayanan (sandang, pangan, papan dan kesehatan), melaksanakan kesehatan, melaksanakan bimbingan mental, spiritual sehingga lansia dapat merasa aman dan senang dalam menikmati masa tuanya.

Alasan lain melakukan penelitian di lokasi Panti Sosial Tresna Wredha ini karena merupakan Panti milik pemerintah di bawah koordinasi Dinas Sosial dengan kapasitas tinggal lansia yang cukup besar sehingga memudahkan dalam mendapatkan sampel yang memadai sesuai kriteria sampel penelitian. Disamping itu Panti tersebut terletak di wilayah tempat tinggal peneliti dan lansia yang di Panti terdiri dari berbagai suku serta belum pernah ada penelitian terkait koping dan stres di Panti Sosial Tresna Wredha ini. Sementara alasan penelitian dilakukan berlokasi Kecamatan Peusangan Bireuen karena dari survey awal menunjukkan jumlah sampel yang memadai untuk diseleksi menjadi responden dan lingkup wilayah satu Kecamatan dengan Panti Sosial Tresna Wredha.

#### **D. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan selama kurang lebih 6 bulan yang di mulai bulan Februari sampai dengan Juli 2009 dalam beberapa tahapan, sebagai berikut:

##### Tahap 1 : Persiapan

Pada tahap persiapan yang dilakukan adalah penyusunan proposal, ujian proposal, dan uji coba instrumen penelitian.

##### Tahap 2 : Pengumpulan data

Hasil uji coba menunjukkan adanya kelayakan pada instrumen, maka dilanjutkan dengan proses pengumpulan data menggunakan instrumen tersebut. Pengumpulan data peneliti lakukan selama 3 minggu yaitu mulai tanggal 4 sampai dengan 23 Mei 2009, 1 minggu untuk pengumpulan data di Panti dan 2 minggu di keluarga.

##### Tahap 3 : Penyusunan hasil akhir

Setelah data dikumpulkan, selanjutnya data tersebut diolah dan dianalisis. Hasil analisis disusun dalam bentuk laporan akhir penelitian.

#### **E. Etika Penelitian**

Penelitian ini hanya melibatkan responden yang mau terlibat secara sadar dan tanpa paksaan. Peneliti menerapkan prinsip-prinsip etik dalam melakukan penelitian ini guna melindungi responden dari berbagai kekhawatiran dan dampak yang mungkin

timbul selama kegiatan penelitian, yaitu (Polit, Beck, & Hungler, 2001; Nursalam, 2008):

1. Prinsip *autonomy*

- a. *Self determination*, responden mempunyai hak memutuskan keterlibatannya dalam kegiatan penelitian termasuk apabila responden ingin mengundurkan diri ketika kegiatan penelitian sedang berlangsung maka tidak akan adanya sanksi apapun.
- b. *Full disclosure*, responden mempunyai hak mendapatkan jaminan berupa penjelasan secara lengkap meliputi tujuan, prosedur, ketidaknyamanan yang mungkin terjadi dan dijelaskan bahwa dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun yang akan terjadi pada responden. Jika pada saat dilakukan wawancara responden menunjukkan perasaan yang sedih mendalam, maka peneliti akan memberi kesempatan pada responden untuk mengekspresikan perasaannya dan berusaha berlaku *caring* dengan memberikan sentuhan yang *theurapeutik*.
- c. *Informed consent*, responden mempunyai hak mendapat informasi secara lengkap tentang tujuan kegiatan penelitian, responden mempunyai hak memutuskan keterlibatannya dalam kegiatan penelitian. Kesiediaan responden dibuktikan dengan penandatanganan surat persetujuan menjadi responden.

2. Prinsip *beneficence*

- a. Bebas dari penderitaan, dimana penelitian yang dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden baik fisik maupun psikis.

Dalam penelitian ini responden diberikan kuesioner dan diminta untuk mengisinya, jika responden dinilai tidak memungkinkan mengisi kuesioner maka peneliti akan langsung mengambil alih pengisian dengan menanyakan pada responden dan mengisi jawaban yang diberikan oleh responden.

- b. Bebas dari eksploitasi, partisipasi responden dalam penelitian ini dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Responden diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam hal apapun.
- c. *Benefit ratio*, peneliti mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada responden. Dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun karena responden tidak diberikan perlakuan/tindakan tertentu. Peneliti memberikan informasi kepada responden bahwa responden tidak mendapatkan keuntungan secara langsung dari penelitian ini, namun informasi yang diberikan akan sangat bermanfaat bagi upaya peningkatan kualitas keperawatan profesional.

### 3. Prinsip *justice*

- a. *Fair treatment*, responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian, tanpa adanya diskriminasi.



- b. *Privacy*, responden mempunyai hak supaya data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan bersifat rahasia (*confidentiality*). Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas responden berupa nama diganti dengan inisial.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka penelitian ini dilaksanakan setelah peneliti dinyatakan lolos kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penelitian ini tidak menimbulkan bahaya langsung maupun tidak langsung. Jika pada saat dilakukan wawancara responden menunjukkan perasaan yang sedih mendalam, maka peneliti memberi kesempatan pada responden untuk mengekspresikan perasaannya dengan leluasa dan berlaku *caring* dengan memberikan sentuhan yang *theurapeutik*

#### **F. Alat Pengumpulan Data**

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini dibuat oleh peneliti dalam bentuk kuesioner yang mengacu pada tinjauan teoritis dan dimodifikasi dari beberapa sumber dengan menyesuaikan keadaan lansia di wilayah penelitian. Kuesioner disusun dalam tiga bagian berdasarkan variabel penelitian yang berisi pernyataan terkait; (a) Karakteristik Lansia; (b) Skala Stres; dan (c) Strategi Koping.

Bagian Karakteristik Lansia mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan. Kuesioner Skala Stres terdiri dari 24 item pernyataan dibuat

oleh peneliti dengan merujuk pada instrumen yang telah dikembangkan oleh Herwina (2006) dan Prasi (2002). Herwina (2006) mengembangkan skala stres berdasarkan *Perceived Stress Scale* (14 item) dari Cohen et al (1983) dan *Stress Scale* (11 item) dari Dahlan (2005), sehingga totalnya menjadi 25 item. Namun peneliti hanya menggunakan 11 item dari instrumen Herwina (2006) karena beberapa pernyataan lainnya peneliti anggap mengacu pada hal yang sama. Disamping itu peneliti menggunakan 13 item dari 16 pernyataan skala stres yang dikembangkan oleh Prasi (2002). Sehingga Instrumen Skala Stres terdiri dari 24 item pernyataan yang mengukur gejala fisiologis, perilaku dan emosional, kognitif dan interpersonal.

Instrumen skala stres menggunakan skala Likert 0-3 (0=tidak pernah mengalami, 1=jarang mengalami, 2=sering mengalami, dan 3=selalu mengalami) (Sugiyono, 2008; Arikunto, 2006). Pernyataan terdiri dari 24 item dengan total skor tertinggi 72 dan terendah 0. Selanjutnya peneliti akan mengelompokkan kedalam tingkat tidak stres, stres ringan, sedang dan tinggi. Berdasarkan rumus statistik menurut Sudjana (1992):

$$P = \frac{\text{Rentang}}{\text{Banyak kelas}}$$

Keterangan:

- P merupakan panjang kelas
- Rentang (nilai tertinggi di kurangi nilai terendah)
- Banyak kelas adalah 4

Berdasarkan rumus didapatkan nilai  $P = 18$ , nilai terendah 0 sebagai batas bawah kelas interval pertama dan 72 sebagai batas atas kelas interval, sehingga tingkat stres dapat dikategorikan atas kelas interval sebagai berikut :

- Tidak stres = 0-18
- Tingkat ringan = 19-37
- Tingkat sedang = 38-56
- Tingkat tinggi = 57-72

Bagian Kuesioner Strategi Koping terdiri dari 50 item pernyataan, yang dikembangkan peneliti berdasarkan Hill (2004). Peneliti menggunakan 48 item dari 60 item pernyataan kuesioner yang dikembangkan oleh Hill berdasarkan *Ways of Coping* dari Lazarus (1984) dengan mempertimbangkan kondisi dan keadaan lansia di wilayah penelitian. Peneliti menerjemahkan item-item ke dalam bahasa Indonesia dengan menggunakan bahasa yang sederhana sehingga akan mudah di mengerti oleh responden. Kemudian peneliti menambahkan 2 item pernyataan berdasarkan tinjauan teoritis untuk mengukur *religious coping*.

Sehingga total item pernyataan dari kuesioner strategi koping adalah 50 item, dengan rincian sebagai berikut:

#### 1. *Problem Focused Coping*

- a. *Accepting responsibility*; terdiri dari 4 item yaitu 1,2, 3 dan 4
- b. *Confronting*; terdiri dari 6 item yaitu 36 sampai dengan 41
- c. *Plannful problem solving*; terdiri dari 6 item yaitu 19 sampai dengan 24
- d. *Positive appraisal*; terdiri dari 4 item yaitu 25 sampai dengan 28

2. *Emotion Focused Coping*
  - a. *Distancing* terdiri dari 6 item yaitu 42 sampai dengan 46
  - b. *Self controlling* terdiri dari 7 item yaitu 29 sampai dengan 35
  - c. *Eescape-avoidance* terdiri dari 8 item yaitu 11 sampai dengan 18
3. *Seeking Sosial Support*; terdiri dari 6 item yaitu 5 sampai dengan 10
4. *Religious Coping*; terdiri dari 4 item yaitu 47 sampai dengan 50

Pada kuesioner strategi koping menggunakan skala Likert 0-3 (0=tidak digunakan, 1=jarang digunakan, 2=sering digunakan dan 3=selalu digunakan) (Sugiyono, 2008; Arikunto, 2006).

#### **G. Uji Coba Instrumen**

Kuesioner yang telah disusun perlu dilakukan uji coba guna mendapatkan validitasnya (Sarwono, 2006). Peneliti menggunakan kuesioner skala stres yang telah disusun oleh Herwina (2006) dan Prasi (2002). Instrumen ini telah diterapkan pada penelitian dengan subyek masyarakat Indonesia. Pengujian reliabilitas dan validitas oleh Herwina dan Prasi menunjukkan hasil yang baik. Peneliti menggunakan instrumen strategi koping yang dikembangkan oleh Hill (2004). Hill mengaku bahwa validitas dan reliabilitas instrumen cukup baik dan telah menggunakan kuesioner ini dalam penelitian di Afrika. Namun peneliti tetap melakukan uji validitas untuk memperoleh data yang akurat dan obyektif, dan tes reabilitas untuk mengetahui seberapa besar derajat atau kemampuan alat ukur mengukur secara konsisten sasaran yang akan diukur. Alat ukur yang baik adalah bila beberapa kali dipakai sebagai alat ukur pada kelompok subjek yang sama akan memberikan hasil yang sama. Jumlah

responden yang diperlukan pada uji coba kuesioner minimal 30 orang yang mempunyai ciri yang sama dengan responden penelitian (Sugiyono, 2007).

Peneliti melakukan uji validitas pada 30 lansia di Kemukiman Peusangan yang termasuk dalam kelompok kaum Dhuafa. Uji validitas terhadap instrumen skala stres dan strategi koping dengan menggunakan *pearson product moment* dengan hasil apabila nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel. Dari jumlah responden maka didapat  $r$  tabel 0,361, sementara dari 24 jumlah item pernyataan skala stres terdapat 2 item pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan nomer 21 dan 24 dimana masing-masing nilai  $r$  hitung 0,100 dan 0,005. Kemudian peneliti memperbaiki kalimatnya dan mengulangi uji coba sampai akhirnya valid. Uji validitas instrumen strategi koping didapat 6 pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan nomer 11, 38, 40, 42, 47 dan 50 dengan masing-masing  $r$  hitung adalah 0,357, 0,259, -0,291, 0,284 dan 0,328. Kemudian peneliti memperbaiki kalimatnya dan mengulangi uji coba sampai akhirnya valid.

Setelah instrumen dinyatakan valid maka dilanjutkan dengan pengujian reliabilitas dengan mencari nilai *alpha cronbach*. Alat ukur dikatakan reliabel jika nilai  $r$  *alpha* lebih besar dari nilai  $r$  tabel (Hastono, 2007). Hasil uji reliabilitas terhadap 24 item pernyataan skala stres pada 30 responden didapat nilai  $r$  alpha cronbach 0,925 dan terhadap 50 item pernyataan strategi koping didapat 0,975, dibandingkan dengan  $r$  tabel adalah 0,361 maka instrumen dinyatakan reliabel.

## H. Prosedur Pengumpulan Data

### 1. Prosedur Administratif

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat izin dari pembimbing penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dan memperoleh izin dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen untuk kemudian diteruskan ke Puskesmas Kecamatan Peusangan dan Kelurahan Tengku Ditanoh Mirah. Selanjutnya perolehan izin dari Kepala Dinas Sosial Kabupaten Bireuen untuk kemudian diteruskan ke Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.

### 2. Prosedur Teknis

Pengumpulan data melalui tahapan sebagai berikut :

- a. Peneliti memilih 3 orang numerator untuk membantu kegiatan penelitian. Numerator yang dipilih adalah perawat lulusan DIII dan bekerja di wilayah Puskesmas setempat. Peneliti melakukan pertemuan dengan numerator untuk menyampaikan maksud dan tujuan penelitian serta menyamakan persepsi dalam proses penelitian.
- b. Menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi sesuai dengan teknik pengambilan sampel.
- c. Meminta kesediaan responden yang telah menjadi sampel dengan terlebih dahulu menjelaskan maksud, tujuan, prosedur dan harapan peneliti.
- d. Apabila responden telah memahami dan bersedia terlibat dalam penelitian, maka kesediaan responden didokumentasikan dengan menandatangani/ memberi cap jempol lembaran persetujuan/ *informed consent* penelitian.

- e. Melakukan wawancara terstruktur dengan menggunakan kuesioner yang telah disiapkan, hal ini diharapkan item dalam kuesioner terisi semua, kuesioner akan kembali semua dan memudahkan akses lansia terhadap pemahaman isi kuesioner.
- f. Setelah data hasil penelitian terkumpul semuanya maka peneliti mengolah dan menganalisis untuk mendapatkan hasil dari penelitian.

## I. Pengolahan dan Analisis Data

### 1. Pengolahan data

Proses pengolahan data meliputi *editing*, *coding*, *entry data*, *cleaning data* dan *tabulasi data*.

- a. *Editing*, memeriksa setiap kuesioner yang terkumpul baik jumlah maupun kelengkapan isinya. Pada saat pengumpulan kuesioner langsung diperiksa kelengkapan isiannya. Bila belum lengkap, dikembalikan lagi kepada numerator untuk mewawancarai dan mengisi secara lengkap.
- b. *Coding*, memberikan kode pada tiap kategori pertanyaan untuk setiap kuesioner sesuai urutan nomor responden, dengan maksud memudahkan peneliti dalam pengolahan data.
- c. *Entry data*, memasukkan data sesuai dengan kode pertanyaan yang dilaksanakan dengan cermat untuk menghindari kemungkinan data missing. Karena itu, setiap kuesioner perlu dilakukan validasi untuk mengantisipasi data yang terlewatkan.
- d. *Cleaning data*, melakukan pengecekan data yang telah dimasukkan kedalam komputer apakah terdapat kesalahan atau tidak, yaitu dengan cara mengetahui data yang hilang, variasi data dan konsistensi data.

- e. *Tabulasi data*, mengelompokkan data sesuai kategori, yang selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi atau bentuk diagram.

## 2. Analisis Data

Proses analisis data dilakukan terutama untuk menjawab tujuan penelitian. Untuk melakukan pengujian hipotesis, analisis data yang dilakukan adalah:

### a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti. Pada penelitian ini variabel yang dianalisis secara univariat adalah karakteristik lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Tresna Wredha. Untuk karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan, yang berbentuk data kategorik dengan menghitung frekwensi dan presentase. Untuk tingkat stres dan strategi koping dihitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *confidence interval*. Penyajian masing-masing variabel menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

### b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.

Untuk menguji hipotesis komparatif dua sampel tidak berpasangan, bila datanya berbentuk interval maka uji hipotesis statistik yang digunakan adalah uji *Independent t-test* dua sampel. Analisis perbedaan tingkat stres dan strategi



koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti menggunakan uji *Independent t-test* dua sampel. Untuk menginterpretasikan hasil penelitian maka dilakukan pengamatan terhadap nilai signifikansi ( $p$ ) dan *level of significant* ( $\alpha$ ) yang digunakan adalah 5 %. Apabila pada uji dengan *two-tailed* ditemukan nilai signifikansi kurang dari 0,05 maka perbedaan antara keduanya adalah signifikan, sehingga dapat diinterpretasikan sebagai terdapatnya perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dengan lansia yang tinggal di Panti.

Untuk menguji hubungan strategi koping dengan tingkat stres, bila datanya berbentuk interval maka uji hipotesis statistik yang digunakan adalah uji regresi linear. Analisis hubungan strategi koping dengan tingkat stres pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti menggunakan uji *regresi linear*.

Untuk menguji perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut karakteristik lansia, bila datanya berbentuk interval dan ordinal maka uji hipotesis statistik yang digunakan adalah uji *Independent t-test*. Analisis perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut karakteristik pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti menggunakan uji *Independent t-test*.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini memaparkan hasil penelitian perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 4 Mei 2009 sampai 23 Mei 2009, di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen dan Kemukiman Tengku Ditanoh Mirah Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Hasil penelitian meliputi: 1) karakteristik lansia yang tinggal bersama keluarga kemukiman Tengku Ditanoh Mirah dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen; 2) perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen; 3) hubungan strategi koping dengan tingkat stres pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen; 4) hubungan karakteristik lansia dengan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel yang didasarkan pada analisis univariat dan bivariat.

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **1. Kemukiman/Kelurahan Tengku Ditanoh Mirah Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen**

Kemukiman/Kelurahan Tengku Ditanoh Mirah Kecamatan Peusangan terletak di daerah bukit  $\pm 2$  km dari pusat kota Kecamatan Peusangan.

Kemukiman Tengku Ditanoh Mirah mempunyai batas wilayah sebelah utara berbatasan dengan Desa Blang Rambong, sebelah Selatan berbatasan dengan Desa Blang Geulanggang, sebelah Timur berbatasan dengan Desa Paya Bo, sebelah Barat berbatasan dengan Desa Cot Bada Barat. Jumlah penduduk 173 KK(Kepala Keluarga) yaitu 1.728 jiwa dimana  $\pm 10\%$  dari jumlah penduduk adalah lansia dan  $\pm 75\%$  jumlah lansia tersebut adalah termasuk kelompok dhuafa yang mendapat bantuan BLT (Bantuan Langsung Tunai) dari pemerintah. Kemukiman Tengku Ditanoh Mirah terdiri dari 9 desa yang memiliki perangkat desa disetiap wilayah. Wilayah Kemukiman Tengku Ditanoh Mirah juga memiliki sarana dan prasarana antara lain Puskesmas Pembantu, tempat peribadatan, Pesantren dan pemondokan santri yang cukup tersohor di Nanggroe Aceh Darussalam.

## **2. Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen**

Panti Sosial Tresna Wredha Belai Kasih Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen merupakan tempat pelayanan sosial milik Pemerintah Kabupaten Bireuen yang bertujuan untuk menampung lansia terlantar tidak punya keluarga dan dari keluarga yang tidak mampu. Panti ini berlokasi di desa Matang Geulumpang Dua Kecamatan Peusangan, sebuah tempat yang dibidang nyaman, asri dan tenang. Panti ini memiliki beberapa fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung dalam memberikan pelayanan antara lain 9 wisma, 1 unit aula, 1 unit mesjid tempat beribadah, 1 unit poliklinik, 2 unit rumah dinas, 1 unit dapur umum, 1 unit kantor untuk pengelola dan petugas Panti. Dari hasil survey dan wawancara penulis dengan kepala Panti ditemukan data bahwa Petugas Panti terdiri dari seorang kepala Panti, 2 tenaga kesehatan termasuk dokter umum dan perawat DIII serta 7 pengurus

lainnya. Kapasitas tinggal di wisma dengan target pelayanan sosial sesuai anggarannya adalah sebanyak 60 orang. Rutinitas lansia yang tinggal di Panti biasanya setelah bangun tidur setelah selesai shalat subuh hanya sebagian kecil (5-8 orang) yang lari pagi, ada yang tidur lagi (20-40 orang) dan ada yang mandi dan duduk-duduk (10-15 orang). Pada pukul 07.00 WIB lansia mengambil makanan untuk sarapan pagi di dapur umum, 12.00 WIB mengambil makanan untuk makan siang dan 18.00 WIB mengambil untuk makan malam, bagi lansia yang tidak sanggup mengambil sendiri maka akan meminta tolong sama temannya. Rutinitas lainnya adalah mengikuti pengajian setiap hari Rabu di Panti.

## **B. Analisis Univariat**

Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan; karakteristik lansia (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan); tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Secara rinci uraian hasil analisis univariatnya adalah sebagai berikut:

### **1. Karakteristik Lansia yang Tinggal di Rumah Bersama Keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen**

Karakteristik lansia meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan. Karakteristik lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan yang berbentuk data kategorik. Secara rinci dijelaskan pada tabel 5.1:

Tabel 5.1  
**Distribusi Karakteristik Lansia Menurut Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan,  
 Pekerjaan dan Status Perkawinan Lansia di Keluarga dan di Pantii Sosial  
 Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen,  
 Mei 2008 (n=112)**

No	Karakteristik Lansia	Lansia di Keluarga (n =56)		Lansia di Pantii (n = 56)	
		n	%	n	%
1	Umur				
	1. 60-74 tahun	45	80,36	37	66,07
	2. >74 tahun	11	19,64	19	33,93
2	Jenis Kelamin				
	1. Laki-laki	18	32,14	16	28,57
	2. Perempuan	38	67,86	40	71,43
3	Pendidikan				
	1. Tidak sekolah	34	62,50	40	69,64
	2. Sekolah	22	37,50	16	30,36
4	Pekerjaan				
	1. Tidak bekerja	19	32,14	11	19,64
	2. Bekerja	37	67,86	45	80,36
5	Status Perkawinan				
	1. Menikah	24	42,86	19	33,93
	2. Duda/janda	32	57,14	37	66,07

Berdasarkan karakteristik lansia menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan pada tabel 5.1, diketahui proporsi lansia berdasarkan umur ditemukan umur 60-74 tahun lebih banyak dari umur >74 tahun pada lansia di keluarga dan di Pantii, yaitu 80,36% pada lansia di keluarga dan 66,07% pada lansia di Pantii. Proporsi lansia berdasarkan jenis kelamin ditemukan perempuan lebih banyak dari laki-laki pada lansia di keluarga dan di Pantii, yaitu 67,86% pada lansia di keluarga dan 71,43% pada lansia di Pantii. Proporsi lansia berdasarkan pendidikan ditemukan yang tidak sekolah lebih tinggi dari yang sekolah pada lansia di keluarga dan di Pantii, yaitu 62,50% lansia di keluarga dan 69,64% pada lansia di Pantii. Proporsi lansia berdasarkan pekerjaan ditemukan yang tidak bekerja lebih tinggi dari yang bekerja pada lansia di keluarga dan di Pantii, yaitu 67,86% lansia di keluarga dan 80,36% pada lansia di Pantii. Proporsi lansia berdasarkan status perkawinann ditemukan yang duda/janda lebih tinggi dari yang menikah pada lansia di keluarga dan di Pantii, yaitu 57,14% lansia di keluarga dan 66,07% pada lansia di Pantii.

## 2. Distribusi Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia di Keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen

Distribusi tingkat stres dan strategi koping lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti yang berbentuk data kategorik. Secara rinci dijelaskan pada tabel 5.2:

Tabel 5.2  
Distribusi Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia di Keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen, Mei 2008, (n=56)

No	Karakteristik Lansia	Lansia di Keluarga (n =56)		Lansia di Panti (n = 56)	
		n	%	n	%
1	Tingkat stres				
	1. Tidak stres	4	7,10	1	1,80
	2. Stres ringan	36	64,30	11	19,60
	3. Stres sedang	14	25,00	40	71,40
	4. Stres tinggi	2	3,60	4	7,10
2	Strategi <i>Problem Focused Coping</i>				
	1. Tidak digunakan			4	7,10
	2. Jarang digunakan	32	57,10		
	3. Sering digunakan	24	42,90	42	75,00
	4. Selalu digunakan			10	17,90
3	Strategi <i>Emotion Focused Coping</i>				
	1. Tidak digunakan			4	7,10
	2. Jarang digunakan	39	69,60	5	8,90
	3. Sering digunakan	17	30,40	43	76,80
	4. Selalu digunakan			4	7,10
4	Strategi <i>Seeking Social Support</i>				
	1. Tidak digunakan				
	2. Jarang digunakan	3	5,40	13	23,20
	3. Sering digunakan	41	73,20	28	50,00
	4. Selalu digunakan	12	21,40	15	26,80
5	Strategi <i>Religious Coping</i>				
	1. Tidak digunakan				
	2. Jarang digunakan			41	73,20
	3. Sering digunakan	43	76,80	15	26,80
	4. Selalu digunakan	13	23,20		

Berdasarkan tabel 5.2, didapatkan data persentase tertinggi tingkat stres lansia di keluarga adalah kategori stres ringan (64,30%), sementara lansia di Panti adalah kategori stres sedang (71,40%). Data strategi koping di dapatkan

persentase tertinggi penggunaan strategi *problem focused coping* pada lansia di keluarga termasuk kategori jarang (57,10%), sementara lansia di Panti termasuk kategori sering (75,00%). Data persentase tertinggi penggunaan strategi *emotion focused coping* pada lansia di keluarga termasuk kategori jarang (69,60%), sementara lansia di Panti termasuk kategori sering (76,80%). Data persentase tertinggi penggunaan strategi *seeking social support* pada lansia di keluarga termasuk kategori sering (73,20%), begitu juga lansia di Panti termasuk kategori sering (50,00%). Data persentase tertinggi penggunaan strategi *religious coping* pada lansia di keluarga termasuk kategori sering (76,80%), sementara lansia di Panti termasuk kategori jarang (73,20%).

### **C. Analisis Bivariat**

Sebelum analisis bivariat dilakukan, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan pada lansia di keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen menurut karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan).

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan melihat perbedaan tingkat stress dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Melihat hubungan strategi koping dengan tingkat stress pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Melihat pengaruh karakteristik lansia dengan tingkat stress dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen.. Secara lengkap hasil analisis sebagai berikut:

## 1. Uji Kesetaraan Lansia di Keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen

Uji kesetaraan karakteristik lansia (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan) antara lansia di keluarga dan di Panti dianalisis menggunakan uji statistik *Chi Square*. Kedua kelompok setara atau homogen apabila *P value* > 0,05. Hasil analisis selengkapnya sebagai berikut:

Tabel 5.3  
**Analisis Kesetaraan Karakteristik Lansia Menurut Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Perkawinan Lansia di Keluarga dan Lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen, Mei 2008**  
 (n=112)

No	Karakteristik Lansia	Lansia di Keluarga (n =56)		Lansia di Panti (n = 56)		<i>P value</i>
		n	%	n	%	
1	Umur					0,135
	1. 60-74 tahun	45	80,36	37	66,07	
	2. >74 tahun	11	19,64	19	33,93	
2	Jenis Kelamin					0,837
	1. Laki-laki	18	32,14	16	28,57	
	2. Perempuan	38	67,86	40	71,43	
3	Pendidikan					0,318
	1. Tidak sekolah	34	62,50	40	69,64	
	2. Sekolah	22	37,50	16	30,36	
4	Pekerjaan					0,135
	1. Tidak bekerja	19	32,14	11	19,64	
	2. Bekerja	37	67,86	45	80,36	
5	Status Perkawinan					0,437
	1. Menikah	24	42,86	19	33,93	
	2. Duda/janda	32	57,14	37	66,07	

Berdasarkan tabel 5.3, karakteristik lansia menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan pada lansia di keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen adalah setara atau homogen dengan *P value* umur adalah 0,135, jenis kelamin *P value* 0,837, *P value* pendidikan 0,428, *P value* pekerjaan 0,135 dan *P value* status perkawinan 0,437. Dapat disimpulkan



karakteristik lansia menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan pada lansia di keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen adalah setara atau homogen artinya tidak ada perbedaan karakteristik pada kedua kelompok dengan  $P\text{ value} > 0,05$ .

## 2. Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia di Keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen

Perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia di keluarga dan di Panti dianalisis dengan *t-Test independent*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.4:

Tabel 5.4  
Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia di Keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen, Mei 2008. (n=56)

Variabel	Mean	SD	SE	<i>P value</i>
Skala stres				0,002
1. Keluarga	34,54	12,620	2,102	
2. Panti	41,25	9,389	2,102	
<b>Selisih</b>	<b>6,71</b>	<b>3,231</b>		
Strategi <i>Problem Focused Coping</i>				0,000
1. Keluarga	29,54	3,761	0,503	
2. Panti	39,98	9,895	1,322	
<b>Selisih</b>	<b>10,44</b>	<b>6,134</b>		
Strategi <i>Emotion Focused Coping</i>				0,001
1. Keluarga	30,84	3,153	0,421	
2. Panti	34,86	8,590	1,148	
<b>Selisih</b>	<b>4,02</b>	<b>5,437</b>		
Strategi <i>Seeking Social Support</i>				0,255
1. Keluarga	12,70	2,703	0,361	
2. Panti	11,98	3,486	0,466	
<b>Selisih</b>	<b>0,8</b>	<b>0,783</b>		
Strategi <i>Religious Coping</i>				0,000
1. Keluarga	9,02	1,213	0,162	
2. Panti	6,39	1,231	0,165	
<b>Selisih</b>	<b>2,63</b>	<b>0,018</b>		

Hasil analisis pada tabel 5.4 terlihat rerata tingkat stres lansia di keluarga adalah 34,54 dan rerata tingkat stres lansia di Panti adalah 41,25. Berdasarkan pengelompokkan kategorik maka lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga mengalami tingkat stres lebih ringan, sementara lansia di Panti mengalami tingkat stres pada kategorik sedang. Terdapat rerata perbedaan tingkat stres lansia di keluarga dan lansia di Panti sebesar 6,71 dengan standar deviasi 3,231. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara tingkat stres lansia di keluarga dan lansia di Panti ( $P\text{ value} < 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di keluarga adalah 29,54 dan lansia di Panti adalah 39,98. Berdasarkan pengelompokkan kategorik maka lansia di keluarga jarang menggunakan strategi *problem focused coping*, sementara lansia di Panti lebih sering menggunakan strategi *problem focused coping*. Terdapat rerata perbedaan penggunaan strategi *problem focused coping* lansia yang tinggal di keluarga dan lansia di Panti sebesar 10,44 dengan standar deviasi 6,134. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan penggunaan strategi *problem focused coping* lansia di keluarga dan lansia di Panti ( $P\text{ value} < 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di keluarga adalah 30,84 dan rerata lansia di Panti adalah 34,86. Berdasarkan pengelompokkan kategorik maka lansia di keluarga jarang menggunakan strategi *emotion focused coping*, sementara lansia di Panti lebih sering menggunakan strategi *emotion focused coping*. Terdapat rerata perbedaan penggunaan strategi *problem focused coping* lansia yang tinggal di keluarga dan lansia di Panti sebesar 4,02 dengan standar deviasi 5,437. Hasil uji statistik

menunjukkan ada perbedaan yang signifikan penggunaan strategi *problem emotion coping* lansia di keluarga dan lansia di Panti ( $P\text{ value} < 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di keluarga adalah 12,70 dan rerata lansia di Panti adalah 11,98. Berdasarkan pengelompokkan kategorik maka lansia di keluarga dan Panti sering menggunakan strategi *seeking social support*. Tidak terdapat rerata perbedaan penggunaan strategi *seeking social support* lansia di keluarga dan lansia di Panti. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan penggunaan strategi *seeking social support* lansia di keluarga dan lansia di Panti ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di keluarga adalah 9,02 dan rerata lansia di Panti adalah 6,39. Berdasarkan pengelompokkan kategorik maka lansia di keluarga lebih sering menggunakan strategi *religious coping*, sementara lansia di Panti jarang menggunakan strategi *religious coping*. Terdapat rerata perbedaan penggunaan strategi *religious coping* lansia di keluarga dan lansia di Panti sebesar 2,63 dengan standar deviasi 0,018. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan penggunaan strategi *religious coping* lansia di keluarga dan lansia di Panti ( $P\text{ value} < 0,05$ ).

### **3. Hubungan Strategi Koping Terhadap Tingkat Stres Pada Lansia di Keluarga dan di Panti**

Hubungan strategi *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support* dan *religious coping* terhadap skala stres pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti dianalisis dengan regresi linear. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.5:

Tabel 5.5  
**Hasil Analisis Hubungan Strategi Koping dengan Tingkat Stres Pada Lansia di Keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen, Mei 2008. (n=56)**

Variabel	Kelompok	r	R <sup>2</sup>	Persamaan Garis	P value
Strategi <i>Problem Focused Coping</i>	Keluarga	0,408	0,166	Skala Stres = 61,957-0,928* <i>Problem Focused Coping</i>	0,002
	Panti	0,369	0,136	Skala Stres = 55,244-0,350* <i>Problem Focused Coping</i>	0,005
Strategi <i>Emotion Focused Coping</i>	Keluarga	0,353	0,124	Skala Stres = 56,331-0,707* <i>Problem Focused Coping</i>	0,008
	Panti	0,446	0,199	Skala Stres = 58,726-1,905* <i>Problem Focused Coping</i>	0,001
Strategi <i>Seeking Social Support</i>	Keluarga	0,469	0,220	Skala Stres = 60,631-2,055* <i>Seeking Social Support</i>	0,000
	Panti	0,378	0,143	Skala Stres = 52,801-0,967* <i>Seeking Social Support</i>	0,004
Strategi <i>Religious Coping</i>	Keluarga	0,333	0,111	Skala Stres = 58,173-2,621* <i>Religious Coping</i>	0,012
	Panti	0,314	0,098	Skala Stres = 56,550-2,393* <i>Religious Coping</i>	0,019

Hasil analisis tabel 5.5 menunjukkan hubungan strategi *problem focused coping* terhadap tingkat stres pada lansia di keluarga menunjukkan hubungan yang sedang ( $r= 0,408$ ) dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan *problem focused coping* maka semakin rendah tingkat stres. Nilai koefisien determinasi (0,166) artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 16,6%, maka setiap peningkatan penggunaan strategi *problem focused coping* akan menurunkan tingkat stres 16,6%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan di populasinya

antara penggunaan strategi *problem focused coping* pada lansia di keluarga terhadap tingkat stres ( $P\text{ value} < 0,05$ , alpha 5%).

Hubungan strategi *problem focused coping* terhadap tingkat stres pada lansia di Panti menunjukkan hubungan yang sedang ( $r= 0,369$ ) dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan *problem focused coping* maka semakin rendah tingkat stres. Nilai koefisien determinasi (0,136) artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 13,6 %, maka setiap peningkatan penggunaan strategi *problem focused coping* akan menurunkan tingkat stres 13,6%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan di populasinya antara penggunaan strategi *problem focused coping* pada lansia di Panti terhadap tingkat stres ( $P\text{ value} < 0,05$ , alpha 5%).

Hubungan strategi *emotion focused coping* terhadap tingkat stres pada lansia di keluarga menunjukkan hubungan yang sedang ( $r= 0,353$ ) dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan *emotion focused coping* maka semakin rendah tingkat stres. Nilai koefisien determinasi (0,124) artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 12,4%, maka setiap peningkatan penggunaan strategi *emotion focused coping* akan menurunkan tingkat stres 12,4%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan di populasinya antara penggunaan strategi *emotion focused coping* pada lansia di keluarga terhadap tingkat stres ( $P\text{ value} < 0,05$ , alpha 5%).

Hubungan strategi *emotion focused coping* terhadap tingkat stres pada lansia di Panti menunjukkan hubungan yang sedang ( $r= 0,446$ ) dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan *emotion focused coping* maka semakin rendah tingkat stres. Nilai koefisien determinasi

(0,199) artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 0,199%, maka setiap peningkatan penggunaan strategi *emotion focused coping* akan menurunkan tingkat stres 19,9%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan di populasinya antara penggunaan strategi *emotion focused coping* pada lansia di Panti terhadap tingkat stres ( $P\text{ value} < 0,05$ , alpha 5%).

Hubungan strategi *seeking social support* terhadap tingkat stres pada lansia di keluarga menunjukkan hubungan yang sedang ( $r= 0,469$ ) dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan *seeking social support* maka semakin rendah tingkat stres. Nilai koefisien determinasi (0,220) artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan 22%, maka setiap peningkatan penggunaan strategi *seeking social support* akan menurunkan tingkat stres 22%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan di populasinya antara penggunaan strategi *seeking social support* pada lansia di keluarga terhadap tingkat stres ( $P\text{ value} < 0,05$ , alpha 5%).

Hubungan strategi *seeking social support* terhadap tingkat stres pada lansia di Panti menunjukkan hubungan yang sedang ( $r= 0,378$ ) dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan *seeking social support* maka semakin rendah tingkat stres. Nilai koefisien determinasi (0,143) artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 14,3%, maka setiap peningkatan penggunaan strategi *seeking social support* akan menurunkan tingkat stres 14,3%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan di populasinya antara penggunaan strategi *seeking social support* pada lansia di Panti terhadap tingkat stres ( $P\text{ value} < 0,05$ , alpha 5%).

Hubungan strategi *religious coping* terhadap tingkat stres pada lansia di keluarga menunjukkan hubungan yang sedang ( $r = 0,333$ ) dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan *religious coping* maka semakin rendah tingkat stres. Nilai koefisien determinasi ( $0,111$ ) artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan  $11,1\%$ , maka setiap peningkatan penggunaan strategi *religious coping* akan menurunkan tingkat stres  $11,1\%$ . Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan di populasinya antara penggunaan strategi *religious coping* pada lansia di keluarga terhadap tingkat stres ( $P \text{ value} < 0,05$ , alpha  $5\%$ ).

Hubungan strategi *religious coping* terhadap tingkat stres pada lansia di Panti menunjukkan hubungan yang sedang ( $r = 0,314$ ) dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan *religious coping* maka semakin rendah tingkat stres. Nilai koefisien determinasi ( $0,098$ ) artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan  $9,8\%$ , maka setiap peningkatan penggunaan strategi *religious coping* akan menurunkan tingkat stres  $9,8\%$ . Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan di populasinya antara penggunaan strategi *religious coping* pada lansia di Panti terhadap tingkat stres ( $P \text{ value} < 0,05$ , alpha  $5\%$ ).

#### **4. Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Menurut Karakteristik Pada Lansia di Keluarga dan di Panti**

##### **a. Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Menurut Karakteristik Pada Lansia di Keluarga**

Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut karakteristik lansia berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan dianalisis menggunakan *t-Test Independent*. Hasil analisis secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.6:

Tabel 5.6  
**Hasil Analisis Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Menurut Karakteristik Lansia Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan Pada Lansia di Keluarga Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen, Mei 2008. (n=56)**

Ke lo mp ok	Karakteristik	Variabel														
		Tingkat Stres			Strategi <i>Problem Focused Coping</i>			Strategi <i>Emotion Focused Coping</i>			Strategi <i>Seeking Sosial Support</i>			Strategi <i>Religious Coping</i>		
		Mean	SD	<i>P value</i>	Mean	SD	<i>P value</i>	Mean	SD	<i>P value</i>	Mean	SD	<i>P value</i>	Mean	SD	<i>P value</i>
La nsi a di Kel uar ga	Umur			0,088			0,816			0,884			0,513			0,001
	60-74 tahun	33,11	12,31		29,62	5,86		30,78	5,97		12,82	3,03		8,67	1,19	
	>74 tahun	40,36	12,77		29,18	4,19		31,09	7,84		12,18	2,23		10,45	2,25	
	Jenis Kelamin			0,000			0,011			0,282			0,081			0,122
	Laki-laki	26,78	7,07		32,22	3,87		32,17	5,42		13,18	2,67		9,50	1,20	
	Perempuan	38,21	13,07		28,26	5,79		30,21	6,65		12,78	3,19		8,79	1,73	
	Pendidikan			0,011			0,009			0,451			0,093			0,196
	Tidak sekolah	37,91	12,90		28,00	5,55		30,32	6,48		12,18	2,88		8,79	1,67	
	Sekolah	29,32	10,42		31,91	4,71		31,64	6,08		13,50	2,768		9,36	1,47	
	Pekerjaan			0,022			0,139			0,128			0,087			0,178
Tidak bekerja	40,74	15,28		28,00	6,04		28,74	8,07		11,63	3,58		8,85	1,62		
Bekerja	31,35	9,79		30,32	5,18		31,92	4,96		13,24	2,31		9,01	1,37		
Status Pernikahan			0,001			0,101			0,002			0,221			0,121	
Menikah	28,79	6,07		28,17	5,39		33,75	6,32		13,21	2,02		9,28	1,32		
Janda/duda	38,84	14,51		27,56	4,85		28,66	5,42		12,31	3,36		8,59	1,68		



- 1) Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut umur pada lansia di keluarga

Hasil analisis tabel 5.6 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di keluarga yang berumur 60-74 tahun adalah 33,11 dengan standar deviasi 12,31, sedangkan tingkat stres lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 40,36 dengan standar deviasi 12,77. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut umur pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di keluarga yang berumur 60-74 tahun adalah 26,62 standar deviasi 5,86, sedangkan strategi *problem focused coping* lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 29,18 dengan standar deviasi 4,19. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan *problem focused coping* menurut umur pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di keluarga yang berumur 60-74 tahun adalah 30,78 standar deviasi 5,97, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 31,09 dengan standar deviasi 7,84. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan *emotion focused coping* menurut umur pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di keluarga yang berumur 60-74 tahun adalah 12,82 dengan standar deviasi 3,03,

sedangkan strategi *seeking social support* lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 12,18 dengan standar deviasi 2,23. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan *seeking social support* menurut umur pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di keluarga yang berumur 60-74 tahun adalah 8,76 dengan standar deviasi 1,190, sedangkan strategi *religious coping* lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 10,45 dengan standar deviasi 2,25. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan *religious coping* menurut umur pada lansia di keluarga ( $P\ value < 0,05$ ).

2) Perbedaan tingkat stres dan strategi coping menurut umur pada lansia di keluarga

Hasil analisis tabel 5.6 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di keluarga yang berjenis kelamin laki-laki adalah 26,78 dengan standar deviasi 7,07, sedangkan tingkat stres lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 38,21 dengan standar deviasi 13,07. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga ( $P\ value < 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di keluarga yang berjenis kelamin laki-laki adalah 32,22 dengan standar deviasi 3,87, sedangkan strategi *problem focused coping* lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 28,26 dengan standar deviasi 5,79. Hasil

uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga ( $P\text{ value} < 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di keluarga yang berjenis kelamin laki-laki adalah 32,17 dengan standar deviasi 5,42, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 30,21 dengan standar deviasi 6,65. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di keluarga yang berjenis kelamin laki-laki adalah 13,18 dengan standar deviasi 2,67, sedangkan strategi *seeking social support* lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 12,78 dengan standar deviasi 3,19. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *seeking social support* menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di keluarga yang berjenis kelamin laki-laki adalah 9,50 dengan standar deviasi 1,20, sedangkan strategi *religious coping* lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 9,79 dengan standar deviasi 1,73. Hasil uji statistik

menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

3) Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut pendidikan pada lansia di keluarga

Hasil analisis tabel 5.6 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di keluarga yang tidak sekolah adalah 37,91 dengan standar deviasi 12,90, sedangkan tingkat stres lansia yang sekolah adalah 29,32 dengan standar deviasi 10,42. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pendidikan pada lansia di keluarga ( $P\ value < 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di keluarga yang tidak sekolah adalah 28,00 dengan standar deviasi 5,55, sedangkan strategi *problem focused coping* lansia yang sekolah adalah 31,91 dengan standar deviasi 4,71. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut pendidikan pada lansia di keluarga ( $P\ value < 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di keluarga yang tidak sekolah adalah 30,32 dengan standar deviasi 6,48, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia yang sekolah adalah 31,64 dengan standar deviasi 6,08. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut pendidikan pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di keluarga yang tidak sekolah adalah 12,18 dengan standar deviasi 2,88, sedangkan strategi *seeking social support* lansia yang sekolah adalah 13,50 dengan standar deviasi 2,768. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *seeking social support* menurut pendidikan pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di keluarga yang tidak sekolah adalah 8,79 dengan standar deviasi 1,67, sedangkan strategi *religious coping* lansia yang sekolah adalah 9,36 dengan standar deviasi 1,47. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut pendidikan pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

4) Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut pekerjaan pada lansia di keluarga

Hasil analisis tabel 5.6 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di keluarga yang tidak bekerja adalah 40,74 dengan standar deviasi 15,28, sedangkan tingkat stres lansia yang bekerja adalah 31,35 dengan standar deviasi 9,79. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pekerjaan pada lansia di keluarga ( $P\ value < 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di keluarga yang tidak bekerja adalah 28,00 dengan standar deviasi 6,04, sedangkan strategi

*problem focused coping* lansia yang bekerja adalah 30,32 dengan standar deviasi 5,18. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut pekerjaan pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di keluarga yang tidak bekerja adalah 28,74 dengan standar deviasi 8,07, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia yang bekerja adalah 31,92 dengan standar deviasi 4,96. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut pekerjaan pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di keluarga yang tidak bekerja adalah 11,63 dengan standar deviasi 3,58, sedangkan strategi *seeking social support* lansia yang bekerja adalah 13,24 dengan standar deviasi 2,31. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *seeking social support* menurut pekerjaan pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di keluarga yang tidak bekerja adalah 8,85 dengan standar deviasi 1,62, sedangkan strategi *religious coping* lansia yang bekerja adalah 9,01 dengan standar deviasi 1,37. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan

strategi *religious coping* menurut pekerjaan pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

5) Hubungan status pernikahan dengan tingkat stres dan strategi koping pada lansia di keluarga

Hasil analisis tabel 5.6 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di keluarga dengan status menikah adalah 28,79 dengan standar deviasi 6,07, sedangkan tingkat stres lansia dengan status duda/janda adalah 38,84 dengan standar deviasi 14,51. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut status pernikahan pada lansia di keluarga ( $P\ value < 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di keluarga dengan status menikah adalah 28,17 dengan standar deviasi 5,39, sedangkan strategi *problem focused coping* lansia dengan status duda/janda adalah 27,56 dengan standar deviasi 4,85. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut status pernikahan pada lansia di keluarga ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di keluarga dengan status menikah adalah 33,75 dengan standar deviasi 6,32, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia dengan status duda/janda adalah 28,66 dengan standar deviasi 5,42. Hasil uji statistik

menunjukkan ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut status pernikahan pada lansia di keluarga ( $P\text{ value} < 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di keluarga dengan status menikah adalah 13,21 dengan standar deviasi 2,02, sedangkan strategi *seeking social support* lansia dengan status duda/janda adalah 12,31 dengan standar deviasi 3,36. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *seeking social support* menurut status pernikahan pada lansia di keluarga ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di keluarga dengan status menikah adalah 9,28 dengan standar deviasi 1,32, sedangkan strategi *religious coping* lansia dengan status duda/janda adalah 8,59 dengan standar deviasi 1,68. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut status pernikahan pada lansia di keluarga ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

#### **b. Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Menurut Karakteristik Pada Lansia di Panti**

Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut karakteristik lansia berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan dianalisis menggunakan *t-Test Independent*. Hasil analisis secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.7:



Tabel 5.7  
**Hasil Analisis Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Menurut Karakteristik Lansia Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Pernikahan Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen, Mei 2008. (n=56)**

Ke lo mp ok	Karakteristik	Variabel														
		Tingkat Stres			Strategi <i>Problem Focused Coping</i>			Strategi <i>Emotion Focused Coping</i>			Strategi <i>Seeking Sosial Support</i>			Strategi <i>Religious Coping</i>		
		Mean	SD	<i>P value</i>	Mean	SD	<i>P value</i>	Mean	SD	<i>P value</i>	Mean	SD	<i>P value</i>	Mean	SD	<i>P value</i>
La nsi a di Pa nti	Umur			0,140			0,764			0,263			0,742			0,027
	60-74 tahun	39,92	7,39		40,27	8,65		35,95	8,46		11,86	3,99		6,14	1,21	
	>74 tahun	43,84	12,23		39,42	12,21		32,74	12,66		12,21	3,07		6,89	1,15	
	Jenis Kelamin			0,877			0,936			0,013			0,910			0,760
	Laki-laki	40,94	9,79		39,81	12,90		29,63	10,94		11,88	4,82		6,31	1,01	
	Pereumpuan	41,38	9,35		40,05	8,61		36,95	9,04		12,03	3,18		6,43	1,32	
	Pendidikan			0,349			0,866			0,766			0,369			0,519
	Tidak sekolah	42,00	9,68		40,13	8,50		34,60	10,27		11,70	3,63		6,33	1,21	
	Sekolah	39,38	8,63		39,63	13,07		35,50	9,89		12,69	3,81		6,56	1,32	
	Pekerjaan			0,021			0,126			0,074			0,166			0,055
Tidak bekerja	33,36	11,74		44,09	2,77		39,73	7,47		13,36	3,41		7,09	1,22		
Bekerja	43,18	7,71		38,98	10,74		33,67	10,34		11,64	3,69		6,82	1,19		
Status Pernikahan			0,003			0,743			0,149			0,631			0,566	
Menikah	36,26	8,89		39,37	11,59		37,58	11,93		12,32	4,20		6,53	1,17		
Janda/duda	43,81	8,68		40,30	9,06		33,46	8,85		11,81	3,42		6,32	1,27		

1) Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut umur pada lansia di Panti

Hasil analisis tabel 5.7 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di Panti yang berumur 60-74 tahun adalah 39,92 dengan standar deviasi 7,39, sedangkan tingkat stres lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 43,84 dengan standar deviasi 12,23. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut umur pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di Panti yang berumur 60-74 tahun adalah 40,27 dengan standar deviasi 8,65, sedangkan strategi *problem focused coping* lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 39,42 dengan standar deviasi 12,21. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut umur pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di Panti yang berumur 60-74 tahun adalah 35,95 dengan standar deviasi 8,46, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 32,74 dengan standar deviasi 12,66. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut umur pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di Panti yang berumur 60-74 tahun adalah 11,86 dengan standar deviasi 3,99, sedangkan

strategi *seeking social support* lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 12,21 dengan standar deviasi 3,07. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *seeking social support* menurut umur pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di Panti yang berumur 60-74 tahun adalah 6,14 dengan standar deviasi 1,21, sedangkan strategi *religious coping* lansia yang berumur diatas 74 tahun adalah 6,89 dengan standar deviasi 1,151. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut umur pada lansia di Panti ( $P\ value < 0,05$ ).

2) Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut jenis kelamin pada lansia di Panti

Hasil analisis tabel 5.7 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di Panti yang berjenis kelamin laki-laki adalah 40,94 dengan standar deviasi 9,79, sedangkan tingkat stres lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 41,38 dengan standar deviasi 9,35. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut jenis kelamin pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di Panti yang berjenis kelamin laki-laki adalah 39,81 dengan standar deviasi 12,90, sedangkan strategi *problem focused coping* lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 40,05 dengan standar deviasi 8,61. Hasil

uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di Panti ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di Panti yang berjenis kelamin laki-laki adalah 29,63 dengan standar deviasi 10,94, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 36,95 dengan standar deviasi 9,04. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di Panti ( $P\text{ value} < 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di Panti yang berjenis kelamin laki-laki adalah 11,88 dengan standar deviasi 4,82, sedangkan strategi *seeking social support* lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 12,03 dengan standar deviasi 3,18. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *seeking social support* menurut jenis kelamin pada lansia di Panti ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di Panti yang berjenis kelamin laki-laki adalah 6,31 dengan standar deviasi 1,01, sedangkan strategi *religious coping* lansia yang berjenis kelamin perempuan adalah 6,43 dengan standar deviasi 1,32. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada

perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut jenis kelamin pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

3) Hubungan tingkat stres dan strategi koping menurut pendidikan pada lansia di Panti

Hasil analisis tabel 5.7 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di Panti yang tidak sekolah adalah 42,00 dengan standar deviasi 9,68, sedangkan tingkat stres lansia yang sekolah adalah 39,38 dengan standar deviasi 8,63. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pendidikan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di Panti yang tidak sekolah adalah 40,13 dengan standar deviasi 8,50, sedangkan strategi *problem focused coping* lansia yang sekolah adalah 39,63 dengan standar deviasi 13,07. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut pendidikan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di Panti yang tidak sekolah adalah 34,60 dengan standar deviasi 10,27, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia yang sekolah adalah 35,50 dengan standar deviasi 9,89. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut pendidikan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di Panti yang tidak sekolah adalah 11,70 dengan standar deviasi 3,63, sedangkan strategi *seeking social support* lansia yang sekolah adalah 12,69 dengan standar deviasi 3,81. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *seeking social support* menurut pendidikan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di Panti yang tidak sekolah adalah 6,33 dengan standar deviasi 1,21, sedangkan strategi *religious coping* lansia yang sekolah adalah 6,56 dengan standar deviasi 1,32. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut pendidikan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

4) Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut pekerjaan pada lansia di Panti

Hasil analisis tabel 5.7 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di Panti yang tidak bekerja adalah 33,36 dengan standar deviasi 11,74, sedangkan tingkat stres lansia yang bekerja adalah 43,18 dengan standar deviasi 7,71. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pekerjaan pada lansia di Panti ( $P\ value < 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di Panti yang tidak bekerja adalah 44,09 dengan standar deviasi 2,77, sedangkan strategi

*problem focused coping* lansia yang bekerja adalah 38,98 dengan standar deviasi 10,74. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut pekerjaan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di Panti yang tidak bekerja adalah 39,73 dengan standar deviasi 7,47, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia yang bekerja adalah 33,67 dengan standar deviasi 10,34. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut pekerjaan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *seeking social support* lansia di Panti yang tidak bekerja adalah 13,36 dengan standar deviasi 3,41, sedangkan strategi *seeking social support* lansia yang bekerja adalah 11,64 dengan standar deviasi 3,69. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *seeking social support* menurut pekerjaan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di Panti yang tidak bekerja adalah 7,09 dengan standar deviasi 1,220, sedangkan strategi *religious coping* lansia yang bekerja adalah 6,82 dengan standar deviasi 1,19. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut pekerjaan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

5) Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut status pernikahan pada lansia di Panti

Hasil analisis tabel 5.7 menunjukkan rerata tingkat stres lansia di Panti dengan status menikah adalah 36,26 dengan standar deviasi 8,89, sedangkan tingkat stres lansia dengan status duda/janda adalah 43,81 dengan standar deviasi 8,68. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut status pernikahan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *problem focused coping* lansia di Panti dengan status menikah adalah 39,37 dengan standar deviasi 11,59, sedangkan strategi *problem focused coping* lansia dengan status duda/janda adalah 40,30 dengan standar deviasi 9,06. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut status pernikahan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata strategi *emotion focused coping* lansia di Panti dengan status menikah adalah 37,58 dengan standar deviasi 11,93, sedangkan strategi *emotion focused coping* lansia dengan status duda/janda adalah 33,46 dengan standar deviasi 8,85. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut status pernikahan pada lansia di Panti ( $P\ value > 0,05$ ).



Rerata strategi *seeking social support* lansia di Panti dengan status menikah adalah 12,32 dengan standar deviasi 4,20, sedangkan strategi *seeking social support* lansia dengan status duda/janda adalah 11,81 dengan standar deviasi 3,42. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara status pernikahan dengan strategi *seeking social support* menurut status pernikahan pada lansia di Panti ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Rerata strategi *religious coping* lansia di Panti dengan status menikah adalah 6,53 dengan standar deviasi 1,17, sedangkan strategi *religious coping* lansia dengan status duda/janda adalah 6,32 dengan standar deviasi 1,27. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* status pernikahan pada lansia di Panti ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Hasil uji bivariat analisis kesetaraan dapat disimpulkan bahwa karakteristik lansia menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan lansia di keluarga dan di Panti adalah setara atau homogen artinya tidak ada perbedaan karakteristik pada kedua kelompok lansia di keluarga dan di Panti dengan  $P\text{ value} > 0,05$ . Hasil analisis ditemukan terdapat perbedaan tingkat stres dan strategi koping lansia di keluarga dan Panti. Tingkat stres lansia di Panti lebih tinggi dari lansia di keluarga. Lansia di Panti lebih sering menggunakan strategi *problem focused coping* dan *emotion focused coping*, lansia di keluarga lebih sering menggunakan strategi *religious coping*. Tidak ada perbedaan penggunaan strategi *seeking social support* di kedua tempat tinggal lansia. Hasil analisis juga ditemukan ada hubungan yang

signifikan antara strategi koping dengan tingkat stres, dimana semakin tinggi penggunaan strategi koping maka akan semakin menurunkan tingkat stres lansia di keluarga dan Panti.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut umur pada lansia di keluarga dan di Panti, dimana semakin tinggi umur lansia maka akan semakin meningkat penggunaan strategi *religious coping*. Ada perbedaan yang signifikan tingkat stres dan penggunaan strategi *problem focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga. Ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di Panti. Ada perbedaan yang signifikan tingkat stres dan penggunaan strategi *problem focused coping* menurut pendidikan pada lansia di keluarga. Ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pekerjaan pada lansia di keluarga dan di Panti. Ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut status pernikahan pada lansia di keluarga dan di Panti, strategi *emotion focused coping* pada lansia di keluarga.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini menjelaskan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian. Aspek yang dijelaskan adalah perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Selain itu juga akan dijelaskan berbagai keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan kepentingan penelitian. Secara rinci aspek diatas diuraikan sebagai berikut:

#### **A. Interpretasi Hasil Penelitian**

##### **1. Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia yang Tinggal di Rumah Bersama Keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen**

###### **a. Perbedaan tingkat stress pada lansia di keluarga dan Panti**

Hasil analisis univariat menunjukkan adanya perbedaan rerata skor tingkat stres pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan di Panti, dimana tingkat stres lansia di Panti lebih tinggi dari lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian berdasarkan skala penilaian *CAPE* yang menggambarkan bahwa persentase

lansia yang tinggal di Panti cenderung mengalami stres dibanding yang tinggal di rumah. (Al-Nasir & Al-Hadad, 1999, conclusion section, <http://www.findarticles.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009). Diperkuat dengan hasil studi Intermill & McCuan (1991, dalam Boyd & Nihart, 1998) bahwa 15-25% lansia yang berusia 65 tahun keatas mengalami gangguan mental dan persentase tersebut meningkat dengan institusional. Keadaan ini didukung oleh pendapat Mark (1997), Meiner dan Lueckenotte (2006) yang mengatakan bahwa tempat tinggal sangat mempengaruhi emosional dan kesehatan fisik seseorang. Holmes dan Rahe (1967, dalam Miller, 2004) menempatkan lingkungan tempat tinggal sebagai sumber stres urutan ke-27 dari 41 dengan skor 25 dari total skor 100.

Penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian Nurleli dan Istiadonna (2004) bahwa lansia yang tinggal di Panti Sosial Jroh Naguna Aceh mengalami depresi ringan sebanyak 37 orang (54,41%). Depresi merupakan fungsi negatif yang diakibatkan oleh stres, dimana stres memiliki hubungan yang sangat erat terhadap terjadinya depresi (Miller, 1995). Seseorang mengalami depresi akibat tidak mampu berespon dan beradaptasi terhadap stresor dengan baik. Respon dan adaptasi terhadap stresor juga dipengaruhi oleh sistem dukungan yang dimiliki oleh lansia. Rendahnya tingkat dukungan sosial merupakan satu kondisi yang dapat menyebabkan lansia menjadi lebih rentan mengalami stres. Didukung hasil penelitian Hariyanthi dan Istiadonna (2004) tentang tingkat dukungan sosial pada lansia di Panti Sosial Jroh Naguna Aceh, dari 68 orang

responden 51,47% memiliki dukungan yang rendah. Hal ini menambah asumsi bahwa kondisi di Panti rentan akan kejadian stres. Hasil penelitian Voekl dan Mathieu (1993, dalam Harper, 1998) mengatakan walaupun memiliki fasilitas yang baik di Panti namun banyak lansia yang menghabiskan sebagian waktu mereka dengan hanya melakukan sedikit aktivitas, umumnya tidak melakukan aktivitas, hanya melamun dan kesendirian yang dapat menurunkan harga diri, suntuk, stres dan depresi.

Watson (2003) berpendapat bahwa menurut pandangan sebagian lansia keberadaan di Panti adalah akibat penolakan keluarga terhadap dirinya sehingga membuat mereka semakin stres berada di Panti. Beberapa hasil studi ditemukan bahwa penempatan lansia di Panti Wredha bisa mendatangkan stres yang diakibatkan oleh timbulnya pertengkaran, ketakutan, kecemasan, dan menarik diri. Terlebih dalam konteks ke-Indonesian pada umumnya bahwa lansia seringkali menghayati penempatan mereka di Panti sebagai bentuk pengasingan dan pemisahan dari perasaan kehangatan yang terdapat dalam keluarga, apalagi lansia yang masih memiliki anak dengan kondisi hidup berkecukupan. Perasaan-perasaan negatif akan muncul dalam benak lansia dimana pada saat tertentu perasaan-perasaan tersebut akan timbul dan menimbulkan stres (YoMon, 2008 ¶ 2, <http://www.gerbanglansia.com/>, diakses tanggal 7 Februari 2009). Namun pada keadaan dimana keluarga dari lansia mempunyai keterbatasan waktu, dana, tenaga, dan kemampuan untuk merawat lansia, maka tempat yang menjadi pilihan adalah Panti Wredha (Versayanti, 2008

¶ 6, Merawat Lansia di Rumah Sendiri atau Panti Wredha, <http://www.tanyadokteranda.com/>, diakses tanggal 7 Februari 2009). Didukung oleh pendapat Lazarus dan Folkman (1984) mengatakan bahwa persepsi atau pengalaman individu terhadap perubahan menimbulkan stres, dimana stimuli yang mengawali atau mencetuskan perubahan disebut *stressor*.

*Stressor* menunjukkan suatu kebutuhan yang tidak terpenuhi baik kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, lingkungan, perkembangan, spiritual maupun kultural. Secara umum *stressor* diklasifikasikan sebagai *stressor* internal berasal dari dalam diri individu, misalnya demam, konflik, tekanan dan kecemasan. Sementara *stressor* eksternal berasal dari luar individu, misalnya perubahan yang bermakna pada lingkungan, kepadatan, perubahan dalam peran keluarga atau sosial dan fasilitas kesehatan yang tidak memadai (Lazarus & Folkman, 1984; Perry & Potter, 1997; Hill, 2004). Menurut Lazarus (1984) berbagai kejadian dan perubahan lingkungan disekitar individu dapat bersifat positif, netral ataupun negatif yang akan menjadi *stressor*.

Stres bukan penyakit melainkan hanya suatu gejala, namun stres yang berkepanjangan akan sangat membahayakan kondisi seseorang, karena bisa menyebabkan depresi terlebih pada lansia. Kondisi stres sangat dipengaruhi oleh *stressor* sehingga jika jumlah *stressor* meningkat atau banyak maka tingkat stres seseorang akan meningkat (Potter & Perry,

1997). Petugas Panti mengatakan bahwa lansia di Panti sangat banyak mengalami penyakit fisik. Keadaan ini didukung oleh pendapat Salamah (2005) bahwa permasalahan kesehatan yang dialami lansia di Panti sangat bervariasi mulai dari penyakit fisik yang paling banyak terjadi antara lain hipertensi, rheumatik, asam urat, gastritis dan lainnya. Panti ini dihuni oleh 60 lansia berumur 60 tahun keatas dan berasal dari berbagai daerah baik dari Aceh maupun dari luar. Perbedaan daerah asal membawa pengaruh terhadap kebiasaan, gaya bicara dan tingkah lakunya, disamping latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu lansia juga berpengaruh dalam segala perbuatannya. Keadaan ini menjadi pemicu terjadinya konflik antar lansia yang merupakan sumber stres pada lansia di Panti. Pengelola Panti juga mengaku bahwa antar lansia sering terjadi keributan dan pertengkaran dengan sesama. Sesuai dengan hasil studi ditemukan banyak lansia yang membuat pelanggaran dan keributan di Panti yang mengakibatkan perubahan emosional dan menimbulkan stres pada lansia (Krause, 1994, dalam Harper, 1998). Tingkat stres akan meningkat dengan banyaknya konflik serta rendahnya sistem pendukung dalam mengatasi sumber stres (Weigel, 1998, dalam Herwina, 2006).

Hasil analisis data menunjukkan bahwa tingkat stres lansia yang tinggal di rumah lebih ringan, keadaan ini didukung oleh pendapat Nugroho (2000) bahwa lansia didalam keluarga akan merasa lebih nyaman, lebih tenang karena bagi lansia keluarga dan rumah merupakan tempat berkumpul bagi mereka sehingga akan menurunkan tingkat stres. Keadaan ini berbeda

sekali dengan penelitian Steinmetz (1987, dalam Friedman, 2002) dilaporkan bahwa terjadi penyiksaan lansia di keluarga dimana 30% melalui teriakan, 8,5% mengancam akan mengirim ke Panti, 17% tidak memberi makan, 7,2% melarang secara fisik, 2,5% menampar, meninju dan menggoncang. Dilaporkan bahwa lansia mendapat perlakuan yang kejam dalam keluarga yang dilakukan oleh anak mereka sendiri dimana hal tersebut akan menimbulkan stres bagi lansia. Perbedaan hasil penelitian ini diakibatkan oleh adanya perbedaan gaya hidup, kultur budaya, status sosial antara budaya Amerika yang menekankan pada individualitas dan Indonesia yang lebih pada kekeluargaan. Kebudayaan dan keyakinan yang dimiliki oleh bangsa Indonesia masih sangat menjunjung tinggi harkat dan martabat orang tua. Dalam ajaran Islam juga memiliki kaidah bahwa surga berada dibawah telapak kaki ibu, sehingga sangat menuntut seorang anak untuk menghormati dan menghargai orang tua yang telah bersusah payah melahirkan dan membesarkannya. Keadaan ini memberikan gambaran fenomena yang terjadi dalam masyarakat Indonesia khususnya masyarakat Aceh yang didominasi oleh masyarakat muslim bahwa kondisi perawatan lansia di rumah oleh keluarga baik.

Hasil penelitian juga ditemukan bahwa lansia di keluarga 43% memiliki status pernikahan menikah, dibandingkan lansia di Panti 66% berstatus janda/duda. Fenomena ini menggambarkan kondisi status pernikahan lansia di Panti lebih banyak yang sudah tidak memiliki pasangan hidup dibandingkan dengan lansia di keluarga. Berdasarkan teori kesinambungan



(*continuity theory*), Miller (2004) mengemukakan proses penuaan erat kaitannya dengan daya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia, dimana pengalaman hidup seseorang pada suatu waktu menjadi gambarannya pada saat ia menjadi lansia. Disini lansia cenderung untuk mempertahankan kelanjutan dari kebiasaan, dan kesenangan mereka secara konsisten sesuai kepribadian walau hidup tanpa pasangan (Stuart and Laraia, 2005; Potter & Perry, 1997), namun bagi individu yang tidak adaptif cenderung menimbulkan stres (Roy, 1977, dalam Tomey & Alligood, 2006).

Hasil penelitian menggambarkan kondisi lansia di Panti lebih stres dibandingkan lansia di keluarga. Perawat dan pengelola Panti perlu perhatian khusus bagi lansia di Panti. Berbagai upaya dapat dilakukan guna menurunkan tingkat stres pada lansia khususnya pada lansia di Panti. Mengingat masalah yang dihadapi lansia sangat kompleks dari berbagai aspek yang dapat menimbulkan stres maka dalam pemberian intervensi diperlukan penanganan dan strategi yang tepat. Perawat dan pemberi pelayanan harus mempersiapkan diri dengan pembekalan ilmu dan keterampilan yang baik dan mendukung dalam pelaksanaan intervensi. Berbagai intervensi dapat diupayakan antara lain dengan pemberian edukasi terkait penanganan stres dan penggunaan strategi koping yang efektif, memberikan konseling pada lansia khususnya yang memiliki stres berat, mengupayakan pembentukan *peer group* dan *self help group* baik pada lansia di keluarga maupun di rumah. Intervensi lainnya dapat

diupayakan melakukan jejaring kemitraan terkait mendapatkan dukungan dari berbagai pihak baik itu dengan Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial guna mendapatkan dukungan dalam meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup lansia.

b. Perbedaan strategi koping pada lansia di keluarga dan Panti

Hasil analisis univariat menunjukkan adanya perbedaan rerata skor strategi koping pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Hasil uji beda dua mean menunjukkan ada perbedaan rerata strategi koping pada lansia yang tinggal bersama keluarga dengan lansia di Panti. Strategi *problem focused coping* dan *emotion focused coping* lebih sering digunakan lansia di Panti, strategi *religious coping* lebih sering digunakan lansia di keluarga dan strategi *seeking social support coping* tidak ada perbedaan antara kedua tempat lansia.

Penelitian ini menunjukkan bahwa lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti telah menggunakan strategi koping yang cukup variatif dalam memecahkan masalah yang mereka hadapi yaitu *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support coping* dan *religious coping*. Kolaborasi keempat koping *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support coping* dan *religious coping* merupakan langkah paling tepat dan akan membawa pengaruh yang sangat baik pada individu yang sedang dihadapkan masalah. Namun lebih baik

lagi seandainya lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga terlebih lansia di Panti supaya lebih variatif lagi dalam menggunakan strategi koping dengan frekuensi yang lebih tinggi.

Hasil analisis data peneliti menemukan bahwa lansia di Panti lebih sering menggunakan *emotion focused coping* dan *problem focused coping* dibanding lansia di keluarga. Keadaan ini didukung oleh pendapat Lazarus dan Folkman (1984) yang mengatakan bahwa *emotion focused coping* lebih banyak digunakan pada situasi yang tidak mampu diubah karena keterbatasan sumber daya. Keadaan lansia di Panti dapat digambarkan dengan sumber stres yang banyak dan kondisi kesehatan lansia yang lemah akibat berbagai penyakit fisik sehingga sangat memungkinkan bagi lansia untuk berusaha menerima kenyataan. Mengingat lansia di keluarga banyak sistem pendukung yang menjadi sumber daya dalam mengatasi stres sehingga stres pada lansia di keluarga tidak lebih tinggi dibandingkan lansia di Panti, artinya penggunaan koping strategi *emotion focused coping* dan *problem focused coping* tidak terlalu sering mengingat tingkat stres pada lansia di keluarga juga hanya pada tingkat yang ringan. Sementara hasil penelitian juga menunjukkan bahwa lansia di Panti lebih banyak menggunakan strategi *problem focused coping*, hal ini cukup relevan mengingat lansia di Panti memiliki tingkat stres yang tinggi sehingga memaksa mereka banyak menggunakan strategi *problem focused coping*, disamping itu kondisi lansia di Panti yang hidup dalam satu lingkungan tempat tinggal dan sangat memungkinkan lansia berinteraksi dengan

sesama termasuk menyelesaikan masalah dengan sesama lansia ketika terjadi konflik, karena menurut petugas Panti banyak sekali diantara lansia terjadi konflik antar sesamanya yang menjadi salah satu sumber stres pada lansia di Panti.

Upaya untuk mengurangi tekanan psikologis dapat pula dilakukan dengan cara mencari dukungan *seeking social support* dalam memecahkan masalah (Lazarus & Folkman, 1984). Hasil analisis data ditemukan bahwa tidak ada perbedaan penggunaan strategi *seeking social support* pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan lansia di Panti, dimana kedua kelompok sering menggunakan strategi *seeking social support*. Keadaan ini terlihat dari upaya lansia yang sering berkonsultasi pada kepala Panti dan penyedia kesehatan yang dianggap orang dituakan dan mampu memecahkan masalah mereka. Menurut petugas Panti keadaan demikian memang terjadi di area Panti dimana Panti berupaya menciptakan kondisi yang serupa dengan masyarakat di Kelurahan yang memiliki perangkat desa sehingga dapat memfasilitasi lansia untuk berkonsultasi. Melihat hasil penelitian bahwa di kedua tempat tinggal lansia tidak ada perbedaan dalam menggunakan strategi *seeking social support*, dimana lansia di kedua tempat tinggal tersebut sering menggunakan strategi *seeking social support*. Dalam hal ini perawat dan pemberi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan terus upaya untuk mendukung lansia dalam penggunaan strategi *seeking social support*. Upaya tersebut dapat diwujudkan dengan pembentukan *self help group* sehingga lansia dapat dengan mudah mencari dukungan dan membina

hubungan baik, dengan harapan dapat terus meminimalkan stres pada lansia dan membantu lansia memecahkan setiap permasalahan yang dihadapinya.

Analisis data diatas peneliti juga menemukan bahwa lansia yang tinggal bersama keluarga lebih sering menggunakan *religious coping* dibanding lansia di Panti. Dalam hal ini peneliti tidak menemukan penelitian yang mendukung hasil penelitian ini, namun jika melihat dari segi budaya yang ada dalam masyarakat maka kondisi tersebut sangat mendukung. Kebiasaan yang ada di masyarakat Aceh khususnya sangat banyak kejadian-kejadian yang bersifat religi yang menyertakan para ibu dan lansia, seperti acara tahlilan ditempat orang meninggal, “peusujuk pengantin”, “turun tanah bayi” dan berbagai acara lainnya. Pengaruh adat dan budaya masyarakat religius dalam kehadiran dan keikutsertaan acara-acara tersebut hendaknya dapat meningkatkan rasa keimanan dan kedekatan kita pada Allah SWT, sehingga mereka cenderung melakukan pendekatan secara keagamaan (*religious coping*) dalam menghadapi sumber stres.

Berbeda dengan lansia di Panti yang memang jarang bahkan hampir tidak pernah mengikuti rutinitas tersebut. Dari hasil wawancara dengan petugas Panti juga ditemukan data bahwa acara pengajian yang diselenggarakan di Panti seminggu sekali diikuti tidak sampai 50% dari lansia tersebut. Beberapa fenomena ini sangat mendukung dan memperkuat asumsi bahwa lansia di Panti cenderung kurang terpapar dengan kegiatan-kegiatan keagamaan yang seyogianya dapat meningkatkan keimanan seseorang.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan penggunaan koping pada lansia di keluarga dan di Panti, dimana lansia lebih jarang melakukan strategi *religious coping*. Dalam hal ini dibutuhkan peran perawat dan pengelola Panti melakukan jejaring kemitraan terkait mencari dukungan dalam upaya meningkatkan religi lansia khususnya lansia di Panti. Berbagai kegiatan dapat dilakukan seperti mengadakan pengajian bersama setiap hari, kegiatan ini sangat mungkin dilakukan mengingat lansia di Panti tidak bekerja. Disamping itu dilakukan pencerahan dalam mengundang guru ngaji mengingat selama ini yang mengikuti pengajian tidak sampai 50% lansia di Panti. Kegiatan-kegiatan ini dilakukan hendaya dapat meningkatkan religi setiap lansia sehingga dapat membentuk kepribadian yang baik dan mendukung lansia dalam menggunakan strategi *religious coping* untuk menghadapi setiap permasalahan dalam kehidupan.

## **2. Hubungan Strategi Koping dengan Tingkat Stres Pada Lansia di Keluarga dan di Panti**

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara strategi *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support coping* dan *religious coping* dengan tingkat stres lansia yang di keluarga dan di Panti. Kolaborasi keempat koping yaitu *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support coping* dan *religious coping* merupakan langkah paling tepat dan akan membawa pengaruh yang sangat baik pada individu yang sedang dihadapkan masalah dan menurunkan tingkat stres.

Langkah awal individu akan melakukan ibadah dan memohon petunjuk dari Tuhan (*religious coping*), dimana keyakinan tersebut menghadirkan efek yang kuat dalam membentuk emosi positif (*emotion focused coping*), dengan harapan membantu individu berfikir jernih dalam menentukan langkah-langkah dalam mengatasi masalah (*problem focused coping*) yang disertai dengan upaya mencari dukungan dalam menyikapi masalah (*seeking social support*), upaya dengan mencari informasi, dukungan emosional atau sumber yang nyata (Hill, 2004).

Menurut Pargament (1997) coping ditemukan ketika individu dihadapkan pada beberapa situasi, dimana coping merupakan proses yang *multidimensional* dan *multilayered*. Lebih jauh Pargament mengatakan ketika individu dihadapkan pada sebuah *stressor* maka akan berusaha mengatasinya dengan menggunakan beberapa respon dan tindakan yang mungkin untuk dilakukan. Lazarus (1984, dalam Hill, 2004) menegaskan bahwa coping adalah kekuatan yang stabil untuk menangani stres dan mengontrol emosi terhadap situasi stres. Lebih lanjut Lazarus menegaskan bahwa coping melibatkan kemampuan khusus yang dimiliki individu termasuk pemikiran dan pengalaman dalam memilih coping. Hal ini juga didukung oleh pendapat Pargament (1997, dalam Wenger, 2003) yang mengatakan bahwa *problem focused coping*, *emotion focused coping* dan *seeking social support coping* berkaitan dengan semakin menurunnya tingkat stres dan depresi. Keadaan ini bermakna bahwa strategi *problem focused coping*, *emotion focused coping* dan *seeking social support coping* akan menurunkan tingkat stres.

Berdasarkan hasil beberapa penelitian ditemukan bahwa *religious coping* merupakan coping yang paling efektif digunakan oleh lansia dalam menghadapi *stressor* (Pargament, 1997, dalam Wenger, 2003; Chatters, Taylor & Lincoln, 2001 dalam Hill, 2004). Dimana Pargament (1997, dalam Wenger, 2003) menegaskan bahwa *religious coping* dapat meningkatkan kesehatan mental seseorang. Hal ini bermakna bahwa strategi *religious coping* dapat menurunkan stres seseorang. Hal yang sama juga diungkapkan oleh McFadden (1995, dalam Wenger, 2003) bahwa keyakinan *religious* mempengaruhi kehidupan dan sebagai sumber yang memiliki dasar untuk menemukan makna dalam menyikapi kehilangan dan ketidakmampuan. Shanfranke (2001, dalam Wenger, 2003) mengindikasikan bahwa dalam sistem orientasi *religious* atau dimensi spiritual tidak hanya memberikan jawaban terhadap pertanyaan kehidupan religi secara tegas, namun juga lebih mendasar, membentuk hubungan, melakukan konstruksi yang berdampak terhadap pengalaman individu, termasuk pengalaman yang menyedihkan. Pargament (1997) mengatakan *religious coping* suatu upaya yang akan menimbulkan dampak-dampak positif seperti penyesuaian diri secara lebih baik.

Musick (1992, dalam Wenger, 2003) menemukan hubungan yang kuat antara aktivitas religi terhadap penurunan skala depresi. Penelitian Koenig (1988, dalam Wenger, 2003) pada 263 lansia ditemukan 95% yang melakukan sembahyang dan 81% yang memiliki kepercayaan religi memberikan kekuatan yang tinggi dalam menghadapi masalahnya. Lebih lanjut lansia memiliki tingkat religi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok umur lainnya, ditambah



lagi peningkatan umur pada lansia menjadikannya lebih bijak dalam memandang dan memaknai hidup. Artinya *religious coping* merupakan coping yang paling baik digunakan dalam menghadapi *stressor* seperti kehilangan, ketidakmampuan, kegagalan, kesedihan/ kesulitan, terlebih pada lansia yang seyogyanya senantiasa dihadapkan oleh banyak kejadian hidup yang negatif berupa *stressor* (Pargament, 1990, dalam Wenger, 2003).

Analisis data hasil penelitian sesuai dengan pendapat para ahli yang mengemukakan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara strategi coping terhadap tingkat stres pada lansia. Strategi coping merupakan proses yang dinamik terhadap tingkat stres yang memiliki persamaan berbanding terbalik, dimana semakin tinggi/sering penggunaan strategi coping maka akan menghasilkan adaptasi dan dapat meningkatkan integritas fisiologik dan psikologik individu sehingga akan semakin menurunkan tingkat stres. Strategi coping merupakan hal yang sangat berperan penting dalam upaya mengatasi stres. Namun keberhasilan perilaku coping didasarkan atas tiga fungsi yaitu: pertama, menghilangkan atau memodifikasi kondisi yang menimbulkan masalah; kedua, mengendalikan arti pengalaman yang dipersepsikan, dan ketiga mempertahankan konsekuensi emosional agar masih dalam batas kemampuan mengatasinya (Yani, 1997).

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan terdapat hubungan antara strategi *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support coping* dan *religious coping* dengan tingkat stres lansia yang di

keluarga dan di Panti. Dalam hal ini perawat komunitas dan pengelola Panti supaya terus berupaya meningkatkan intervensi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan lansia dalam melakukan strategi koping yang efektif untuk memecahkan masalah sehingga dapat menurunkan stres pada lansia. Berbagai intervensi dapat dilakukan dengan memberikan edukasi dan konseling yang optimal terkait penanganan stres dan penggunaan strategi koping, membentuk *peer group* dan *self help group* serta meningkatkan kerjasama dengan melakukan jejaring kemitraan dengan Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial untuk mendapatkan dukungan yang dapat dimanfaatkan untuk pemberdayaan lansia demi meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup lansia. Jejaring kemitraan juga perlu dilakukan untuk meningkatkan upaya-upaya yang mendukung peningkatan religi khususnya dengan lansia yang di Panti mengingat penggunaan strategi *religious coping* di Panti masih jarang dilakukan.

### **3. Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Menurut Karakteristik Pada Lansia di Keluarga dan di Panti**

Berdasarkan hasil penelitian tingkat stres dan proses strategi koping dipengaruhi oleh karakteristik individu, pengalaman individu pada situasi serupa, persepsi individu terhadap kemampuan dirinya dan lingkungannya serta berbagai sumber daya personal dan lingkungan sebagai sistem pendukung. Sementara yang termasuk karakteristik individu adalah umur, jenis kelamin, intelegensia, pendidikan, kesehatan dan keyakinan (Hobfoll, Greenberg & Solomon, 1996, dalam Hill, 2004; Lazarus & Folkman, 1984).

Faktor-faktor tersebut diatas sangat berperan bagi individu dalam memilih strategi koping yang akan digunakan untuk mengatasi situasi stres.

- a. Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut umur pada lansia di keluarga dan di Panti

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang signifikan penggunaan strategi *religious coping* menurut umur pada lansia di keluarga dan di Panti, dimana semakin meningkatnya umur maka akan semakin sering menggunakan strategi *religious coping*. Hasil ini didukung oleh hasil penelitian Pargament (1997) yang menunjukkan semakin meningkatnya umur seseorang maka akan semakin sering menggunakan strategi *religious coping*. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Koenig (1988, dalam Wenger, 2003) pada 263 lansia ditemukan 95% lansia yang melakukan sembahyang dan 81% yang memiliki kepercayaan religi memberikan kekuatan yang tinggi dalam menghadapi masalahnya. Lebih lanjut lansia memiliki tingkat religi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok umur lainnya, ditambah lagi peningkatan umur pada lansia menjadikannya lebih bijak dalam memandang dan memaknai hidup. Artinya *religious coping* merupakan koping yang paling baik digunakan dalam menghadapi *stressor* seperti kehilangan, ketidakmampuan, kegagalan, kesedihan/ kesulitan, terlebih pada lansia yang seyogianya senantiasa dihadapkan oleh banyak kejadian hidup yang negatif berupa *stressor* (Pargament, 1990, dalam Wenger, 2003). Strategi *religious coping* merupakan koping yang paling efektif digunakan oleh lansia dalam

menghadapi *stressor* (Pargament, 1997, dalam Wenger, 2003; Chatters, Taylor & Lincoln, 2001 dalam Hill, 2004).

Hasil analisis peneliti membuktikan bahwa ada perbedaan penggunaan strategi *religious coping* menurut umur. Semakin meningkatnya umur seseorang maka akan semakin sering menggunakan strategi *religious coping*.

Mengingat strategi *religious coping* sangat penting digunakan terlebih menurut Pargament (1997) langkah awal seorang individu dalam menghadapi *stressor* maka sebaiknya menggunakan strategi *religious coping* karena religi penting dalam membentuk kepribadian seseorang.

Perlu dilakukan upaya-upaya untuk dapat meningkatkan penggunaan strategi *religious coping* pada lansia. Perawat komunitas perlu melakukan intervensi berupa konseling dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan lansia menggunakan strategi *religious coping*.

- b. Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga dan Panti.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang signifikan tingkat stres pada lansia menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga, dimana lansia perempuan menunjukkan tingkat stres lebih tinggi dibandingkan dengan lansia laki-laki. Hal ini sesuai teori yang dikemukakan oleh Pargament (1997) bahwa perempuan cenderung mengalami stres lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki, hal ini disebabkan perempuan cenderung merasa lebih tertekan terhadap hal-hal yang dialaminya sehari-hari. Hal

inimembuktikan bahwa jenis kelamin berhubungan dengan tingkat stres. Perempuan cenderung memiliki tingkat stres yang lebih tinggi. Hasil analisis peneliti dapat disimpulkan bahwa tingkat stres perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Bagi perempuan perlu dicarikan penggunaan strategi koping yang tepat maupun intervensi lainnya melalui konseling maupun edukasi untuk meningkatkan dan memberdayakan kemampuan dan keterampilan lansia. Intervensi tersebut diharapkan lansia aktif dalam kegiatan dan aktivitas yang bermanfaat guna meningkatkan kesehatan lansia dengan mengembangkan pola pikir yang positif.

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga. Strategi *problem focused coping* meliputi upaya individu mengatasi ancaman yang diarahkan pada *stressor* untuk memecahkan masalah, dengan cara mengubah masalah yang dihadapi, mempertahankan tingkah laku atau dengan mengubah kondisi lingkungan. Individu akan menggunakan strategi ini bila menilai situasi yang dihadapinya dapat dikontrol dan yakin akan mampu mengubahnya (Lazarus & Folkman, 1984). Hasil analisis data menunjukkan bahwa laki-laki lebih cenderung menggunakan *problem focused coping*, hal ini didukung oleh pendapat Sarafino (1994) berdasarkan penelitiannya mengatakan bahwa gender berperan dalam melakukan koping, laki-laki cenderung menggunakan *problem focused coping*. Keadaan ini membuktikan bahwa jenis kelamin

berhubungan dengan penggunaan strategi *problem focused coping*. Laki-laki cenderung menggunakan strategi *problem focused coping*.

Hasil analisis peneliti dapat disimpulkan bahwa strategi *problem focused coping* lebih sering digunakan oleh lansia laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Mengingat strategi *problem focused coping* juga sangat baik digunakan dalam menghadapi *stressor* maka perlu ditingkatkan penggunaannya pada perempuan khususnya yang masih rendah frekuensi penggunaannya. Peningkatan penggunaan strategi *problem focused coping* diharapkan akan menjadi efisien dan efektifitas dalam upaya menurunkan tingkat stres. Dalam hal ini perlunya intervensi yang dapat mengupayakan lansia khususnya lansia perempuan untuk lebih meningkatkan penggunaan strategi *problem focused coping*, antara lain melalui konseling dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan lansia dalam penggunaan strategi *problem focused coping* untuk menurunkan tingkat stres.

Hasil analisis ada perbedaan yang signifikan *emotion focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di Panti, dimana lansia perempuan lebih sering menggunakan *emotion focused coping*. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Sarafino (1994) menemukan bahwa gender berperan dalam melakukan coping, perempuan cenderung menggunakan *emotion focused coping*. Keadaan ini membuktikan bahwa jenis kelamin berbeda dalam

penggunaan strategi *emotion focused coping*. Perempuan cenderung menggunakan strategi *emotion focused coping*.

Hasil analisis peneliti dapat disimpulkan bahwa strategi *emotion focused coping* lebih sering digunakan oleh lansia perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Mengingat strategi *emotion focused coping* juga sangat baik digunakan dalam menghadapi *stressor* maka perlu ditingkatkan penggunaannya pada lansia khususnya pada laki-laki. Peningkatan penggunaan strategi *emotion focused coping* ini lebih mengarah untuk mengkombinasikan penggunaannya dengan strategi coping yang lain tentunya. Peningkatan penggunaan strategi *emotion focused coping* diharapkan akan menjadi efisien dan efektifitas dalam upaya menurunkan tingkat stres. Dalam hal ini perlunya intervensi yang dapat mengupayakan lansia khususnya lansia laki-laki untuk lebih meningkatkan penggunaan strategi *emotion focused coping*, antara lain melalui konseling dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan lansia dalam penggunaan strategi *emotion focused coping* untuk menurunkan tingkat stres. Intervensi lainnya dapat diwujudkan dengan membentuk *peer group* yang menggabungkan antara laki-laki dan perempuan diharapkan mereka akan lebih bisa mengekspresikan perasaan antara satu sama lain dengan berbagi pengalaman sehingga penggunaan kedua coping akan lebih berinteraksi.

- c. Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut pendidikan pada lansia di keluarga dan Panti.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pendidikan pada lansia di keluarga, dimana lansia yang tidak sekolah cenderung mengalami stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang sekolah. Pendidikan menyumbangkan berbagai wahana dan pengetahuan sehingga orang akan menjadi tahu lebih banyak dan menambah proses pikirnya sehingga dapat meningkatkan kematangan dan kedewasaan diri dalam menghadapi masalah.

Hasil analisis juga menunjukkan ada perbedaan yang signifikan penggunaan strategi *problem focus coping* menurut pendidikan pada lansia di keluarga, dimana lansia yang tidak sekolah lebih jarang menggunakan strategi *problem focus coping* dibandingkan dengan lansia yang memiliki pendidikan. *Problem focused coping* meliputi upaya individu memecahkan masalah dengan cara mengubah masalah yang dihadapi, mempertahankan tingkah laku atau dengan mengubah kondisi lingkungan. Individu akan menggunakan strategi ini bila menilai situasi yang dihadapinya dapat dikontrol dan yakin mampu mengubahnya (Lazarus & Folkman, 1984).

Hasil penelitian ini didukung oleh pendapat ahli yang mengatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang akan memberikan sumbangan pengetahuan lebih banyak sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan yang lebih baik (Redman, 1993, dalam Potter, Patricia A, 2005). Pendapat lainnya dikemukakan oleh Stuart dan Laraia



(2005) yang mengatakan bahwa pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam melakukan interaksi dengan orang lain. Keadaan tersebut sangat mendukung seseorang dalam menggunakan strategi *problem focus coping* untuk memecahkan masalah sehingga dengan sendirinya dapat menurunkan tingkat stres.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalahnya. Pada lansia yang sekolah tentunya memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan yang tidak sekolah, hal ini erat kaitannya ketika mengalami masalah akan segera melakukan strategi koping dengan harapan dapat menyelesaikan masalah dan menurunkan tingkat stres. Lansia yang tidak sekolah tentunya memiliki pengetahuan yang lebih rendah sehingga perlu intervensi berupa edukasi untuk meningkatkan pengetahuannya. Upaya lain membentuk *support group*, *peer group* lansia untuk membantu dan memfasilitasi dalam meningkatkan pengetahuan lansia terkait penanganan stres dan penggunaan strategi *problem focus coping*. Diharapkan intervensi ini dapat memberikan kontribusi maksimal dalam upaya menurunkan tingkat stres pada lansia.

- d. Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut pekerjaan pada lansia di keluarga dan Panti.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan tingkat stres menurut pekerjaan pada lansia di keluarga, dimana seseorang yang tidak memiliki pekerjaan

cenderung mengalami stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang memiliki pekerjaan. Keadaan ini erat kaitannya dengan kehilangan peran, kehilangan pendapatan dan kehilangan kontak dengan kelompok sebaya. Miller (2004) mengidentifikasi beberapa perubahan psikososial yang menjadi *stressor* pada lansia antara lain *retirement* (menarik diri). Menarik diri terjadi akibat kehilangan pendapatan, kehilangan peran/identitas, kehilangan status, kehilangan struktur, kehilangan tujuan hidup, kehilangan kontak dengan kelompok sebaya (Miller, 2004). Menarik diri terjadi akibat perilaku sosial yang mempengaruhi penyesuaian individu. Sama halnya dengan lansia di Amerika dimana kekuatan bekerja dinilai berdasarkan kontribusinya dalam bekerja. Lansia pekerja akan memiliki status kesehatan yang lebih tinggi dari lansia pengangguran, sehingga lansia yang tidak aktif bekerja akan mudah menarik diri dan menjadi stres. Hasil penelitian diketahui bahwa lansia di keluarga yang dahulunya memiliki pekerjaan sampai saat ini masih bekerja, sehingga stres yang dialami lansia yang bekerja lebih rendah dibandingkan lansia yang tidak bekerja.

Hasil analisis ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pekerjaan pada lansia di Panti, dimana lansia yang dahulunya bekerja memiliki tingkat stres yang tinggi dibandingkan yang dahulunya tidak bekerja. Hal ini disebabkan karena pada lansia yang dahulunya bekerja terjadi fase kehilangan peran, kehilangan pendapatan, kehilangan peran. Kehilangan yang dialami oleh lansia ini menimbulkan rasa tidak

dibutuhkan lagi oleh orang lain dan tidak memiliki pendapatan lagi. Miller (2004) mengidentifikasi beberapa perubahan psikososial yang menjadi *stressor* pada lansia antara lain *retirement* (menarik diri). Menarik diri terjadi akibat kehilangan pendapatan, kehilangan peran/identitas, kehilangan status, kehilangan struktur, kehilangan tujuan hidup, kehilangan kontak dengan kelompok sebaya (Miller, 2004). Menarik diri terjadi akibat perilaku sosial yang mempengaruhi penyesuaian individu. Sama halnya dengan lansia di Amerika dimana kekuatan bekerja dinilai berdasarkan kontribusinya dalam bekerja.

Melihat fenomena yang terjadi pada lansia di keluarga maupun di Panti cukup relevan, mengingat kondisi lansia yang dulunya bekerja namun sekarang sudah tidak bekerja lagi memberi muatan terhadap peningkatan stres pada lansia. Masalah pekerjaan terkait dengan kemiskinan, tidak memadainya fasilitas, tidak adekuatnya pemenuhan kebutuhan makan dan perumahan, rendahnya pemenuhan perawatan kesehatan, sedikitnya dapat memicu sumber individu untuk mengatasi situasi stres dan adanya perasaan tidak berdaya.

Berdasarkan hasil penelitian diatas dan penelitian sebelumnya dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat stres menurut pekerjaan pada lansia di keluarga dan di Panti. Pekerjaan diasumsikan sebagai bentuk pengakuan status sosial dalam kehidupan sehari-hari, dengan bekerja seseorang akan

lebih sering bertemu dan saling berinteraksi, saling tukar pengalaman dengan orang lain dalam upaya mencari solusi memecahkan masalah yang dihadapi. Perlunya pembinaan dan dukungan dengan menganjurkan lansia melakukan aktivitas-aktivitas ringan setiap harinya sesuai kemampuannya seperti melakukan olahraga secara rutin. Perawat perlu melakukan jejaring kemitraan terkait mendapatkan dukungan dari berbagai pihak diharapkan lansia dapat melakukan dan mengembangkan hobi atau kemampuannya terutama bagi aktivitas yang merupakan usaha ekonomi produktif, yang secara tidak langsung akan dapat menurunkan tingkat stres pada lansia.

- e. Perbedaan tingkat stres dan strategi koping menurut status pernikahan pada lansia di keluarga dan Panti.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan tingkat stres menurut status pernikahan pada lansia di keluarga dan di Panti, dimana lansia yang tidak memiliki pasangan cenderung mengalami stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang memiliki pasangan. Hal ini didukung berdasarkan teori kesinambungan (*continuity theory*) oleh Miller (2004) mengemukakan proses penuaan erat kaitannya dengan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia, dimana pengalaman hidup seseorang pada suatu waktu menjadi gambarannya pada saat ia menjadi lansia. Walaupun hidup tanpa pasangan disini lansia cenderung untuk mempertahankan kelanjutan dari kebiasaan, dan kesenangan mereka secara konsisten sesuai kepribadian (Stuart and Laraia, 2005; Potter & Perry,

1997), namun bagi individu yang tidak adaptif cenderung menimbulkan stres (Roy, 1977, dalam Tomey & Alligood, 2006).

Hasil analisis peneliti sesuai dengan pendapat para ahli dimana terdapat perbedaan tingkat stres menurut status pernikahan lansia, lansia yang tidak memiliki pasangan cenderung mengalami stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang memiliki pasangan. Disini perlu adanya intervensi yang mendukung dan meningkatkan upaya mengatasi stres khususnya pada lansia yang tidak lagi memiliki pasangan hidup. Perawat dapat meningkatkan kemampuan mengatasi stres dengan berbagai upaya antara lain dengan edukasi tentang stres dan penanganannya, memberikan konseling pada lansia terlebih pada yang mengalami stres berat atau masalah yang sulit untuk diatasi oleh lansia. Selain itu pembentukan *peer group* sangat membantu lansia dalam melakukan *sharing* dan lebih komunikatif sehingga leluasa mengungkapkan perasaannya sehingga dapat menurunkan tingkat stres. Pembentukan *support group* diharapkan mampu membantu lansia yang sudah tidak lagi memiliki pasangan supaya tetap bisa meningkatkan upaya dalam menangani masalah yang dialami dan memilih strategi koping yang efektif sehingga tingkat stres dapat diturunkan.

Hasil analisis ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut status pernikahan, dimana lansia yang menikah lebih sering menggunakan strategi *emotion focused coping*. *Emotion focused coping* meliputi upaya dengan mengorientasikan individu untuk mengurangi emosi

bersifat negatif berupa ketegangan dan perasaan yang tidak menyenangkan yang muncul akibat stres, antara lain dengan cara menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti denial dan supresi (Lazarus & Folkman, 1984). Keadaan ini sesuai dengan hasil penelitian terkait dengan lansia yang memiliki pasangan hidup lebih bisa mengontrol emosinya mengingat mereka memiliki pasangan sebagai tempat mencurahkan isi hati terkait masalah dan persoalan dalam kehidupan.

Dalam hal ini perawat berperan penting dalam memberikan intervensi mengingat banyak jumlah lansia yang sudah tidak memiliki pasangan hidup. Perawat dapat menyiasatinya dengan berbagai tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan seperti membentuk *peer group* supaya antar lansia bisa lebih komunikatif sesamanya guna menciptakan suasana yang kondusif sehingga dapat menurunkan tingkat stres. Pembentukan juga diharapkan akan membantu lansia dalam mengatasi stres dengan menggunakan strategi koping yang efektif sehingga stres dapat diminimalkan.

## **B. Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menyadari keterbatasan penelitian ini disebabkan beberapa faktor, meliputi;

### **1. Instrumen penelitian**

Kuesioner untuk mengukur skala stress yang digunakan dalam penelitian ini belum mempunyai nilai baku. Instrumen disusun berdasarkan teori-teori yang peneliti kembangkan pada tinjauan pustaka. Beberapa item pertanyaan dalam

instrumen yang digunakan peneliti dikembangkan dari kuesioner Herwina (2006) dan Prasi (2002), yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti.

Kuesioner untuk mengukur strategi koping yang digunakan dalam penelitian ini belum mempunyai nilai baku di Indonesia. Instrumen disusun berdasarkan yang dikembangkan oleh Hill berdasarkan *Ways of Coping* dari Lazarus (1984) dengan mempertimbangkan kondisi dan keadaan lansia di wilayah penelitian. Peneliti menerjemahkan item-item ke dalam bahasa Indonesia dengan menggunakan bahasa yang sederhana sehingga mudah di mengerti oleh lansia.

Keterbatasan penelitian lain terkait uji validitas instrumen baru dilakukan satu kali uji coba. Setelah dilakukan uji coba untuk kuesioner skala stres ditemukan 2 (dua) item pernyataan yang tidak valid dan 6 (enam) item pernyataan untuk instrumen strategi koping. Peneliti merevisi instrumen yang tidak valid dengan merevisi kalimat yang lebih sederhana dan mudah dipahami oleh lansia sehingga instrumen tetap bisa dipakai.

## **2. Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini terbatas pada karakteristik lansia. Sebenarnya masih banyak variabel lainnya yang bisa diteliti berhubungan dengan tingkat stress dan penggunaan strategi koping pada lansia. Selain dipengaruhi oleh karakteristik individu tingkat stres dan proses strategi koping dipengaruhi oleh pengalaman individu pada situasi serupa, persepsi individu terhadap kemampuan dirinya dan lingkungannya serta berbagai sumber daya personal dan lingkungan

sebagai sistem pendukung (Hobfoll, Greenberg & Solomon, 1996, dalam Hill, 2004; Lazarus & Folkman, 1984). Namun karena keterbatasan waktu sehingga peneliti tidak bisa melihat faktor-faktor lain yang mempengaruhi tingkat stres dan strategi koping lansia di keluarga dan di Panti.

### **C. Implikasi Hasil Penelitian.**

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

#### **1. Praktek Keperawatan Komunitas**

Hasil dari penelitian ini memberikan gambaran kepada lansia, keluarga, perawat, petugas Panti, pengelola Panti, termasuk Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial sebagai sistem pendukung terhadap peningkatan kesehatan dan kesejahteraan lansia yang termasuk dalam kelompok rentan (*vulnerable group*) dan risiko tinggi (*high risk*). Setiap individu lansia senantiasa dihadapkan pada situasi stres sebagai akibat dari akumulasi perubahan fisiologis dan psikososial pada proses menua. Stres merupakan kondisi yang dihasilkan dari interaksi individu dengan lingkungan yang dinilai melebihi kemampuan atau sumber daya seseorang dan mengancam kebahagiaan hidupnya (Lazarus & Folkman, 1984; Sarafino, 1994), dimana stres rentan dialami oleh lansia baik yang tinggal di Panti atau di rumah bersama keluarga. Penggunaan strategi koping yang efektif dapat mengurangi/menghilangkan dampak stres (Pargament, 1990, dalam Wenger, 2003).



Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat stres lansia di Panti lebih tinggi dibandingkan dengan di keluarga. Hasil penelitian berimplikasi terhadap praktek keperawatan komunitas. Penanganan stres dan penggunaan strategi koping pada lansia baik yang tinggal di rumah bersama keluarga maupun di Panti merupakan hal penting dan menjadi tantangan bagi perawat spesialis komunitas untuk memberikan pelayanan keperawatan melalui pendekatan teori dan model keperawatan. Intervensi dapat dilakukan melalui upaya-upaya nyata di masyarakat sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan lansia dengan adanya perubahan pola hidup kearah yang lebih baik dan sehat.

Terkait masalah stres dan strategi koping maka pelaksanaan konseling keperawatan tentu memiliki esensi khusus dalam mencari solusi pemecahan masalah secara efektif. Konseling akan menjadi efektif dilakukan jika didasari adanya hubungan yang positif antara konselor dan lansia dan kesediaan konselor untuk membantu. Kegiatan yang dapat dilakukan perawat antara lain menyediakan informasi, mendengar secara objektif, memberi dukungan, memberi asuhan dan meyakinkan lansia, mengidentifikasi masalah dan faktor-faktor yang terkait, memandu lansia menggali permasalahan dan memilih cara pemecahan masalah yang dapat dikerjakan sehingga diharapkan dapat menurunkan stres pada lansia.

Peran perawat sebagai *role model* berupaya menjadi panutan yang digunakan pada semua tingkatan pencegahan terutama perilaku hidup bersih dan sehat dengan menampilkan profesionalismenya yang menggunakan pendekatan

sistematik dan efektif dalam pengambilan keputusan. Perawat komunitas memiliki peran sebagai konsultan yang memberikan nasehat profesional, pelayanan atau informasi kepada lansia dalam memecahkan masalah spesifik atau meningkatkan keterampilan lansia terutama dalam menggunakan strategi koping yang efektif. Dalam perannya sebagai konsultan perawat dapat memberikan panduan untuk memecahkan masalah keperawatan, peningkatan keterampilan keperawatan dan peningkatan kesehatan.

Salah satu intervensi keperawatan komunitas di Indonesia yang belum banyak digali adalah kemampuan perawat spesialis komunitas dalam membangun jejaring kemitraan di masyarakat. Padahal membina hubungan dan bekerja sama dengan elemen lain dalam masyarakat merupakan salah satu pendekatan yang memiliki pengaruh signifikan pada keberhasilan program pengembangan kesehatan masyarakat (Kahan & Goodstadt, 2001). Pada bagian lain Ervin (2002) menegaskan bahwa perawat spesialis komunitas memiliki tugas yang sangat penting untuk membangun dan membina kemitraan dengan anggota masyarakat. Bahkan Ervin mengatakan bahwa kemitraan merupakan tujuan utama dalam konsep masyarakat sebagai sebuah sumber daya yang perlu dioptimalkan (*community-as-resource*), dimana perawat spesialis komunitas harus memiliki ketrampilan memahami dan bekerja bersama anggota masyarakat dalam menciptakan perubahan di masyarakat.

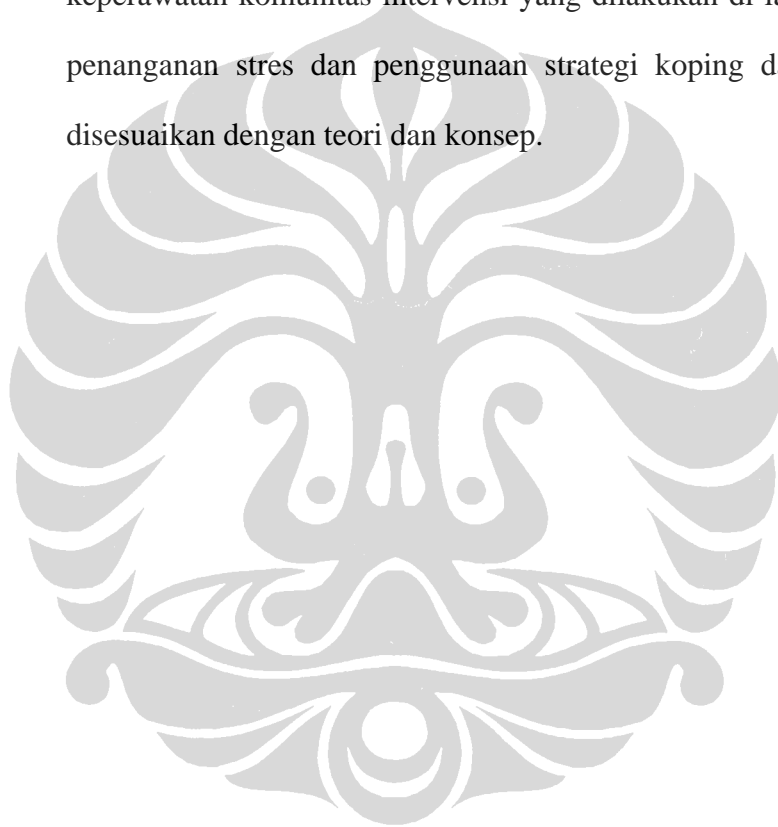
Mengingat lansia merupakan kelompok individu dengan permasalahan kesehatan yang kompleks maka sangat diperlukan upaya-upaya khusus melalui pendekatan

secara komprehensif dalam menggunakan strategi koping untuk mengatasi stres yang dialaminya. Dalam upaya memberikan intervensi keperawatan pada lansia maka perawat komunitas harus meningkatkan peran dan fungsi perawat spesialis komunitas sebagai pemberi pelayanan keperawatan. Dalam hal ini perawat memberikan pelayanan keperawatan berupa asuhan keperawatan pada Individu, keluarga, kelompok, masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan dengan menurunkan tingkat stres yang dialami oleh lansia dengan melakukan advokasi. Disini perawat berupaya meningkatkan sumber daya yang ada di masyarakat dengan membentuk *support group* serta memfasilitasi *self help group* dan *peer group*. Pembentukan kelompok ini diharapkan mampu memberikan dampak yang baik bagi lansia. Perawat bekerjasama dengan tokoh agama dan pihak terkait dalam upaya mengadakan berbagai kegiatan keagamaan dengan penyajian yang menarik, membuat perlombaan-perlombaan mengaji, azan, ceramah dan lainnya untuk meningkatkan religi khususnya pada lansia di Panti.

## **2. Perkembangan Pendidikan Ilmu Keperawatan**

Masyarakat lansia merupakan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatan menjadi tanggung jawab baik pelayanan maupun institusi pendidikan keperawatan. Institusi pendidikan keperawatan bertanggung jawab dalam mengkombinasikan konsep, tujuan, dan proses kesehatan masyarakat dan pembangunan masyarakat khususnya lansia dalam mengatasi sumber stres dan penggunaan strategi koping yang efektif. Model konseptual yang dikembangkan supaya lebih aplikatif seperti Model Adaptasi Roy yang membantu individu dalam menghadapi berbagai sumber stres dengan menggunakan strategi koping

yang efektif sehingga stres dapat menurun. Dalam pengembangan kesehatan lansia, perawat spesialis komunitas mengidentifikasi kebutuhan lansia yang berkaitan dan berorientasi langsung dengan kesehatan. Stres yang dialami lansia diakibatkan dari permasalahan yang dihadapi sangat kompleks dan membutuhkan penanganan secara komprehensif dengan melihat dari berbagai aspek dan masalah yang dialami. Pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan komunitas intervensi yang dilakukan di lapangan terkait dalam hal penanganan stres dan penggunaan strategi koping dapat dioptimalkan dan disesuaikan dengan teori dan konsep.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian yang telah peneliti lakukan terhadap perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal bersama keluarga dan Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen maka dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut:

#### A. Kesimpulan

1. Tingkat stres lansia di Panti lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang tinggal dirumah bersama keluarga.
2. Strategi *problem focused coping* dan *emotion focused coping* lebih sering digunakan lansia di Panti, strategi *religious coping* lebih sering digunakan lansia di keluarga dan strategi *seeking social support coping* tidak ada perbedaan antara kedua tempat tinggal lansia.
3. Ada hubungan yang signifikan penggunaan strategi *problem focused coping*, *emotion focused coping*, *seeking social support coping* dan *religious coping* dengan tingkat stres pada lansia di keluarga dan di Panti, dimana menunjukkan hubungan yang sedang dan berpola negatif artinya semakin tinggi penggunaan strategi koping maka semakin menurunnya tingkat stres.

4. Ada perbedaan yang signifikan strategi *religious coping* menurut umur pada lansia di keluarga dan di Panti, dimana semakin tinggi umur lansia maka akan semakin meningkat penggunaan strategi *religious coping*.
5. Ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga, dimana perempuan cenderung lebih stres dibandingkan dengan laki-laki.
6. Ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di keluarga, laki-laki cenderung lebih sering menggunakan strategi *problem focused coping* dibandingkan perempuan.
7. Ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut jenis kelamin pada lansia di Panti, perempuan cenderung lebih sering menggunakan strategi *emotion focused coping* dibandingkan laki-laki.
8. Ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pendidikan pada lansia di keluarga, tingkat stres lansia yang tidak sekolah cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang sekolah.
9. Ada perbedaan yang signifikan strategi *problem focused coping* menurut pendidikan pada lansia di keluarga, lansia yang sekolah lebih sering menggunakan strategi *problem focused coping* dibandingkan lansia yang sekolah
10. Ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut pekerjaan pada lansia di keluarga dan di Panti, tingkat stres lansia yang tidak bekerja maupun yang sudah tidak bekerja lagi lebih tinggi dibandingkan lansia yang masih bekerja.
11. Ada perbedaan yang signifikan tingkat stres menurut status pernikahan pada lansia di keluarga dan di Panti, tingkat stres lansia yang tidak memiliki pasangan lebih tinggi dibandingkan yang memiliki pasangan.

12. Ada perbedaan yang signifikan strategi *emotion focused coping* menurut status pernikahan pada lansia di keluarga, lansia yang memiliki pasangan lebih sering menggunakan strategi *emotion focused coping* dibandingkan lansia yang tidak memiliki pasangan.

## **B. Saran**

### **1. Keluarga dan Lansia**

- a. Membentuk kelompok *self help group* dan *support group* yang merupakan kelompok pendukung yang membantu dan memfasilitasi lansia dalam meningkatkan dan mengkombinasikan penggunaan strategi koping yang efektif untuk menurunkan tingkat stres pada lansia.
- b. Meningkatkan partisipasi keluarga dan lansia secara aktif dalam menggunakan strategi koping yang efektif untuk mengatasi stres pada lansia.
- c. Merawat lansia di rumah jauh lebih baik dibandingkan dengan menempatkan mereka di Panti mengingat *support system* yang ada di keluarga sangat penting bagi lansia.

### **2. Pelayanan di Panti Wredha**

- a. Membentuk kelompok sebaya atau *peer group* yang berfungsi menjadi perantara antara petugas dengan lansia untuk mengembangkan kemampuan dan ketrampilan personal dalam menggunakan strategi koping untuk mengatasi stres.

- b. Meningkatkan kegiatan-kegiatan yang bersifat religi untuk meningkatkan keyakinan religi yang menghadirkan efek yang kuat dalam membentuk emosi positif, dengan harapan membantu lansia berfikir jernih dalam menentukan langkah-langkah untuk mengatasi stres dengan penggunaan strategi koping yang efektif.
- c. Meningkatkan berbagai kegiatan seperti lomba berkebun antar wisma, kerajinan tangga yang simpel dan kegiatan lainnya untuk menambah aktivitas lansia.

### **3. Pengembangan Ilmu Keperawatan Komunitas**

- a. Meningkatkan sistem pendidikan keperawatan spesialis komunitas yang profesional dan aplikatif serta meningkatkan proses berfikir kritis dalam melakukan praktik keperawatan untuk memberikan konseling dan memfasilitasi lansia yang di keluarga dan di Panti dalam memberikan asuhan keperawatan terkait cara mengatasi stres dengan menggunakan strategi koping yang efektif.
- b. Meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri dalam memanfaatkan sumber daya yang ada di keluarga dan di Panti melalui pendekatan yang optimal dengan berbagai komponen yang mendukung dalam mengupayakan dan mewujudkan lansia yang sehat dan produktif.
- c. Diperlukan kerjasama dengan Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial dalam penyediaan sarana dan prasarana kegiatan-kegiatan positif yang mampu dilakoni oleh lansia.



#### **4. Kebijakan Program**

- a. Membentuk wadah jaringan kemitraan kesehatan lansia dengan semua sektor guna memperoleh dukungan baik dari sektor swasta, lembaga donor dan LSM yang berperan dalam penyediaan pelayanan kesehatan lansia melalui berbagai proyek dengan memberikan bantuan teknis, finansial dan materi sehingga dapat merencanakan program secara terpadu dan berkesinambungan demi meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan lansia.
- b. Membentuk siaga lansia untuk meningkatkan perhatian dalam memberikan layanan bagi lansia.

#### **5. Penelitian Lanjutan**

- a. Penelitian ini dapat dikembangkan dengan penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar dan menggunakan beberapa Panti dan daerah lainnya.
- b. Penelitian lebih lanjut diharapkan dapat mengetahui sumber-sumber stres melalui studi kualitatif yang mempengaruhi tingkat stres dan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan strategi koping pada lansia baik yang tinggal di rumah bersama keluarga dan lansia di Panti.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada penelitian Kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Batas Umur Lansia* oleh Fikri, (2008, <http://ahmadalfikri.blogspot.com>, diakses tanggal 17 Maret 2009)
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing; Contemporary Practice*. Philadelphia: New York
- BPS. (2008). *Status Kesehatan*. Banda Aceh: BPS
- Budiharto, E. (2004). *Metodologi penelitian kedokteran: Sebuah pengantar*. Jakarta. EGC
- Depresi Lansia, Ayo Kita Atasi* oleh YoMon, (2008, <http://www.gerbanglansia.com/research.htm>, Artikel Tentang Lansia dan Depresi, diakses tanggal 7 Februari 2009, pukul 10.10 WIB)
- Dorsey, S.M., Rodeiguez, H.D., & Brathwaite, D. (2002). *Are thing really so different ? Research finding of satisfaction, illness and depression in journal south African elderly*, [www.proquest.com/pqdauto](http://www.proquest.com/pqdauto), diakses tanggal 17 Februari 2009
- From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks*, Annual Review of Psychology oleh Lazarus, (1993, <http://www.medem.com><http://www.kaheel7.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009)
- Galloo. J.J., Reichel, L., & Anderson, L.M. (1998). *Buku Saku Gerontologi*. Edisi ke-2. Jakarta: EGC
- Greenberg, J.S. (2002). *Comprehensive Stress Management*. Seventh edition. Wm. C. Brown Publishers
- Gubrium, J.F. (1991). *The Mosaic of Care: Frail Elderly and Their Families in The Real World*. New York: Springer Publishing Company
- Hariyanthi, Y & Istiadonna. (2004). *Tingkat Dukungan Sosial pada Lanjut Usia di Pantii Sosial Meuligo Jroh Naguna*. Banda Aceh: PSIK Unsyiah. Tidak dipublikasikan

Harper, G.J. (1998). *Stress and Adaptation Among Elders in Life-Care Communities Dissertation*. Dissertation Doctor of Philosophy, [www.proquest.com/pqdauto](http://www.proquest.com/pqdauto), diakses tanggal 9 Februari 2009

\_\_\_\_\_ Dipublikasi oleh Hermana (23 October 2007, <http://bp.depsos.go.id/modules>, diakses tanggal 5 Februari 2009)

Herwina, M., & Dahlan. (2006). *Sumber Stres, Strategi Coping dan Tingkat Stres pada Remaja Awal dan Madya*. Thesis Pascasarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan

Hill. S.A. (2004). *Stress and Coping Among Elderly African Americans*. Dissertation Doctor of Nursing Science, [www.proquest.com/pqdauto](http://www.proquest.com/pqdauto), diakses tanggal 9 Februari 2009

Hurlock, E.B. (1994). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Edisi ke-5. Jakarta: Erlangga

*Geriatric rehabilitation Program Focuces on Research, Training and Service-Rancho Los Amigos Medical Center Geriantric Health Education and Research Center*. Journal of rehabilitation oleh Kemp, B., Smith, K., & Polwman, V.J. (1989, <http://www.findarticles.com/p/articles/>, diakses tanggal 5 Februari 2009)

*Late Life depression*. The New England Journal of medicine oleh Unutzer, J. (2007, <http://www.tanyadokteranda.com/artikel/>, diakses tanggal 7 februari 2009, pukul 09.35 WIB)

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, Newyork

*Levels of Disability Among the Elderly in Institutionalized and Home-Based Care n Bahrain*, Eastern Mediterranean Health Journal oleh Al-Nasir & Al-Hadad (1999, <http://www.findarticles.com>, diakses tanggal 24 Februari 2009)

Meiner, S.E., & Lueckenotte, A.G. (2006). *Gerontologi Nursing*. Third edition. St. Louis, Missouri

Marriner, A. (2001), *Nursing Theories and Their Work*. Indiana. Mosby Company

*Mengatasi Kecemasan Penderita Kanker Rahim* oleh Affandi. (2008, <http://www.majalah-farmacia.com/rubrik>, diakses tanggal 5 Februari 2009)

Meleis, A.I. (1997), *Theoretical Nursing : Development and Progress*. Edisi ketiga. Philadelphia, Lippincott-Raven Publisher

- Merawat Lansia: Dirumah Sendiri atau Panti Jompo?* oleh Versayanti, S. (2008, <http://www.tanyadokteranda.com/artikel/>, Artikel Geriatri, diakses tanggal 7 Februari 2009)
- Miller, C.A. (1995). *Nurshing care of older adult : Research, Theory, & Praktece*. Philadelphia : J.B. Lippincort. CO
- Miller, C.A. (2004). *Nurshing for Wellness in Older Adult : Theory & Praktece*. Philadelphia : J.B. Lippincort. CO.
- Nugroho, W. (2000). *Keperawatan Gerontik*. Edisi ke-2. Jakarta : EGC.
- Nuringtyas, T. (2005). *Alienasi Diri Lanjut Usia di Panti Werdha*. Skripsi. <http://etd.library.ums.ac.id/>, diakses tanggal 2 Maret 2009
- Nurleli & Istiadonna. (2004). *Tingkat Depresi Pada Usia Lanjut diPanti Sosial Wredha Meuligoe Jroh Naguna Banda Aceh: Unsyiah*. Tidak dipublikasikan
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (2001). *Nurshing : Essentials For Practice*. Philadelphia.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (1997). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. Edisi Keempat. Mosby
- Prasi, T., & Sjaaf, R.Z. (2002). *Studi Tentang Stres Kerja pada Masinis Kereta Api Divisi Angkutan Perkotaan Jabotabek Persero*. Thesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan
- Roy, S.C., & Heather, A.A (1991), *The Roy Adaptation Model – the Definitive Statement*, USA, Appleton & Lange
- Salamah. (2005). *Kondisi dan Alternatif Penanganan Masalah Kesejahteraan Sosial Lansia di Panti Wredha*. Jurnal Penelitian Kesejahteraan Sosial Volume IV no. 11. 155N 1412 6451. Tidak Dipublikasikan
- Satiadarma, P.M. (2002). *Painting With Hearth: Apa dan Bagaimana Manfaatnya Melalui Perspektif Psikologi*. Seminar dan Workshop Art Therapy. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Jakarta.
- Sarwono, J. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Edisi I. Yogyakarta. Penerbit Graha Ilmu
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2002). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi kedua. Segung Seto. Jakarta
- Selye, H. (1956). *The Stress of Live*. Published by The McGraw-Hill Book Company

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). *Community Health Nursing; promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals*. Fourth edition. St. Louis Missouri
- Stres oleh Maramis, A.M.D. (1999, <http://www.geocities.com/almarams/Stres.htm>, diakses tanggal 17 Februari 2009)
- Stres dan Respon Biologis oleh\_\_\_\_\_. (2008, <http://www.medem.com><http://www.kaheel7.com>, Artikel Geriatri, diakses tanggal 7 Februari 2009)
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Seventh edition. Elsevier Mosby
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Eight edition. Elsevier Mosby
- Sugiyono, (2008). *Metode Pnelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Edisi keempat. Penerbit Alfabeta. Bandung
- Taylor, S.E. (1995). *Health Psychology*. Edisi ketiga. New York: Mc-Graw Hill Company
- Treatment Meta Music untuk Menurunkan Stres oleh Prabowo. (2007, <http://www.google.co.id>, diakses tanggal 7 Februari 2009)
- Vacarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing; A Clinical Approach*. Fifth edition. Philadelphia. USA
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa; Psychiatric Mental Health Nursing*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC
- Wenger, S. (2003). *Religious Coping in People Ages Sixty Years and Older*, Dissertation Doctor of Philosophy, [www.proquest.com/pqdauto](http://www.proquest.com/pqdauto), diakses tanggal 9 Februari 2009
- Woods, R.T. (1993). *Psychosocial Management of Depression. International Review of Psychiatry*, 5, 427-436
- Yani, A. (1997). *Analisa Konsep Koping; Suatu Pengantar*, Jurnal Keperawatan Indonesia

### JADUAL KEGIATAN PENELITIAN TESIS

#### PERBEDAAN TINGKAT STRES DAN STRATEGI KOPING PADA LANSIA YANG TINGGAL DI RUMAH BERSAMA KELUARGA DAN DI PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA KECAMATAN PEUSANGAN KABUPATEN BIREUEN NANGGROE ACEH DARUSSALAM.

No	Kegiatan	Februari				Maret					April				Mei				Juni					Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	Penyusunan proposal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x														
2	Ujian proposal												x														
3	Uji coba instrument												x	x													
4	Perbaikan instrumen penelitian													x													
5	Pengambilan data														x	x	x	x									
6	Pengolahan data															x	x	x	x								
7	Analisis dan penafsiran data																			x	x	x					
8	Penulisan hasil penelitian																			x	x	x					
9	Ujian hasil penelitian																			x	x	x	x				
10	Sidang tesis																						x	x			
11	Perbaikan tesis																							x	x		
12	Pengumpulan tesis																									x	

## KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

Variabel	Sub Variabel	Sub-sub Variabel	Sub-sub-sub Variabel
Tingkat stres	Gejala Fisiologis	a. Sistem saraf pusat	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sakit kepala, pusing, perasaan tidak nyaman dan sulit tidur</li> <li>▪ Kaku kuduk, sakit dibagian leher, bahu dan pundak</li> </ul>
		b. Sistem pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frekuensi pernafasan lebih cepat &gt;&gt;</li> </ul>
		c. Sistem cardiolvaskuler	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Denyut nadi meningkat, jantung merasa berdebar-debar</li> <li>▪ Tangan basah dan lembab</li> </ul>
		d. Sistem pencernaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Merasa mual dan mulas</li> <li>▪ Perasaan tidak nyaman di area abdomen</li> </ul>
	Gejala Prilaku	a. Menarik diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menarik diri dari pergaulan</li> <li>▪ Hilang semangat dalam beraktivitas dalam beraktivitas</li> </ul>
		b. Perubahan pola kebiasaan sehari-hari	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perubahan pola makan; bertambah banyak atau berkurang selera makan</li> </ul>
	Emosional	a. Cemas/Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cemas berlebihan dan gelisah</li> <li>▪ Bertambah suka marah terhadap hal sepele</li> <li>▪ Ketakutan berlebihan</li> </ul>

		b. Tekanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prasaan tertekan</li> <li>▪ Perasaan bersalah/tidak berdaya</li> <li>▪ Perasaan letih dan lesu</li> </ul>
	Gejala Kognitif	a. Penurunan daya ingat dan berfikir	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hilangnya kemampuan mengingat (recall)</li> <li>▪ Kurang tanggung jawab (misperception and misatribution)</li> <li>▪ Bingung</li> <li>▪ Kemampuan mengambil keputusan menurun</li> <li>▪ Kemampuan menyelesaikan masalah buruk</li> <li>▪ Putus asa</li> </ul>
	Gejala Interpersonal	a. Kerusakan dalam berhubungan dengan orang lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kehilangan kepercayaan</li> <li>▪ Suka menyalahkan orang lain</li> <li>▪ Sukar memenuhi janji</li> <li>▪ Merasa dibenci</li> </ul>



## LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

---

Judul Penelitian : Perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen

Peneliti : Hamdiana, NPM : 0706194684

Saya, Hamdiana, mahasiswa Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui tentang “Perbedaan tingkat stres dan strategi koping pada lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga dan di Panti Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireuen”. Hasil dari penelitian yang dilakukan akan dipakai sebagai bahan acuan atau landasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan berkualitas.

Peneliti akan tetap menjunjung tinggi harkat dan martabat responden dalam penelitian ini dengan memperhatikan beberapa hal antara lain:

1. Responden mempunyai hak memutuskan keterlibatan dalam kegiatan penelitian, termasuk apabila ingin mengundurkan diri ketika kegiatan penelitian sedang berlangsung maka tidak akan adanya sanksi apapun. Responden mempunyai hak mendapatkan jaminan berupa penjelasan secara lengkap meliputi tujuan, prosedur, ketidaknyamanan yang mungkin terjadi dan dijelaskan bahwa dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun yang akan terjadi pada responden. Kesediaan responden dibuktikan dengan penandatanganan/cap jempol surat persetujuan menjadi responden.
2. Penelitian yang dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden baik fisik maupun psikis. Responden dalam penelitian ini dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Responden diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam hal apapun. Dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun karena responden tidak diberikan perlakuan/tindakan tertentu.

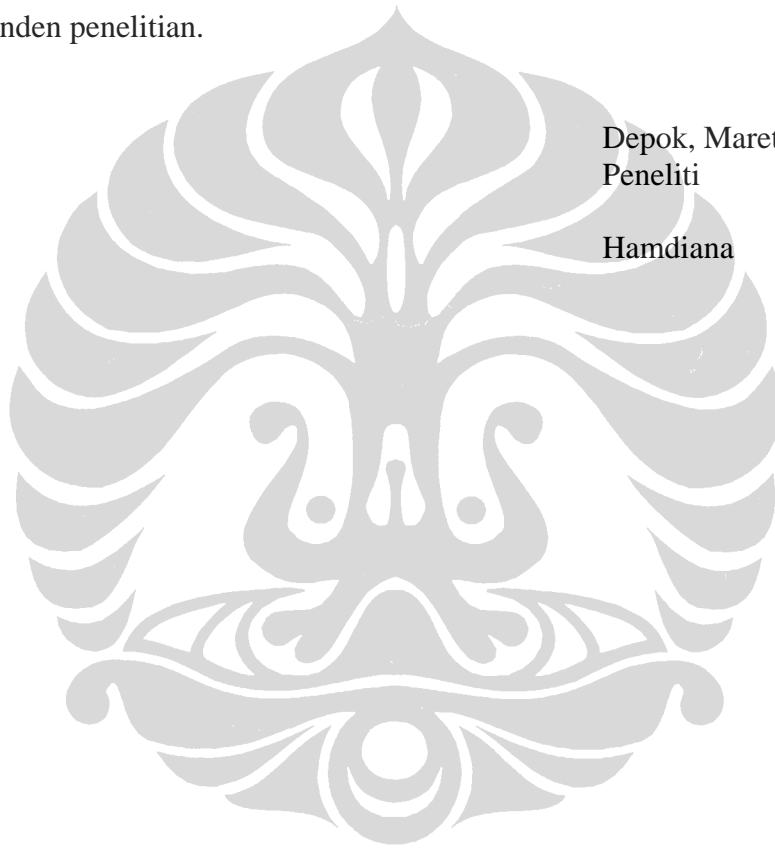
3. Responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian, tanpa adanya diskriminasi. Responden mempunyai hak supaya data yang diberikan harus dirahasiakan. Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas responden berupa nama diganti dengan inisial.

Melalui penjelasan ini peneliti sangat mengharapkan partisipasi dari responden. Peneliti mengucapkan terimakasih atas partisipasi dan kesediaannya menjadi responden penelitian.

Depok, Maret 2009

Peneliti

Hamdiana





**KUISIONER PENELITIAN**  
**TINGKAT STRES DAN STRATEGI KOPING PADA LANSIA**  
**YANG TINGGAL DIRUMAH BERSAMA KELUARGA**  
**DAN PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA**  
**KECAMATAN PEUSANGAN**  
**KABUPATEN BIREUEN**

Nomor Responden

--	--

**Petunjuk pengisian :**

Isilah data yang diminta pada tempat (titik-titik) yang telah disediakan dan berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan yang menggambarkan keadaan yang paling sesuai dengan diri Bapak/Ibu. Mohon kesediaan untuk mengisi seluruh pernyataan. Semua jawaban adalah benar. Tidak ada jawaban yang salah.

**A. Karakteristik Lansia**  
**Identitas Responden**

1. Umur : ..... tahun
2. Jenis Kelamin:  
 Laki-laki  
 Perempuan
3. Pendidikan:  
 Tidak sekolah  
 Sekolah
4. Pekerjaan dahulu:  
 Tidak bekerja  
 Bekerja
5. Status Pernikahan:  
 Menikah  
 Janda/duda

**B. Skala Stres;**

Apakah Bapak/Ibu mengalami gejala-gejala seperti dibawah ini ketika menghadapi suatu masalah selama 3 bulan terakhir ini:

**Pilihan Angka:****TIDAK PERNAH** saya alami = 0**JARANG** saya alami = 1**SERING** saya alami = 2**SELALU** saya alami = 3

No	Pernyataan	Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1	Perasaan sakit kepala atau pusing				
2	Jantung berdebar-debar				
3	Merasa sakit pada otot daerah leher				
4	Perasaan dingin, lembab dan basah di tangan				
5	Perut merasa tidak enak atau mulas				
6	Sulit tidur				
7	Mudah marah/tersinggung tanpa sebab				
8	Merasa cemas yang berlebihan				
9	Merasa letih dan lesu				
10	Merasa gugup atau tertekan				
11	Merasa tidak berdaya				
12	Menarik diri dari pergaulan akibat kehilangan kepercayaan diri				
13	Kehilangan semangat untuk mengerjakan sesuatu				
14	Perubahan kebiasaan makan (tambah banyak atau sedikit)				
15	Sukar berkonsentrasi atau memusatkan perhatian pada suatu masalah				
16	Sukar membuat keputusan terhadap suatu masalah				
17	Sulit untuk mengingat sesuatu hal				
18	Suka melamun				
19	Sering merasa bingung terhadap suatu hal				
20	Merasa masalah yang dihadapi tidak mampu diatasi				
21	Sukar mempercayai orang lain				
22	Sukar memenuhi janji pada orang lain				
23	Merasa suka menyalahkan orang lain				
24	Merasa dibenci oleh orang lain				

### C. Strategi Koping

Apakah Bapak/Ibu melakukan/merasakan hal-hal seperti dibawah ini selama 3 bulan terakhir ini ketika menghadapi masalah:

**Pilihan Angka:**

**TIDAK PERNAH** saya lakukan/rasakan = 0

**JARANG** saya lakukan/rasakan = 1

**SERING** saya lakukan/rasakan = 2

**SELALU** saya lakukan/rasakan = 3

No	Pernyataan	Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1	Saya meminta maaf pada orang yang bermasalah dengan saya				
2	Saya menganggap masalah ini menjadi pelajaran bagi saya				
3	Saya menyadarinya sebagai kesalahan saya				
4	Saya berjanji kedepan akan berubah dengan berkelakuan lebih baik				
5	Saya mengumpulkan keterangan lebih banyak untuk mengetahui permasalahan lebih jelas				
6	Saya mencurahkan atau menceritakan masalah yang saya hadapi pada orang lain				
7	Saya menghubungi orang yang lebih berpengalaman atau dituakan untuk mencari solusi penyelesaian masalah yang saya hadapi				
8	Saya mencoba berbagi keprihatinan dengan teman dekat				
9	Saya akan menanyakan penyelesaian masalah pada orang lain yang pernah mengalami masalah yang sama				
10	Saya meminta nasehat dari teman atau keluarga yang saya anggap lebih baik dan bijaksana				
11	Saya berharap ada kebaikan dalam menyelesaikan masalah				
12	Saya berusaha tetap beristirahat yang cukup ketika sedang di landa masalah				
13	Saya mencoba membuat perasaan saya menjadi lebih baik dengan makan atau menonton tv supaya lebih rileks				
14	Saya tidak menghindari bertemu dengan orang lain				
15	Saya tidak melampiaskan atau melepaskan kemarahan pada orang lain				

No	Pernyataan	Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
16	Saya berusaha menerima kenyataan jika dihadapkan suatu masalah				
17	Saya berharap masalah yang saya alami bisa segera berakhir dengan baik				
18	Saya berharap setiap permasalahan ada jalan keluarnya				
19	Saya mengesampingkan kegiatan lain demi berusaha memusatkan perhatian untuk mencari jalan keluar				
20	Saya merencanakan tindakan yang baik untuk menyelesaikan masalah				
21	Saya merubah suatu hal demi mendapatkan penyelesaian masalah dengan baik				
22	Saya belajar dari pengalaman sebelumnya				
23	Saya menyadari masalah yang menimpa dan segera mengupayakan penyelesaian				
24	Saya terus berusaha mencari jalan keluar yang terbaik dari teman				
25	Saya berfikir untuk mendapatkan inspirasi atau ide yang jitu untuk menyelesaikan masalah				
26	Saya berusaha berubah menjadi lebih bijaksana				
27	Saya menanyakan pada orang yang berpengalaman mencari jalan keluar yang terbaik				
28	Saya berfikir masih banyak hal-hal lebih penting yang dapat dilakukan daripada memikirkan hal-hal yang tidak baik				
29	Saya berusaha untuk tidak menutup diri dengan masalah yang saya hadapi				
30	Saya mencoba memahami melakukan instropeksi diri				
31	Saya berusaha untuk tidak mengedepankan emosi dan melakukan tindakan yang membahayakan				
32	Saya memberitahukan pada orang lain akan situasi buruk atau masalah yang saya hadapi				
33	Saya mencoba tidak mencampur adukkan masalah yang saya hadapi dengan hal lain				
34	Saya mencontoh bagaimana orang yang saya hormati menghadapi masalah				
35	Saya mencurahkan fikiran saya untuk mendapatkan apa yang sebaiknya saya lakukan dalam mengatasi masalah ini				

No	Pernyataan	Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
36	Saya melakukan sesuatu yang terbaik dalam menyelesaikan masalah yang telah saya pikirkan sebelumnya				
37	Saya membuat orang tersebut jadi lebih bertanggung jawab dan merubah cara berfikirnya yang salah				
38	Saya tidak marah pada orang yang membuat masalah dengan saya				
39	Saya berfikir beberapa cara yang tepat mengatasi masalah				
40	Saya akan melakukan sesuatu yang terbaik untuk kedua belah pihak				
41	Saya akan lakukan apa yang paling dianggap benar dan tidak berisiko				
42	Saya tidak akan lari dari masalah				
43	Saya menganggap seolah tidak terjadi apa-apa supaya bisa berfikir tenang				
44	Saya mencoba melihat dari sisi terang sehingga menganggap itu bukan suatu masalah besar				
45	Saya mencoba melupakan apa yang terjadi yang bersifat merugikan				
46	Saya tidak mau terlalu jauh sendiri memikirkan dan terlibat dalam masalah saya				
47	Saya berusaha tabah dan sabar menghadapi berbagai masalah				
48	Saya mengalihkan perhatian dengan melakukan pengajian-pengajian baik dirumah atau di tempat pengajian				
49	Saya akan berperan serta di setiap kegiatan keagamaan				
50	Saya meyakini kebesaran-Nya				