



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN LANJUT USIA MENDAPATKAN DUKUNGAN
KELUARGA DI PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA
ABIYOSO PROVINSI D.I. YOGYAKARTA :
STUDI FENOMENOLOGI**

TESIS

**NUURHIDAYAT JAFAR
0806446643**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI, 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN LANJUT USIA MENDAPATKAN DUKUNGAN
KELUARGA DI PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA
ABIYOSO PROVINSI D.I. YOGYAKARTA :
STUDI FENOMENOLOGI**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister
Ilmu Keperawatan**

**NUURHIDAYAT JAFAR
0806446643**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI, 2010**

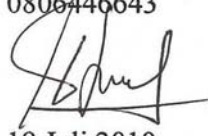
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nuurhidayat Jafar

NPM : 0806446643

Tanda Tangan :



Tanggal : 19 Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Nuurhidayat Jafar
NPM : 0806446643
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga di
Panti Sosial Tresna Wredha Abiyoso Provinsi D.I. Yogyakarta:
Studi Fenomenologi


Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Komunitas pada Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN.

()


Pembimbing II : Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom

()

Penguji I : Etty Rekawati, S. Kp., MKM.

()

Penguji II : Ni Putu Ariani, S.Kp., M. Kep., Sp. Kom.

()

Ditetapkan di : Depok

Pada : 19 Juli 2010

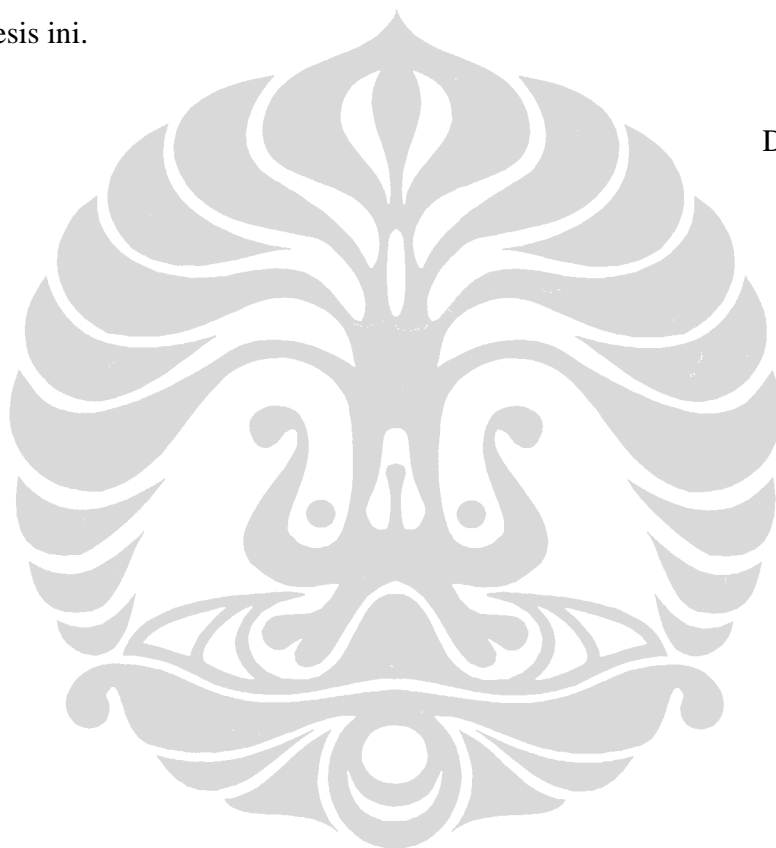
KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga di Panti Sosial Tresna Wredha Abiyoso, Provinsi D.I. Yogyakarta : Studi Fenomenologi”. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Dalam menyusun tesis ini, peneliti banyak mendapatkan bantuan dari banyak pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S. Kp.,M. App., Sc. Sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Wiwin Wiarsih, S. Kp., MN. Sebagai Pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan, arahan, dan motivasi kepada peneliti dalam penyusunan tesis.
4. Ns. Henny Permatasari, M. Kep., Sp. Kom. Sebagai Pembimbing II yang juga telah banyak memberikan masukan, arahan, dan motivasi kepada peneliti dalam penyusunan tesis.
5. Ety Rekawati, S. Kp., MKM. Sebagai Penguji I yang telah banyak memberikan masukan demi kesempurnaan tesis ini.
6. Ni Putu Ariani, S. Kp., M. Kep., Sp. Kom. Sebagai Penguji II yang telah banyak memberikan masukan demi kesempurnaan tesis ini.
7. Istri tercinta, Andina Setyawati yang terus setia mendampingi dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan studi .
8. Anakku tercinta, Asyraf Auli Raihan yang menjadi semangat di saat tangis dan senyumannya.
9. Bapak dan Ibu di Makassar dan Magelang atas dukungan materi dan sumbangan doa yang tidak ternilai harganya.

10. Seluruh partisipan yang sangat berperan dalam penyusunan tesis ini.
11. Teman-teman S2 Komunitas angkatan 2008 yang selalu kompak.
12. Seluruh pihak yang telah banyak memberikan dukungan dalam penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari penyusunan tesis ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini.



Depok, Juli 2010

Peneliti

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Nuurhidayat Jafar
NPM : 0806446643
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis


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

PENGALAMAN LANJUT USIA MENDAPATKAN DUKUNGAN KELUARGA DI PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA ABIYOSO PROVINSI D.I. YOGYAKARTA : STUDI FENOMENOLOGI

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 19 Juli 2010
Yang menyatakan


(Nuurhidayat Jafar)

ABSTRAK

Nama : Nuurhidayat Jafar
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Komunitas
Judul : Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga di Panti
Wredha Abiyoso Provinsi D. I. Yogyakarta : Studi Fenomenologi

Lanjut usia mengalami proses penuaan yang mempengaruhi fungsi fisik dan psikososial. Penelitian ini bertujuan mendapatkan gambaran pengalaman lanjut usia terhadap dukungan keluarga di panti Abiyoso. Penelitian ini merupakan pendekatan kualitatif fenomenologi deskriptif menggunakan wawancara mendalam dan catatan lapangan. Alasan lansia di panti digambarkan dengan tema keinginan personal dan kelemahan struktur kekuatan keluarga. Masalah yang dialami lansia digambarkan dengan tema masalah fisik dan masalah psikososial. Dukungan yang diterima digambarkan dengan tema sumber dukungan dan jenis dukungan. Makna dukungan digambarkan dengan tema kesenangan batin. Harapan lansia digambarkan dengan tema mempertahankan hubungan. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi dasar program promosi dan preventif.

Kata kunci: lanjut usia, dukungan keluarga, panti wredha.

ABSTRACT

Name : Nuurhidayat Jafar
Study Program : Master program in community health nursing science
Title : The Experience of Elderly Getting Family Support in
Abiyoso Nursing Home Yogyakarta Province :
Phenomenology Study

Elderly experience aging process which influences physical and psychosocial functions. The aim of this research is finding description about elderly experience getting family support in Abiyoso nursing home. This research has done through qualitative approach descriptive phenomenology design and was done through deep interview and field note. The aging reasons were described by themes of personal desire and weakness of family power structure. The aging problems were described by themes of physical and psychosocial problem. The supports which have received were described by themes of supporting resource and kind of support. The meaning of support was described by internal happiness. The aging hope was described by theme of defend relationship. The result of this research is expected to be able to become the foundation of promotion programme and become prevention.

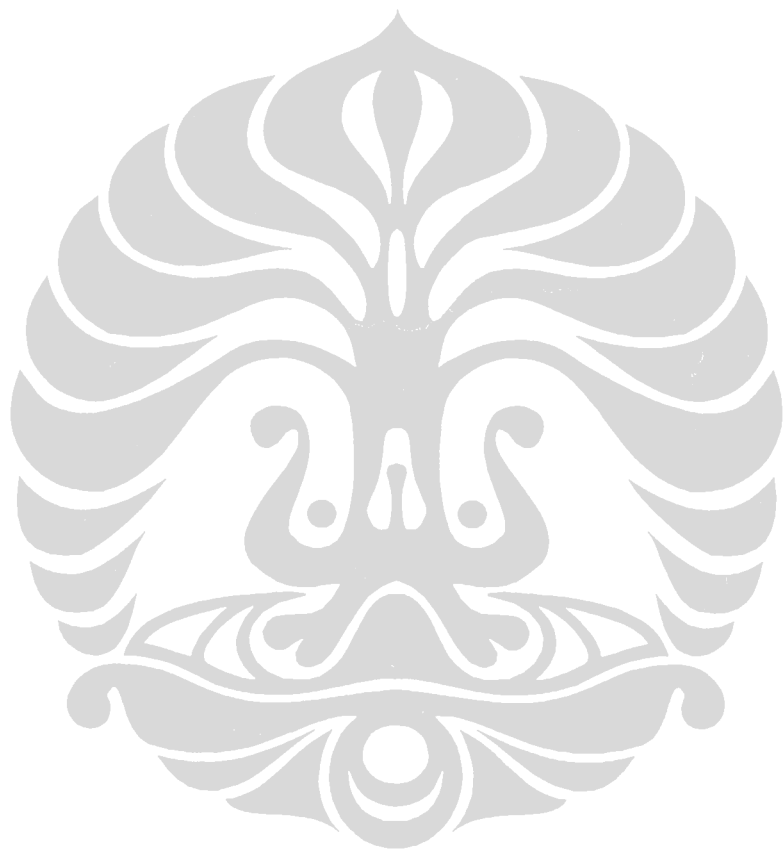
Key words: elderly, family support, nursing home.

DAFTAR ISI

| | Hal |
|---|-----------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iii |
| KATA PENGANTAR..... | iv |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH..... | vi |
| ABSTRAK..... | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| DAFTAR ISI..... | ix |
| DAFTAR TABEL..... | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xii |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 11 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 12 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 12 |
| BAB 2 TINJAUAN TEORI..... | 14 |
| 2.1 Populasi Lansia Sebagai <i>Population At Risk</i> | 14 |
| 2.2 Strategi Pencegahan Dalam Intervensi Keperawatan Komunitas..... | 24 |
| 2.3 Peran Perawat Komunitas Dalam Penanganan Populasi At risk..... | 43 |
| 2.4 Studi Fenomenologi Pada Penelitian Kualitatif..... | 49 |
| BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN..... | 51 |
| 3.1 Desain Penelitian..... | 51 |
| 3.2 Populasi dan Sampel..... | 52 |
| 3.3 Tempat dan Waktu Penelitian..... | 54 |
| 3.4 Pertimbangan etik..... | 55 |
| 3.5 Cara dan Prosedur Pengumpulan Data..... | 58 |
| 3.6 Alat Bantu (Instrumen) Pengumpulan Data..... | 63 |
| 3.7 Pengolahan dan Analisis Data..... | 64 |
| 3.8 Trustworthiness of Data..... | 66 |
| BAB 4 HASIL PENELITIAN..... | 70 |
| 4.1 Karakteristik Partisipan..... | 70 |
| 4.2 Tema Hasil Analisis Penelitian..... | 70 |
| BAB 5 PEMBAHASAN..... | 98 |
| 5.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Analisis Kesenjangan..... | 98 |
| 5.2 Keterbatasan Penelitian..... | 120 |
| 5.3 Implikasi keperawatan..... | 121 |

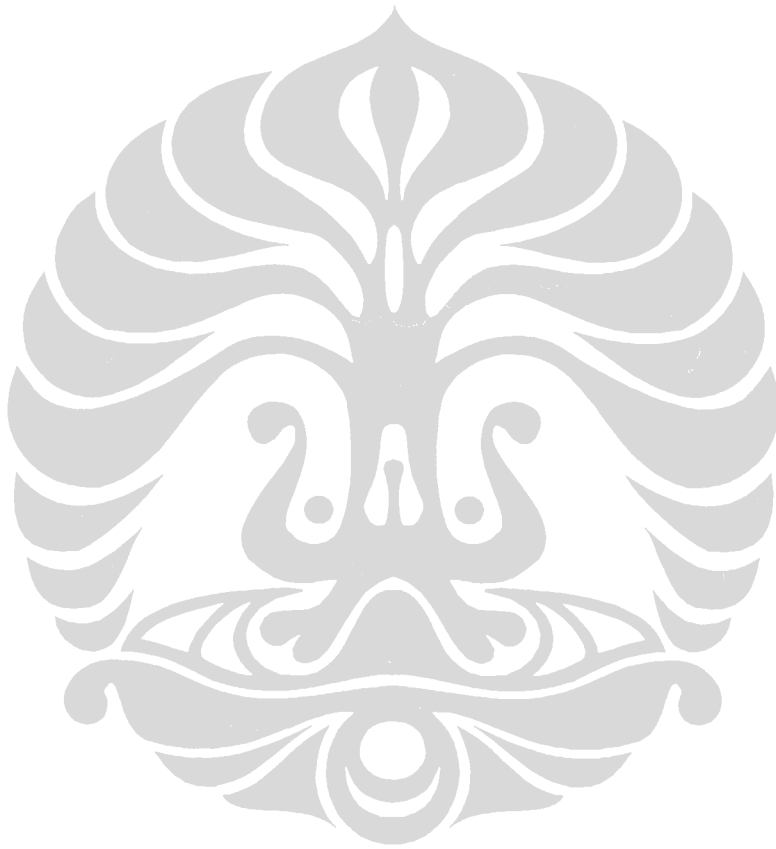
| | |
|---------------------------------------|------------|
| BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN | 128 |
| 6.1 Simpulan..... | 128 |
| 6.2 Saran..... | 129 |

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Tabel Karakteristik Partisipan



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 Data Demografi
- Lampiran 4 Panduan Wawancara
- Lampiran 5 Catatan Lapangan
- Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 7 Uji Etik Penelitian
- Lampiran 8 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 9 Kisi-kisi Tema
- Lampiran 10 Skema Tema Penelitian

BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab pendahuluan ini akan dijelaskan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi tentang pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha Abiyoso, Yogyakarta.

1.1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan yang sesuai dengan visi Indonesia Sehat 2010 bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Keberhasilan pembangunan kesehatan ditandai dengan meningkatnya beberapa aspek seperti kualitas sumber daya manusia, kualitas hidup, kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta usia harapan hidup (Depkes RI, 2006). Salah satu yang menjadi perhatian adalah meningkatnya usia harapan hidup masyarakat yang akan berdampak kepada meningkatnya jumlah lanjut usia.

Lansia adalah individu yang berumur 65 tahun ke atas dimana umur 65-74 tahun disebut sebagai *young-old* dan umur 75 tahun lebih disebut *old-old* (Smeltzer & Bare, 2001). Sedangkan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia dalam Bab 1, pasal 1 ayat 2 bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun ke atas dan karena proses menua akan mengalami banyak keterbatasan sehingga memerlukan bantuan dalam kesejahteraan kesehatan dan sosial. Dengan adanya keterbatasan akibat penuaan, maka lansia membutuhkan perhatian yang serius apalagi dengan peningkatan jumlah lansia yang semakin pesat.

Pertumbuhan lansia telah melebihi pertumbuhan nonlansia setiap tahunnya sejak tahun 1900. Di Amerika Serikat, pertumbuhan lansia mengalami peningkatan yang pesat. Persentase warga Amerika yang berusia 65 tahun ke atas meningkat tiga kali lipat dari 4,1 % pada tahun 1900 mencapai 12,8 % pada tahun 1996, dan jumlahnya telah meningkat sebesar 11 kali lipat dari 3,1 juta mencapai 33,9 juta. Seseorang yang dilahirkan pada tahun 1996, diharapkan dapat bertahan hidup sampai umur 77,1 tahun. *US Census Bureau* memprediksikan pada tahun 2040, satu dari lima warga Amerika berusia 65 tahun atau lebih. Populasi lansia di Amerika yang pertumbuhannya paling cepat adalah lansia yang berumur 85 tahun dan kelompok paling tua. Pada tahun 2025, diperkirakan jumlah lansia di Amerika yang berumur 85 tahun mencapai 7 juta bahkan lebih (Anderson & Mc Farlane, 2000).

Jumlah lansia dan Usia Harapan Hidup (UHH) di Indonesia juga mengalami peningkatan melebihi standar penduduk berstruktur tua. Data dari Kantor Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat (MENKOKESRA) tahun 2007 diperoleh bahwa jumlah lansia pada tahun 1980 sebanyak 7.998.543 orang (5,43 %) dengan Usia Harapan Hidup (UHH) 52,2 tahun; tahun 2006 jumlah lansia sebanyak 19 juta orang (8,90 %) dengan UHH meningkat pada usia 66,2 tahun. Diperkirakan pada tahun 2010 jumlah lansia mencapai 23,9 juta orang (9,77 %) dengan UHH pada usia 67,4 tahun dan pada tahun 2020, jumlah lansia diperkirakan mencapai 28,8 juta orang (11,34 %) dengan UHH mencapai usia 71,1 tahun (dalam Hermana, 2007).

Peningkatan jumlah lansia di beberapa daerah di Indonesia juga melebihi standar yang telah ditetapkan. Berdasarkan laporan dari BKKBN (1999) bahwa pada tahun 1995 patokan lansia sebesar 7 % di tiap wilayah melonjak seperti DIY (12,5 %), Jawa Timur (9,46 %), Bali (8,93 %), Jawa Tengah (8,8 %), dan Sumatera Barat (7,98 %); data ini yang digunakan untuk memperkirakan kenaikan jumlah lansia beberapa tahun ke depan (dalam Probosuseno, 2007).

Peningkatan jumlah lansia di Indonesia tentunya perlu mendapat perhatian yang serius dari pemerintah berkaitan dengan pelayanan sosial dan pelayanan kesehatan terkait dengan proses menua yang menyebabkan penurunan fisik, psikis, dan sosio-ekonomi pada lansia. Peningkatan ini membawa pengaruh terhadap kehidupan sosial ekonomi masyarakat yaitu bagaimana lansia dapat hidup sehat, produktif, dan mandiri (Bataviase, 2010).

Stanley, Blair, dan Beare (2005) menyatakan lansia yang sehat dan produktif adalah lansia yang mempunyai kemampuan untuk hidup dan berfungsi secara efektif dalam masyarakat serta memiliki rasa percaya diri yang kuat dalam menyeimbangkan perubahan dalam fisik dan psikososial akibat proses menua. Perubahan yang terjadi bukan hanya secara fisik namun terjadi juga perubahan pada psikis, sosio-ekonomi, dan spiritual.

Perubahan yang terjadi sebagai akibat dari proses menua akan membawa pengaruh dalam kehidupan lansia. Seperti yang dijelaskan oleh Watson (2003) yaitu perubahan yang terjadi secara biologis pada lansia akan mengakibatkan pengaruh pada sistem muskuloskeletal, kardiopulmonal, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem saraf, dan sistem endokrin. Efek fisiologis yang terjadi akan mempengaruhi fisik lansia misalnya adanya atrofi otot, kehilangan elastisitas pada pembuluh darah, peningkatan tekanan darah, penurunan produksi saliva, dan pola berkemih tidak normal. Aspek psikis akibat penuaan pada lansia tidak dapat langsung tampak. Kepribadian, intelegensi, dan sikap lansia mengalami perubahan misalnya lansia yang sering bertentangan dengan generasi muda, mempertahankan sikap yang kuat, sulit merubah keputusan, depresi, dan kerusakan kognitif. Perubahan akibat penuaan juga mempengaruhi sosial-ekonomi lansia seperti kehilangan pekerjaan utama (pensiun) dan penolakan oleh teman dan keluarga. Sedangkan secara spiritual, lansia menjadi siap menghadapi kematian dan lebih taat menjalani aktivitas keagamaan akibat proses penuaan.

Proses penuaan merupakan proses yang tidak dapat dihindari, maka individu harus memperlihatkan semangat dan mekanisme coping yang baik ketika menghadapi stres dan perubahan (Lueckenotte, 1996; Smeltzer & Bare, 2001). Secara normal, proses menua akan menimbulkan penurunan untuk berespon terhadap berbagai rangsangan baik internal maupun eksternal. Perubahan yang terjadi akibat proses menua yang dialami lansia ditanggapi dengan respon yang berbeda. Menurut Watson (2003) bahwa secara psikologis lansia lebih sering mengalami belasungkawa atau kehilangan dan seorang lansia membutuhkan waktu untuk melakukan penyesuaian. Penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2005) pada lansia yang berumur 60 tahun ke atas di Desa Pekaja, Banyumas, Jawa Tengah ditemukan bahwa dari 150 lansia, didapatkan 80 orang (53,3 %) mengalami respon kehilangan adaptif dan sebanyak 70 orang (46,7 %) dengan respon kehilangan maladaptif. Respon kehilangan pada lansia sangat bergantung kepada situasi yang dihadapinya. Roy (2000) menyatakan bahwa seseorang melakukan adaptasi sesuai dengan stimulus yang ada.

Stimulus yang berasal dari perubahan fisik, psikis, dan sosial-ekonomi membuat lansia mengalami ketidakmampuan dan berusaha menyesuaikan diri dengan bergantung kepada orang lain. Lansia membutuhkan perhatian khusus dalam hal kesehatan, kemandirian, perawatan, dan penghargaan. Alasan kenapa lansia membutuhkan perhatian khusus dikarenakan masalah pada lansia dimasukkan ke dalam “Empat Besar” penderitaan geriatrik yaitu mempunyai masalah yang kompleks, tidak ada pengobatan yang sederhana, penurunan kemandirian, dan membutuhkan bantuan orang lain dalam perawatan (Isaac, 1981 dalam Watson, 2003). Perhatian yang diberikan kepada lansia dapat berupa dukungan sosial khususnya oleh keluarga atau kerabat dekat.

Dukungan terhadap lansia dapat diberikan oleh keluarga atau komunitas maupun pemerintah. Lansia yang hidup sendiri membutuhkan partner dalam hidupnya, dimana keluarga dan kerabat dekat menjadi dukungan bagi

kebebasan lansia menikmati hidupnya. Gilliss et al. (1989, dalam Friedman, 1998) menyatakan bahwa keluarga menjadi reaktor dan pemecah masalah kesehatan dalam keluarga dimana dukungan keluarga sangat mendukung dalam proses kehidupan lansia.

Dukungan keluarga merupakan sesuatu hal yang sangat penting bagi siapa saja dimana keluarga merupakan unit dasar dalam menentukan berhasil tidaknya kehidupan individu sebagai anggota keluarga. Gottlieb (1983, dalam Mundiharno, 2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat merupakan informasi verbal maupun nonverbal, saran, bantuan, atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang terdekat berupa kehadiran serta hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional kepada penerimanya.

Dukungan dari keluarga terhadap lansia sangat dipengaruhi oleh modernisasi yang menyebabkan terjadinya pergeseran nilai-nilai keluarga di dalam merawat lansia. Hasil penelitian oleh Mazumdar (2004) menemukan bahwa dari 34.831 lansia di pedesaan India, sebanyak 11 % tinggal dengan suami/istrinya, 47 % tinggal dengan suami/istri dan yang lainnya, sebanyak 33 % tidak tinggal dengan pasangannya tetapi dengan anak-anaknya, dan 9 % lansia yang tinggal sendiri.

Melemahnya dukungan keluarga terhadap lansia akibat modernisasi dapat disebabkan beberapa faktor. Mundiharno (2010) menyatakan ada tiga penyebab yaitu perubahan keluarga dari *extended family* ke *nuclear family*, meningkatnya tingkat partisipasi angkatan kerja pada wanita, dan migrasi keluar pada usia muda (*Young-Out Migration*). Peran keluarga semakin berubah karena pergeseran nilai akibat perubahan mobilitas dimana remaja ataupun dewasa muda tidak bersatu dengan lansia untuk mencari lapangan pekerjaan ataupun perubahan bentuk keluarga dari *extended family* menjadi *nuclear family* karena pernikahan.

Perubahan bentuk keluarga dapat menimbulkan persepsi bagi lansia yang merasa tidak diperhatikan lagi dan menganggap dirinya sebagai beban bagi keluarga serta kerabat dekatnya. Salah satu fenomena yang banyak melanda lansia adalah keinginannya untuk cepat meninggal dunia. Dalam penelitian Tursilarini dan Untung (2003) menggambarkan fenomena terkait dengan sikap dan perilaku keluarga, masyarakat, dan pihak-pihak terkait pelayanan lanjut usia yang kurang memberikan dukungan dan hanya memandang lansia sebagai kelompok yang butuh makan, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan. Lansia diposisikan sebagai suatu beban dan sekaligus dipaksa untuk menjadi kelompok manusia yang tidak berdaya, baik secara fisik, psikis, maupun sosial. Namun hal ini bertentangan dengan Mundiharno (2010) yang menyatakan bahwa sebagian besar lansia yang berumur di atas 60 tahun masih banyak berperan dalam rumah tangganya sehingga persepsi bahwa lansia merupakan beban tidak sepenuhnya benar. Perbedaan persepsi lansia ini tergantung kepada perubahan tanggung jawab keluarga dalam mengurus lansia.

Perubahan tanggung jawab keluarga mengurus lansia disebabkan keluarga yang sangat sibuk dengan pekerjaannya sehingga tidak mempunyai waktu mengurus lansia atau bahkan ditinggal sendiri oleh keluarga yang membuat hidup lansia tidak potensial dan menjadi terlantar. Kondisi ini yang menyebabkan keluarga memilih pelayanan institusi untuk mengurus lansia. Salah satu pelayanan institusi lansia adalah panti sosial.

Panti Sosial Tresna Wredha (PSTW) merupakan sistem pelayanan yang menempatkan penerima pelayanan ke dalam suatu lembaga dengan proses kegiatan pelayanan kesejahteraan sosial lansia yang dilaksanakan oleh organisasi atau lembaga baik formal maupun informal. Terdapat dua bentuk pelayanan di Indonesia yaitu pelayanan berbasis lembaga dan pelayanan berbasis masyarakat. PSTW merupakan pelayanan berbasis lembaga milik pemerintah pusat (Departemen Sosial), pemerintah daerah, atau swasta yang semuanya berjumlah 157 buah dan melayani 10.865 lansia (Pelita, 2010).

Ada empat program pokok yang dilaksanakan PSTW dalam mewujudkan pelayanan kesejahteraan sosial lansia yaitu pelayanan sosial lansia dalam panti, pelayanan sosial lansia luar panti, kelembagaan sosial lansia, perlindungan sosial dan aksesibilitas lansia. Sasaran dari program pelayanan kesejahteraan sosial lansia yang ada di PSTW antara lain lansia, keluarga, Organisasi Sosial (Orsos), dan masyarakat. Jenis pelayanan yang diberikan oleh PSTW mengandung tiga sifat yaitu preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dari ketiga sifat pelayanan, pelayanan preventif di PSTW banyak kaitannya dengan dukungan keluarga misalnya upaya pemberdayaan keluarga dan membentuk lembaga atau organisasi terkait kesejahteraan lansia. Bentuk upaya pelayanan preventif yang dilaksanakan seperti dukungan keluarga terdekat, kelompok pengajian panti, dan kelompok arisan Karang Wredha di panti (Dinsos DIY, 2010).

Program pelayanan yang dilakukan PSTW terkait dengan peningkatan kesejahteraan lansia tidak selalu berjalan optimal. Faktor yang dapat mempengaruhi seperti terbatasnya waktu lansia mengikuti kegiatan, masih terbatasnya peralatan, masih tersebarnya beberapa fasilitas kegiatan, kurangnya SDM di panti dalam menjalankan program, serta keterbatasan dana khususnya membiayai instruktur dari luar (Depsos RI, 2009). Program PSTW yang tidak optimal ditambah kurangnya dukungan keluarga dapat menimbulkan masalah yang dialami lansia selama hidup di PSTW terutama masalah psikososial.

Masalah yang dialami lansia di panti juga mempunyai keterkaitan dengan relokasi lansia dari rumah menuju ke PSTW sehingga akan berdampak kepada emosional dan sosialnya. Pada situasi ini lansia akan mengalami perpisahan, jauh dari rumah, keluarga, masyarakat, barang kesayangan, dan kebiasaan mereka. Ada beberapa masalah yang bisa terjadi seperti depresi, ansietas, dan frustrasi yang dirasakan lansia ketika pindah ke panti sosial (Stanley, Blair & Beare, 2005). Hal ini didukung oleh Subekti (2007) bahwa masalah yang dirasakan lansia dapat berupa konflik dengan orang lain, tidak

menyukai perilaku lansia lain, atau merasa dimusuhi orang. Untuk mengatasi masalah ini, lansia memerlukan dukungan dari orang terdekatnya.

Masalah yang dialami lansia terkait dukungan sosial dilakukan oleh Marwanti (1997). Marwanti melakukan penelitian studi kasus deskriptif kualitatif tentang kondisi kehidupan lanjut usia di Panti Wredha Karitas dan Nazaret Bandung. Hasil penelitiannya adalah bahwa hubungan sosial dengan lansia lainnya di dalam panti wredha kurang terjalin dengan baik. Salah satu yang mempengaruhi adalah latar belakang lansia yang beragam. Hubungan sosial lansia dengan pengasuh panti juga diteliti dan hasilnya adalah hubungannya hanya sebatas pengasuh memberikan bantuan secara fisik. Sebaliknya bantuan secara psikis dan sosial jarang dilakukan oleh pengasuh. Lansia merasa kebutuhannya belum dapat dipenuhi oleh pihak panti. Penelitian ini dapat menyimpulkan bahwa lansia membutuhkan banyak dukungan sosial baik dari bentuk maupun sumber dukungan itu sendiri.

Dukungan yang kurang juga dapat menimbulkan masalah psikososial pada lansia selama di panti seperti perasaan tidak berdaya, kurang percaya diri, kepribadian tertutup, ketergantungan, keterlantaran terutama bagi lansia yang miskin, *post power syndrom*, perasaan tersiksa, perasaan kehilangan, dan mati rasa (Probosuseno, 2007). Hal ini didukung penelitian kuantitatif oleh Nugroho (2006) tentang hubungan antara perubahan fungsi fisik dan dukungan keluarga dengan respon psikososial lansia di Kelurahan Kembangarum, Semarang. Hasil penelitiannya menunjukkan dari 77 lansia diperoleh data bahwa sebanyak 76 % respon psikososial yang tidak efektif karena keluarga tidak menggunakan komunikasi yang efektif; sebanyak 81,4 % keluarga yang memberikan dukungan emosional akan menghasilkan respon psikososial yang adaptif; sebesar 62 (80,5 %) menunjukkan respon adaptif dengan dukungan interaksi sosial keluarga. Dengan demikian, maka dukungan keluarga sangat penting bagi kesuksesan kehidupan lansia.

Pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga secara mendalam dapat diidentifikasi dengan melakukan penelitian secara kualitatif. Penelitian ini akan difokuskan di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) karena memiliki jumlah lansia dan UHH yang paling tinggi di Indonesia. Jumlah lansia yang berumur di atas 60 pada tahun 2007 sebesar 48.092 jiwa dengan UHH pada laki-laki 67,1 tahun dan perempuan 71,1 tahun (Sunantyo, 2007).

PSTW Abiyoso yang beralamat di Jl. Duwetsari, Pakem, Biangun, kabupaten Sleman dipilih peneliti karena memiliki 11 wisma dengan jumlah penghuni sebanyak 110 orang (80 % wanita dan 20 % laki-laki) dan terdapat beragam latar belakang, sebanyak 100 lansia yang berasal dari keluarga tidak mampu dan 10 lansia berasal dari keluarga swadaya. Alasan lansia untuk tinggal di PSTW Abiyoso ini juga beragam, ada karena keinginan sendiri, ada yang dibawa oleh petugas, dan ada yang dibawa oleh keluarga (Matrixsmart, 2009).

Data dari Departemen Komunikasi dan Informatika (Depkominfo) tahun 2007 bahwa program pelayanan kesehatan lansia di PSTW Abiyoso diantaranya adalah *Day Care*. Program *Day Care* ini dimulai pada awal 2006 dengan bantuan dana APBD dari pemerintah Yogyakarta yang dilaksanakan setiap hari Selasa dan Sabtu. Kegiatan yang dilaksanakan pada *Day Care* di PSTW Abiyoso seperti pemeriksaan kesehatan, kegiatan kesenian, senam lansia, bimbingan agama, dan keterampilan. PSTW Abiyoso memiliki dua program pelayanan yaitu program rutin dan program subsidi silang. Program rutin adalah program yang dijalankan dalam kegiatan *Day Care* dan mendapat dana dari pemerintah, sedangkan subsidi silang merupakan pelayanan kepada lansia yang dibiayai oleh keluarga atau lansia sendiri setiap bulannya seperti biaya fasilitas tempat tinggal, pengobatan melalui resep dokter, makanan, dan pakaian.

Program yang dijalankan oleh panti dengan melibatkan dukungan keluarga tidak sepenuhnya berjalan optimal. Seperti halnya di PSTW Abiyoso, subsidi silang yang diprogramkan bukan merupakan kewajiban, akan tetapi bersifat sukarela tergantung kondisi, kemauan, dan kemampuan lansia atau keluarga. Program rutin juga sangat bergantung kepada dana dari pemerintah, keterbatasan SDM, dan jumlah fasilitas (Depkominfo, 2007). Program panti yang tidak berjalan serta kurangnya dukungan keluarga dapat menimbulkan masalah pada lansia selama tinggal di panti khususnya masalah psikososial. Masalah yang timbul pada lansia beragam dan sangat berkaitan dengan alasan lansia untuk tinggal di panti.

Subekti (2007) menemukan ada dua alasan lansia tinggal di PSTW yaitu alasan internal dan motivasi internal. Alasan internal karena keterbatasan keluarga merawat, anak yang sibuk bekerja, serta tidak adanya anak perempuan. Sedangkan motivasi internal karena atas keinginan sendiri, keterbatasan fisik, dan kelemahan.

Permasalahan psikososial yang dialami lansia terkait dengan dukungan keluarga akan memunculkan makna dan harapan yang berbeda. Lansia terkadang tidak mampu berinteraksi secara aktif dengan lingkungan dan mereka beradaptasi lebih lambat karena kurangnya dukungan keluarga. Oleh karena itu, peneliti tertarik menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi. Menurut Creswell (1998) bahwa penelitian kualitatif dengan fenomenologi adalah salah satu pendekatan yang baik untuk melihat proses, makna, dan pemahaman seseorang. Penelitian fenomenologi yang digunakan adalah deskriptif. Penelitian kualitatif dengan fenomenologi deskriptif dapat menggambarkan, mengeksplorasi serta menjelaskan fenomena yang ada (Streubert & Carpenter, 2003). Pendekatan kualitatif mengenai pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha akan mengeksplorasi alasan lansia tinggal di panti wredha, permasalahan apa yang dialami selama hidup di panti wredha, dukungan keluarga yang diterima oleh lansia, makna dukungan keluarga, dan harapan lansia terhadap dukungan keluarga.

1.2 Rumusan Masalah

Usia Harapan Hidup (UHH) yang paling tinggi di Indonesia berada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Tahun 2007, UHH di Yogyakarta antara 67,1 – 71,1 tahun dengan jumlah lansia 48.092 (Sunantyo, 2007). Peningkatan jumlah lansia menjadi tantangan karena semakin kompleksnya masalah yang dialami lansia. Proses penuaan pada lansia baik fisik, psikis, sosial-ekonomi, dan spiritual membutuhkan penanganan dan dukungan terutama keluarga. Pengaruh modernisasi dan pergeseran nilai membuat lansia tidak tinggal dengan keluarga dan menjadi terlantar sehingga keluarga melimpahkan tanggung jawabnya kepada institusi layanan seperti Panti Sosial Tresna Wredha (PSTW) untuk mengurus lansia.

Relokasi lansia ke panti menimbulkan masalah adaptasi. Lansia dapat mengalami respon kehilangan akibat perpisahan dari rumah, keluarga, dan kebiasaannya (Stanley, Blair & Beare, 2005). Selama di panti, lansia mengikuti berbagai aktivitas sesuai program termasuk yang melibatkan keluarga seperti pengajian atau arisan. Kendala dana, SDM, dan fasilitas dapat membuat program tidak berjalan yang menyebabkan dapat memunculkan masalah bagi lansia terutama masalah psikososial. Dukungan keluarga sangat penting untuk memberikan kekuatan bagi lansia di panti sehingga lansia tidak mengalami respon kehilangan, stres, depresi, dan masalah lainnya. Berdasarkan hal ini, maka perlu dilakukan penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif untuk mengidentifikasi pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga dengan rumusan pertanyaan penelitian yaitu : Bagaimana pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga di Panti Sosial Tresna Wredha Abiyoso, Provinsi D.I. Yogyakarta

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran yang mendalam mengenai pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti Wredha Abiyoso, Yogyakarta

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penelitian, akan teridentifikasi :

1.3.2.1 Alasan lansia tinggal di Panti Wredha Abiyoso, Yogyakarta

1.3.2.2 Masalah yang dialami lansia selama tinggal di Panti Wredha Abiyoso, Yogyakarta

1.3.2.3 Dukungan keluarga yang diterima atau dirasakan oleh lansia selama tinggal di Panti Wredha Abiyoso, Yogyakarta

1.3.2.4 Makna dukungan keluarga oleh lansia selama tinggal di Panti Wredha Abiyoso, Yogyakarta

1.3.2.5 Harapan lansia terhadap dukungan keluarga di Panti Wredha Abiyoso, Yogyakarta

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW)

1.4.1.1 Penelitian ini akan mengidentifikasi alasan lansia tinggal di PSTW. Informasi ini dapat memberikan manfaat bagi institusi layanan dalam mengembangkan mekanisme penerimaan lansia di PSTW.

1.4.1.2 Penelitian ini akan mengidentifikasi pengalaman dukungan keluarga yang didapatkan lansia selama tinggal di PSTW. Informasi ini dapat menjadi masukan bagi PSTW di dalam membuat program dukungan yang lebih efektif untuk mendukung kesehatan lansia.

1.4.2 Bagi perawat

Penelitian ini akan mengidentifikasi masalah yang dirasakan lansia selama tinggal di PSTW. Informasi ini akan memberikan manfaat bagi

perawat gerontik untuk mengembangkan intervensi keperawatan sesuai dengan kebutuhan masalah lansia.

1.4.3 Bagi PPNI

Penelitian ini akan mengidentifikasi masalah yang dirasakan lansia selama tinggal di PSTW. Informasi ini akan memberikan manfaat bagi PPNI untuk membuat kompetensi perawat gerontik sesuai dengan kebutuhan sistem klien di PSTW.

1.4.4 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini akan mengidentifikasi masalah yang dirasakan lansia di PSTW serta mengidentifikasi pengalaman dukungan keluarga yang didapatkan lansia di PSTW. Informasi ini akan memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu keperawatan gerontik dan menjadi rujukan untuk pengkajian kebutuhan terhadap lansia di panti wredha untuk melihat permasalahan secara holistik khususnya dukungan keluarga dan dampak yang dihasilkan akibat kurangnya dukungan keluarga.

1.4.5 Bagi Keluarga

1.4.5.1 Penelitian ini akan mengidentifikasi makna dukungan keluarga bagi lansia di PSTW. Informasi ini dapat memberikan manfaat bagi keluarga dalam memberikan dukungan yang tepat serta menjadi pertimbangan tentang jenis dan jumlah dukungan yang dapat diberikan keluarga dalam rangka meningkatkan kepuasan hidup lansia di PSTW.

1.4.5.2 Penelitian ini akan mengidentifikasi harapan lansia terhadap dukungan keluarga di PSTW. Informasi ini dapat memberikan manfaat bagi keluarga untuk menyesuaikan dukungan yang akan diberikan sesuai dengan harapan lansia dan dapat lebih memperhatikan serta memberikan motivasi terhadap lansia di PSTW.

BAB 2 TINJAUAN TEORI

Pada bab ini akan menguraikan *population at risk*, strategi pencegahan dalam intervensi keperawatan komunitas, peran perawat komunitas dalam penanganan *population at risk*, dan studi fenomenologi pada penelitian kualitatif.

2.1 Populasi Lansia Sebagai *Population “At Risk”*

Dalam mempelajari konsep dan populasi *At Risk*, diperlukan definisi yang lengkap. Sampai sekarang belum ada definisi yang sama tentang risiko (*At Risk*) karena masing-masing golongan menekuni bidang yang berbeda sehingga memerlukan penggunaan konsep yang berbeda pula walaupun mempunyai maksud yang sama (Darmawi, 2005). Sebelum menjelaskan tentang *At Risk*, maka perlu diketahui tentang pengertian faktor risiko.

Faktor risiko adalah suatu sifat atau paparan yang dihubungkan dengan peningkatan kemungkinan dari fakta yang terjadi, seperti kejadian dari suatu penyakit. Hal ini bukan mengartikan bahwa faktor risiko akan menjadi penyebab suatu penyakit, akan tetapi merupakan langkah awal untuk mengerti potensial penyakit atau kondisi yang mengancam kesehatan yang optimal pada populasi (McMurray, 2003).

Faktor risiko akan menggambarkan hubungan populasi dengan status kesehatan dan pola perilaku seseorang terhadap jenis penyakit (*Australian Institute of Health and Welfare/ AIHW*, 1995 dalam McMurray, 2003). Faktor risiko bukan merupakan satu-satunya indikator kesehatan, karena kesehatan pada populasi juga dipengaruhi oleh sumber kesehatan dan pemanfaatan pelayanan, akan tetapi bagaimana hal tersebut menggambarkan risiko sebagai langkah awal untuk meningkatkan pencegahan dan kontrol program untuk mengembangkan kesehatan komunitas (McMurray, 2003).

At Risk adalah prediksi terhadap kemungkinan terjadinya sakit atau cedera, memberikan suatu pengaruh pada faktor predisposisi dari salah satu populasi atau lingkungan atau keduanya. Faktor ini dapat dihubungkan dengan biologi (termasuk predisposisi genetik), termasuk juga elemen lingkungan yang berpotensi membahayakan atau akibat perilaku manusia. Perilaku yang berisiko dapat dicontohkan *intentional* seperti mengikuti olahraga yang ekstrim atau tidak berhasil mengukur penyebab untuk menjaga kesehatan, juga *non-intentional* seperti populasi yang terpapar dan tidak mengetahui adanya faktor risiko (McMurray, 2003).

Definisi *at risk* yang lain dijelaskan oleh Darmawi (2005) yang menyatakan bahwa risiko sebagai penyimpangan hasil aktual dari hasil yang diharapkan, sesungguhnya merupakan versi lain dari definisi "*risk is uncertainty*", dimana penyimpangan relatif merupakan suatu pernyataan *uncertainty* secara statistik. *At Risk* didefinisikan juga sebagai kemungkinan terjadinya suatu kejadian. *At Risk* merupakan kemungkinan terjadinya dampak kesehatan setelah individu terpapar oleh sejumlah bahaya (*hazard*).

Vaughan (1978, dalam Darmawi, 2005) mengemukakan beberapa definisi risiko, antara lain : 1) *Risk is the chance of loss* (risiko adalah kans kerugian), biasanya dipergunakan untuk menunjukkan suatu keadaan dimana terdapat suatu keterbukaan (*exposure*) terhadap kerugian atau suatu kemungkinan kerugian, 2) *risk is the possibility of loss* (risiko adalah kemungkinan kerugian), istilah *possibility* berarti bahwa probabilitas sesuatu peristiwa berada diantara nol dan satu, 3) *risk is uncertainty* (risiko adalah ketidakpastian), risiko berhubungan dengan ketidakpastian (*uncertainty*) yaitu adanya risiko karena adanya ketidakpastian.

Dengan definisi-definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa *at risk* selalu dihubungkan dengan kemungkinan terjadinya sesuatu yang merugikan yang tidak dapat diduga/tidak diinginkan. Jadi merupakan ketidakpastian atau kemungkinan terjadinya sesuatu yang bila terjadi akan mengakibatkan

kerugian. Dengan demikian *at risk* mempunyai karakteristik : merupakan ketidakpastian atas terjadinya suatu peristiwa dan merupakan ketidakpastian yang bila terjadi akan menimbulkan kerugian (Darmawi, 2005).

Persepsi individu terhadap risiko berdasar pada definisi seseorang terhadap kesehatan dan kepercayaannya terhadap kesehatan, serta berdasar pada hasil-hasil penelitian terkait dengan risiko suatu penyakit atau masalah kesehatan. Perkiraan seseorang dikatakan *at risk* dapat berasal dari literatur kesehatan yang mengidentifikasi lebih spesifik tentang perilaku berisiko individu yang disimpulkan dari angka kematian dan kelahiran. Perilaku yang berisiko pada individu seperti konsumsi makanan yang tidak sehat, adanya penyakit, gaya hidup tidak sehat, merokok, penggunaan alkohol berlebihan, kebiasaan seksual yang tidak aman, serta mengikuti kegiatan olahraga yang ekstrim (McKie, 1993, dalam McMurray, 2003). Perilaku berisiko tersebut sebagai salah satu hal yang menjadikan individu sebagai populasi yang berisiko.

Salah satu populasi yang berisiko adalah lanjut usia (lansia). Seedsman (1995, dalam McMurray, 2003) menjelaskan bahwa lansia berisiko terhadap perubahan yang terjadi akibat proses menua serta penilaian yang berubah akibat perubahan diet, latihan fisik, kebiasaan saat lansia, mekanisme koping, lingkungan dan faktor psikososial. Ada banyak faktor yang mempengaruhi proses menua yang sehat pada lansia, diantaranya kondisi biologis dan psikososial, lingkungan serta akses mendapatkan pelayanan kesehatan.

Menurut Brocklehurst dan Allen (1987, dalam Darmojo, 2004), lansia dimasukkan ke dalam populasi *at risk* yang membedakannya dengan populasi lain, yaitu : 1) terjadi berbagai perubahan pada semua yang mencapai usia lanjut yang tidak disebabkan oleh proses penyakit, penurunan daya ingat ringan, penurunan pendengaran dan penglihatan bukanlah suatu penyakit, 2) terjadi akumulasi proses patologi kronik yang biasanya bersifat degeneratif, penyakit degeneratif ini susah sembuh dan semakin banyak gejala sisa akan memperberat penyakit lain, 3) berbagai keadaan sosio-ekonomi lingkungan

sering tidak membantu kesehatan dan kesejahteraan penderita lansia, 4) penyakit *iatrogenik*, atau penyakit yang disebabkan oleh obat-obatan dimana berbagai penyakit yang diderita oleh seorang lanjut usia sering menyebabkan penderita minum obat-obatan dalam jumlah banyak, 5) penyakit atau episode akut baik fisik maupun psikologik, merupakan keadaan yang akan memperberat berbagai keadaan dan sering kali menyebabkan kematian.

Konsep *at risk* dan populasi *at risk* yang telah dibahas sebelumnya menghubungkan antara lansia dengan proses aging (menua). Dengan terjadinya proses menua, lansia dimasukkan ke dalam populasi *at risk*. Proses menua adalah normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan dan terjadi pada semua orang pada saat mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Proses menua (*aging*) memiliki definisi yang beragam. Proses menua didefinisikan secara objektif dan subjektif oleh *gerontologist*. Secara objektif, menua diartikan sebagai proses universal yang dimulai dari kelahiran dan secara subjektif menua dihubungkan dengan pengertian dan pengalaman individu sebagai usia lanjut. Pada orang dewasa, *aging* terkadang diartikan negatif menjadi tua dan usia tua yang mengacu kepada usia kronologis individu seperti usia 70 tahun, 75 tahun, atau lebih yang dipersepsikan sebagai spesies atau individu yang berbeda (Miller, 1995; Lueckenotte, 1996).

Menua adalah suatu proses dimana seorang dewasa yang sehat menjadi seseorang yang berisiko dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis yang meningkatkan kerentanan terhadap penyakit (Sudoyo, 2006). Sementara Constantinides, (1994 dalam Darmojo, 2004) menjelaskan bahwa menua (*aging*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Proses menua yang terjadi merupakan hal yang normal dalam kehidupan, namun masih banyak lansia yang menjadi subjek. Lansia masih sering dipersepsikan sebagai individu yang lemah, mempunyai kemampuan fisik dan mental yang kurang, tidak produktif, resisten terhadap perubahan serta memiliki ketergantungan penuh dari orang lain (Spradley & Allender, 1996 dalam McMurray, 2003). Seperti halnya individu yang masih muda, populasi lansia memiliki kebutuhan fisik, spiritual, psikologi, sosial, dan budaya, namun terkadang dinilai sebagai hal yang tidak begitu penting. Misalnya proses menua membuat lansia menjadi mudah lupa, namun keluarga terkadang lupa dan menganggap bahwa hal tersebut adalah kekurangan pada lansia (Wilkinson, 1996 dalam McMurray, 2003).

Proses menua pada lansia terkadang susah dibedakan dengan keadaan patologis dan menjadi beragam pada etnis, ras, dan sosio-kultural. Faktor keturunan dan lama masa hidup adalah penting untuk mempengaruhi perkembangan individu termasuk lansia. Respon lansia terhadap sosial, budaya, dan lingkungan fisik adalah dengan *individualistic* yang tinggi dan timbul dari gabungan respon stres, perilaku, dan dukungan sosial (Nilsson, 1996 dalam McMurray, 2003).

Sejak awal manusia telah berusaha menjelaskan bagaimana dan mengapa terjadi penuaan, namun tidak ada teori tunggal yang dapat menjelaskan proses penuaan. Setiap orang akan mengalami penuaan, tetapi penuaan pada setiap individu akan berbeda tergantung faktor herediter, stresor lingkungan, dan sejumlah besar faktor yang lain. Belum ada satu teori yang dapat menjelaskan peristiwa fisik, psikologis, dan peristiwa sosial yang kompleks yang terjadi dari waktu ke waktu (Stanley, Blair & Beare, 2005 ; Miller, 1995).

Stanley, Blair dan Beare (2005) menjelaskan teori-teori tentang bagaimana dan mengapa penuaan terjadi. Ada dua teori yang dikemukakan yaitu : teori biologis dan teori psikososial. Teori biologis menjelaskan proses fisik penuaan termasuk perubahan fungsi dan struktur, pengembangan, panjang usia dan

kematian. Teori biologis ini terdiri dari berbagai teori, antara lain : 1) Teori Genetik dan Mutasi (*Somatic Mutatic Theory*), yaitu teori yang menjelaskan bahwa menua telah terprogram secara genetik pada spesies tertentu dan terjadinya proses menua karena perubahan biokimia pada molekul-molekul DNA dan setiap sel yang akan mengalami mutasi pada saatnya, 2) Teori *WEAR-AND-TEAR* (Dipakai dan rusak), yaitu teori yang mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA sehingga mendorong malfungsi molekuler dan akhirnya malfungsi organ tubuh, 3) Teori riwayat lingkungan, yaitu teori yang menjelaskan bahwa faktor-faktor di dalam lingkungan (misalnya karsinogen dari industri, cahaya matahari, trauma dan infeksi) dapat membawa perubahan dalam proses penuaan, 4) Teori reaksi kekebalan sendiri (*Auto Immune Theory*), yaitu teori yang menggambarkan kemunduran dalam sistem imun yang berhubungan dengan penuaan sehingga lansia lebih rentan untuk menderita berbagai penyakit seperti kanker dan infeksi, 5) Teori Neuroendokrin, yaitu teori tentang kelebihan atau kurangnya produksi hormon yang mempengaruhi kesehatan lansia.

Teori biologis yang telah dijelaskan penting untuk menjelaskan mengapa orang mengalami penuaan dengan cara yang berbeda dari waktu ke waktu serta faktor apa yang mempengaruhi umur panjang. Pemahaman tentang perspektif biologis dapat memberikan pengetahuan tentang faktor risiko spesifik yang berhubungan dengan penuaan dan bagaimana lansia dapat dibantu untuk meminimalkan atau menghindari risiko dan memaksimalkan kesehatan (Stanley, Blair & Beare, 2005). Sedangkan teori psikososial akan dibahas selanjutnya dengan lebih lengkap karena teori ini lebih berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan terkait dengan perilaku yang ditunjukkan dan dialami lansia selama di panti.

Teori psikososial memusatkan perhatian pada perubahan sikap dan perilaku lansia yang menyertai peningkatan usia sebagai lawan akibat perubahan biologis. Beberapa teori berupaya menggambarkan bagaimana perilaku dan

sikap pada awal kehidupan dapat mempengaruhi reaksi manusia sepanjang tahap akhir hidupnya. Stanley, Blair dan Beare (2005) menyebutkan teori psikososial terdiri dari beberapa teori, yaitu teori kepribadian, teori tugas perkembangan, teori disengagement, teori aktivitas, dan teori kontinuitas.

Teori kepribadian menyebutkan aspek-aspek pertumbuhan psikologis tanpa menggambarkan harapan atau tugas spesifik lansia. Jung (1960, dalam Stanley, Blair & Beare, 2005) mengembangkan suatu teori pengembangan kepribadian sebagai *ekstrovert* atau *introvert*. Keseimbangan antara kedua hal tersebut penting bagi kesehatan. Dengan menurunnya tanggung jawab dan tuntutan dari keluarga dan ikatan sosial, lansia akan menjadi *introvert*. Jung melihat tahap akhir kehidupan sebagai waktu ketika orang mengambil suatu inventaris dari hidup mereka, suatu waktu untuk melihat ke belakang daripada melihat ke depan. Selama proses refleksi ini, lansia harus menghadapi kenyataan hidupnya secara *retrospektif*. Lansia sering menemukan bahwa hidup telah memberikan satu rangkaian pilihan yang tidak bisa diubah.

Teori kepribadian juga dijelaskan oleh Neugarten et al., (1968 dalam Stanley, Blair & Beare, 2005) yang membahas tentang pola penyesuaian terhadap penuaan. Neugarten et al., menjelaskan bahwa penuaan yang sehat tidak bergantung pada jumlah aktivitas sosial seseorang, tetapi bagaimana kepuasan orang tersebut melakukan aktivitas sosial. Teori ini penting bagi semua pihak yang berhubungan dengan lansia terutama pihak panti dan keluarga untuk dapat mengidentifikasi peluang untuk melakukan aktivitas sosial yang bermakna atau mendatangkan kepuasan. Banyak lansia mencari persahabatan melalui aktivitas sosial yang menyenangkan terutama bagi lansia yang telah kehilangan pasangan.

Teori psikososial yang kedua adalah teori tugas perkembangan. Tugas perkembangan adalah aktivitas dan tantangan yang harus dipenuhi oleh seseorang pada tahap-tahap spesifik dalam hidupnya untuk mencapai penuaan yang sukses. Erickson (1986, dalam Stanley, Blair & Beare, 2005)

menguraikan tugas utama lansia adalah mampu melihat kehidupan seseorang sebagai kehidupan yang dijalani dengan integritas. Pada kondisi tidak adanya pencapaian perasaan bahwa ia telah menikmati kehidupan yang baik, maka lansia tersebut disibukkan dengan rasa penyesalan atau putus asa.

Teori psikososial yang ketiga adalah teori *Disengagement* (teori pemutusan hubungan). Teori ini dikembangkan pertama kali pada awal tahun 1960-an, menggambarkan proses penarikan diri oleh lansia dari peran bermasyarakat dan tanggung jawabnya. Lansia dikatakan akan bahagia apabila kontak sosial telah berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi yang lebih muda. Manfaat pengurangan kontak sosial oleh lansia adalah agar ia dapat menyesuaikan waktu untuk merefleksikan pencapaian hidupnya dan untuk menghadapi harapan yang tidak terpenuhi. Inti dari teori ini bahwa pada lansia terjadi penurunan pada interaksi sosial dan mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Kondisi ini yang membuat lansia sering mengalami kehilangan peran. Teori ini banyak mendapat tantangan karena terjadinya pemutusan ikatan atau hubungan. Bagi lansia yang sehat dan produktif, prospek dari suatu langkah yang lebih lambat dan tanggung jawab yang lebih sedikit merupakan hal yang tidak diinginkan. Banyak lansia berharap terus menjadi anggota masyarakat yang produktif yang baik sampai mereka berusia 80 dan 90 tahun (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Teori psikososial keempat adalah teori aktivitas sosial. Teori ini berpendapat bahwa jalan menuju penuaan yang sukses adalah dengan cara tetap aktif. Berbagai penelitian telah memvalidasi hubungan positif antara mempertahankan interaksi yang penuh arti dengan orang lain dan kesejahteraan fisik dan mental orang tersebut. Kesempatan untuk turut berperan dengan cara yang penuh arti bagi kehidupan seseorang yang penting adalah suatu komponen kesejahteraan yang penting bagi lansia. Hilangnya fungsi peran pada lansia secara negatif mempengaruhi kepuasan hidup (Stanley, Blair & Beare, 2005). Smeltzer dan Bare (2001) mengatakan bahwa kepuasan pada lansia bersifat normal yang mencakup memelihara gaya hidup

yang aktif saat usia pertengahan. Lansia yang mencapai sukses dalam hidupnya adalah lansia yang aktif dan mengikuti kegiatan sosial, dapat mengoptimalkan pola hidupnya, dan mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan menuju lanjut usia.

Teori psikososial kelima adalah teori kontinuitas. Teori ini dikenal juga sebagai teori perkembangan, merupakan suatu kelanjutan dari kedua teori sebelumnya (*disengagement* dan aktivitas) dan mencoba untuk menjelaskan dampak kepribadian pada kebutuhan untuk tetap aktif atau memisahkan diri agar mencapai kebahagiaan dan terpenuhinya kebutuhan di usia tua (Atchley, 1989 dalam Stanley, Blair & Beare, 2005). Teori ini menekankan pada kemampuan coping individu sebelumnya dan kepribadian sebagai dasar untuk memprediksi bagaimana seseorang akan dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat penuaan. Ciri kepribadian dasar dikatakan tetap tidak berubah walaupun usianya telah lanjut. Selanjutnya ciri kepribadian khas menjadi lebih jelas saat orang tersebut menjadi lebih tua. Seseorang yang terbiasa memiliki kendali dalam membuat keputusan, akan membawa ciri ini saat menjadi lansia (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Perubahan gaya hidup lansia akibat perubahan sosial-ekonomi biasanya akan menimbulkan masalah. Kepribadian tetap lansia yang tidak diketahui dapat menjadi masalah ketika memutuskan tentang perubahan tempat tinggal. Keluarga dapat menjadi jengkel saat berhadapan dengan keputusan yang sulit tentang perubahan tempat tinggal akibat kepribadian lansia.

Sifat kepribadian lansia dijelaskan oleh Darmojo (2004) yang merupakan pembawaan sejak muda, yaitu : 1) *tipe konstruktif*, yaitu tipe dimana lansia mempunyai integritas baik, dapat menikmati hidupnya, mempunyai toleransi yang tinggi, humoristik, fleksibel, dan tahu diri, 2) *tipe ketergantungan (dependent)*, yaitu tipe dimana lansia selalu pasif, tak berambisi, masih tahu diri, tidak mempunyai inisiatif dan bertindak tidak praktis, 3) *tipe defensif*, yaitu tipe dimana lansia dulunya biasa mempunyai pekerjaan tidak stabil,

bersifat selalu menolak bantuan, seringkali emosinya tidak dapat dikontrol, memegang teguh pada kebiasaannya, bersifat *kompulsif aktif*, 4) tipe bermusuhan (*hostility*), yaitu tipe dimana lansia menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalannya, selalu mengeluh, bersifat agresif dan curiga, menjadi tua dianggapnya tidak ada hal-hal baik, takut mati, iri hati pada orang yang muda, senang mengadu untung pada pekerjaan aktif untuk menghindari masa yang sulit, 5) tipe menyalahkan diri sendiri, yaitu tipe dimana lansia bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak mempunyai ambisi, mengalami penurunan kondisi sosio-ekonomi dan menganggap kematian sebagai suatu kejadian yang membebaskannya dari penderitaan.

Teori penuaan yang telah dibahas dapat menggambarkan bagaimana proses menua terjadi dan kenapa penting untuk mengetahui teori penuaan. Meskipun proses menua adalah hal yang normal terjadi, namun menimbulkan dampak tersendiri bagi lansia yang dapat dianggap sebagai suatu masalah kesehatan. Masalah tersebut dapat berasal dari perubahan yang terjadi akibat proses menua. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui bagaimana perubahan fisik, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual pada lansia.

Lansia beresiko untuk mengalami gangguan kesehatan terkait dengan proses menua. Spradley dan Allender (1996, dalam Stanley, Blair & Beare, 2005) menyebutkan terdapat 80 % lansia yang mengalami gangguan kesehatan kronik, diantaranya penyakit kardiovaskular dan respirasi, kanker, diabetes, artritis, penurunan fungsi penglihatan dan pendengaran, dan hipertensi. McMurray (2003) menjelaskan lansia merupakan populasi yang beresiko yang dipengaruhi banyak faktor atau kondisi untuk terkena gangguan kesehatan. McMurray melihat beberapa faktor resiko lansia pada beberapa aspek diantaranya terhadap gangguan mental, penggunaan obat-obatan, isu tentang gender, aktivitas fisik, kepribadian seseorang, seksualitas, status sosial-ekonomi, dan relokasi.

2.2 Strategi Pencegahan Dalam Intervensi Keperawatan Komunitas

Masalah yang terjadi dalam keluarga seiring dengan berjalannya usia akan mempengaruhi struktur, fungsi, dan proses dalam keluarga tersebut. Pertambahan usia seseorang menjadi masa transisi terkadang sulit dilewati pada lansia sehingga perubahan pada satu bagian akan menyebabkan perubahan pada bagian yang lain. Contoh dari masa transisi pada lansia adalah pensiun dan relokasi. Transisi ini dapat menimbulkan masalah psikososial pada lansia seperti kehilangan peran, stres akibat relokasi, isolasi dan kesepian, kehilangan kendali, dan ketidakberdayaan (Stanley, Blair, & Beare, 2005). Perawat komunitas ataupun gerontik perlu memahami masalah psikososial yang dapat terjadi akibat transisi penuaan pada lansia. Hal yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan strategi pencegahan baik primer, sekunder, dan tersier. Selanjutnya akan dibahas strategi pencegahan secara umum kemudian membahas strategi pencegahan dalam mengatasi masalah psikososial.

Pencegahan primer adalah aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit, ketidakmampuan, dan cedera (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Pencegahan primer melibatkan peningkatan kesehatan melalui penyuluhan kesehatan dengan penekanan pada pembentukan gaya hidup sehat guna meningkatkan tingkat fungsi optimal (nutrisi, latihan, tidur, rekreasi, relaksasi, tidak menggunakan alkohol, tembakau, dan obat-obatan lain), pembentukan kepribadian yang sehat, konseling, dan pembentukan lingkungan sosial yang sehat (Stanley, Blair & Beare; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Pencegahan sekunder adalah aktivitas yang berhubungan dengan deteksi dini dan *treatment*. Fokus pencegahan ini dengan melakukan skrining untuk mendeteksi penyakit pada fase awal. Perawat dapat melakukan pencegahan sekunder dengan mengobservasi individu atau agregat yang termasuk ke dalam *at risk* serta mengidentifikasi faktor resikonya (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Pencegahan tersier adalah aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit tidak bertambah parah (kronis) dan tidak menimbulkan ketidakmampuan pada individu. Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan melakukan rehabilitasi kepada individu yang meliputi rehabilitasi fisik, psikis, dan spiritual (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Dalam konsep sehat-sakit, pencegahan primer dan sekunder berhubungan dengan level sehat, sedangkan pencegahan tersier berhubungan dengan level sakit. Oleh karena itu, pembahasan selanjutnya hanya membahas tentang pencegahan primer dan sekunder dalam mengatasi masalah psikososial lansia di panti atau institusi. Stanley, Blair, dan Beare (2005) menjelaskan strategi pencegahan dalam mengatasi masalah psikososial akibat perubahan pada lansia, yaitu :

2.2.1 Kehilangan peran akibat pensiun

Pencegahan primer dari masalah yang berhubungan dengan pensiun adalah peningkatan kesadaran keluarga terhadap perubahan-perubahan tersebut. Tindakan yang dapat diambil oleh lansia dan keluarga diantaranya merencanakan ke depan untuk memastikan pendapatan yang adekuat, mencari teman yang tidak berhubungan dengan pekerjaan, mengurangi waktu di tempat kerja pada tahun terakhir, membuat rutinitas untuk mengganti struktur kerja, menghabiskan waktu dengan membentuk jaringan sosial yang baru, mencari dukungan pada orang-orang atau kelompok selain pasangan untuk mengisi waktu luang.

Pencegahan sekunder dapat dilakukan oleh perawat dengan mengantisipasi masalah yang dapat timbul akibat pensiun diantaranya kehilangan peran, ansietas, takut, gangguan harga diri, dan isolasi sosial. Masalah yang paling banyak adalah gangguan harga diri. Perawat dapat merencanakan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan harga diri.

2.2.2 Stres akibat relokasi

Pencegahan primer terhadap masalah yang berkaitan dengan relokasi berfokus pada relokasi lansia dari satu fasilitas layanan kesehatan ke fasilitas yang lain, tetapi intervensi tersebut dapat disesuaikan untuk lansia yang mengalami berbagai jenis relokasi. Perawat perlu mempersiapkan program persiapan untuk relokasi seperti lansia mengunjungi tempat yang baru dan perawat menjelaskan tentang aspek dari lokasi yang baru tersebut. Sistem pendukung dan konseling harus disediakan termasuk dukungan keluarga sebelum, selama, dan setelah relokasi di institusi.

Pencegahan sekunder dapat dilakukan oleh perawat terkait manifestasi klinis yang berhubungan dengan jenis relokasinya. Lansia yang dipindahkan dari satu rumah perawatan tanpa sepengetahuan dirinya dapat mengalami peningkatan kebingungan, defisit memori, perilaku yang aneh, penurunan rasa percaya, dan peningkatan ketergantungan. Lansia yang menemukan dirinya tanpa aktivitas dan mekanisme dukungan yang biasa akan mengalami rasa tidak aman terhadap pengaturan hidup yang baru, peningkatan stres dan ansietas, dan penurunan kepuasan hidup.

2.2.3 Isolasi dan kesepian

Pencegahan primer yang dapat dilakukan perawat adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada orang-orang yang merawat lansia. Mewaspada potensi isolasi dan mengetahui tanda-tanda kesepian dapat membantu mencegah terjadinya masalah ini pada lansia. Keluarga dan orang yang merawat lansia perlu mengidentifikasi faktor terjadinya isolasi dan kesepian diantaranya penurunan kemampuan fisik, hilangnya peran dan hubungan sosial, penurunan minat untuk berkomunikasi, menghindari perkumpulan sosial, menarik diri, dan kurangnya kontak mata.

Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan melakukan pengkajian yang menyeluruh untuk mengidentifikasi penyebab isolasi dan merencanakan tujuan serta intervensi untuk mengatasinya. Pengkajian yang dapat

dilakukan dengan observasi langsung terhadap lingkungan keseharian lansia. Kuesioner lapor diri dapat diberikan kepada lansia untuk mengetahui persepsi mereka terhadap keterampilan sosial yang mereka miliki dan alasan menghindari interaksi yang tidak dapat dilihat dengan observasi.

2.2.4 Kehilangan kendali

Pencegahan primer dilakukan dengan menjelaskan konsekuensi dari kehilangan kendali seperti ansietas pada seluruh keluarga yang sering menyebabkan koping tidak efektif. Ansietas terjadi karena berbagai hal seperti kehilangan objek atau sistem pendukung, kehilangan kendali sosial, penurunan kemampuan mental atau fisik, dan ketakutan akan kehilangan karena penuaan. Selain itu pencegahan primer dapat juga dilakukan dengan memperbaiki koping keluarga dengan kelompok pendukung. Kegiatan yang ada di panti werdha terkait dengan dukungan keluarga dapat menjadi upaya yang optimal.

Pencegahan sekunder dapat dilakukan perawat dengan mengkaji koping keluarga yang tidak efektif. Koping keluarga yang tidak efektif dapat terjadi pada berbagai tingkat, yaitu pada tingkat terganggu atau tidak mampu atau pada tingkat yang lebih positif dapat menunjukkan potensi untuk tumbuh.

2.2.5 Ketidakberdayaan

Pencegahan primer dilakukan dengan menyadari kebutuhan lansia akibat sumber kekuatannya yang terganggu seperti terganggunya kekuatan fisik, kekuatan psikologis, konsep diri, energi, pengetahuan, motivasi, dan sistem keyakinan. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang faktor-faktor yang berperan terhadap ketidakberdayaan seperti lingkungan perawatan kesehatan, pengalaman sebelumnya, kurangnya pengetahuan, gaya hidup tidak berdaya, dan kehilangan kendali.

Pencegahan sekunder dilakukan dengan melakukan pengkajian ketidakberdayaan dengan karakteristik perilaku lansia mencari informasi kurang, penolakan atau keengganan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, respon perilaku seperti mudah marah dan bermusuhan, apatis, pasrah, agresi, serta menarik diri.

Seseorang yang telah mencapai masa lanjut usia tentunya ingin melewati proses penuaan dengan sukses dan bahagia. Untuk mencapai masa tua yang sukses maka dibutuhkan strategi yang khusus. Stanley, Blair dan Beare (2005) menyebutkan strategi untuk masa tua yang sukses, yaitu : 1) mempertahankan kesehatan dengan gaya hidup yang sehat, 2) berusaha untuk tetap aktif baik secara fisik maupun mental, 3) memiliki sistem pendukung yang kuat seperti keluarga, teman, dan tetangga, 4) tetap mampu untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi terhadap perubahan, 5) mengembangkan minat-minat baru, 6) berpartisipasi dalam aktivitas yang berarti, 7) memiliki penghasilan yang adekuat, 8) menghindari situasi yang dapat menimbulkan stres, 9) mempunyai otonomi dan tidak bergantung kepada orang lain, 10) merencanakan kegiatan terstruktur setiap hari.

Salah satu strategi di atas yang akan dibahas lebih lanjut karena sesuai dengan tujuan penelitian adalah sistem pendukung yang kuat yang dimiliki oleh lansia. Sistem pendukung dapat berupa dukungan sosial dari orang-orang terdekat terutama keluarga. Dukungan dari keluarga juga merupakan salah satu strategi pencegahan dalam intervensi keperawatan komunitas yang telah dibahas sebelumnya. Oleh karena itu, peneliti akan membahas tentang arti dukungan sosial, bentuk dukungan, dan sumber dukungan sosial yang dibutuhkan oleh lansia terutama yang tinggal di panti werdha.

1. Pengertian Dukungan Sosial (*Social Support*)

Dalton, Elias, dan Wandersman (2001) menjelaskan bahwa dukungan sosial adalah hubungan *interpersonal* atau sosial yang dapat digunakan sebagai coping oleh individu yang membutuhkannya yang mempelajari

tentang peran dan perilaku dari seseorang. Sedangkan Gottlieb (1983 dalam Kuntjoro, 2002) juga menjelaskan bahwa dukungan sosial adalah informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh terhadap tingkah laku penerimanya.

Sarason (1983, dalam Kuntjoro, 2002) menjelaskan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Pengertian lain juga disebutkan oleh Cobb (1976, dalam Kuntjoro, 2002) bahwa dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondisinya.

Saronson (1991, dalam Mazbow, 2009) menyatakan bahwa dukungan sosial adalah keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dipercaya. Sementara Katch dan Kahn (2000, dalam Mazbow, 2009) menyatakan bahwa dukungan sosial adalah perasaan positif, menyukai, kepercayaan, perhatian dari orang lain yaitu orang yang berarti dalam kehidupan individu yang bersangkutan, pengakuan, kepercayaan seseorang, dan bantuan langsung dalam bentuk tertentu.

Dukungan sosial berfokus pada sifat interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individual (Roth, 1989 dalam Friedman, 1998). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial internal dan eksternal. Dukungan sosial internal seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung, sedangkan dukungan sosial eksternal seperti jaringan kerja sosial keluarga inti.

Baik keluarga inti maupun keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota-anggotanya. Caplan (1976, dalam Friedman, 1998) menerangkan bahwa keluarga memiliki delapan fungsi supportif, termasuk dukungan informasional (keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan penyebar informasi), dukungan penilaian (keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota), dukungan instrumental (keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit), dan dukungan emosional (keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi).

Dukungan sosial dapat diberikan oleh keluarga besar bagi keluarga inti. Kebanyakan kaum dewasa hidup dalam komunitas dimana mereka membuat satu kontak atau lebih dengan orangtua atau kerabat dekat yang masih hidup. Kebanyakan anggota keluarga merasa puas dengan frekuensi dan kualitas hubungan antar generasi (Shan, 1980 dalam Friedman, 1998).

Komponen penting yang lain dari masa tua yang sukses dan kesehatan mental adalah adanya sistem pendukung yang efektif. Sumber pendukung pertama biasanya merupakan anggota keluarga seperti pasangan, anak-anak, saudara kandung, atau cucu. Namun struktur keluarga akan mengalami perubahan jika ada anggota yang meninggal dunia, pindah ke daerah lain, atau menjadi sakit. Oleh karena itu, kelompok pendukung yang lain sangat penting. Beberapa dari kelompok ini adalah tetangga, teman dekat, kolega sebelumnya dari tempat kerja atau organisasi, dan anggota lansia di tempat ibadah (Stanley, Blair & Beare, 2005).

2. Bentuk dukungan sosial

Dukungan sosial dapat dibagi ke dalam dua bentuk yaitu *generalized Support* dan *Spesific Support* (Sarason et al., 1990 dalam Dalton, Elias, & Wandersman, 2001). Perbedaan ini tergantung bagaimana memberikan

dukungan kepada penerima (*recipient*). *Generalized Support* terdapat pada aktivitas yang dilakukan terus-menerus dalam hubungan interpersonal, sedangkan *Spesific Support* diberikan untuk menolong seseorang menghadapi stresor yang dihadapi (Dalton, Elias, & Wandersman, 2001). *Generalized Support* merupakan dukungan yang diberikan melalui aktivitas yang berkelanjutan ketika seseorang sedang menghadapi stresor ataupun tidak menghadapi stresor, yang mencakup pemberian perhatian, penerimaan, dan keinginan memberikan perawatan (Sarason et al., 1990 dalam Dalton, Elias, & Wandersman, 2001). *Generalized Support* dapat dibagi atas dua jenis, yaitu : *social integration* dan *emotional support* (Cutrona & Russell, 1990 dalam Dalton, Elias, & Wandersman, 2001).

Integrasi sosial (*Social Integration*) adalah dukungan yang diberikan mengendalikan, menyatukan, atau mengaitkan satu sama lain unsur-unsur sosial yang diperlukan untuk menghadapi tantangan. Dukungan emosional (*emotional support*) adalah dukungan yang melibatkan kekuatan jasmani dan keinginan untuk percaya kepada orang lain sehingga individu yang bersangkutan menjadi yakin bahwa orang tersebut mampu memberikan cinta dan kasih sayang kepadanya (Wikipedia, 2010). Dukungan emosional merupakan salah satu bagian dari dukungan sosial. Dukungan emosional terdiri dari informasi atau nasihat *verbal* dan *non verbal*, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku yang didapat individu. Status dukungan emosional mengacu kepada kesenangan yang dirasakan, penghargaan, kepedulian, atau membantu orang menerima dari orang-orang atau kelompok lain. Empat aspek dukungan emosional adalah empati, simpati, kepedulian, dan perhatian (Harian Sains, 2009).

Generalized support dan *spesific support* merupakan bagian dari dukungan sosial yang penting untuk dipahami. Pada *spesific support*, dukungan yang diberikan langsung difokuskan kepada penanganan stresor spesifik yang

digunakan oleh individu sebagai koping dan banyak digunakan pada berbagai area seperti pada tetangga, saat kerja, atau di institusi (Hobfoll & Vaux, 1993 dalam Dalton, Elias, & Wandersman, 2001). Ada tiga bentuk *specific support* yaitu dukungan penghargaan (*encouragement*), Dukungan informasi (*informational support*), dan dukungan instrumental (*tangible assistance*) (Cutrona & Russell, 1990 dalam Dalton, Elias, & Wandersman, 2001).

Dukungan penghargaan (*encouragement*) dapat disebut juga *esteem support* yang fokus kepada penghargaan terhadap individu untuk dapat dimengerti karena adanya perubahan (Cutrona & Russell, 1990 dalam Dalton, Elias, & Wandersman, 2001). Dukungan penghargaan ini terdiri dari dukungan peran sosial yang meliputi umpan balik, perbandingan sosial, dan afirmasi (persetujuan). Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif pada individu, pemberian semangat, persetujuan pendapat individu, perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

Dukungan *specific support* yang kedua adalah dukungan informasi. Dalton, Elias, dan Wandersman (2001) menjelaskan bahwa dukungan informasi adalah dukungan yang berupa pemberian nasehat atau bimbingan dari orang lain. Aspek informatif ini terdiri dari pemberian nasehat, pengarahan, dan keterangan lain yang dibutuhkan oleh individu yang bersangkutan. Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis dukungan ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah.

Penelitian yang berhubungan dengan pemberian dukungan informasi dilakukan oleh Nelam (1998). Nelam melakukan penelitian tentang uji coba pelayanan sosial bagi lanjut usia berbasis keluarga. Hasil

penelitiannya ditemukan bahwa setelah dilakukan uji coba pada 120 responden, terdapat peningkatan pemberian informasi kepada lansia dari 94 keluarga (78,3 %) menjadi 113 keluarga (94,2 %). Hal ini membuktikan bahwa dengan pendekatan yang khusus, keluarga mampu memberikan dukungan yang optimal kepada lansia.

Dukungan *specific support* ketiga adalah dukungan instrumental (*tangible assistance*). Dukungan instrumental bersifat lebih konkrit dengan memberikan materi berupa uang atau memberikan tugas tertentu yang disukai individu. Aspek ini meliputi penyediaan sarana untuk mempermudah atau menolong orang lain sebagai contoh adalah peralatan, perlengkapan, dan sarana pendukung lain termasuk memberikan peluang waktu. Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stres karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan terutama dalam mengatasi masalah dengan lebih mudah (Dalton, Elias, & Wandersman, 2001).

3. Sumber dukungan sosial

Dukungan sosial dapat dikategorikan berdasarkan sumber dukungan, seperti berasal dari anggota keluarga, teman sebaya, guru, teman kerja, atau orang lain dengan masalah yang sama. Anggota keluarga, utamanya orang tua dan suami atau istri, merupakan sumber dukungan sosial yang penting (khususnya *generalized support*) pada berbagai konteks, termasuk sekolah dan anak usia sekolah, kanker payudara pada wanita, lansia di panti werdha (Dalton, Elias, & Wandersman, 2001).

Penelitian tentang sumber dukungan sosial dilakukan oleh Daalen, Sanders, dan Willemsen (2005). Mereka melakukan penelitian tentang sumber dukungan sosial sebagai prediktor kesehatan, kesejahteraan

psikologis dan kepuasan hidup di kalangan laki-laki dan perempuan di Belanda. Jumlah sampel sebanyak 459 laki-laki dan perempuan dari keluarga pencari nafkah ganda. Hasilnya perempuan menerima lebih banyak dukungan sosial dari rekan kerja dibanding laki-laki, sedangkan laki-laki lebih banyak menerima dukungan sosial dari pasangannya. Peneliti menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan gender dalam efek dukungan sosial. Meskipun laki-laki dan perempuan berbeda sehubungan dengan dukungan sosial yang mereka terima dari sumber yang berbeda, perbedaan-perbedaan ini tidak dapat menjelaskan perbedaan gender di bidang kesehatan, kesejahteraan psikologis, dan kepuasan hidup.

Dukungan sosial dari lingkungan ternyata sangat bermanfaat bagi kesehatan lansia. Hal ini terbukti dengan penelitian yang dilakukan oleh Sabri (2002) yang melakukan penelitian kuantitatif tentang hubungan antara karakteristik usia lanjut, dukungan sosial dan keaktifannya dalam kelompok dengan kesehatan psikososial di Kecamatan Cakung, Jakarta Timur. Desain yang digunakan adalah *deskriptif analitik* dengan pendekatan *Cross sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 152 responden yang berusia di atas 60 tahun. Lansia yang mempunyai psikososial sehat, mendapatkan dukungan optimal dari keluarga sebanyak (73 %), teman (71,1 %), dan masyarakat (65,6 %). Dari 13 variabel, ada 6 variabel yang berhubungan dengan kesehatan psikososial yaitu usia, status perkawinan, dukungan keluarga, dukungan teman, keaktifan dalam kegiatan keagamaan, keaktifan dalam kegiatan olahraga.

Panti dan keluarga merupakan contoh dukungan sosial yang dapat diberikan kepada lansia. Dalam teori yang telah dijelaskan, keluarga adalah salah satu sumber dukungan, sedangkan penyediaan panti dimasukkan ke dalam dukungan instrumental. Selanjutnya peneliti akan membahas tentang keluarga dan panti (institusi) sebagai sumber dukungan sosial.

a. Definisi Keluarga

Menurut Friedman (1998) bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Menurut Duvall dan Logan (1986, dalam Murwani, 2007) bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga.

b. Struktur keluarga

Terdiri atas : pola dan proses komunikasi, peran keluarga, nilai dan kekuatan keluarga. Pada komunikasi bisa berlangsung setiap saat, dimana saja, kapan saja dan oleh siapa saja serta dengan siapa saja. Komunikasi berasal dari bahasa latin, *Communicare* yang berarti sama. Jelasnya komunikasi adalah suatu proses penyampaian berita atau informasi dari satu pihak kepada pihak lain dalam usaha mendapatkan suatu pengertian (Poerwadi, 2008).

Komunikasi menunjuk kepada proses tukar menukar perasaan, keinginan, kebutuhan kebutuhan, dan opini-opini. Salah satu tugas utama keluarga adalah membantu anggota keluarga dalam memelihara lingkungan yang sehat, dimana anggota keluarga dapat mengembangkan harga diri yang baik. Lingkungan yang sehat yang dimaksud salah satunya melalui komunikasi antar anggota keluarga yang baik. Sering ditemukan bagaimana komunikasi dalam keluarga dapat menimbulkan suatu konflik atau permasalahan.

Saluran komunikasi dalam keluarga adalah rute yang informasi gunakan untuk mencapai penerima. Dalam keluarga saluran ini meliputi aliran informasi antara berbagai macam set hubungan. Keluarga memiliki saluran umum aliran informasi, yang

mengungkapkan struktur keluarga, rapatnya hubungan-hubungan, peran-peran keluarga, dan popularitas individu dalam keluarga. Komunikasi fungsional dipandang sebagai kunci bagi sebuah keluarga yang berhasil dan sehat dan didefinisikan sedemikian tenang, transmisi langsung dan penyambutan terhadap pesan baik pada tingkat instruksi maupun isi (Sell, 1973 dalam Friedman 1998). Dengan kata lain bahwa komunikasi fungsional dalam lingkungan keluarga menuntut bahwa maksud dan arti dari pengirim yang dikirim lewat saluran-saluran yang relatif jelas dan bahwa penerima pesan mempunyai suatu pemahaman terhadap arti dari pesan itu yang mirip dengan pengirim.

Struktur keluarga yang kedua adalah peran keluarga. Struktur peran keluarga tergantung bagaimana peran tersebut disesuaikan juga dengan tahap perkembangan keluarga. Menurut Nye dan Gecas (1976, dalam Friedman, 1998) bahwa ada enam peran dasar yang membentuk posisi sosial sebagai suami-ayah dan istri-ibu, yaitu peran sebagai *provider*, peran sebagai pengatur rumah tangga, peran perawatan anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi, peran persaudaraan (*kinship*) : memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal, peran terapeutik, serta peran seksual.

Peran keluarga yang bersifat informal jelas berbeda dengan peran formal. Peran ini tidak terlalu nampak dan berfungsi ketika memainkan suatu peran yang berkaitan dengan emosional terutama dalam anggota keluarga. Misalnya peran sebagai pendorong, pengharmonis, inisiator-kontributor, pendamai, penghalang, dominator, penyalah, pengikut, pencari pengakuan, sahabat, dan penghibur (Friedman, 1998).

Setiap anggota keluarga memainkan peran yang sesuai dengan posisi dan statusnya dalam sistem keluarga. Peran didasari oleh harapan orang lain dan diri sendiri. Pada keluarga muda, ibu memainkan peran

sebagai pengasuh, ayah sebagai pencari nafkah. Sejalan dengan bertambahnya usia keluarga, peran berubah. Ayah yang semula menjadi penyedia sekarang menjadi pengasuh.

Selama penilaian diri ini, ayah-penyedia menemukan bahwa ia terlalu sibuk bekerja sampai melupakan kesempatan yang diperoleh untuk menjalin hubungan yang erat dengan anak-anaknya. Pada usia lansia muda, ia memiliki kesempatan terakhir untuk melakukan hal tersebut. Ayah dapat menjadi komunikator keluarga, seseorang yang selalu berhubungan dengan anaknya. Untuk lansia wanita, sindrom kekosongan rumah dapat dihadapi dengan kegembiraan, bukan kesedihan karena perubahan tersebut sebenarnya memberi kesempatan untuk mengeksplorasi potensinya sendiri. Tentu saja ada wanita lansia lain yang terbawa dengan perasaannya. Kemampuan keluarga untuk berespon terhadap perubahan melalui fleksibilitas peran merupakan hal penting dalam keberhasilan fungsi keluarga (Stanley, Blair, & Beare, 2005).

Struktur keluarga ketiga adalah nilai keluarga. Nilai adalah suatu sistem ide, sikap, dan kepercayaan tentang sikap, dan kepercayaan tentang nilai secara keseluruhan atau konsep yang secara sadar ataupun tidak sadar mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga dalam suatu budaya yang lazim (Parad & Caplan, 1965 dalam Friedman, 1998).

Struktur keluarga keempat adalah kekuatan keluarga. Kekuatan adalah kemampuan baik kemampuan potensial maupun aktual dari seorang individu untuk mengontrol, mempengaruhi, dan mengubah tingkah laku seseorang. Kekuatan keluarga adalah kemampuan baik potensial maupun aktual dari seorang anggota individu untuk mengubah tingkah laku anggota keluarga (Friedman, 1998).

Selain keluarga yang telah dibahas, pelayanan intitusi kesehatan dapat menjadi bentuk dukungan sosial bagi lansia. Pendirian pelayanan kesehatan pada lansia berkembang dengan cepat dan memiliki program yang semakin *inovatif* baik *institutional* maupun *noninstitutional*. Kehadiran institusi layanan kesehatan pada lansia dapat menjadi peluang bagi perawat gerontik (Miller, 1995). Selanjutnya peneliti akan membahas tentang layanan kesehatan bagi lansia. Miller (1995) menyebutkan ada dua bentuk layanan kesehatan lansia yaitu *noninstitutional* dan *institutional*. Layanan *institutional* terdiri atas : 1) *home care service*, 2) *adult day care centers*, 3) *day hospitals*, 4) *respite services*, 5) *community based services*, 6) *nursing home care and long-term care*.

1. Layanan *Noninstitutional*

Layanan *Noninstitutional* adalah bentuk layanan kesehatan rumah kepada lansia yang tidak memiliki prosedur pelayanan secara formal dan tidak menyediakan asuransi kesehatan. Pada tahun 1975, program pelayanan *noninstitutional* didirikan, dijalankan, dan mengalami perluasan ke dalam perawatan rumah. Target utama adalah 15 % lansia yang tinggal di komunitas dapat segera pindah dari perawatan rumah sakit ke perawatan rumah di komunitas (Miller, 1995). Adapun jenis layanan *noninstitutional* seperti *single-family residence*, *shared housing*, *retirement community*, *congregate housing*, *life-care or continuing care retirement community*, *foster-care or board-and-care home*, *assisted living facility*.

2. *Home care services*

Home care services merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh agen perawatan yang didukung oleh perusahaan asuransi kesehatan, serta memiliki kualifikasi tertentu. *Home care services* meliputi asuhan keperawatan, kerja sosial, terapi wicara, terapi fisik, terapi saat kerja, konseling nutrisi, dan pelayanan alat-alat kesehatan (Miller, 1995; Stanley, Blair & Beare, 2005).

Perawat perlu mengenal standar perawatan kesehatan di rumah dalam memberikan pelayanan *home care services* seperti standar Praktik Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Perawatan di Rumah. Layanan kesehatan rumah bagi lansia tergantung dari kebutuhan lansia. Semua bentuk asuhan keperawatan dapat diberikan dalam bentuk perawatan kesehatan di rumah (Stanley, Blair & Beare, 2005).

3. *Adult day care centers*

Fasilitas tambahan yang ada di masyarakat yang dapat diterima oleh lansia adalah *adult day care centers*. Terdapat dua tingkatan, yaitu *social day care* dan *adult day health*. Dalam *social day care*, lansia tidak memerlukan perawatan langsung oleh perawat. Dalam *adult day care centers*, tingkat asuhan keperawatan yang disediakan bergantung kepada sumber daya yang dimiliki. Perawatan didasarkan atas program medis dan rencana asuhan keperawatan. Catatan perkembangan disampaikan kepada dokter. Beberapa pelayanan perawatan yang sering disediakan untuk lansia adalah pemberian obat-obatan, pengobatan dan pemberian hormon insulin, perawatan luka, mandi, pengkajian kardiopulmoner, dan latihan Range of Motion (ROM) (Stanley, Blair & Beare, 2005).

4. *Day hospitals*

Day hospitals dijalankan oleh perawat yang memiliki fokus manajemen penyakit kronis seperti diabetes, gagal jantung kongestif, dan penyakit paru obstruksi kronis. *Day hospital* melakukan pemantauan dan intervensi seawal mungkin secara berkelanjutan dalam rangka menjaga agar lansia tetap berada di luar institusi perawatan akut dan meningkatkan kualitas kehidupan (Lasater, 1996 dalam Stanley, Blair & Beare, 2005).

Day hospitals telah berada di bawah naungan organisasi pemeliharaan kesehatan (*Health Maintenance Organization/HMO*) sebagai respon

terhadap peningkatan biaya karena hospitalisasi yang berulang. *Day hospitals* menjalankan programnya dengan tindak lanjut atau kontak secara cepat melalui telepon atau kunjungan ke rumah setelah pasien pulang selama seminggu. Perawat dapat melakukan pengkajian lanjutan yang dapat mendeteksi perubahan kondisi klien yang sulit digambarkan (Lasater, 1996 dalam Stanley, Blair & Beare, 2005).

5. *Respite services*

Respite services adalah layanan kesehatan yang dapat disediakan di rumah, di komunitas, atau di institusi, akan tetapi dengan menyediakan seseorang yang tinggal di dalam rumah dan memberikan perawatan untuk diajarkan kepada anggota keluarga. Tujuan utama didirikannya *respite services* adalah meningkatkan kemampuan keluarga sebagai *caregivers* sehingga tanggung jawabnya dapat dijalankan tanpa mengalami stres. Bentuk *respite services* ini ada di dalam *day care*, *day hospital*, dan *nursing home* (Miller, 1995).

6. *Community-Based Geriatric Services*

Pelayanan ini dapat diberikan kepada lansia dengan pendapatan rendah dan lansia yang minoritas untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan *caregivers* (Miller, 1995). Pada upaya pelayanan kesehatan ini, semua upaya kesehatan yang berhubungan dan dilaksanakan oleh masyarakat harus diupayakan berperan serta dalam menangani kesehatan lansia. Puskesmas berperan dalam membentuk kelompok lansia ini. Di dalam dan melalui klub ini pelayanan kesehatan lebih mudah dilaksanakan, baik usaha *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif* (Hadi-Martono, 1996 dalam Darmojo 2004).

7. *Nursing home care and long-term care*

Nursing home dan *long-term care* merupakan tempat tinggal bagi lansia yang memerlukan perawatan yang berkelanjutan (Wikipedia, 2010). Tujuan didirikannya *nursing home care and long-term care*

adalah untuk mencapai dan memelihara kesehatan dan kemandirian fungsional yang optimal. Pada masa sekarang ini, terdapat 50 % kesempatan bagi seorang wanita di atas umur 65 tahun akan menghabiskan waktu dalam fasilitas *nursing home care and long-term care* pada beberapa titik di dalam kehidupannya. Kesempatan untuk pria pada usia yang sama adalah 30 % (Kaeser, 1991 dalam Stanley, Blair & Beare, 2005).

Berdasarkan penjelasan di atas, maka jenis layanan kesehatan bagi lansia di dalam penelitian ini adalah *nursing home*. Pada tatanan *nursing home*, lansia mendapatkan layanan dalam perawatan berkelanjutan dan pemeliharaan kesehatan yang optimal. Lansia yang datang ke PSTW tidak selalu dengan keterbatasan, tetapi lansia yang sehat juga menempati *nursing home*. *Nursing home* dalam pandangan masyarakat Indonesia merupakan panti werdha yang mempunyai kegiatan atau program yang berbeda.

Upaya untuk memelihara dan mengembangkan nilai-nilai budaya keluarga terhadap lansia dapat dilakukan dengan upaya peningkatan kesejahteraan sosial lansia. Hal ini berkaitan dengan kebijakan program yang disediakan oleh pemerintah. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia menjelaskan kebijakan yang terkait dengan pelayanan lansia yaitu : 1) pelayanan keagamaan dan mental spiritual, 2) kesehatan, 3) kesempatan kerja, 4) pendidikan dan pelatihan, 5) kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana, dan prasarana umum, 6) kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum, 7) perlindungan sosial, 8) serta bantuan sosial.

Kebijakan pemerintah dalam upaya peningkatan kesejahteraan sosial lansia dilakukan dengan koordinasi terhadap berbagai pihak. UU RI No. 13 thn 1998 menjelaskan beberapa kebijakan tersebut yaitu : 1) pelayanan administrasi; merupakan kemudahan bagi lansia dalam urusan yang terkait

dengan urusan administrasi, 2) pelayanan dan keringanan biaya merupakan suatu penghargaan bagi lansia yang akan menikmati atau memenuhi berbagai kebutuhan, 3) kemudahan melakukan perjalanan merupakan suatu penyediaan fasilitas bagi lansia dalam beberapa bentuk seperti penyediaan loket khusus, tempat duduk khusus, kartu wisma khusus agar tidak mendapat hambatan dalam melakukan perjalanan, 4) fasilitas rekreasi dan olahraga khusus dimaksudkan sebagai upaya memberikan rasa senang, bahagia, dan kebugaran kepada lansia agar dapat mengisi waktu luang dengan menikmati rekreasi dan olahraga khusus yang disediakan bagi lansia.

Bentuk pelayanan yang diberikan di PSTW hampir sama yaitu pelayanan fisik, sosial, ekonomi, psikis, dan spiritual. Pelayanan fisik seperti senam, pemeriksaan kesehatan, relaksasi, dan pemberian makanan tambahan. Pelayanan sosial seperti kesempatan berinteraksi dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial. Pelayanan ekonomi seperti pemberian keterampilan dan penyelenggaraan usaha bersama. Pelayanan psikis seperti hiburan (menyanyi), dinamika kelompok (permainan), rekreasi. Pelayanan spiritual seperti bimbingan agama dan konseling (Depsos RI, 2009).

2.3 Peran Perawat Komunitas Dalam Penanganan Populasi “At Risk”

Perawat memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas kehidupan yang penting bagi populasi dengan menggunakan kerangka kerja promosi kesehatan untuk mengorganisasi dan memberikan asuhan keperawatan bagi lansia. Lansia sebagai populasi *at risk* perlu dipandang secara positif untuk mengidentifikasi dan membangun kekuatan dari pada memusatkan pada keterbatasan dan masalah. Dalam penanganan lansia sebagai populasi *at risk*, maka dapat dilakukan promosi kesehatan (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Penelitian terbaru menemukan bahwa lansia tertarik dalam promosi kesehatan dan banyak lansia saat ini mempraktekkan perilaku promosi kesehatan dari pada kelompok usia muda (Walker, et.al,1988; Schafer,1989, dalam Stanley, Blair & Beare, 2005). Menurut Pender (1987) bahwa promosi kesehatan adalah pola multidimensional dari tindakan dan persepsi yang berasal dari dalam diri sendiri yang dapat membantu memelihara atau meningkatkan kesejahteraan, aktualisasi diri, dan pemenuhan kebutuhan individu. Perilaku tersebut misalnya melakukan aktivitas fisik dan mental secara teratur, memperoleh nutrisi, istirahat, dan relaksasi yang adekuat, dan memelihara jaringan dukungan sosial.

Promosi kesehatan pada lansia tidak difokuskan kepada penyakit atau ketidakmampuan, tetapi lebih pada kekuatan dan kemampuan lansia tersebut. Perawat dapat memaksimalkan potensi lansia dan meminimalkan efek penuaan melalui upaya promosi kesehatan (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Di dalam menjalankan promosi kesehatan dan kegiatan lainnya, perawat komunitas perlu memahami fungsi peran yang dijalankannya. Peran merupakan suatu ekspektasi yang menempatkan seseorang pada posisi yang benar dengan memahami dan meluruskan tanggung jawab berdasarkan pengetahuan, teknologi, biaya, dan kebutuhan konsumen. Fungsi umum peran perawat dibagi atas : *clinician, advocate, collaborator, consultant, counselor, educator, researcher*, dan *case manager* (Hitckcock, Schubert & Thomas,

1999). Sedangkan peran perawat oleh Helvie (1998) dibagi atas : *care provider, nurse educator dan counselor, role model, client advocate, case manager, collaborator, discharge planner, case finder, change agent and leader*. Peran perawat yang akan dibahas peneliti sesuai dengan Helvie (1998).

2.3.3 *Care Provider*

Peran perawat sebagai *care provider* meliputi melakukan pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan kepada klien (individu, keluarga, komunitas) berdasarkan epidemiologi dan prinsip intervensi pencegahan. Peran ini dapat dijalankan pada berbagai area seperti rumah, sekolah, tempat kerja, atau klinik (Helvie, 1998).

Salah satu peran perawat dalam menanggapi kebutuhan lansia sebagai populasi *at risk* di institusi (panti) adalah dengan memberikan asuhan keperawatan. Goodin (1985, dalam Stanley, Blair & Beare, 2005) menyatakan peran perawat wajib untuk melindungi seseorang di bawah ancaman bahaya yang bukan hanya menghindari bahaya tetapi juga penting untuk perasaan, citra diri, atau kehormatan terutama yang beresiko cedera. Perawat dapat memberikan perawatan fisik dan membuat program dukungan emosional bagi lansia di panti atau memberikan pendidikan kesehatan kepada lansia di panti terkait proses menua.

2.3.2 *Nurse educator dan counselor*

Dalam peran ini, perawat memberikan informasi kepada klien yang dapat dapat menjadi pilihan terbaik dalam merubah perilaku. Peran perawat sebagai *educator* terbagi atas dua, yaitu memberikan promosi kesehatan (*health teaching*) dan pendidikan kesehatan (*health learning*). *Health teaching* berhubungan dengan promosi kesehatan yang dilaksanakan oleh perawat dalam menciptakan kesejahteraan kesehatan pada individu atau kelompok. *Health learning* merupakan bagian dari promosi kesehatan. Hal ini terkait dengan pengetahuan, pemahaman, atau keterampilan individu

yang memiliki proses yang lebih pendek (Helvie, 1998; Murray & Zentner, 1997 dalam Hitckcock, Schubert & Thomas, 1999).

Perawat komunitas dapat menjalankan perannya sebagai *nurse educator* dan konselor pada lansia di panti. Hal yang dapat dilakukan diantaranya :
1) membuat poster, leaflet, atau selebaran lainnya tentang proses menua,
2) mengaktifkan gerakan sehat dan fitnes, 3) pendidikan tentang skrining terhadap kanker, 4) gerakan stop alkohol, 5) hari bebas rokok di panti.

Peran perawat sebagai konselor dijalankan dengan membantu lansia memilih solusi yang tepat dalam mengatasi suatu masalah. Dalam konseling, perawat tidak memberitahukan apa yang harus dilakukan, akan tetapi lebih kepada proses mendengarkan secara objektif, mengklarifikasi, menyediakan umpan balik dan informasi, dan memandu lansia dalam proses pemecahan masalah (Clark, 1996 dalam Hitckcock, Schubert & Thomas, 1999).

2.3.3 *Role model*

Perawat kesehatan komunitas menjadi role model bagi klien dan petugas kesehatan lainnya. Klien mungkin mencontoh perilaku perawat baik di rumah atau di tempat lainnya. Perilaku negatif dapat ditiru oleh siapa saja yang berada di komunitas, sehingga perawat perlu memunculkan perilaku yang positif (Helvie, 1998).

Perawat di institusi (panti) juga dapat menciptakan perannya sebagai *role model* yang baik. Misalnya perawat dalam menghadapi masalah menggunakan koping yang efektif sehingga dapat ditiru oleh lansia. Hal yang paling sederhana misalnya cara berpakaian, cara berkomunikasi yang baik, menepati kontrak dengan lansia dengan tepat waktu, perilaku bersih dan sehat, aktif ikut kegiatan di panti, dan memperlihatkan contoh yang baik kepada lansia.

2.3.4 *Advocate*

Advokasi adalah tindakan yang dilakukan dengan mewakili individu atau kelompok dalam menyampaikan sesuatu dalam mencapai tujuan yang lebih baik (Zerwekh, 1991, dalam Helvie, 1998; Hitckcock, Schubert & Thomas, 1999). Perawat kesehatan komunitas bertindak sebagai *advocat* bagi individu, kelompok, atau klien di komunitas. Advokasi menekankan kepada rasa hormat dan mempertahankan hak hukum terhadap lansia.

Perawat menjalankan peran ini dengan memiliki pengetahuan tentang hak-hak lansia dan siap untuk meredam perselisihan dengan maksud untuk perlindungan terhadap penyalahgunaan hak-hak. Sesuai dengan peran perawat sebagai advokat lansia, terdapat revisi dalam *International Council of Nurses Code of Ethics* (1973, dalam Stanley, Blair & Beare, 2005) yang menekankan tanggung jawab perawat yang utama kepada orang yang memerlukan asuhan keperawatan dan perawat mengambil tindakan yang sesuai untuk melindungi individu pada saat perawatannya terancam bahaya (Benjamin & Curtis, 1973 dalam Stanley, Blair & Beare, 2005).

Pengkajian terbaru mengenai model advokasi untuk keperawatan lebih dikonsentrasikan terhadap kebutuhan untuk meninjau kembali status hukum dan kebutuhan untuk memperluas pendidikan yang memungkinkan perawat menyelesaikan peran advokasi yang lebih efektif. Pengkajian lainnya membantah bahwa advokasi harus diartikan dalam arti membantu orang lain dalam melatih kebebasan untuk benar-benar menentukan nasib mereka sendiri (Stanley, Blair & Beare, 2005).

2.3.5 *Case manager*

American Nursing Association (ANA, 1991 dalam Helvie, 1998) menjelaskan *case management* adalah proses pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan, mengurangi masalah, meningkatkan kualitas hidup klien, dan menurunkan biaya pengobatan.

Peran sebagai case manager terbagi tiga dimensi yaitu : clinical, managerial, dan financial.

Peran perawat sebagai *case manager* di panti dilakukan dengan mengumpulkan masalah yang kompleks, memiliki keinginan yang kuat dalam menyelesaikan masalah yang kompleks pada lansia, memilih jenis bantuan yang diberikan dalam menyelesaikan masalah tersebut, melakukan pengecekan terhadap pelayanan yang diperoleh oleh lansia, menyeleksi setiap pelayanan yang diberikan kepada lansia sesuai dengan indikasi, melakukan penjumlahan terhadap biaya yang diperlukan selama pelayanan kepada lansia, dan meminta persetujuan dari lansia ketika akan diberikan pelayanan.

2.3.6 *Collaborator*

Kolaborasi adalah suatu bentuk kerja sama dengan orang lain dalam mencapai tujuan tertentu. Proses kolaborasi dimulai dengan menciptakan rasa saling percaya dan dapat bekerja sama antara dua atau beberapa pihak. Kolaborasi biasanya dilakukan dalam model interaksi antara perawat kesehatan komunitas dengan klien dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya atau dalam melakukan asuhan keperawatan (Hitckcock, Schubert & Thomas, 1999).

Peran perawat sebagai *collaborator* di panti yaitu melakukan kolaborasi baik dengan dokter, ahli gizi, fisioterapi, institusi layanan kesehatan pada lansia, serta organisasi lain yang terkait dengan peningkatan kesehatan pada lansia. Masalah yang didapatkan oleh perawat dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia dapat diselesaikan juga oleh profesi yang lain sesuai dengan wewenangnya masing-masing. Perawat dapat melakukan kolaborasi dengan petugas non kesehatan.

2.3.7 *Discharge planning*

Discharge planning adalah mengidentifikasi dan membuat perencanaan tentang kebutuhan klien mengikuti program dari institusi layanan kesehatan. Peran ini dijalankan kepada klien dengan situasi yang berbeda (Helvie, 1998). Peran perawat sebagai *discharge planning* di panti, misalnya ketika lansia ingin mengikuti kegiatan “permainan” di panti tapi memiliki keterbatasan pergerakan. Perawat mengidentifikasi masalah dan menyediakan solusi misalnya dengan menyediakan kursi roda (*wheelchairs*) sehingga lansia tetap dapat mengikuti kegiatan.

2.3.8 *Case finder*

Case finder berarti menemukan klien yang membutuhkan perawatan kesehatan atau menemukan kebijakan kesehatan yang diterapkan pada institusi (Helvie, 1998). Perawat sebagai *case finder* di panti dapat diterapkan, misalnya menemukan penyakit yang baru pada lansia dan segera melaporkannya kepada pimpinan institusi untuk ditinjaulanjuti atau mendapat pengobatan lanjut.

2.3.9 *Change agent and leader*

Leadership adalah kemampuan untuk mempengaruhi orang lain, sedangkan *change agent* adalah seseorang yang mempunyai inisiatif untuk melakukan perubahan rencana. Untuk membawa perubahan, maka diperlukan seorang pemimpin yang dapat mempengaruhi perilaku klien (Helvie, 1998).

Perawat di panti dapat menjalankan peran ini dengan menunjukkan perubahan perilaku. Misalnya diet hipertensi pada lansia dengan rajin berolahraga, diet rendah garam, mengurangi stres, alkohol, dan sebagainya. Perawat menjalankan peran ini dengan menggabungkan peran sebagai *care provider*.

2.4 Studi Fenomenologi Pada Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif adalah suatu studi penelitian yang dilakukan pada setting yang alamiah dengan menggali perasaan atau menginterpretasi suatu fenomena yang dialami oleh seseorang (Denzin & Lincoln, 1994 dalam Creswell, 1998). Penelitian kualitatif merupakan suatu proses penelitian dengan berdasarkan desain yang jelas yang mengeksplorasi tentang masalah sosial atau masalah seseorang. Dalam penelitian kualitatif digunakan beberapa desain yaitu sejarah biografi, *phenomenology*, *grounded theory*, *ethnography*, dan *case study* (Creswell, 1998). Penelitian yang akan dilakukan menggunakan pendekatan fenomenologi untuk mendapatkan gambaran yang mendalam tentang pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti werdha.

Fenomenologi merupakan arti dari pengalaman hidup pada individu tentang sebuah konsep atau fenomena (Creswell, 1998). Menurut Merleau dan Ponty (1962, dalam Streubert & Carpenter, 2003), fenomenologi merupakan suatu studi investigasi mengenai inti dari persepsi atau kesadaran akan peristiwa yang terjadi pada dirinya. Fenomenologi juga merupakan filosofi transendental yang menekankan pada perilaku alami (*natural attitude*) yang memang sudah ada sebelum mengalami peristiwa. Fenomenologi membutuhkan ruang dan waktu tersendiri sehingga dapat masuk ke dunia partisipan sehingga memungkinkan mendapatkan deskripsi langsung tentang pengalaman yang terjadi tanpa menghilangkan keaslian karakter.

Fenomenologis berusaha memahami arti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang-orang yang berada dalam situasi-situasi tertentu (Moleong, 2005). Situasi yang dialami seseorang dalam fenomenologi dapat terjadi pada berbagai bidang meliputi aspek filosofi, sosiologi, dan psikologi. Kajian tersebut bersifat kritis, sistematis, dan aplikatif sehingga penting digunakan dalam disiplin ilmu keperawatan (Streubert & Carpenter, 2003).

Ada 6 elemen fenomenologi menurut Spiegelberg (1965, dalam Streubert & Carpenter, 2003) dan elemen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *descriptive phenomenology*. Elemen ini terdiri dari eksplorasi, analisis, dan deskripsi fenomena. *Descriptive phenomenology* menstimulasi individu untuk memberikan persepsi tentang pengalamannya secara mendalam. Ada tiga proses dalam *Descriptive phenomenology*, yaitu *intuiting*, *analizing*, *describing*.

Pada fase *intuiting*, peneliti secara total menyatu dalam fenomena, kemudian peneliti menghindari memberikan kritikan, evaluasi, dan memberikan pendapat sesuai dengan pengetahuan. Pada tahap *intuiting*, melibatkan peneliti sebagai instrumen pada interview. Peneliti menjadi alat pengumpul data dan mendengarkan individu menceritakan pengalamannya melalui proses interview kemudian peneliti mempelajari data yang telah ditranskrip dan mereview makna dari pengalaman yang telah diceritakan partisipan.

Pada fase *Analizing*, peneliti mengidentifikasi makna dari pengalaman sesuai dengan data dengan memasukkan bagaimana data itu diceritakan. Pada tahap ini peneliti mengeksplorasi hubungan dari variasi fenomena kemudian menentukan tema. Pada tahap ini data tersebut masih asli tanpa modifikasi dari peneliti.

Pada tahap *describing*, bertujuan untuk mengkomunikasikan secara verbal pengalaman yang didapat dan merupakan elemen dari fenomena yang perlu dikritisi kemudian pada fase ini peneliti melakukan *grouping* dari fenomena. Peneliti harus menghindari mendeskripsikan fenomena secara prematur. Deskripsi prematur adalah suatu kesalahan metodologi yang berhubungan dengan tipe penelitian. Deskripsi merupakan bagian integral dari *intuiting dan analizing*. Walaupun terpisah namun *intuiting dan analizing* akan muncul secara spontan pada fase *describing*.

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini akan mendeskripsikan tentang rancangan penelitian yang akan digunakan dalam menggali tentang pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha Abiyoso, Yogyakarta. Rancangan penelitian yang akan dibahas diantaranya desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, pertimbangan etik, teknik pengambilan sampel, cara pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, instrumen pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, dan *trustworthiness of data*.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Pendekatan kualitatif ini dipilih karena peneliti ingin mendapatkan gambaran yang mendalam mengenai pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha Abiyoso, Yogyakarta. Menurut Creswell (1998), penelitian kualitatif merupakan suatu proses penyelidikan yang berdasarkan metode yang jelas dalam memahami masalah sosial atau masalah manusia. Peneliti kualitatif melihat secara kompleks, menyeluruh, melakukan analisis kata, melaporkan pandangan partisipan dengan detail, dan memimpin proses belajar pada setting alamiah.

Lansia dengan penurunan fungsi biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual membutuhkan perhatian yang lebih dari semua pihak terutama keluarga dalam menjalani kehidupannya terutama di panti wredha. Pengalaman lansia selama tinggal di panti wredha terkait dengan alasan lansia untuk tinggal di panti, masalah yang dialami lansia, dan dukungan yang diterima oleh lansia selama tinggal di panti wredha. Metode yang akan digunakan dalam penelitian kualitatif ini adalah fenomenologi.

Fenomenologi merupakan suatu investigasi fenomena yang sangat mendalam, kritis dan sistematis menggunakan pengalaman hidup sebagai alat untuk memahami aspek sosial dan budaya (Streubert & Carpenter, 2003; Polit &

Hungler, 1999). Fenomena yang mendalam mempunyai arti bahwa penelitian ini akan dilakukan penyelidikan dengan lebih luas berdasarkan kedalaman data yang diinginkan; kritis mempunyai arti bahwa peneliti melakukan dengan sungguh-sungguh, hati-hati, dan tidak tergesa-gesa dalam menyelesaikan penelitian ini; sedangkan sistematis mempunyai arti bahwa dalam penelitian ini lansia memiliki banyak pengalaman selama hidupnya sehingga peneliti berupaya memfokuskan sehingga jawaban yang diberikan tidak melebar. Studi fenomenologi menggambarkan arti dari pengalaman hidup individu tentang sebuah konsep atau fenomena. Peneliti menyelidiki pengalaman seseorang yang nyata berdasarkan kesadaran individu tersebut (Polkinghorne, 1989 dalam Creswell, 1998).

3.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah seluruh agregat pada kasus yang ditemukan dengan karakteristik atau kriteria tertentu yang ditetapkan oleh peneliti (Polit & Hungler, 1999). Populasi dalam penelitian ini adalah lanjut usia yang tinggal di panti wredha Abiyoso, Yogyakarta. Sedangkan sampel adalah bagian dari populasi, berarti sebagian dari lanjut usia yang ada di panti wredha Abiyoso yang akan dipilih dalam penelitian ini. Pada penelitian kualitatif, sampel dinamakan sebagai narasumber, partisipan, atau informan. Menurut Creswell (1998), dalam pemilihan individu yang akan dijadikan sebagai sampel, maka dapat dipilih individu yang dapat diperoleh dengan mudah, dapat memberikan informasi, serta individu yang memiliki pengalaman yang dapat diteliti secara mendalam atau seseorang dengan fenomena yang spesifik yang dapat dieksplorasi lebih dalam.

Penentuan partisipan dalam penelitian ini dilakukan secara *purposive*, yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu. Creswell (1998) menyatakan bahwa seleksi partisipan yang berdasarkan tujuan menjadi kunci dalam penelitian kualitatif. Menurut Streubert dan Carpenter (2003), *purposive sampling* adalah cara pengambilan sampel yang paling umum digunakan dalam pendekatan fenomenologi.

Penentuan partisipan dimulai dengan membawa surat ijin dari kantor Bappeda Sleman yang ditujukan kepada kepala panti wredha Abiyoso. Peneliti selanjutnya berdiskusi dengan pendamping yang telah ditunjuk untuk memilih partisipan sesuai dengan kriteria penelitian. Peneliti mendapatkan 17 nama calon partisipan dari pendamping dan selanjutnya mendatangi wisma untuk melakukan kontrak. Peneliti datang sendiri ke wisma dan menjelaskan *informed consent* kepada calon partisipan dimana dari 17 orang, didapatkan 12 calon partisipan yang setuju untuk dilakukan wawancara.

Miles dan Huberman (1994, dalam Creswell, 1998) menyebutkan ada 16 strategis yang dapat digunakan untuk menetapkan partisipan berdasarkan *purposive sampling*, yaitu : 1) *maximum variation*, 2) *homogeneous*, 3) *critical case*, 4) *theory based*, 5) *confirming and disconfirming cases*, 6) *snowball or chain*, 7) *extreme or deviant case*, 8) *typical case*, 9) *intensity*, 10) *politically important cases*, 11) *random purposeful*, 12) *stratified purposeful*, 13) *criterion*, 14) *opportunistic*, 15) *combination or mixed*, 16) *convenience*.

Berdasarkan 16 strategi ini, peneliti menggunakan strategi *criterion*. *Criterion* yaitu menggunakan beberapa kriteria tertentu sesuai dengan apa yang akan diteliti. Menurut Sugiyono (2009) bahwa teknik pengambilan partisipan yang sering digunakan dalam penelitian kualitatif adalah berdasarkan tujuan atau kriteria dan *snowball sampling*.

Terdapat beberapa penelitian kualitatif yang dapat dijadikan rujukan dalam menentukan jumlah partisipan dalam penelitian ini. Penelitian tersebut oleh Marwanti (1997) tentang kondisi kehidupan lanjut usia di dalam panti wredha “Karitas” dan “Nazaret” Bandung, diperoleh saturasi data pada partisipan ke-7. Penelitian fenomenologi dilakukan oleh Subekti (2007) tentang pengalaman tiga bulan pertama usia lanjut tinggal di panti wredha Griya Asih Lawang, Jawa Timur. Saturasi data diperoleh pada partisipan ke-7.

Penelitian ini menggunakan partisipan sebanyak 7 orang. Penentuan jumlah sampel juga disebutkan oleh Creswell (1998) bahwa dalam pendekatan fenomenologi, pengumpulan informasi diperoleh dari wawancara partisipan sampai 10 orang. Dukes (1984, dalam Creswell, 1998) merekomendasikan penelitian kualitatif dengan jumlah partisipan sebanyak 3-10. Jumlah partisipan dianggap telah memadai apabila telah sampai kepada taraf *redundancy*, yang berarti bahwa data telah jenuh ditambah lagi partisipan tidak memberikan informasi yang baru. Namun jika saturasi data belum tercapai, maka dilakukan penambahan partisipan lagi sampai terjadi saturasi data. Partisipan yang digunakan dalam penelitian ini adalah lansia yang tinggal di panti wredha Abiyoso dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- 3.2.1 Lansia yang masih memiliki keluarga.
- 3.2.2 Lansia yang berumur 60 tahun ke atas.
- 3.2.3 Lansia yang mampu berkomunikasi verbal dan menceritakan pengalaman tentang dukungan keluarga.
- 3.2.4 Lansia yang memiliki fungsi pendengaran yang baik.
- 3.2.5 Lansia yang dapat berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Indonesia
- 3.2.6 Lansia yang setuju berpartisipasi dalam penelitian

3.3 Tempat Dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Panti Wredha Abiyoso, Yogyakarta. Adapun alasan pemilihan tempat ini adalah :1) Provinsi D.I. Yogyakarta merupakan daerah dengan Usia Harapan Hidup (UHH) yang paling tinggi di Indonesia pada tahun 2007 yaitu berada pada rentang umur 67,1 – 71,1 tahun, 2) Jumlah wisma di PSTW Abiyoso berjumlah 11 unit, 3) Akses menuju ke PSTW Abiyoso mudah, 4) PSTW Abiyoso sering dipakai mahasiswa keperawatan Universitas Gadjah Mada (UGM) dalam Praktik Profesi Keperawatan Gerontik, 5) PSTW Abiyoso memiliki dua program pelayanan kesehatan yaitu program rutin (*day care*) dan program subsidi silang yang melibatkan dukungan keluarga.

3.3.2 Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 27 April 2010 sampai dengan tanggal 4 Juni 2010.

3.4 Pertimbangan Etik

Pertimbangan etik sangat berkaitan dengan penelitian kuantitatif serta berpengaruh terhadap penelitian kualitatif yang dilakukan secara khusus dan hati-hati (Robley, 1995 dalam Streubert & Carpenter, 2003). Dalam penelitian kualitatif, hasil yang ingin dicapai bersifat lengkap sehingga peneliti perlu memikirkan kembali kemungkinan peristiwa baru yang dapat terjadi dengan menggunakan pertimbangan etik. Standar etik dari penelitian kualitatif harus disusun dari pemikiran bahwa penelitian adalah hal yang dinamis dan sebuah proses yang hasilnya berdasarkan pertimbangan etik (Streubert & Carpenter, 2003).

Peneliti menerapkan prinsip – prinsip etik dalam melakukan penelitian ini berdasarkan Beauchamp dan Childress (1994) yang menyebutkan ada tiga prinsip etik yang dipakai dalam penelitian kualitatif yaitu *autonomy*, *beneficence*, dan *justice* (dalam Streubert & Carpenter, 2003). Peneliti menggunakan juga pertimbangan etik berdasarkan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) tahun 2004 yang disampaikan melalui Rapat Kerja 1 Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan. PNEPK ini terdiri atas tiga prinsip etik yaitu menghormati seseorang (*respect for persons*), kemanfaatan (*beneficence*), dan keadilan (*justice*). Tujuan dari pertimbangan etik ini adalah untuk menjamin kesejahteraan partisipan, menghormati dan melindungi kehidupan, kesehatan, keleluasan pribadi, serta martabat partisipan (Loedin, 2004).

3.4.1 Menghormati seseorang (*Respect for Persons*)

Prinsip etik menghormati seseorang disebut juga prinsip menghormati kebebasan (*autonomy*) partisipan. Peneliti menerapkan prinsip otonomi dengan cara memberikan *Informed Consent*. Polit, beck, dan Hungler

(2001, dalam Streubert & Carpenter, 2003) menjelaskan bahwa *informed consent* diberikan agar partisipan sudah mendapatkan informasi yang adekuat tentang penelitian, mampu memahami informasi yang diberikan dan memiliki kemampuan untuk memilih apakah akan berpartisipasi dalam penelitian atau tidak.

Smeltzer dan Bare (2001) menjelaskan bahwa dalam prinsip otonomi, peneliti memberikan kesempatan dan kebebasan kepada pasien untuk menentukan apakah bersedia atau tidak menjadi responden dan peneliti akan menghormati dan menghargai keputusan tersebut. Peneliti memberikan dan menghormati hak, pilihan dan privasi kepada pasien. Peneliti tidak memaksa atau melakukan tekanan terhadap calon partisipan dalam mengambil keputusan.

Dalam menjalankan prinsip otonomi ini, peneliti menjelaskan apa yang akan diteliti, tujuan penelitian, manfaat penelitian, hak-hak partisipan selama mengikuti penelitian. Jika calon partisipan menyatakan bersedia, peneliti menyerahkan lembar *informed consent* dan meminta calon partisipan untuk menandatangani sebagai bukti kesediaan menjadi partisipan dalam penelitian.

3.4.2 *Beneficence*

Beneficence berarti menghindari bahaya dan melakukan yang baik kepada partisipan. Prinsip *beneficence* pada penelitian mengharuskan peneliti menerapkan *confidentiality* dan *anonymity*. Polit et.al., (2001, dalam Streubert & Carpenter, 2003) menjelaskan bahwa *confidentiality* pada partisipan menjamin bahwa informasi yang diberikan oleh partisipan tidak akan dipublikasikan, kecuali hanya untuk kepentingan penelitian. Sedangkan *anonymity* digunakan ketika peneliti menggunakan metode interview *one-on one*.

Melalui *confidentiality*, peneliti menjaga kerahasiaan informasi atau data yang diberikan. Setiap jawaban yang diberikan responden dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, tidak akan diinformasikan kepada orang lain kecuali kepada pembimbing.

Melalui *anonymity*, peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden. Identitas responden hanya akan digunakan peneliti untuk mempertanggungjawabkan penelitian bila diperlukan. Peneliti akan mencantumkan nama partisipan dengan kode P1, P2 dan seterusnya. Pada lembar observasi hanya akan tercantum kode responden.

3.4.3 *Justice*

Justice berarti memberikan perlakuan yang sama kepada partisipan termasuk dalam menjaga kerahasiaan partisipan (Streubert & Carpenter, 2003; Polit & Hungler, 1999). Hal ini diwujudkan peneliti dengan menggunakan pendekatan wawancara *one to one*. Peneliti menjaga privasi partisipan dengan melarang orang lain ikut terlibat selama wawancara dan di tempat penelitian hanya ada peneliti dengan partisipan. Peneliti tidak menyudutkan dan menyalahkan partisipan selama proses wawancara. Peneliti berupaya memanggil partisipan dengan nama yang disukainya.

Dalam memberikan perlakuan yang sama kepada partisipan, peneliti melakukan juga prinsip *The Right to Fair Treatment* berdasarkan Polit dan Hungler (1999) yaitu : 1) secara adil dan tidak diskriminasi dalam melakukan seleksi partisipan seperti memilih partisipan berdasarkan resiko yang kecil atau menguntungkan peneliti, 2) kegiatan penelitian yang dilakukan tidak merugikan partisipan, 3) memberikan penghargaan yang sama kepada setiap partisipan sebagai ucapan terima kasih, 4) partisipan mempunyai hak yang sama dalam mengklarifikasi setiap yang diucapkannya, 5) respek dan sopan selama proses penelitian berlangsung, 6) memberikan *treatment* kepada partisipan ketika perasaannya sedih setelah keluarga melakukan kunjungan di panti. Peneliti menggunakan

juga prinsip *The Right to Privacy* dengan menghormati hak partisipan dalam *confidentiality* dan *anonimty*.

3.5 Cara Dan Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, berbagai sumber, dan berbagai cara. Creswell (1998) menyebutkan ada empat cara dalam pengumpulan data atau informasi yaitu : 1) *observations*, 2) *interview*, 3) *documents*, 4) *audio-visual materials*.

Pengumpulan data dengan pengamatan (*observations*) dapat dilakukan dengan menggunakan catatan lapangan dari observasi perilaku partisipan dan observer, waktu yang dihabiskan selama menjadi partisipan dan observer, serta melakukan observasi terhadap hal-hal di sekitar partisipan atau di luar lingkungan partisipan. Pengumpulan data dengan *interview*, dapat dilakukan dengan wawancara tidak terstruktur, semiterstruktur, dan wawancara melalui *focus group discussion*. Pengambilan data dengan *documents*, dapat dilakukan dengan melihat jurnal selama penelitian, tulisan pribadi partisipan (*diary*), dokumen umum seperti memo, laporan, *autobiographies* dan *biographies*, atau mendapat informasi dari video milik partisipan. Pengambilan data melalui *audio-visual materials*, dapat dilakukan dengan mengambil jejak fisik partisipan seperti jejak kaki, dengan menggunakan *tape recorder*, melalui pesan elektronik (Creswell, 1998).

Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengumpulan data atau informasi dengan wawancara semiterstruktur dan observasi dengan menggunakan *field note*. Creswell (1998) menjelaskan bahwa dalam pendekatan fenomenologi, proses pengumpulan informasi dilakukan secara primer dengan wawancara mendalam (*in depth interview*). Wawancara *semiterstruktur* dipilih karena dalam pelaksanaannya lebih memungkinkan untuk mendapatkan data yang bervariasi dan lebih dalam dibandingkan

dengan wawancara terstruktur. Wawancara *semi terstruktur* diterapkan pada penelitian ini dengan tujuan untuk mengantisipasi informasi yang diberikan oleh partisipan melebar dari fokus penelitian. Wawancara *semi terstruktur* memberikan kebebasan dan keleluasaan yang lebih besar dalam jawaban dibandingkan jenis wawancara yang lain (Streubert & Carpenter, 2003; Sugiyono, 2009).

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dimulai setelah keluarnya izin dari Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI). Selanjutnya peneliti mengurus surat rekomendasi di Bappeda Provinsi D.I. Yogyakarta. Peneliti menghadapi kendala karena perlu membawa surat pengantar dari Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat (Kesbanglinmas) Kabupaten Jawa Barat. Peneliti selanjutnya mendatangi kantor Kesbanglinmas Propinsi D.I Yogyakarta dan pada akhirnya mendapat kebijaksanaan berupa rekomendasi ke beberapa instansi terkait. Peneliti selanjutnya mengurus perijinan ke Dinas Sosial Daerah Istimewa Yogyakarta dan Bappeda kabupaten Sleman. Perijinan dari Bappeda Kabupaten Sleman kemudian direkomendasikan ke panti wredha Abiyoso, Dinas Kesehatan Sleman, Kantor Bupati Sleman, Dinas Pariwisata dan Kebudayaan Sleman, Kantor Kecamatan Pakem, Sleman dan Dinas Sosial Sleman.

Proses pertama seleksi calon partisipan yaitu melakukan diskusi pendahuluan dengan menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan dan meminta dukungan dan bantuan dari petugas panti dalam menyeleksi calon partisipan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Petugas panti kemudian mengambil data sekunder catatan kesehatan lansia dari petugas panti wredha Abiyoso. Peneliti menunggu daftar nama calon partisipan selama dua hari dan selanjutnya petugas panti memberikan 17 nama calon partisipan sebagai antisipasi jika ada yang tidak bersedia menjadi partisipan.

Calon partisipan yang dipilih tersebar di setiap wisma yang ada di panti berdasar kriteria penelitian. Peneliti berupaya meyakinkan kepala panti dengan memberikan penjelasan bahwa penelitian ini tidak akan melihat kekurangan di panti, akan tetapi dapat menjadi masukan bagi panti terkait pengembangan program. Penjelasan ini penting diberikan sehingga partisipan yang dipilih oleh petugas panti sesuai dengan kriteria atau tidak bias. Peneliti kemudian menunggu konfirmasi dari pihak panti selama 8 hari untuk dapat melakukan penelitian karena menunggu persetujuan dari kepala panti Wredha Abiyoso. Berdasarkan masukan dari petugas panti, peneliti akan melakukan pendekatan kepada calon partisipan yang telah dipilih sebelumnya.

Peneliti melakukan pendekatan langsung ke calon partisipan dengan mendatangi wisma tempat tinggal calon partisipan, menjelaskan tentang penelitian dan memberikan lembar *inform consent*. Peneliti mendatangi wisma panti tanpa didampingi oleh pendamping yang telah ditunjuk karena kesibukan masing-masing. Pendamping telah mendatangi seluruh calon partisipan dan memberikan informasi untuk diminta kesediaannya menjadi partisipan. Peneliti kemudian menemui calon partisipan dan menjelaskan tentang lembar *informed consent* serta meminta persetujuan untuk menjadi partisipan. Jika calon partisipan menyatakan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini dan telah menandatangani lembar *informed consent*, maka peneliti menanyakan kapan dilakukan wawancara. Wawancara dilakukan dengan tiga fase yaitu:

3.5.2.1 Fase orientasi

Peneliti mencoba membina hubungan saling percaya (*trust*) dengan partisipan. Hal ini penting untuk mengantisipasi jika partisipan menceritakan pengalamannya yang tidak sesuai dengan kenyataan serta mengatasi lansia yang cepat tersinggung dengan rasa saling percaya. Peneliti menciptakan suasana lingkungan yang tenang dan nyaman. Misalnya saja peneliti meminta untuk mematikan televisi atau media lain

yang dapat mengganggu jalannya wawancara dan menyalakan lampu jika ruangan agak gelap. Peneliti mencoba menjaga kerahasiaan partisipan dengan tidak mengizinkan jika ada orang lain yang masuk. Dengan kata lain bahwa di ruangan tersebut hanya ada partisipan dengan peneliti. Partisipan yang telah setuju untuk dilakukan wawancara lebih banyak setuju dilakukan wawancara di ruang tamu sehingga peneliti tidak dapat memaksakan untuk mencari tempat yang lebih tenang.

Peneliti melakukan pendekatan kepada partisipan sebelum wawancara. Peneliti menciptakan canda tawa dengan berusaha berbahasa Jawa sehingga partisipan tidak menjadi tegang. Partisipan kemudian menanyakan asal dari Peneliti, alamat, dan hal lainnya. Beberapa partisipan menceritakan pernah berkunjung ke tempat peneliti. Setelah percakapan menjadi lancar, peneliti mempersiapkan untuk dilakukan wawancara.

Peneliti menyiapkan *tape recorder* untuk merekam pembicaraan dan alat tulis sebagai catatan lapangan (*field note*) di dalam mencatat bahasa *non-verbal* yang ditunjukkan partisipan. Peneliti melakukan wawancara dengan posisi berhadapan dengan jarak 50 cm sesuai dengan komunikasi efektif dalam keperawatan. *Tape recorder* diletakkan di dekat partisipan dengan jarak 30-50 cm. *Tape* diletakkan di atas meja (jika duduk di kursi) atau di antara peneliti dengan partisipan (jika duduk lesehan). Peneliti mengatur volume *tape recorder* dengan volume minimal dengan harapan mendapatkan kualitas suara yang bagus.

3.5.2.2 Fase kerja

Peneliti mulai melakukan wawancara mendalam saat partisipan mulai terbuka. Wawancara mendalam dilakukan dengan mengajukan pertanyaan menggunakan panduan wawancara yang telah disiapkan yang berisi tentang pertanyaan terbuka atau pertanyaan yang mengacu kepada tujuan khusus. Peneliti memberikan gambaran atau ilustrasi yang sama dengan

pertanyaan jika partisipan tidak dapat menjawab pertanyaan. Semua jawaban yang diucapkan partisipan tidak akan dikonfirmasi oleh peneliti. Apabila partisipan menemui kesulitan dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, peneliti melakukan klarifikasi atau menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh partisipan.

Selama proses wawancara, peneliti menggunakan nama panggilan yang disukai. Hal ini dilakukan supaya menghindari ketersinggungan pada lansia karena adanya perbedaan *stereotipe* individu dalam menghadapi masa tua. Partisipan lebih suka dipanggil bapak atau ibu. Peneliti menggunakan suara yang lebih besar dibanding biasanya ketika melakukan wawancara dengan lansia yang fungsi pendengarannya sudah berkurang. Wawancara dilakukan selama 45-65 menit. Proses wawancara berakhir jika pertanyaan yang terdapat pada panduan wawancara telah ditanyakan semua atau tidak ada lagi hal-hal yang perlu digali.

Wawancara lebih banyak dilakukan di ruang tamu wisma atas persetujuan partisipan sendiri. Peneliti menemui kendala saat wawancara karena mendapat gangguan dari orang-orang yang berada di sekitar ruangan. Peneliti sebelumnya telah menyampaikan kepada partisipan kemungkinan terjadinya gangguan, namun tetap memilih tempat wawancara sesuai keinginan partisipan. Hal ini mengganggu konsentrasi peneliti dan partisipan. Peneliti perlu kembali mengingatkan atau memfokuskan pembicaraan.

Peneliti juga menulis *field note* yang penting untuk melengkapi hasil wawancara agar tidak lupa dan membantu unsur kealamiah data. *Field note* ini penting untuk melihat hal-hal yang tidak dapat direkam seperti bagaimana suasana, ekspresi partisipan, bahasa *nonverbal* partisipan selama wawancara. *Field note* ditulis ketika wawancara berlangsung dan digabungkan pada transkrip.

3.5.2.3 Fase terminasi

Terminasi dilakukan ketika tidak ada lagi informasi baru yang didapat dari partisipan. Peneliti mengucapkan terima kasih atas kerjasama partisipan selama wawancara. Dalam fase ini, peneliti melakukan kontrak untuk kunjungan selanjutnya jika dibutuhkan atau untuk kegiatan *member check* saat uji keabsahan data.

3.6 Alat Bantu (Instrumen) Pengumpulan Data

Terdapat dua hal utama yang mempengaruhi kualitas hasil penelitian, yaitu kualitas instrumen penelitian dan kualitas pengumpulan data. Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti merupakan instrumen kunci karena peneliti bersifat *independent* (tidak memihak) dan tidak berpikir negatif kepada partisipan. Peneliti harus dapat mengesampingkan pengetahuan yang dimilikinya selama proses wawancara dengan partisipan. Oleh karena itu, peneliti sebagai instrumen juga harus divalidasi seberapa jauh peneliti kualitatif siap melakukan penelitian di lapangan. Validasi terhadap peneliti sebagai instrumen meliputi validasi terhadap pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian. Validasi dilakukan oleh peneliti sendiri melalui evaluasi diri seberapa jauh pemahaman terhadap apa yang akan diteliti (Sugiyono, 2009).

Peneliti kualitatif sebagai *human instrument*, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih partisipan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulannya. Kemampuan peneliti menjadi instrumen diukur pada saat melakukan uji coba pada lansia yang tidak menjadi partisipan. Uji coba wawancara dilakukan untuk melihat kemampuan peneliti mengeksplorasi fenomena penelitian, kelancaran proses wawancara, kelengkapan isi dan kesulitan-kesulitannya, termasuk kemampuan peneliti mengembangkan pertanyaan, dan kemantapan dalam

membuat catatan lapangan. Uji coba dilakukan pada dua orang lansia dan akan dijadikan dasar dalam perubahan pedoman wawancara sesuai dengan masukan dari pembimbing.

Uji coba alat bantu yang lain seperti *tape recorder*, dilakukan sebelum uji coba dan pada saat uji coba dilakukan. Peneliti mengujicobakan bagaimana kualitas suara yang dihasilkan, apakah masalah dari kualitas suara berasal dari *tape recorder* sendiri, jarak yang terlalu jauh antara *tape recorder* dan partisipan, atau pengaturan volume *tape recorder* yang terlalu besar. Hal ini yang juga diperhatikan oleh peneliti.

3.7 Pengolahan Dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dimulai dengan melakukan pendokumentasian dari hasil wawancara mendalam serta catatan lapangan. Pendokumentasian wawancara mendalam dilakukan dengan memutar hasil rekaman dari tape recorder kemudian melakukan pencatatan sesuai dengan apa yang tertera di tape recorder. Hasil catatan dari rekaman tadi digabungkan dengan catatan lapangan (*field note*) untuk digabungkan menjadi *print out* transkrip. Peneliti memeriksa keakuratan transkrip dengan memutar kembali hasil wawancara melalui *tape recorder* sambil membaca transkrip berulang-ulang. Untuk menghindari kehilangan data, maka peneliti melakukan *back up* di komputer, *flash disk*, dan *Casette Disk* (CD).

3.7.2 Analisis Data

Thorne (2000, dalam Streubert & Carpenter, 2003) menyebutkan bahwa analisis data merupakan langkah yang paling kompleks dalam penelitian kualitatif. Peneliti harus secara penuh untuk melakukan proses analisis dan memahami data yang akan dilaporkan. Hal ini memerlukan dedikasi yang dalam untuk membaca, melakukan *intuiting*, *analyzing*, *synthesizing*, dan melaporkan hasil penelitian. Analisis data biasanya dilakukan ketika pengumpulan data telah dimulai (Streubert & Carpenter, 2003). Creswell

(1998) menjelaskan ketika data telah terkumpul, analisa data dilakukan dengan mencatat ke dalam teks (misalnya, catatan lapangan, hasil wawancara, dan catatan tentang videotape).

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan. Analisa data bersifat induktif, yaitu suatu analisis berdasarkan data yang diperoleh (Sugiyono, 2009).

Tahapan analisis data pada penelitian menggunakan langkah Stevick-Colaizzi-Keen (Creswell, 1998) sebagai berikut : membuat dan mengumpulkan data yang diperoleh; peneliti akan mulai melakukan analisis data dengan mengumpulkan data yang diperoleh dari hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan kemudian melakukan verbatim menjadi transkrip; membaca teks, membuat margin/*list* pada transkrip, membentuk kode inisial; peneliti akan melakukan tahap analisis kedua dengan mencari pernyataan partisipan terkait dengan pengalaman lansia mendapat dukungan keluarga selama di panti, kemudian melakukan *horizontalization of data*, yaitu dengan menggaris bawahi pernyataan signifikan, dimana peneliti akan memilih pernyataan yang bermakna sesuai tujuan khusus, serta berupaya memperhatikan setiap data sebagai pernyataan yang berharga sehingga tidak terjadi *overlapping* data,

Analisis data selanjutnya adalah memberi makna dari setiap pernyataan signifikan; peneliti akan melakukannya dengan memilih kata kunci sesuai pernyataan partisipan di dalam transkrip; melakukan pengelompokan ke dalam makna pernyataan; peneliti akan menyusun kata kunci ke dalam kategori-kategori sesuai transkrip; mengembangkan *textural description*, apa yang terjadi, bagaimana fenomena dapat dialami, dan mencari intisari

dari pengalaman; peneliti memahami pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga, apa yang dialami lansia dan bagaimana pengalaman lansia mendapat dukungan keluarga; memasukkan intisari yang didapatkan ke dalam suatu tabel; peneliti akan menyusun suatu tabel yang di dalamnya berisi kata kunci, kategori, sub tema, dan tema.

3.8 *Trustworthiness Of Data*

Trustworthiness of data adalah validitas dan reliabilitas penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif menjadi dapat dipercaya ketika penelitian tersebut mampu menampilkan pengalaman partisipan yang diteliti secara akurat (Streubert & Carpenter, 2003). Guba dan Lincoln (1994, dalam Streubert & Carpenter, 2003) menyatakan bahwa tehnik operasional yang mendukung keakuratan penelitian meliputi kredibilitas (*credibility*), kebergantungan (*dependability*), kepastian (*confirmability*) dan keteralihan (*transferability*). Sugiyono (2009) membandingkan uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif dan kuantitatif yang meliputi uji validitas internal (*credibility*), validitas eksternal (*transferability*), reliabilitas (*dependability*), dan objektivitas (*confirmability*). Berdasarkan penjelasan teori di atas, maka peneliti akan melakukan uji keabsahan data penelitian berdasar pada empat langkah.

Credibility merupakan suatu aktivitas yang meningkatkan kemungkinan ditemukannya hasil yang kredibel (Lincoln & Guba, 1985 dalam Streubert & Carpenter, 2003). *Credibility* ini dilakukan untuk menguji kevalidan data yang berhubungan dengan hasil yang dicapai. Salah satu cara yang paling baik untuk membina kredibilitas adalah memperpanjang waktu pertemuan dengan partisipan. Memperpanjang waktu pertemuan artinya peneliti kembali lagi ke lapangan untuk melakukan pengamatan atau wawancara lagi dengan partisipan yang pernah ditemui. Tujuannya adalah membina hubungan saling percaya (keakraban) antara peneliti dengan partisipan sehingga informasi dapat lebih terbuka dan partisipan tidak ragu lagi untuk memberikan informasi yang baru. Cara lain untuk membina

kredibilitas adalah dengan melihat apakah partisipan itu membenarkan apa yang ditulis oleh peneliti di laporan tentang pengalaman partisipan (Yonge & Stewin, 1988 dalam Streubert & Carpenter, 2003). Menurut Lincoln dan Guba (1985, dalam Streubert & Carpenter, 2003) bahwa mencapai kredibilitas dengan cara mengecek kebenaran informasi dari sumber atau disebut "*member check*".

Sugiyono (2009) membagi uji kredibilitas atau kepercayaan ke dalam beberapa cara yaitu perpanjangan pengamatan, meningkatkan ketekunan dalam penelitian, *triangulasi*, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif, dan *member check*. Berdasarkan penjelasan di atas, maka peneliti akan melakukan uji kredibilitas dengan melakukan *member check* karena merupakan salah satu cara yang paling baik.

Credibility dilakukan dengan *member check*, yaitu proses pengecekan data. Tujuannya adalah untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan partisipan. Peneliti mengembalikan transkrip wawancara pada setiap partisipan dan meminta partisipan memverifikasi keakuratan transkrip tersebut dengan cara memberikan tanda *check list* (✓) jika setuju dengan kutipan ucapan partisipan dalam transkrip. Seluruh partisipan setuju dengan transkrip yang diberikan dan tidak ada lagi yang menambahkan kutipan yang ada di dalam transkrip. Partisipan justru bercerita kembali dengan apa yang telah disampaikan sebelumnya saat wawancara.

Transferability dalam penelitian kualitatif adalah tingkat kemampuan hasil penelitian untuk diterapkan ke tempat atau kelompok lain dengan karakteristik serupa (Streubert & Carpenter, 2003; Sugiyono, 2009). Sedangkan *Transferability* dalam penelitian kuantitatif disebut validitas eksternal (Sugiyono, 2009). Metode yang akan digunakan adalah dengan menggambarkan tema-tema yang telah diidentifikasi pada suatu sampel yang serupa yang tidak terlibat dalam penelitian untuk menentukan apakah

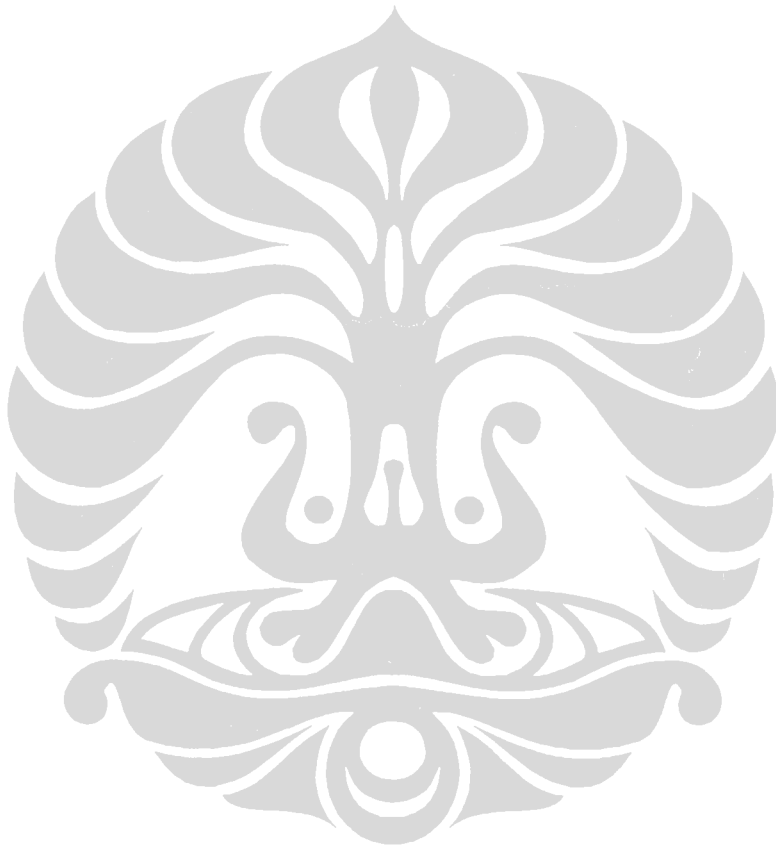
kelompok kedua menyetujui tema-tema tersebut (Streubert & Carpenter, 2003). Peneliti akan menggunakan *external check* pada lansia di panti wredha lain yang mempunyai karakteristik sama yang tidak terlibat dalam penelitian jika dianggap perlu atau dibutuhkan.

Dependability data kualitatif adalah kestabilan data pada setiap waktu dan kondisi (Polit & Hungler, 1999). *Dependability* dilakukan dengan melibatkan pembimbing penelitian atau pakar dalam penelaahan data dan dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail. Teknik ini disebut dengan *inquiry audit* (Polit & Hungler, 1999). Dalam penelitian kuantitatif, *dependability* disebut *reliabilitas* (Sugiyono, 2009). Dalam penelitian kualitatif, uji *dependability* dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian.

Uji *dependability* dilakukan peneliti dengan melibatkan pembimbing tesis yang dilibatkan selama proses penelitian. Peneliti menyerahkan semua aktivitas penelitian mulai dari menentukan masalah, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, melakukan uji keabsahan data, sampai kepada membuat kesimpulan.

Confirmability mengandung pengertian bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. *Confirmability* yaitu melakukan pengujian terhadap hasil penelitian (Streubert & Carpenter, 2003). Dalam penelitian kuantitatif, *confirmability* disebut uji objektivitas penelitian. Penelitian dikatakan obyektif jika hasil penelitian disepakati banyak orang. Menurut Sugiyono (2009), dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* dimana pengujiannya dapat dilakukan bersamaan. Menguji *confirmability* berarti menguji hasil penelitian, dikaitkan dengan proses yang dilakukan.

Dalam *confirmability*, hal yang dilakukan peneliti yaitu dengan menunjukkan seluruh transkrip dan catatan lapangan, tabel pengkategorian tema dan tabel analisis tema pada pembimbing tesis dan melampirkan pada laporan akhir penelitian yang dibuat. Hasil penelitian memenuhi *confirmability* jika memenuhi objektivitas atau data yang ditemukan bersifat netral serta telah mendapat konfirmasi dari pembimbing untuk menyetujui hasil penelitian yang dilakukan.



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan hasil penelitian yang telah dilakukan dalam menjelaskan fenomena terkait pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha Abiyoso, Yogyakarta. Peneliti akan menjelaskan ke dalam dua bagian yaitu : gambaran demografi partisipan sesuai dengan latar belakang masing-masing, dan pemaparan hasil penelitian berupa pengelompokan tema-tema yang diperoleh dari transkrip wawancara dan *field note*.

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah tujuh orang lansia yang tinggal di panti. Lima partisipan berjenis kelamin perempuan dan dua partisipan lainnya berjenis kelamin laki-laki. Usia partisipan beragam dalam rentang umur 61 tahun sampai dengan umur 78 tahun. Riwayat pekerjaan partisipan sebelum tinggal di panti yaitu penjahit, baby sitter, dan buruh. Tingkat pendidikan partisipan juga berbeda mulai dari tidak tamat Sekolah Dasar (SD) atau Sekolah Rakyat (SR) sampai kepada tidak tamat Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Jenis agama partisipan terdiri atas Islam, Kristen Protestan, dan Katolik. Semua partisipan dalam penelitian ini merupakan suku Jawa dimana lima partisipan berasal dari Yogyakarta dan dua lainnya berasal dari Semarang.

4.2 Tema Hasil Analisis Penelitian

Tema-tema yang teridentifikasi dalam penelitian ini sebanyak 8 tema yang menjawab tujuan khusus terkait dengan pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga. Berikut ini akan dipaparkan setiap tema beserta sub temanya masing-masing dengan menampilkan beberapa kata kunci dari setiap kategori yang membentuk tema dari kelima tujuan khusus penelitian.

4.2.1 Tujuan 1 : Alasan Lansia Tinggal di Panti

Alasan partisipan tinggal di panti dalam penelitian ini berbeda-beda. Peneliti mengidentifikasi dua tema yang berhubungan dengan alasan partisipan tersebut yaitu karena keinginan personal dan karena kelemahan struktur kekuatan keluarga.

4.2.1.1 Tema 1 : keinginan personal

Alasan partisipan untuk memilih tinggal di panti karena keinginan personal disebabkan karena keinginan untuk mandiri, keikhlasan menerima kondisi hidup, dan ketersediaan jaminan sosial atau kehidupan untuk lansia dari pemerintah.

1) Keinginan untuk mandiri

Keinginan partisipan untuk mandiri teridentifikasi karena tidak ingin membebani keluarga dan kebebasan yang diberikan oleh keluarga terhadap partisipan untuk menentukan pilihan hidupnya sendiri. Keinginan untuk tidak membebani keluarga dialami oleh partisipan diantaranya karena merasa akan merepotkan keluarga. Partisipan ke-6 yang dulunya bekerja sebagai *baby sitter* berpikir dengan tinggal di rumah anak, saudara, atau anggota keluarga lainnya akan semakin menyusahkan keluarga tersebut serta dapat lebih membebani keluarganya karena keterbatasan dalam hal keuangan atau keluarga yang ditempati partisipan tersebut masih memiliki tanggungan yang banyak, anak yang masih sekolah, serta lingkungan rumah yang tidak mencukupi atau terbatas.

Partisipan tidak ingin membebani keluarganya terutama jika menumpang pada lingkungan yang ditempati oleh banyak orang. Kecenderungan untuk terjadinya ketidakcocokan sangat mungkin terjadi sehingga lebih memilih untuk hidup sendiri dan lebih bebas berada pada lingkungan rumah. Partisipan yang tidak ingin membebani keluarga diungkapkan oleh enam orang partisipan. Contoh pernyataan tersebut diantaranya sebagai berikut :

“...iya...habis kalau ikut saudara nanti gak enak..nanti ganggu apa..apa..” (P.1), “...alasan tinggal disini ya..pengen disini aja dari pada ikut mantu..gak enak..” (P.2), “....mau numpang khan gak enak..itulah saya...”(P.7)

“.....saya sih gak mau menyusahkan ponakan-ponakan sih sejak dulu.....” (P.7)

Keinginan lain partisipan untuk mandiri dan memilih tinggal di panti disebabkan oleh adanya kebebasan yang diberikan oleh keluarga untuk menentukan kehidupan. Keluarga memberikan persetujuan kepada pihak panti untuk membawa partisipan tinggal di panti dengan persyaratan tertentu yaitu keluarga tahu bahwa partisipan dapat mandiri selama di panti. Keluarga tidak memaksa bahkan menanyakan terlebih dahulu kepada partisipan sebelum keluarga sepakat dengan pihak panti. Ada empat partisipan yang mengungkapkan diberikan kebebasan oleh keluarga, diwakili oleh pernyataan partisipan tersebut sebagai berikut :

“....saya ditawari adek saya kalau mau, kalau gak mau, saya gak dipaksa...” (P.4)

“.....tempatny juga lumayan, silahkan kesana (kata keluarga partisipan).....” (P.6)

2) Keikhlasan menerima kondisi hidup

Tiga partisipan yang menyatakan ikhlas menerima kondisi hidup yang dialaminya saat ini sehingga memilih tinggal di panti. Bentuk penerimaan yang ditunjukkan dengan kepasrahan menjalani kehidupan. Partisipan merasa bahwa dirinya sudah sangat tua dan memang sudah harus di panti mencari ketenangan. Keadaan hidup partisipan dengan kondisi ekonomi yang terbatas diterima dengan lapang dada. Berikut pernyataan dua partisipan dari tiga partisipan yang menyatakan bahwa keikhlasan menerima hidup sebagai alasan tinggal di panti :

“...kalau alasan saya memilih tinggal di panti ini yah..sesuai dengan apa namanya... keadaan hidup saya.....Itu memang saya harus disini mas....” (P.3)

“.....yang kedua, alasan saya disini saya sudah merasa S3, *sampon, sepuh, saestu* (artinya : sudah tua sekali)...“disini itu sebagai camat!..jadi cari ketenangan..camat (calon mati).....jadi disini saya tinggal menanti ketenangan....” (P.6)

3) Ketersediaan jaminan sosial atau kehidupan untuk lansia

Ketersediaan jaminan sosial untuk partisipan berupa jaminan terpenuhinya kebutuhan dari pemerintah. Partisipan merasa nyaman tinggal di panti karena alasan pemenuhan kebutuhan secara gratis serta tidak ada untung rugi atau pungutan apapun. Partisipan yang masih memiliki keluarga tapi dengan kondisi ekonomi yang kurang, dapat tinggal di panti dengan persetujuan keluarga. Hidup di panti bagi partisipan dirasakan lebih bebas mulai dari pemenuhan seperti makan, pakaian, peralatan mandi, dan masih banyak lagi.

Partisipan yang sudah beradaptasi dengan baik di panti telah merasa nyaman dengan fasilitas yang disediakan oleh pihak panti tanpa ada persyaratan apapun dan hanya menjalankan peraturan yang ada di panti dengan tertib seperti rutin mengikuti senam, pengajian, kesenian, dan kegiatan bersama lainnya. Partisipan merasa akan lebih mandiri jika berada di panti karena akan diajarkan banyak hal. Ada lima partisipan yang menggambarkan jaminan pelayanan yang disediakan oleh pihak panti. Pernyataan partisipan tersebut diantaranya:

“.....semua kebutuhan lansia sudah terjamin dari pemerintah, dari sabun mandi, makan, minum, kesehatan, pakaian,..itu semua sudah diatasi oleh pemerintah.....” (P.6)

“...karena saya itu negara mas (maksudnya lansia dilindungi oleh negara)..jadi kalau saya ikut di panti yang ikut negara..saya tau mas, gak ada istilah untung rugi...” (P.3)

4.2.1.2 Tema 2 : kelemahan struktur kekuatan keluarga

Lemahnya struktur kekuatan keluarga dalam merawat partisipan menimbulkan konflik dalam keluarga. Partisipan tinggal di panti karena konflik keluarga berupa perpisahan dengan keluarga inti dan lansia merasa diabaikan.

Perpisahan dengan keluarga inti terjadi sebelum berada di panti dan menjadi awal kesendirian partisipan sehingga menjadi terlantar dan hidup sendiri. Terdapat lima partisipan yang mengatakan pernah mengalami konflik dalam keluarga berupa perpisahan dengan keluarga inti. Perpisahan yang dialami partisipan baik dengan suami atau dengan anak. Beberapa perpisahan yang pernah terjadi sebelum akhirnya partisipan tinggal di panti seperti perceraian dengan suami, ditinggal oleh anaknya, dan ditinggalkan oleh suami tanpa status yang jelas. Perpisahan lain yang dialami karena perselingkuhan yang terjadi sehingga menyebabkan keretakan dalam rumah tangga yang menyebabkan partisipan diusir oleh istri sehingga menjadi gelandangan dan hidup sendiri. Hal ini yang membuat partisipan akhirnya tinggal sendiri dan memutuskan tinggal di panti. Pernyataan partisipan tersebut diantaranya :

“jauh bukan dalam arti kata saya itu pergi tanpa pamit mas..dengan pekerjaan saya itu, oleh karena saya diusir oleh istri”....itu...itu... karena perselingkuhan..terus....(berpikir lama)” (P.3)

“tapi saya gak punya anak..jadinya saya cerai sama suami saya” (P.1)

“.....jadi saya sudah ditinggal lama.....gak cerai..ditinggalkan begitu saja...” (P.6 dan P.7)

Partisipan yang merasa diabaikan oleh keluarga juga menjadikan konflik dalam keluarga. Partisipan yang diabaikan oleh keluarga diantaranya karena kesibukan anggota keluarga dengan pekerjaan atau karena meningkatnya kebutuhan secara *material* sehingga terjadinya perubahan tanggung jawab dari keluarga besar (*extended family*) untuk mengurus lansia yang terlantar atau yang hidup sendiri. Partisipan yang merasa

diabaikan terlihat jelas hanya pada partisipan kedua. Partisipan mengungkapkan kekesalannya karena budi baiknya tidak dibalas dengan kebaikan. Partisipan yang pernah bekerja di Singapura sebagai baby sitter ini merasa diabaikan oleh anak, menantu, dan saudaranya. Partisipan yang beragama Katolik ini menggambarkan pengalamannya dengan anak dan menantunya karena anaknya tidak ikhlas mengurus orang tua karena tidak terbiasa sebagai pegawai kantoran. Partisipan mengungkapkan bahwa anak dan menantunya lebih suka merawat bayi dari pada merawat orang yang sudah berumur. Partisipan merasa diabaikan juga oleh saudaranya karena hanya diperbolehkan tinggal bersama selama tiga hari. Pernyataan partisipan tersebut sebagai berikut :

“.....kalung yah mau.. make tuh mantuku!!..lama-lama gak tau..cuek”.....“lebih susah ngurusin orang tua..enak ngurusin bayi”..katanya gitu...memang aku disini??..aku khan ini pegawai!! manajer!!...masa kanjen ngurusin nenek-nenek orang tua (perkataan mantunya menurut partisipan).....”(P.2)

4.2.2 Tujuan 2 : Masalah Yang Dialami Lansia Selama Tinggal di Panti

Partisipan yang tinggal di panti tidak sepenuhnya merasa nyaman dan tenang. Berbagai masalah kesehatan dialami disebabkan oleh banyak hal seperti proses penuaan ataupun karena perbedaan dengan teman satu wisma di panti. Masalah partisipan selama tinggal di panti dalam penelitian ini diidentifikasi menjadi dua yaitu : masalah fisik dan masalah psikososial.

4.2.2.1 Tema 1 : masalah fisik

Masalah fisik yang dialami partisipan selama berada di panti berupa masalah sistem muskuloskeletal, masalah sistem kardiorespiratorik, masalah sistem sensoris, masalah pola tidur.

1) Masalah sistem muskuloskeletal

Masalah sistem muskuloskeletal yang diidentifikasi adalah gejala gout dan gejala rematik. Partisipan yang mengalami atau merasakan gejala gout atau asam urat di panti yang teridentifikasi sebanyak empat orang.

Tanda dan gejala yang dirasakan seperti rasa sakit yang dirasakan pada kedua kaki, ngilu, *nyut-nyut*, dan merasakan bagian ekstremitas seperti ditusuk-tusuk. Partisipan ada yang mengetahui bahwa dirinya mengalami asam urat dan ada juga yang tidak mengetahui. Partisipan mengetahui penyakitnya dari petugas kesehatan di klinik panti yang diadakan satu kali dalam seminggu yaitu setiap hari rabu. Pernyataan partisipan yang merasakan tanda dan gejala gout diantaranya :

“.....rasanya itu kalau buat jalan..kalau ditekan ngilu...sakit gitu...” (P.1)

“...asam urat..sampai sekarang ini tangannya yang kanan kaku sekali (sambil membentangkan tangan kanannya).....kalau sini merasa kesemutan gitu...” (P.4)

“.....ini memang saya punya asam urat disini ini”....itu suka pegel, suka senut..senut gitu...” (P.7)

Masalah sistem muskuloskeletal lainnya yang dialami partisipan adalah gejala rematik. Partisipan yang merasakan tanda dan gejala rematik juga teridentifikasi sebanyak empat orang dengan menggambarkan rasa sakit pada lutut dan pinggangnya serta kesulitan untuk melakukan perubahan posisi dari duduk ke berdiri atau sebaliknya. Partisipan yang merasakan gejala rematik juga telah mendapatkan pengobatan di panti seperti halnya gejala gout. Berikut pernyataan beberapa partisipan yang merasakan gejala rematik :

“.....terus masalah kesehatan juga yah..seperti saya sering masalah sakit pinggang”.....ya pinggang,....dari duduk untuk berdiri itu,..sakit.....” (P.3 dan P.4)

2) Masalah sistem kardiorespiratorik

Masalah ini berupa gejala asma, batuk, dan peningkatan tekanan darah (hipertensi). Gejala asma dialami oleh dua partisipan dan telah mendapat pengobatan di panti. Lansia akan merasa tambah sesak jika

stresornya tinggi seperti ketidakcocokan dengan teman di panti. Pernyataan partisipan tersebut sebagai berikut :

“.....napas saya sampai sesak..saya punya penyakit sesak gitu.....ada pikiran tambah pikiran sedikit saja, ada masalah sedikit saja, pasti terus sesak napas saya gitu.....” (P.1)

“.....kesehatan saya sih...saya kalau terserang penyakit asma gini, sesak napas”..... (P.6)

Masalah sistem kardiorespiratorik yang kedua yang dialami partisipan adalah batuk. Partisipan yang mengalami batuk sebanyak dua orang. Batuk yang dialami oleh partisipan merupakan satu bagian dengan penyakit asma yang diderita. Partisipan menggambarkan batuk yang dialami dengan bunyi *ngik-ngik* (bunyi *wheezing*). Pernyataan partisipan yang mengalami batuk tersebut sebagai berikut :

“.....hari rabu itu toh ada periksa, periksa sakit apa..saya sakit batuk.....”(P.5)

“.....terus khan batuknya bunyi..ngik-ngik..gitu.....” (P.1)

Masalah kardiorespiratorik yang ketiga adalah hipertensi. Partisipan pertama menggambarkan tekanan darah yang dialaminya melebihi batas normal selama sebulan dengan nilai tekanan darah 150 atau 160 mmHg. Partisipan yang dulunya bekerja sebagai penjahit ini berniat mencabut giginya namun batal karena tekanan darahnya masih tinggi.

Berikut pernyataan partisipan :

“.....tapi sekarang ini mbahnya khan mau cabut gigi ini..satu.. (menunjukkan giginya yang bolong)...udah hampir sebulan ini tensinya tuh 150, 160 saja.....” (P.1)

3) Masalah sistem sensoris

Masalah yang terjadi berupa masalah pada penglihatan dan pendengaran. Satu partisipan mengalami masalah penglihatan karena proses penuaan. Partisipan yang tidak tamat SMK ini merasa penglihatannya kabur dan air mata yang sering keluar. Berikut pernyataan partisipan kedua yang mengalami masalah penglihatan :

“.....terus ini mata agak lamur....”air mata suka keluar...” (P.2)

Masalah sistem sensoris yang kedua dalam penelitian ini adalah masalah pendengaran. Partisipan yang mengatakan terjadi masalah pendengaran hanya satu orang dengan menggambarkan masalah tersebut dengan singkat. Berikut pernyataan partisipan kedua yang merasa mengalami masalah pendengaran :

“.....budeg....” (P.2)

4) Masalah pola tidur

Masalah fisik lainnya yang dialami partisipan adalah masalah pola tidur berupa susah tidur terutama pada malam hari dan lainnya sering terbangun dari tidurnya karena keinginan untuk BAK, banyaknya pikiran, atau hal lainnya. Ada dua partisipan yang mengalami masalah pola tidur. Berikut pernyataan partisipan tersebut :

“.....kalau malam susah tidur.....” (P.2)

“.....saya gak bisa tidur, jam 11 bangun....” (P.6)

4.2.2.2 Tema 2 : masalah psikososial

Partisipan banyak mengalami masalah psikososial. Perbedaan karakter dan kebiasaan sesama lansia di dalam panti menyebabkan terjadinya gesekan-gesekan yang mempengaruhi kejiwaan lansia dan interaksi sosial dengan sesama penghuni panti bahkan sampai ke sesama teman satu wisma. Masalah psikososial yang dialami partisipan yaitu : masalah psikologi,

masalah sosial atau berhubungan dengan orang lain, dan penyebab masalah psikososial.

1) Masalah psikologi

Masalah psikologi yang terjadi seperti ansietas, perasaan kehilangan, perasaan tidak berdaya, dan depresi. Masalah psikologi ini hampir dialami oleh semua partisipan dengan respon yang berbeda. Lima partisipan mengalami ansietas dan dialami umumnya saat baru masuk ke panti karena tidak mengetahui kegiatan yang akan dilakukan selama di panti. Hal lain yang menyebabkan partisipan cemas adalah menemukan perbedaan karakter dan perilaku dari teman satu wisma dimana satu wisma dihuni oleh 12 orang dengan karakter yang berbeda. Berikut pernyataan partisipan diantaranya :

“...dulunya saya ya..yoh 2 hari 3 hari gak kerasan...pokoknya ya gimana lah temen...barulah..itu anu, suaranya gede-gede.....” (P.5)

“.....yang kita pikirkan, apa kegiatannya panti ini nanti saya selama saya disini itu....” (P.4)

“.....di wisma itu ada 12 orang, jadi 12 orang khan wataknya juga 12 watak....”(P.4)

Masalah psikologi yang kedua adalah perasaan kehilangan. Perasaan ini dirasakan oleh partisipan karena meninggalkan orang-orang yang terdekat dengan dirinya. Partisipan merasa jauh dari keluarga dan merasa kehilangan terhadap kesuksesan yang pernah diraihinya seperti tidak dapat bekerja lagi dan tidak lagi mempunyai penghasilan. Partisipan menggambarkan bahwa dirinya tidak mempunyai apa-apa lagi dan tidak mungkin untuk mencari uang. Berikut pernyataan partisipan yang menggambarkan partisipan mengalami perasaan kehilangan :

“.....sedih disini sudah gak bisa nyari duit....” (P.7)

“...ya nangis mikir sendiri....hei Dini jangan nangis (berbicara dengan dirinya sendiri)...nangisi opo..anak tinggal anak, orang tua sudah gak ada....” (P.2)

Masalah psikologi yang ketiga yang dialami partisipan adalah perasaan tidak berdaya. Perasaan ini dirasakan lansia dengan melihat kekurangan yang ada pada dirinya sehingga berpikir tidak dapat melakukan apa-apa lagi. Masalah ini merupakan dampak dari perasaan kehilangan karena dirinya sudah tua dan tidak dapat mencari uang. Partisipan merasa dirinya selalu dimusuhi dan sudah tinggal sendiri, tidak mempunyai anak, suami, ataupun saudara. Perasaan tidak berdaya ini dialami oleh enam orang dengan pernyataan partisipan diantaranya :

“....jadi saya kumpul disini sudah..yah saya sudah tua.. masuk sini sudah tua....” (P.7 dan P.5)

“.....tapi apa boleh buat namanya saudara tinggal saudara..orang tua dah meninggal semua....udalah.....betah nggak betah tinggal disini..mati hidup aku disini.....gak usah..gak usah dipikirin, didatangi, ditengokin syukur, gak..syukur deh..biarin aja...nasib wong harus sabar..harus nerima..harus tabah..apa boleh buat....” (P.2)

Masalah psikologi yang keempat adalah depresi. Gejala depresi dalam penelitian ini tampak pada tiga partisipan. Masalah ini merupakan gejala yang berkepanjangan dari perasaan kehilangan dan tidak berdaya. Partisipan menggambarkan dirinya sudah seperti orang gila dengan kondisi yang dialaminya, kadang-kadang berbicara dengan dirinya sendiri, dan mengalami perasaan tertekan selama 4 bulan karena ketidakcocokan dengan teman satu wisma. Partisipan mengatakan terkadang menganggap teman satu wisma yang kasar terhadap dirinya sebagai orang yang mengalami gangguan jiwa. Pernyataan partisipan yang mengalami gejala depresi diantaranya :

“.....kadang-kadang alah....kayak orang gila...udah....jangan dipikirin....pikiran saya sendiri, nama saya tak sebut sendiri..gak usah

dipikirin..kamu harus sabar.....kadang-kadang..!! yo..alah..masa bodoh..udah..gitu aja...” (P.2)

“.....cuma saya itu ini...opo itu, sekarang udah 4 bulan ini tekanan batin kayak orang tertekan gitu.....” (P.1)

2) Masalah sosial atau berhubungan dengan orang lain

Masalah ini terdiri atas dua yaitu kepribadian tertutup dan sikap bermusuhan. Masalah sosial yang dialami oleh partisipan merupakan kelanjutan dari masalah psikologi yang menyebabkan tidak harmonisnya interaksi hubungan dengan sesama teman di dalam wisma atau panti.

Kepribadian tertutup digambarkan partisipan berupa sikap menyendiri yang ditunjukkan dan tidak mengobrol kepada teman wisma yang telah menyakiti perasaan partisipan. Beberapa partisipan menyatakan berusaha untuk tetap diam dan tutup mulut jika berada dalam satu ruangan. Partisipan berusaha menghindari dari ketidaknyamanan dengan mencari pengalihan ke tempat lain misalnya ke wisma lain atau ke taman panti karena merasa perbincangan dengan beberapa teman wisma tidak ada manfaatnya. Partisipan yang mengalami kepribadian tertutup digambarkan oleh lima partisipan. Berikut pernyataan partisipan diantaranya :

“...di rumah itu, kita khan ngobrol dengan saudara itu santai.. kalau disini khan jarang kita ngobrol-ngobrol...ada satu yang dulunya nyakiti hati saya...sampai sekarang saya gak mau bicara....” (P.7)

“.....aku gak nyolong hanger..didiamin sampai berapa bulan.....” (P.2 dan P.7)

“...untuk mengatasi ketidaknyamanan itu, saya selalu menghindar.....” (P.3)

Sikap bermusuhan partisipan diidentifikasi sebagai gangguan sosial yang kedua. Partisipan menggambarkan mempunyai musuh dalam satu wisma karena sering dianggap. Sikap bermusuhan merupakan bagian dari kepribadian tertutup yang berkepanjangan. Partisipan menggambarkan sikap bermusuhan karena merasa malu dituduh berbuat yang tidak benar dan menerima perlakuan yang tidak nyaman. Sikap bermusuhan ini ditunjukkan tiga partisipan dengan pernyataan diantaranya :

“.....soalnya ada yang orang baru (lansia),... tapi disini itu koyok sebagai musuh.....“....katanya saya nyolong nasi..ambil nasi punya bagian orang.. jadi lawan, jadi musuh, saya bilang gitu aja...” (P.1)

3) Penyebab masalah psikososial

Masalah psikososial dapat disebabkan empat hal yaitu perlakuan teman, kebijakan yang mempengaruhi psikososial secara tidak langsung, kemampuan berespon terhadap masalah di panti, dan tidak adanya dukungan untuk partisipan. Perlakuan teman diidentifikasi sebagai penyebab masalah psikososial diantaranya terjadinya konflik dengan teman satu wisma yang dialami oleh partisipan pertama, partisipan kedua, partisipan keenam, dan partisipan ketujuh. Partisipan di panti mengatakan mendapatkan perlakuan yang tidak nyaman dengan teman satu wisma. Partisipan yang baru masuk ke dalam panti akan menghadapi karakter yang berbeda-beda dari teman sesama panti karena berasal dari latar belakang yang berbeda-beda misalnya perbedaan tingkat pendidikan, perbedaan suku, serta perbedaan kebiasaan dan budaya. Bentuk perlakuan yang tidak menyenangkan yang diterima oleh partisipan seperti mendapatkan perkataan yang tidak menyenangkan, sindiran, kata-kata kasar, sampai perlakuan kasar. Berikut pernyataan partisipan terkait perlakuan teman yang tidak menyenangkan diantaranya :

“...kita kerja apa aja dikira dimarahin sama dia...”...marah-marah, misalnya kita ngobrol-ngobrol ama teman-teman ya mbah itu tadi, terus tadi malam juga dia ribut sama mbah itu...” (P.1)

Kebijakan berupa perijinan keluar dari panti dapat mempengaruhi psikososial partisipan. Perijinan keluar dari panti digambarkan partisipan agak menyulitkan karena memerlukan proses yang panjang. Partisipan yang ingin meninggalkan lokasi panti misalnya ingin berkunjung ke tempat keluarga harus minta ijin kepada kepala panti dan permintaan partisipan dapat dikabulkan jika ada keluarga yang datang menjemput ke panti. Persyaratan tersebut jika tidak dipenuhi, maka partisipan tidak dapat bepergian kemana-mana. Hal ini dapat mempengaruhi psikososial partisipan jika tidak ditangani dengan tepat. Dua pernyataan partisipan yang mempermasalahkan kebijakan panti adalah :

“...disini kalau gak ada yang jemput, gak boleh pulang...” (P.1)

“.....gak boleh pergi kemana-mana kita kalo ke rumah anak saya, aku harus minta surat dulu sama kepala kantor...” (P.2)

Kemampuan berespon partisipan di panti dapat mempengaruhi psikososial. Masalah yang dialami partisipan di panti tidak ditanggapi dengan serius dan dianggap bahwa hal tersebut merupakan hal yang lumrah terjadi. Berbagai coping adaptif yang ditunjukkan partisipan beragam, mulai dari menunjukkan kemampuan dirinya sampai kepada mencari pengalihan dengan melakukan kegiatan yang bermanfaat misalnya dengan baca buku, mengobrol, konseling, dan meniru hal-hal yang baik. Partisipan dengan coping adaptif ditunjukkan oleh empat orang. Pernyataan partisipan tersebut diantaranya :

“...cara saya gini mas..sesuai dengan kemampuan saya..saya tonjolan mas...yah saya sambil...kalau saya liat TV di lain tempat wisma, kadang-kadang baca eh buku, kadang-kadang mengobrol, konseling gitu...” (P.3)

“...saya tinggal menyontoh pada yang sudah lama-lama....saya waktu selama di panti ini kegiatannya panti apa saja asal saya kuat dan dapat kita jalani, kita angkat...” (P.4)

Koping maladaptif dialami juga oleh beberapa partisipan. Koping maladaptif diidentifikasi pada dua orang partisipan dengan cara yang beragam. Partisipan menggambarkan tidak memperhatikan lagi lingkungan sekitarnya dan merasa cuek dengan teman satu wisma yang lain. Partisipan lebih banyak menyendiri dan kurang bergaul dengan orang lain. Berikut pernyataan partisipan diantaranya :

“....masalah teman-teman itu podo ada yang ngomong kasak- kusuk itu, gak saya perhatikan....tapi saya cuek kok, biarin dah yang penting saya teman satu-satunya adalah buku....”(P.6)

Tidak adanya dukungan untuk partisipan merupakan salah satu penyebab masalah psikososial dengan bentuk penolakan dari keluarga. Penolakan dari keluarga dirasakan oleh partisipan berupa keluarga tidak memberikan reaksi atau respon yang baik saat melakukan kunjungan, tidak memberikan saran kepada partisipan ataupun nasihat. Keluarga tidak pernah melakukan kunjungan semenjak mengantar partisipan ke panti dan tidak ada upaya yang dilakukan keluarga untuk melakukan komunikasi lewat telepon. Keluarga maupun partisipan tidak memiliki nomor telepon masing-masing yang dapat dihubungi. Keluarga juga tidak memberikan informasi atau menanyakan kabar partisipan di panti. Berikut pernyataan partisipan yang menyatakan tidak mendapat dukungan, diantaranya :

“.....sampai sekarang aku disini, dia juga gak harap nelpon kesini... yo enggak..datang juga enggak.. nawarin makan juga nggak..seng ngasi paling anak saya..ngasi duit lah nggak ngomong apa-apa..ya gimana aku bisa ngerti.. gak ngomong apa-apa..gak ngasi saran atau apa..apa..gitu..enggak.....” (P.2 dan P.1)

“...ndak..ndak tampak keluar air mata..ndak merangkul dengan ayahnya..(P.3)

4.2.3 Tujuan 3 : Dukungan Yang Diterima Lansia Selama Tinggal di Panti Wredha Abiyoso

Dukungan yang diterima oleh partisipan diidentifikasi menjadi dua tema yaitu sumber dukungan dan jenis dukungan.

4.2.3.1 Tema 1 : sumber dukungan

Sumber dukungan yang diidentifikasi diutamakan dari keluarga. Pada kenyataannya partisipan merasakan dukungan dari orang lain selain keluarga, yaitu panti, mahasiswa praktik, dan tamu panti. Partisipan merasa orang lain yang memperhatikannya selama di panti lebih dekat perasaannya seperti keluarga sendiri dan membuat diri lansia semakin tenang.

1) Keluarga

Sumber dukungan dari keluarga datang dari anak/cucu dan keponakan. Dua partisipan mendapatkan dukungan dari anak dan cucu. Berikut pernyataan partisipan :

“...bersama anak saya...anak saya bersama suaminya anak saya dan cucu saya..itu perempuan.....” (P.3)

“....ya hanya anak saya aja,,,kalau cucu dan mantu kalau lebaran...” (P.6)

Dua partisipan mendapatkan dukungan dari saudara dan keponakan dengan pernyataan partisipan diantaranya:

“.....sama adek sekali.. adek yang dari Purwokerto itu sekali...terus kakak saya waktu kita sakit..sama anaknya dua, nengokin tapi nengokin saya di rumah sakit” (P.1)

2) Panti

Pihak panti yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu petugas panti terdiri dari pegawai tata usaha, perawat, dokter, dan pramurti.

Kebaikan dan keikhlasan petugas panti dalam mengurus dan merawat partisipan dirasakan lebih bermakna dan berarti bagi partisipan. Berikut pernyataan partisipan :

“.....ibu-ibu panti disini sabar-sabar sekali.....” (P.6)

3) Orang lain

Sumber dukungan dari orang lain diidentifikasi menjadi dua yaitu mahasiswa dan tamu panti. Mahasiswa yang sering melakukan praktek di panti sangat dirasakan partisipan dengan asuhan keperawatan yang dilakukan. Partisipan sering dibantu oleh mahasiswa dalam menghubungi keluarganya dan terkadang diberikan sesuatu penghargaan berupa materi. Berikut pernyataan partisipan :

“.....ada... mbak akper-akper itu...” (P.5 dan P.6)

Tamu panti biasanya kunjungan dari aparaturnegara, siswa sekolah, dan banyak lagi yang lain dianggap sangat bermakna oleh partisipan. Tamu panti biasanya menyelenggarakan kegiatan atau memberikan materi juga kepada setiap partisipan di panti. Partisipan mengaku merasa lebih betah di panti dengan banyaknya kunjungan ke panti selain keluarga. Berikut pernyataan partisipan :

“.....malah kebetulan disini ada tamu banyak.....” (P.6)

4.2.3.2 Tema 2 : jenis dukungan

Jenis dukungan yang dapat diidentifikasi ada lima yaitu : integrasi sosial, dukungan emosional, dukungan materi, dukungan informasi, dan dukungan layanan. Jenis dukungan ini adalah dukungan yang didapatkan partisipan selama di panti dari berbagai sumber terutama dari keluarga sendiri.

1) Integrasi sosial

Integrasi sosial ini berupa rasa kebersamaan atau persaudaraan. Dukungan integrasi sosial digambarkan partisipan dengan perasaan senang yang ditunjukkan berasal dari sikap kebersamaan yang ditunjukkan oleh keluarga atau sumber dukungan lainnya misalnya perilaku baik yang ditunjukkan yang membuat partisipan menjadi kuat. Rasa kebersamaan juga dimiliki partisipan dengan menganggap teman di panti sebagai saudaranya sendiri. Berikut pernyataan partisipan sebagai berikut :

“...ya saya belikan untuk yang saya senang....anak saya bagus, mantu saya juga bagus....” (P.6)

“...semua yang di wisma ini apalagi satu panti, saya anggap saudara sendiri...banyak saudaranya dan di wisma ini sudah saya anggap semua saudara....” (P.4)

2) Dukungan emosional

Dukungan ini diidentifikasi menjadi lima jenis yaitu frekuensi kunjungan, empati, perhatian, semangat, dan kesenangan. Frekuensi atau jumlah kunjungan keluarga di panti sangat berarti secara emosional bagi partisipan. Frekuensi kunjungan yang paling banyak dalam satu tahun yaitu empat kali. Berikut pernyataan partisipan :

“...terus saya nengokin kamu kesini (pernyataan keluarga menurut partisipan)...nengokin sekali..” (P.1)

“...udah 3 kali....keempat kali sampe sekarang...kalau saudara saya menengok sini sewaktu-waktu asal ada waktu, dapat dari luar kesini ke panti....” (P.4)

“.....sekali....itu selama 3 jam..gak sehari...3 jam.....” (P.3)

Jenis dukungan emosional yang kedua adalah empati. Sikap empati dirasakan berarti secara emosional bagi partisipan. Satu partisipan

menyatakan mendapatkan dukungan emosional dari orang lain. Berikut pernyataan partisipan :

“...termasuk musik itu lepas gitu yah..gini mas, dari masalah keramah tamahan pegawai-pegawai....kadang-kadang kalau yang terakhir ini, biasanya itu kalau kenaikan kelas...ujian kelas, itu akhir sekolah itu, itu kadang-kadang suka peduli mas...peduli berkunjung di panti..itu kadang-kadang suka memberi..yang terakhir itu memberi selimut..” (P.3)

Dukungan emosional ketiga yang diidentifikasi adalah dukungan berupa perhatian. Perhatian yang diberikan oleh siapapun sangat dirasakan partisipan dan akan berhubungan dengan respon secara emosional dari partisipan. Dalam penelitian ini ada tiga partisipan yang menyatakan dukungan perhatian yang dirasakan. Partisipan menggambarkan perhatian yang diterima dengan sering menanyakan kesehatan partisipan selama di panti, menanyakan teman-teman partisipan di panti, dan ketika muncul kerinduan, keluarga akan datang ke panti menjemput partisipan. Perhatian dari orang lain yang dirasakan partisipan misalnya mahasiswa yang sering mengajarkan cara merawat kesehatan dengan benar. Berikut pernyataan partisipan :

“....senang sekali..ada sesuatu keluarga saya dari ponakan, dari ponakan, dari adek, keadaan sehat itu sudah senang sekali dan dia bilang tanya-tanya waktu gimana di panti gitu, ah saya ceritakan....” (P.4 dan P.6)

“...anak bude’ saya..tapi hatinya mulia sama saya...saya kangen sama kakak saya, itu dijemput coba....” (P.7)

Dukungan emosional keempat yang diidentifikasi adalah semangat. Dukungan semangat ini dirasakan partisipan dari pelayanan yang diberikan dari panti sehingga partisipan merasa bersemangat tinggal di panti. Pelayanan di panti membuat partisipan menjadi betah. Partisipan menggambarkan dukungan semangat karena selama di panti mengetahui banyak hal terutama dalam keterampilan sehingga

apa yang dilakukan partisipan membuat hatinya senang. Tiga partisipan menyatakan mendapatkan dukungan semangat selama di panti. Berikut pernyataan partisipan :

“...saya sudah kerasan disini gitu, sudah kerasan, sudah senang.....semua saya senangi, manfaat baik semua..ya bikin keset, saya anggap baik.... (P.4)

“.....kalau dulu gak bisa bikin kayak gitu, sekarang bisa....bukan nggak betah...betah aja....” (P.2)

Dukungan kelima yang diidentifikasi adalah kesenangan. Banyaknya kegiatan yang ada di panti membuat partisipan mendapatkan dukungan yang lebih yang tidak pernah didapatkan dari keluarga. Kesenangan dirasakan oleh enam partisipan. Kesenangan digambarkan partisipan dengan banyaknya hiburan di panti dan banyaknya kegiatan di panti mulai dari hari Senin sampai dengan hari Sabtu. Jenis kegiatan seperti senam, pengajian, kesenian, keterampilan, kerja bakti membuat partisipan senang karena dapat lebih mandiri dan ketemu dengan banyak teman. Ada partisipan yang senang menyanyi dan ada juga yang senang melakukan keterampilan seperti membuat sapu dan keset kaki. Partisipan yang lain menggambarkan kesenangannya dengan fasilitas gedung di panti yang mirip seperti villa di Jakarta. Berikut pernyataan partisipan :

“...banyak hiburan, ada banyak keterampilan-keterampilan untuk menghibur saya dari pada ngelamun gitu loh...wah..bedanya banyak..lebih baik di sini....” (P.4)

“...setiap hari saya ikut mas...sampai sekarang akhir-akhir ini saya dari hari sabtu juga ikut mas..dulu ndak, sekarang saya ikut terjun menjadi perawit.....kalau kegiatan itu bener-bener saya senang sekali...” (P.3)

3) Dukungan materi

Dukungan materi yang diidentifikasi terdiri atas tiga yaitu : uang, makanan dan souvenir, pelayanan atau peralatan. Partisipan yang pernah mendapatkan kunjungan dari keluarga menyatakan diberikan uang oleh anggota keluarganya. Jumlah yang diberikan pun berbeda tergantung dari kondisi perekonomian masing-masing. Partisipan menggambarkan diberikan uang oleh anaknya atau saudaranya Rp. 50.000 s/d Rp. 500.000 dan biasanya diberikan pada saat keluarga akan pulang. Ada empat partisipan yang menyatakan dibekali dengan uang oleh keluarganya. Berikut pernyataan partisipan :

“..ponakan saya yang baru datang dari Jakarta bawain jeruk, terus ninggalin uang, ninggalin uang 50 satu orang....ngasi uang ..gak bawa apa-apa..ngasi uang 50....” (P.1)

“...ya, ada yang bawa oleh-oleh, kadang-kadang gak bawa apa-apa,.. cuma nanti pulang ninggalin duit”....tapi kalau ponakan saya kesini, saya dipegangi duit gitu...” (P.7)

Dukungan materi yang didapatkan partisipan di panti selain uang, yaitu makanan dan souvenir. Makanan yang biasanya diterima partisipan dari keluarga berupa snack (kue) dan buah-buahan. Partisipan lain pernah mendapatkan selendang dan bross dari tamu panti. Empat partisipan menyatakan pernah mendapatkan makanan dan souvenir selama di panti. Berikut pernyataan partisipan :

“...ya bawa snack....kalau saudara saya itu mesti bawa oleh-oleh snack...” (P.4)

“.....apalagi kue-kue snack-snack seringkali dapat tamu, bawa snack bawa itu....ada kok itunya tanda terimanya..terus saya dikasi hadiah selendang sama bross..diantar kesini....” (P.6)

4) Dukungan informasi

Dukungan informasi diidentifikasi menjadi dua yaitu nasihat dan umpan balik. Partisipan yang mendapatkan dukungan nasihat digambarkan oleh partisipan ketiga. Partisipan menerima nasihat dari keluarga supaya tetap betah tinggal di panti. Berikut pernyataan partisipan :

“....disini harus kerasan bilang gitu...” (P.3)

Dukungan informasi yang kedua adalah umpan balik. Partisipan yang mendapatkan umpan balik digambarkan partisipan keempat. Partisipan menyatakan menerima umpan balik dari keluarga dengan selalu menanyakan tentang kehidupan partisipan. Berikut pernyataan partisipan :

“..lantas gimana keluhannya sakitnya asam urat...” (P.4)

“..nyatanya sering menengok saya, menanyakan kesehatan saya....”
(P.4)

5) Dukungan Layanan

Dukungan lainnya bagi partisipan dirasakan dengan apa yang disediakan oleh panti yaitu peralatan dan pelayanan yang diberikan. Partisipan menggambarkan dukungan layanan panti yang didapatkan misalnya sabun untuk mandi, sabun cuci, pakaian, sandal, dan makanan yang telah dijamin. Pelayanan yang didapatkan partisipan di panti diberikan setiap sebulan sekali kecuali pelayanan makanan. Dukungan lainnya digambarkan partisipan dengan tersedianya jaminan pelayanan kesehatan selama 24 jam di panti dengan petugas kesehatan yang ramah. Kegiatan rutin tiap minggu seperti kesenian dan keterampilan juga dirasakan partisipan sebagai dukungan pelayanan. Dukungan ini digambarkan oleh enam partisipan dan berikut pernyataan partisipan diantaranya :

“.....ada sabun untuk nyuci untuk mandi dikasi..misalnya sakit, dikasi obat.. ada baju dikasi tiap tahun tiap mau Idul Fitri tiap mau lebaran dikasi...” (P.1 dan P.3)

“....ada kerawitan..nyanyi itu..kalau hari senin selasa rabu kamis jumat sabtu ada senam di depan...” (P.2)

“....dapat...tiap rabu itu dapat..khan disini tiap rabu ada dokter” (P.1)...(P.4)

“.....habis ini khan ada perawat mas 24 jam tanpa bolong, tetap 24 jam terisi sampai malam....dikasi obat..apa keluhannya.. gitu....langsung dikasi...” (P.3)

4.2.4 Tujuan 4 : Makna Dukungan Keluarga Bagi Lansia

Makna dukungan keluarga bagi partisipan diidentifikasi menjadi satu tema yaitu dukungan memberikan kesenangan batin. Dukungan yang diterima partisipan memberikan makna yang positif berupa kesenangan batin. Partisipan menggambarkan makna dukungan keluarga yang dapat mendatangkan kesenangan batin berupa mendapat kunjungan yang teratur, mendapat perhatian dari keluarga, memenuhi kebutuhan hidup partisipan, memberikan perasaan positif, dan memberikan informasi verbal.

Partisipan di panti memaknai dukungan keluarga dengan mendapatkan kunjungan. Partisipan merasakan kesenangan lebih jika keluarga mendukung di panti dengan melakukan kunjungan. Partisipan akan sangat berterima kasih ketika mendapatkan kunjungan dari keluarga dan merupakan suatu kesyukuran dan nikmat dari Tuhan Yang Maha Kuasa. Berikut pernyataan partisipan :

“.....ya cuma nengak nengok itu...senang sekali..masih sering suka menengok sini itu.....” (P.4 da P.2)

“.....soalnya terima kasih bisa ketemu sama saudara....soalnya disini mau pulang secara kebetulan aja ditengok sama saudara.....” (P.1)

“....seperti temen-temen klien di wisma ini..khan ada yang dikunjungi sama anak..sama saudaranya....” (P.3)

Makna dukungan keluarga yang kedua yaitu mendapat perhatian dari keluarga. Partisipan memaknai bahwa kesenangan yang diperoleh salah satunya jika keluarga memberikan perhatian sehingga partisipan akan merasakan kenikmatan yang lebih. Dukungan bagi partisipan yang seharusnya dilakukan oleh keluarga dalam memberikan perhatian yaitu kunjungan yang tidak hanya sekali ketika partisipan pertama kali masuk ke panti. Selain kunjungan yang lebih dari sekali, perhatian yang dipersepsikan oleh partisipan dengan adanya pemberian dari keluarga.

“.....dia itu perhatian sama saya itu, yah perhatian....saya ganggu itu gak mau..dan dia khan nanti mikir.. wah tante kok butuh duit.....ya itu namanya perhatian sama kita..ngasi perhatian gitu.. kalau enggak perhatian khan gak mungkin ninggalin saya apa gitu.....” (P.7)

Makna dukungan keluarga yang ketiga yaitu memenuhi kebutuhan hidup partisipan. Ada dua perbedaan makna yang muncul yaitu partisipan yang memaknai bahwa keluarga seharusnya membawa sesuatu ke panti untuk memenuhi kebutuhan hidup partisipan misalnya pemberian uang buat jajan. Makna yang lain digambarkan partisipan bahwa dukungan keluarga merupakan sesuatu yang penting tapi tidak harus dengan membawa sesuatu untuk diberikan kepada partisipan. Masih banyak dukungan yang dapat membuat partisipan menjadi senang selain materi seperti perhatian, nasehat, empati, dan simpati. Berikut pernyataan partisipan :

“...ada kasih gini..anak misalkan membawa uang apa membawa jajan..itu merupakan wujud kasih...memang disini gak boleh berkarya mas..tapi walaupun tanpa uang, saya damai....” (P.3)

“....senang,..senang saya..terus ditensi, terus ibu dikasi apa itu..timbangan..dikasi makanan..barang dikasi dulu dikasi selimut, dikasi gelas, wedak, sabun, komplet...sampo..dulu..sekarang sudah bekerja semua...jadine ya itu...baik semua...” (P.5)

Makna dukungan keluarga keempat yaitu memberikan perasaan positif. Partisipan memaknai dukungan keluarga sangat penting karena dengan adanya dukungan keluarga maka akan menolong dan memanjangkan

kehidupan partisipan. Dukungan keluarga diyakini partisipan dapat menambah semangat untuk ketenangan jiwa, menghindari kecemburuan sosial dengan partisipan yang lain di panti, dan dukungan sebagai pencurahan rasa kasih bagi partisipan.

“.....seperti artinya menolong kehidupan saya memanjangkan umur saya..dan menanyakan saya kerasan dan tidaknya disini.....” (P.4)

“....ya penting karena untuk menambah semangat untuk ketenangan jiwa....” (P.6)

“....bisa merasakan gitu loh..berarti kehangatan, kerinduan anak seperti itu penting mas.....perlu....penting....jadi untuk apa.....meneguhkan supaya gak ada apa namanya, kecemburuan sosial.....saya cemburu sosial loh mas....itu pandangan saya justru malah ada rasa kasih mas....” (P.3)

Makna dukungan keluarga kelima yaitu memberikan informasi verbal. Partisipan akan merasakan ketenangan batin dengan mendapatkan informasi dari keluarga berupa nasihat atau saran, menanyakan kabar lansia selama di panti, menanyakan kesehatan lansia, memberikan ungkapan-ungkapan positif dan tidak memikirkan masa lalu. Berikut pernyataan partisipan :

“...berarti masih menanyakan hidup saya selama di panti..saya juga senang....sama tanya itu, kerasan gak?...kerasan...” (P.4)

“....cari apa..tanyaan itu, kesehatan, tanyain kerja disini..kerjaannya apa, seng saya lakukan disini..” (P.5)

“.....ya perhatiannya itu harus menanyakan kesehatan....menanyakan kesenangannya itu bagaimana,.....apa disini kelihatan senang apa sedih.....” (P.6)

4.2.5 Tujuan 5 : Harapan Lansia Terhadap Dukungan Keluarga

Harapan terhadap dukungan diidentifikasi dalam satu tema yaitu mempertahankan hubungan dengan partisipan di panti. Tema ini membentuk tiga sub tema yaitu interaksi teratur, memberikan penghargaan

terhadap lansia, dan mempersiapkan dan mengantar lansia ke peristirahatan terakhir.

1) **Interaksi teratur**

Interaksi teratur diharapkan oleh partisipan selama di panti merupakan salah satu harapan yang diinginkan. Interaksi secara teratur dapat berupa kunjungan oleh keluarga ke panti, rasa kedekatan, perasaan rindu.

Partisipan mengharapkan sering dikunjungi atau ditengokin sama keluarga meskipun jadwal kunjungannya tidak teratur atau rutin. Jumlah kunjungan yang diharapkan oleh partisipan tidak mesti beberapa kali dalam setahun. Partisipan yang belum pernah dikunjungi oleh keluarga mengharapkan kunjungan sekali dalam setahun sudah membuat partisipan tersebut senang. Lima partisipan menggambarkan harapan dengan adanya kunjungan keluarga ke panti. Berikut pernyataan partisipan :

“....kepengennya ibu cepat-cepat pada datang kesini..” (P.1)

“..ya mbok yah istri walaupun ada kerinduan datanglah nengok saya...harapan saya terhadap istri yah..datang kesini..saya terima...dalam artian terima itu saya juga ada kerinduan...” (P.3)

“...jadine kepengen saya ditengok keponakan saya..saya kepengen kesono..” (P.5)

Harapan partisipan yang lain yaitu menginginkan rasa kedekatan dengan keluarga. Partisipan berharap agar lebih dekat dengan keluarganya baik anak, menantu, ataupun saudara dan selalu ingat dengan lansia di panti. Partisipan berharap rasa kedekatan yang dialami akan lebih bermakna jika keluarga melakukan kunjungan tidak sekali tetapi sampai dua atau tiga kali dalam setahun dan keluarga datang berkunjung ke panti dengan niat tulus tanpa disuruh oleh orang lain. Partisipan juga berharap dengan kedekatan tersebut

dapat membuka lembaran baru dengan keluarga jika sebelumnya terjadi konflik. Berikut pernyataan partisipan :

“...yaa..kedatangan sekali itu gak merasakan...kalau kedatangan 3 kali 4 kali baru merasakan...istilahnya membuka lembaran yang baru..lembaran yang dulu jangan diusik-usik...kalau ada orang lain nyuruh, gak ada artinya untuk datang kesini..” (P.3)

“...ya supaya anak cucu saya itu bahagia dan dekat kepada saya... dan selalu ingat kepada saya...ya itu setiap tahun berkunjung kesini....” (P.6)

Partisipan juga berharap interaksi teratur dapat semakin meningkatkan perasaan rindu dengan keluarganya. Interaksi atau kunjungan keluarga diharapkan partisipan dapat membuat keluarga sadar bahwa partisipan juga memiliki perasaan rindu yang kuat dengan keluarga. Berikut pernyataan partisipan :

“....kepengen..kepengen ketemu satu persatu.gitu...giliran khan..tahun kapan bulan kapan....” (P.2)

“.....saya udah rindu sama anak-anak..tapi gak podo datang kesini.....” (P.1)

2) Memberikan penghargaan terhadap lansia

Harapan partisipan yang kedua adalah memberikan penghargaan terhadap dirinya berupa penghargaan yang tulus. Harapan yang diinginkan dari penghargaan yang tulus dapat dimaksudkan dengan penghormatan yang dilakukan oleh keluarga. Partisipan menginginkan penghargaan meskipun dirinya berada di panti, namun keluarga tidak melupakan partisipan sebagai anggota keluarganya. Penghargaan yang tulus yang dikatakan oleh partisipan dengan melakukan kunjungan dengan niat yang baik tanpa paksaan meskipun tidak membawa sesuatu ke panti. Dua partisipan menggambarkan penghargaan yang tulus dengan pernyataan sebagai berikut :

“...nggak usah bawa apa-apa...ditengokin aja udah syukur..” (P.2)

“.....kesininya itu jangan ada disuruh kemari mas...biar kehendak sendiri..saya mengharapkan gini...anak itu..bagaimana kabar bapak, kok bisa disini..khan seperti itu...itu walaupun posisi orang tua sejelek mungkin, itu posisi anak harus menghargai dan harus menghormati orang tua...harapan saya kalau sekiranya anak itu ada kerinduan pada orang tua..ya..sejelek mungkin sebagai orang tua..hormatilah.....” (P.3)

3) Mempersiapkan dan mengantar lansia ke peristirahatan terakhir

Harapan partisipan yang ketiga terhadap dukungan keluarga yaitu mempersiapkan dan mengantar partisipan ke peristirahatan terakhir. Harapan ini biasanya karena adanya pikiran tentang kematian. Kegiatan spiritual partisipan lebih meningkat sejalan dengan semakin bertambahnya usia. Harapan partisipan yang teridentifikasi terhadap keluarga yaitu keinginan lansia untuk dapat menunggu kematian dengan tenang. Terdapat dua perbedaan harapan yaitu keinginan untuk meninggal dan dikebumikan di panti dan keinginan partisipan untuk dikebumikan oleh keluarga di daerah asal partisipan. Partisipan menggambarkan keinginannya untuk dikebumikan di panti karena merasa kasihan dengan kondisi ekonomi dan tidak ingin membebani keluarga mereka. Berikut pernyataan partisipan :

“.....pokoknya menetap disini sampai saya mati disini dipasrahkan sama keluarga yang masih bertanggung jawab, dikubur...di kampung saya sana....” (P.4)

“...saya mau malah kalau sewaktu-waktu dapat panggilan Ilahi, mohon dikebumikan disini aja....” (P.6)

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa delapan tema yang teridentifikasi dalam penelitian ini dapat menjawab tujuan umum penelitian yaitu untuk mendapatkan gambaran pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha. Selanjutnya pada bab lima peneliti akan membahas setiap tema yang ditemukan dengan membandingkan antara hasil penelitian dengan teori.

BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian yang telah diperoleh dengan membandingkannya dengan teori-teori dan hasil penelitian sebelumnya yang memiliki keterkaitan dengan penelitian ini. Peneliti juga akan membahas tentang keterbatasan penelitian, implikasi penelitian terhadap perkembangan pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan, dan kebijakan kesehatan yang terkait dengan dukungan keluarga terhadap lansia di panti wredha.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Analisis Kesenjangan

5.1.1 Alasan Lansia Tinggal di Panti

Alasan lansia tinggal di panti berbeda-beda. Penelitian ini mengidentifikasi dua tema terkait alasan lansia memilih tinggal di panti yaitu karena keinginan personal dan kelemahan struktur kekuatan keluarga. Alasan lansia tinggal di panti karena keinginan personal dapat disebabkan keinginan untuk mandiri, keikhlasan untuk menerima kondisi hidup, dan ketersediaan jaminan sosial atau kehidupan dari pemerintah. Alasan lansia tinggal di panti karena lemahnya struktur kekuatan keluarga dapat disebabkan terjadinya konflik dalam keluarga.

5.1.1.1 Keinginan Personal

Penelitian ini mengidentifikasi keinginan personal lansia memilih tinggal di panti berupa keinginan untuk mandiri, keikhlasan menerima kondisi hidup, dan ketersediaan jaminan sosial atau kehidupan untuk lansia. Lansia yang memilih tinggal di panti memiliki alasan yang beragam terutama lansia perempuan yang jumlahnya lebih banyak. Harker (1997) menyatakan bahwa salah satu alasan lansia tinggal di panti karena keinginan mereka sendiri yang mencari kebebasan serta karena kemiskinan. Lansia mencari kebebasan karena tidak ingin terikat dengan kehidupan keluarga selain karena kemiskinan. Alasan lansia ini karena

tidak ingin terlalu terikat dengan aturan di dalam keluarga. Lansia menginginkan aktualisasi diri yang lebih tinggi.

Lansia tinggal di panti yang ditemukan peneliti sedikit berbeda dengan Harker yaitu dengan alasan tidak ingin membebani keluarga. Lansia memilih tinggal di panti karena tidak ingin membebani apabila secara terus menerus tinggal bersama dengan keluarga baik anak ataupun saudara. Lansia juga mendapatkan kebebasan dari keluarga untuk menentukan kehidupannya termasuk keinginan untuk mandiri. Hal ini sesuai dengan penelitian kualitatif Subekti (2007) bahwa tinggal di panti merupakan nilai-nilai yang dimiliki oleh partisipan dan merupakan salah satu tujuan tinggal di panti wredha diantaranya karena tidak mau merepotkan anak dan membebani anak.

Chasanah (2010) menyatakan ada enam alasan lansia perempuan untuk memilih tinggal di panti wredha yaitu : 1) karena merasa ada teman sebaya untuk berbagi cerita, 2) merasa lebih aman tinggal di panti, 3) sering tidak sepaham dengan anggota keluarga lainnya, 4) tidak mau merepotkan keluarga, 5) tidak mempunyai keluarga lagi, dan 6) kesibukan dari keluarga sehingga merasa tidak diperhatikan lagi. Alasan lansia memilih tinggal di panti dalam penelitian ini tidak berbeda jauh sebagaimana yang disampaikan oleh Chasanah. Alasan lansia karena tidak mau merepotkan keluarga diidentifikasi ke dalam tema keinginan personal, sementara alasan tidak adanya kesepahaman dengan keluarga dan kesibukan keluarga sehingga lansia tidak diperhatikan lagi diidentifikasi ke dalam tema kelemahan struktur kekuatan keluarga.

Lansia yang tidak ingin membebani keluarga diantaranya karena merasa tidak nyaman dan tidak tenang untuk tinggal bersama keluarga. Lansia yang telah pensiun dan tidak mempunyai pekerjaan lagi merasa menjadi beban bagi keluarga. Beberapa partisipan dalam penelitian ini sudah tidak memiliki pekerjaan utama. Lansia yang tidak memiliki pekerjaan bukan

karena mereka tidak mampu lagi untuk bekerja namun karena mereka kurang modal untuk memulai usaha yang baru sehingga mereka mengalami kesusahan untuk mempertahankan hidup. Keluarga yang masih peduli terhadap lansia kemudian menampung mereka untuk tinggal bersama namun karena ketidaknyamanan sehingga lansia memilih untuk tinggal di panti melalui ijin dari pemerintah setempat dan keluarga dari lansia tersebut.

Keinginan lansia untuk mandiri ditunjang oleh penelitian Suriadi (1999) dimana lansia yang sudah tidak bekerja lagi tetap berusaha untuk mandiri. Dari 61 responden, terdapat 17 lansia (27,9 %) yang masih menjadi tanggungan keluarga, 44 lansia (72,1 %) yang sudah tidak menjadi tanggungan keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun tidak memiliki pekerjaan utama, namun lansia tetap memiliki keinginan untuk mandiri dan tidak membebani keluarga.

Keinginan mandiri lansia juga mendapatkan persetujuan dari keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa lansia diberikan kebebasan oleh keluarga untuk menentukan pilihannya sendiri. Suriadi (1999) menjelaskan ada dua faktor yang mempengaruhi preferensi tempat tinggal lansia yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal berupa keinginan individu itu sendiri sedangkan faktor eksternal berupa faktor sosial, ekonomi, budaya, dan agama. Lansia yang memilih tinggal di panti dalam penelitian ini sebagai faktor internal dari individu itu sendiri dan tidak lepas dari kebebasan yang diberikan oleh keluarga untuk menentukan nasib lansia.

Keluarga yang memberikan kebebasan kepada lansia dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki hubungan yang baik dengan lansia dan masih mengharapkan lansia untuk tetap tinggal bersama. Subekti (2007) menyatakan bahwa keputusan keluarga untuk menyetujui lansia tinggal di panti wredha termasuk alasan eksternal berupa dukungan keluarga.

Lansia dalam penelitian ini merasa ikhlas menerima kondisi hidup dan pasrah dengan apa yang dialami. Faktor sosial dan budaya sebagai faktor eksternal yang disampaikan oleh Suriadi (1999) memiliki pengaruh yang kuat untuk dapat ikhlas menerima situasi yang terjadi pada lansia. Faktor sosial yang sesuai dalam penelitian ini misalnya kesendirian yang dialami lansia dan keharmonisan interaksi dengan keluarga. Faktor budaya yang dapat mempengaruhi lansia untuk ikhlas menerima kondisi hidup misalnya kepercayaan lansia untuk tetap tinggal bersama keluarga atau kepercayaan untuk hidup sendiri dan mandiri.

Lansia pasrah menerima nasibnya yang sudah tua untuk tinggal menunggu kematian dan mencari ketenangan di panti serta tidak membebani siapapun. Partisipan juga ada yang mengatakan pasrah dengan keadaan yang dihadapi saat ini. Kurang motivasi merupakan salah satu kepasrahan lansia yang mendukung keinginan untuk hidup di panti. Lansia mempertegas keadaan dirinya yang sudah tidak memiliki keluarga inti (anak atau suami atau istri) yang membuat dirinya semakin menderita dengan hidup sendiri, berusaha sendiri, dan mempertahankan hidup sendiri sehingga dirinya dapat tinggal di panti. Lansia menjadi acuh tak acuh dengan keluarga yang tidak memperhatikan dirinya. Lansia menjadi sangat kesepian dan tidak memperhatikan apapun yang terjadi dengan dirinya.

Setiti (2007) di dalam penelitiannya mencoba melihat pandangan kerabat tentang nilai-nilai yang terkait lansia. Hasil yang diperoleh bahwa secara umum kerabat menghendaki lansia tinggal bersama dan dirawat oleh kerabat. Hal ini dapat memberi manfaat bagi kedua pihak baik lansia maupun keluarga atau kerabat. Lansia dapat merasakan kedamaian tinggal bersama kerabat, sementara kerabat dapat memetik manfaat kepuasan batin dalam memberikan pengabdian, balas budi dan membahagiakan orang tua. Bagi lansia yang tidak memiliki kerabat, sebaiknya dirawat masyarakat sekitarnya atau dirawat di panti bila tidak sanggup. Keinginan kerabat yang menghendaki lansia tinggal bersama tidak sepenuhnya sesuai

dengan hasil yang diperoleh peneliti. Lansia dalam penelitian ini masih banyak dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu faktor sosial, ekonomi, budaya sehingga mempengaruhi keputusannya untuk tinggal di panti dengan ikhlas menerima kondisi hidup.

Alasan lansia yang lain memilih tinggal di panti karena ketersediaan jaminan sosial dari pemerintah. Lansia merasa nyaman tinggal di panti dengan fasilitas yang disediakan pemerintah secara gratis mulai dari penyediaan kebutuhan primer dan sekunder termasuk pelayanan kesehatan gratis. Hal ini menarik minat lansia terutama dengan keterbatasan ekonomi yang membuat jumlah lansia di panti dapat bertambah dengan semakin meningkatnya penyediaan fasilitas layanan panti untuk mencapai peningkatan kesejahteraan bagi lansia.

Subekti (2007) salah satu faktor timbulnya keinginan lansia tinggal di panti karena ingin mendapatkan perawatan yang lebih baik. Jenis layanan yang diberikan oleh panti mencakup pemenuhan kebutuhan primer misalnya pakaian, makan, sabun yang diberikan kepada lansia dengan gratis sehingga lansia merasa terjamin kehidupannya dan merasa lebih nyaman. Jaminan layanan dan perawatan yang disediakan di panti dirasakan sangat berbeda oleh lansia ketika berada di rumah.

Sloane (1980, dalam Gallo, Reichel, dan Andersen, 1998) tersedianya tenaga pemberi perawatan adalah faktor terpenting pemindahan lansia ke panti wredha setelah perawatan di rumah sakit. Jaminan kesehatan secara gratis dan rutin yang diberikan panti menjadi pilihan menarik buat lansia dan keluarga. Penelitian ini menemukan alasan lansia dengan jaminan pelayanan namun tidak ditemukan alasan karena ingin mendapatkan perawatan yang lebih baik setelah keluar rumah sakit. Hal ini dapat dikarenakan lansia yang diseleksi masuk ke dalam panti adalah lansia yang dapat mandiri serta memiliki ekonomi terbatas. Lansia yang melakukan pembayaran rutin tidak menjadi partisipan dalam penelitian ini karena

tidak sesuai dengan kriteria dimana kebanyakan mengalami demensia dan ketidakmampuan fisik.

5.1.1.2 kelemahan struktur kekuatan keluarga

Salah satu alasan lansia tinggal di panti wredha dalam penelitian ini adalah keluarga. Lansia lebih memilih tinggal di panti wredha karena adanya konflik dengan saudara, anak, atau cucu. Bessi (2007, dalam Mantra, 2010) menyatakan bahwa alasan lansia yang menjadi warga panti wredha Wana Seraya Bali karena kemiskinan, tidak memiliki keluarga, atau ditinggalkan oleh keluarga. Lansia dalam penelitian ini memiliki latar belakang yang sama karena awalnya memiliki konflik dengan keluarga yang menyebabkan perpisahan dengan keluarga inti. Konflik yang terjadi berupa perselingkuhan atau perceraian yang menyebabkan lansia hidup sendiri atau bahkan terlantar. Lansia perempuan yang tidak dapat mencari penghasilan tetap mengalami kemiskinan dan memilih tinggal di panti.

Perubahan hidup ke arah modernisasi menjadi salah satu hal yang dapat menyebabkan terjadinya konflik dalam keluarga terutama antara seorang anak dengan orang tua. Dalam penelitian ini teridentifikasi bahwa konflik yang terjadi terdiri atas perpisahan dengan keluarga inti dan lansia yang merasa diabaikan. Depsos RI (2008) pergeseran nilai di tengah modernisasi dan kuatnya tuntutan secara materiil terasa semakin kuat, sehingga nilai-nilai kebersamaan, kegotongroyongan, dan tanggung jawab sosial semakin terkikis. Seseorang akan menjadi lebih *individualis* dan tidak lagi memiliki beban moral dan tanggung jawab sosial terhadap keterlantaran yang dialami oleh kerabat yang lain.

Pengaruh modernisasi berdampak juga bagi anak perempuan dalam merawat lansia. Gallo, Reichel, dan Andersen (1998) gaya atau kecenderungan yang terdapat pada keluarga-keluarga yang kecil (lebih sedikit anak dewasa yang mampu mengurus lansia) dan peningkatan partisipasi wanita dalam lapangan pekerjaan dapat meregangkan

pemberian dukungan atau perhatian kepada lansia. Kesibukan keluarga dalam penelitian ini juga menjadi salah satu alasan kurangnya perhatian terhadap lansia di panti dan kurangnya kemauan mengurus lansia. Fisk dan Pannil (1990, dalam Gallo, Reichel, & Andersen, 1998) faktor pencetus utama yang mendorong terjadinya penempatan di panti wredha adalah kurangnya tenaga pemberi perawatan yang memang berkemauan untuk perawatan tersebut. Keluarga yang kurang memiliki keinginan tidak sepenuhnya tepat karena masih banyak keluarga terutama di Indonesia yang menganut nilai pentingnya menghormati orangtua.

Potter (1997) seiring pertambahan usia, kontribusi lansia menjadi kurang dihargai karena kurang memiliki daya tarik dan kurang energi. Beberapa orang percaya bahwa lansia menjadi tidak berharga setelah mereka tidak bekerja lagi. Pemikiran ini telah membawa kepada konsep *ageism* yaitu diskriminasi terhadap lansia sehingga menimbulkan konflik.

Konflik dalam keluarga dapat terjadi karena lemahnya struktur kekuatan keluarga. Kekuatan keluarga menjadi karakteristik dalam sistem keluarga yang mengubah tingkah laku anggota keluarga. Blood dan Wolfe (1960, dalam Friedman, 1998) yang melakukan riset fundamental tentang kekuasaan keluarga menyatakan bahwa aspek penting dari struktur keluarga adalah posisi anggota keluarga. Lansia yang mengalami perceraian atau lansia yang diabaikan oleh keluarga dalam penelitian ini dapat terjadi karena lemahnya struktur kekuatan keluarga. Posisi lansia sebagai orang yang dituakan di dalam keluarga tidak menjadi perhatian karena sistem di dalam keluarga yang tidak berjalan baik dari pengaruh anggota keluarga maupun pembuat keputusan yang tidak berjalan.

5.1.2 Masalah yang dialami lansia selama di panti

Lansia mengalami banyak perubahan sebagai bagian dari proses penuaan. Peneliti mengidentifikasi dua tema yang berkaitan dengan masalah yang dialami lansia selama di panti yaitu masalah fisik dan masalah psikososial.

Masalah fisik yang terjadi berupa masalah sistem muskuloskeletal, masalah sistem kardiorespiratorik, masalah sistem sensoris, dan masalah pola tidur. Masalah psikososial yang dialami lansia yang teridentifikasi berupa masalah psikologi, masalah sosial, dan penyebab masalah psikososial.

5.1.2.1 Masalah fisik

Masalah fisik yang dialami oleh lansia tergambar dalam sub tema masalah muskuloskeletal, masalah kardiorespiratorik, masalah sistem sensoris, dan masalah pola tidur. Masalah fisik terhadap lansia dapat diakibatkan oleh proses penuaan yang terjadi dan menyebabkan lamanya perawatan di panti. Gallo, Reichel, dan Andersen (1998) lansia merupakan subjek-subjek terhadap sejumlah besar stresor kehidupan. Lansia merupakan populasi *at risk* yang rentan mengalami suatu penyakit. Potter (1997) hampir 80 % dewasa di atas usia 65 tahun mempunyai sedikitnya satu masalah kesehatan kronis.

Masalah fisik yang pertama adalah masalah sistem muskuloskeletal berupa gejala gout dan rematik. Laporan dari WHO *Technical Report Series* No.919 (2003, dalam Isbagio, 2006) masalah muskuloskeletal dan penyakit rematik merupakan penyebab utama yang menyebabkan angka kesakitan (*morbidity*) pada lansia di seluruh penjuru dunia sehingga akan mempengaruhi kualitas kehidupan lansia yang mengakibatkan tingginya biaya pengobatan. Potter (1997) hampir 44 % lansia mengalami artritis dan umumnya terjadi pada wanita dibanding pria. Masalah muskuloskeletal pada lansia ini mengakibatkan nyeri dan inflamasi yang berkepanjangan sehingga menyebabkan gangguan psikologik dan sosial pada lansia.

Masalah fisik yang kedua adalah masalah sistem kardiorespiratorik berupa gejala asma, batuk, dan peningkatan tekanan darah. Masalah ini terjadi selama lansia di panti wredha meskipun penyakit seperti asma ada yang

berupa penyakit keturunan sejak lahir. Stanley, Blair, dan Beare (2005) seiring pertambahan usia, jantung dan pembuluh darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional dan merupakan penyebab utama kematian serta disabilitas lansia di Amerika Serikat. Nolan dan Blass (1992, dalam Gallo, Reichel, & Andersen, 1998) faktor resiko terjadinya penyakit kardiovaskular pada lansia meliputi hipertensi, peningkatan kolesterol darah, dan intoleransi glukosa.

Masalah fisik ketiga adalah masalah sistem sensoris berupa masalah pada fungsi penglihatan dan pendengaran. Lansia mengalami keluhan pada penglihatan yang sudah kabur dan air mata yang sering keluar. Masalah fungsi pendengaran yang dialami lansia berupa penurunan fungsi pendengaran. Potter (1997) lansia biasanya mengalami perubahan pada penglihatan, pendengaran, pengecapan, dan penciuman karena penuaan yang normal.

Perubahan pada sistem sensoris baik penglihatan maupun pendengaran dapat berpengaruh terhadap aktivitas sosial. Stanley, Blair, dan Beare (2005) persepsi sensoris mempengaruhi kemampuan seseorang untuk saling berhubungan dengan orang lain dan untuk memelihara atau membentuk hubungan yang baru. Lansia menjadi enggan keluar ruangan karena kurang dapat mengenali ruangan atau respon selama percakapan kurang sesuai. Satu lansia dalam penelitian ini mempunyai penglihatan yang kabur sehingga mempengaruhi aktivitasnya pada saat keterampilan terutama menjahit. Lansia tidak selalu mengikuti keterampilan yang telah dijadwalkan. Penurunan pendengaran ditunjukkan dengan mengatakan *budeg*, namun tetap dapat dilakukan proses wawancara.

Palumbo (1990, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) pendengaran adalah suatu kecacatan yang tetap dan sering diabaikan yang dapat secara dramatis mempengaruhi kualitas hidup seseorang dan diperkirakan 90 % orang yang berada dalam institusi mengalami masalah pendengaran.

Mhoon (1990, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) penurunan pendengaran adalah masalah kesehatan kedua yang paling umum yang mempengaruhi lansia. Masalah pada pendengaran mempengaruhi interaksi sosial dengan orang lain.

Masalah fisik yang keempat adalah berupa kesulitan dalam pola tidur. Ada lansia yang susah tidur pada malam hari dan lainnya sering terbangun karena keinginan untuk buang air kecil. *National Institute of Health* (1990, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) sebagian besar lansia beresiko tinggi mengalami gangguan tidur akibat berbagai faktor. Gangguan tidur dialami 50 % orang yang berusia 65 tahun atau lebih yang tinggal di rumah dan 66 % orang yang tinggal di fasilitas perawatan jangka panjang termasuk panti. Masalah tidur yang dialami mempengaruhi kualitas hidup lansia.

Hayter (1985, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) pola tidur selama penuaan mengalami perubahan-perubahan yang khas yang membedakannya dari orang-orang yang lebih muda. Perubahan tersebut meliputi terbangun pada dini hari dan peningkatan jumlah tidur siang. Gangguan pola tidur dapat juga disebabkan karena masalah pada fisik dan psikososial.

5.1.2.2 Masalah psikososial

Masalah psikososial yang ditemukan dalam penelitian ini terbagi atas tiga sub tema yaitu masalah psikologi, masalah sosial, dan penyebab masalah psikososial. Masalah psikososial yang pertama adalah masalah psikologi yang meliputi ansietas, perasaan kehilangan, perasaan tidak berdaya, depresi. Banyak hal yang menyebabkan ansietas pada lansia terutama kondisi kehidupan yang penuh stres dengan situasi baru di panti. Fry (1986, dalam Gallo, Reichel, & Andersen, 1998) peristiwa-peristiwa kehidupan yang penuh stres tidak saja meningkatkan kerentanan terhadap suatu penyakit namun juga mengganggu kemampuan coping terhadap penyakit yang ada baik secara fisiologis maupun psikologis.

Masalah psikologi yang terjadi disebabkan banyak faktor seperti pensiun, penyesuaian terhadap penyakit kronis, dan kehilangan. Hal ini merupakan salah satu siklus hidup dalam keluarga yang dilewati pada masa lansia. Duvall (1967, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) tahap terakhir dari keluarga adalah tahap lansia. Havighurst (1952, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) lansia masih memiliki pengalaman dan situasi baru di depan mereka untuk dihadapi. Selama tahap terakhir menjadi lansia, kemungkinan menghadapi situasi baru sangat mungkin terjadi yang dapat mempengaruhi kepada aspek psikologi.

Penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh Nurdin (2008) tentang hubungan perubahan psikososial lansia dan perpisahan keluarga dengan tingkat kecemasan lansia di Panti Wredha Pucang Gading Semarang menunjukkan bahwa dari 63 responden, sebanyak 26 responden (41,3 %) lansia yang mengalami kecemasan sedang dan sebanyak 17 responden (27 %) yang mengalami kecemasan berat. Syamsuddin (2008) menyatakan bahwa terjadinya depresi pada lansia dapat disebabkan oleh kondisi-kondisi seperti kemiskinan, kegagalan yang beruntun, stres yang berkepanjangan, konflik dengan keluarga atau teman, tidak memiliki keturunan, dan sebagainya. Hasil penelitian Hamdiana (2009) menggambarkan tingkat stres lansia lebih tinggi di panti dibandingkan dengan lansia di keluarga.

Perasaan kehilangan dan ketidakberdayaan biasanya dialami lansia secara bersamaan. Masalah ini banyak dialami lansia terutama di panti. Stanley, Blair, dan Beare (2005) kehilangan dapat dialami secara akut oleh lansia. Kehilangan biologis, psikologis, pribadi, sosial, identitas dapat menimbulkan perasaan tidak berdaya. Lansia dalam penelitian ini mengalami rasa kehilangan secara psikologis dan sosial dengan ditinggalkan oleh anggota keluarga serta tidak mampu untuk menghasilkan sesuatu seperti ketika masih muda. Penelitian yang dilakukan oleh Suriadi (1999) menyatakan bahwa lansia yang telah memasuki masa pensiun

sebagian masih memiliki keinginan untuk mencari pekerjaan. Dari 61 orang, sebesar 15 orang (24,6 %) menyatakan masih ingin mencari pekerjaan, dan terdapat 46 orang (75,4 %) yang menyatakan tidak ingin mencari pekerjaan lain.

Masalah psikologi lainnya yang dialami lansia di panti adalah depresi. Blazer (1989, dalam Stanley, Blair, & Beare) gejala-gejala penting depresi menyerang kira-kira 10 % sampai 15 % dari semua orang yang berusia lebih dari 65 tahun yang tidak berada di institusi. Gejala depresi ini sering berhubungan dengan penyesuaian yang terlambat terhadap kehilangan dalam hidup dan stresor. Lansia dalam penelitian ini mengalami gejala depresi berupa selalu berbicara dengan dirinya sendiri. Hal ini karena lansia kehilangan perhatian anaknya yang telah dibesarkannya sampai menjadi sukses. Lansia yang lain mengalami tekanan batin karena menganggap teman satu wisma sebagai stresor.

Lansia di panti menghadapi banyak stresor dan merupakan salah satu resiko terkena depresi. Blazer (1989, dalam Stanley, Blair, & Beare) angka depresi meningkat secara drastis di antara lansia yang berada di institusi dengan sekitar 50 % sampai 75 % penghuni perawatan jangka panjang memiliki gejala depresi ringan sampai sedang. Depresi dapat menyebabkan kemunduran dalam fisik sehingga perlu penanganan yang tepat.

Penanganan depresi terhadap lansia di panti wredha membutuhkan dukungan dari berbagai kalangan terutama keluarga dan pihak panti. Seseorang yang mengalami depresi perlu diberikan aktivitas fisik terutama olah raga. Kegiatan olah raga meningkatkan kesadaran sistem saraf sentral dimana denyut nadi akan meningkat dan seseorang akan mejadi sadar. Olah raga juga akan memacu endorphine yang merupakan opium alami untuk mengatasi depresi (Frank Bruno, 1997 dalam Syamsuddin, 2008).

Masalah psikososial yang kedua adalah masalah sosial atau berhubungan dengan orang lain meliputi kepribadian tertutup dan sikap bermusuhan. Subekti (2007) menyatakan bahwa masalah yang dirasakan lansia meliputi tiga hal, yaitu masalah sosial, stres psikologi, dan pemenuhan kebutuhan. Masalah yang sering terjadi pada lansia di panti wredha yaitu masalah hubungan interpersonal dan konflik dengan orang lain.

Lansia banyak mengalami kepribadian tertutup yang berakibat menjadi perilaku menarik diri seiring dengan penambahan usia dan dipengaruhi oleh tipe isolasi sosial. Potter (1998) beberapa lansia dipengaruhi oleh keempat tipe isolasi sosial yaitu isolasi sikap, isolasi penampilan, isolasi perilaku, dan isolasi geografi. Lansia dalam penelitian ini dipengaruhi oleh tipe isolasi perilaku yang diakibatkan oleh perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial menyebabkan seseorang menarik diri.

Masalah yang ketiga adalah penyebab masalah psikososial berupa kebijakan yang mempengaruhi psikososial secara tidak langsung, kemampuan berespon terhadap masalah di panti, dan tidak adanya dukungan terhadap lansia. Kebijakan yang mempengaruhi psikososial lansia meliputi perijinan pulang menjadi salah satu masalah yang dialami oleh lansia. Partisipan pertama dan kedua menyatakan bahwa pengurusan surat ketika ingin berkunjung ke rumah keluarga dirasakan berat. Partisipan dalam penelitian ini mengatakan bahwa untuk berkunjung ke rumah keluarga harus dijemput oleh keluarga sendiri di panti.

kemampuan berespon terhadap masalah di panti menjadi penyebab masalah psikososial yang kedua berupa koping adaptif dan koping maladaptif. Subekti (2007) menyatakan bahwa perasaan lansia saat pertama kali masuk di panti wredha yaitu berupa kesiapan tinggal di panti menunjukkan bahwa partisipan ada yang mampu menyesuaikan diri dan perasaan belum siap tinggal di panti karena kesulitan menyesuaikan diri suasana rumah dengan suasana panti wredha.

Folkman dan Lazarus (1984, dalam Nursasi, 2002) mengidentifikasi jenis strategi koping yang digunakan oleh lansia yaitu koping yang berorientasi pada upaya-upaya penyelesaian masalah dan koping yang berfokus pada aspek emosional. Lansia mengalami kemampuan berespon yang berbeda-beda tergantung dengan tingkat stresor yang dialami lansia. Lingkungan dimana lansia itu berada dan beraktivitas sangat mempengaruhi kemampuan adaptasi dan koping dari lansia.

Stres yang dialami menjadikan seseorang mencari cara mengatasi masalah tersebut. Kemampuan seseorang mengatasi stres yaitu dengan menggunakan strategi koping. Strategi koping terdiri atas koping positif dan koping negatif. Sarafino (1994) menyatakan bahwa kemampuan koping individu mengatasi stres merupakan kemampuan mengatasi ketidaksesuaian antara tuntutan dan sumber-sumber yang dinilai pada situasi yang tertekan.

Lansia perlu melakukan adaptasi terhadap perubahan psikologis yang dialami seperti pensiun dan pendapatan berkurang, perasaan terisolasi dan tidak berarti, perasaan tidak puas terhadap kehidupan, perasaan rendah diri, perasaan marah dan cemas serta berbagai perasaan lain. Trauma psikologis dan emosional yang dialami lansia biasanya bertambah karena adanya persepsi yang negatif dari masyarakat (Kersten & Kersten, 1988 dalam Hamid dan Dibah, 1997).

Tidak adanya dukungan untuk lansia menjadi penyebab masalah psikososial yang ketiga berupa penolakan dari keluarga dan menghindari lansia. Penolakan dari keluarga berupa tidak adanya kunjungan dari keluarga selama di panti. Pengalaman lansia tidak menerima dukungan dari keluarga dengan tidak ada tanggapan dari anaknya ketika keluarga berkunjung bahkan tidak adanya kunjungan sama sekali keluarga ke panti.

Tidak adanya dukungan keluarga yang memadai juga dialami oleh lansia di Amerika Serikat karena rendahnya angka kelahiran terutama yang paling tinggi pada tahun 1964 sampai dengan 1970 serta hilangnya penambahan generasi tradisional atau kelompok yang hidup pada lingkungan yang sama (Stanley, Blair, & Beare, 2005). Keluarga yang menghindari lansia teridentifikasi dengan tidak ada upaya keluarga untuk menghubungi lansia seperti keluarga yang tidak pernah menelepon ke panti. Bentuk yang lain dimana keluarga menunggu kabar atau telepon dari panti atau lansia sendiri kemudian baru berkunjung ke panti wredha.

5.1.3 Dukungan keluarga yang diterima lansia selama di panti

Dukungan keluarga yang diterima lansia selama tinggal di panti wredha teridentifikasi ke dalam dua tema yaitu sumber dukungan dan jenis dukungan. Keberadaan lansia dalam keluarga dapat mempengaruhi fungsi keluarga yang selanjutnya turut menentukan kemampuan keluarga untuk mendukung pencapaian kualitas hidup lansia semaksimal mungkin. Pergeseran pola masyarakat dari masyarakat agraris ke masyarakat industri atau menjadi masyarakat yang semakin maju turut mempengaruhi nilai dan norma keluarga, khususnya keluarga dengan lansia. Semakin banyaknya suami istri yang bekerja di luar rumah menjadi salah satu alasan perubahan nilai keluarga dalam memberikan dukungan terhadap lansia (Kersten & Kersten, 1988 dalam Hamid & Dibah, 1997).

5.1.3.1 Sumber dukungan

Sumber dukungan dalam penelitian ini terbagi atas tiga sub tema yaitu keluarga, panti, dan orang lain. Stanley, Blair dan Beare (2005) sumber pendukung pertama biasanya merupakan anggota keluarga seperti pasangan, anak-anak, saudara kandung atau cucu. Namun struktur keluarga akan berubah jika ada anggota keluarga yang meninggal atau pindah ke daerah lain. Oleh karena itu, kelompok pendukung yang lain sangat penting seperti tetangga, teman dekat, kolega sebelumnya dari tempat kerja atau organisasi lansia.

Gallo, Reichel, dan Andersen (1998) sumber pendukung bagi lansia terdiri dari tiga komponen yaitu sumber dukungan informal, sumber dukungan formal, dan sumber dukungan semiformal. Sumber dukungan informal meliputi keluarga dan teman. Sumber dukungan formal meliputi tim keamanan sosial setempat dan badan medis atau yayasan sosial. Sumber dukungan semiformal meliputi organisasi lingkungan sekitar seperti perkumpulan warga lansia setempat. Peneliti menemukan sumber dukungan terhadap lansia di panti wredha bukan hanya berasal dari keluarga namun dapat berasal dari orang lain, kelompok, atau badan organisasi yang peduli terhadap lansia. Siswa atau mahasiswa, pemerintah setempat, anggota badan legislatif daerah yang pernah berkunjung ke panti wredha dirasakan lansia seperti kedatangan keluarga.

Salah satu sumber dukungan yang paling penting adalah dukungan dari keluarga. Dalam penelitian ini, lansia tidak semuanya memiliki keluarga inti, namun sebagian juga memiliki keluarga besar dimana lansia hidup bersama baik dengan adik atau kakak. Setiti (2007) menjelaskan bahwa secara umum pelayanan atau dukungan kepada lansia dilakukan oleh kerabat yang paling dekat. Lansia dirawat oleh kerabat atas hubungan perkawinan atau adopsi. Pelayanan kepada lansia dilakukan oleh anak, kemenakan, saudara sepupu atau tetangga/kerabat jauh. Sumber dukungan dari anak merupakan sumber dukungan yang paling penting bagi lansia dibanding keluarga lainnya. Hasil penelitian oleh Suriadi (1999) dari 131 lansia, sebesar 84 lansia (64,1 %) yang menyatakan sering mendapatkan bantuan dari anaknya yang telah menikah dan 47 lansia (35,9 %) yang menyatakan tidak pernah mendapat bantuan dari anaknya yang telah menikah.

Sumber dukungan yang juga teridentifikasi dalam penelitian ini adalah pihak panti dalam hal ini petugas panti baik pramurti atau perawat. Subekti (2007) menyatakan bahwa sumber dukungan yang diterima lansia berasal dari perawat karena banyaknya lansia yang mengalami keterbatasan fisik.

Tenaga profesional yang terlibat dalam perawatan lansia dapat memilih dan melihat sumber-sumber dukungan yang tersedia. Sumber dukungan ini berperan dalam peningkatan kesejahteraan lansia di panti dan pemerintah berperan besar mengadakan sumber dukungan bagi lansia di panti wredha melalui Dinas Sosial. Gallo, Reichel, dan Andersen (1998) pola tepat seharusnya terjalin antara pemerintah dengan sistem pendukung informal terutama keluarga. Hal diatas menunjukkan perlunya peran yang lebih aktif dari dinas sosial dalam memberikan dukungan dengan bekerja sama dengan pihak keluarga lansia yang ada di panti. Keterlibatan pemerintah dengan keluarga akan menghasilkan program yang menjadi dukungan buat lansia.

Sumber dukungan lainnya yang teridentifikasi dalam penelitian ini adalah orang lain seperti tamu wisma dan mahasiswa yang sering praktek di panti wredha. Tamu wisma diantaranya siswa sekolah dan tamu lainnya yang berasal dari luar panti. Stanley, Blair dan Beare (2005) tempat ibadah dapat menjadi sumber dukungan sosial utama bagi lansia yang hanya sedikit atau tidak memiliki anggota keluarga di dekatnya. Dukungan ini dapat diberikan oleh rohaniawan di tempat pengajian. Sumber dukungan ini merupakan salah satu sumber dukungan yang berasal dari organisasi kemasyarakatan. Gallo, Reichel, dan Andersen (1998) sumber dukungan dari perkumpulan lansia, kelompok agama, organisasi lingkungan sekitar merupakan kelompok-kelompok pendukung semi formal yang penting bagi lansia.

5.1.3.2 Jenis Dukungan

Dukungan yang diterima oleh lansia di panti beragam. Dalam penelitian ini teridentifikasi ke dalam lima sub tema yaitu integrasi sosial, dukungan emosional, dukungan materi, dukungan informasi, dan dukungan layanan. Jenis dukungan yang pertama adalah dukungan integrasi sosial berupa rasa kebersamaan. Lansia di panti wredha Abiyoso menyatakan dukungan yang

diterima dapat membuat lansia semakin kuat berupa perilaku dan niat keluarga yang baik.

Jenis dukungan yang kedua adalah dukungan emosional yang teridentifikasi atas lima kategori yaitu frekuensi kunjungan, empati, perhatian, semangat, dan kesenangan. Suriadi (1999) menjelaskan bahwa lansia yang berada di rumah sendiri berhubungan dengan saudara dalam berbagai bentuk. Penelitian yang dilakukan oleh Suriadi pada 133 lansia, sebanyak 125 lansia (94 %) yang mengatakan saling kunjung dan 8 lansia (6 %) yang mengatakan tidak saling kunjung. Bentuk hubungan lainnya 115 lansia (86,5 %) yang saling bertegur sapa dan 18 lansia (13,5 %) yang tidak bertegur sapa.

Penelitian oleh Setiti (2007) menyebutkan lansia membutuhkan kebutuhan psikis diantaranya dukungan emosional dimana lansia butuh lingkungan yang mengerti dan memahami mereka. Mereka membutuhkan teman untuk bicara, sering dikunjungi, dan sering disapa. Lansia juga butuh rekreasi dan silaturahmi dari kerabat. Kebutuhan lansia yang dapat mempengaruhi emosional lansia adalah kebutuhan sosial. Setiti menjelaskan bahwa lansia membutuhkan orang-orang dalam berinteraksi secara sosial. Patriyani (2009) di dalam penelitiannya tentang perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja puskesmas Gatak Sukoharjo menemukan bahwa dukungan keluarga khususnya dukungan psikologis dapat meningkatkan semangat dan motivasi lansia untuk bersikap dan berperilaku hidup sehat

Jenis dukungan ketiga adalah dukungan materi berupa uang, makanan, dan souvenir. Hasil penelitian Suriadi (1999) terkait saling bantu keuangan dengan saudara pada 133 lansia, sebanyak 39 lansia (29,3 %) yang mengatakan saling bantu keuangan, sedangkan 94 lansia (70,7 %) yang mengatakan tidak pernah saling bantu dalam hal keuangan. Penelitian kualitatif oleh Setiti (2007) menunjukkan bahwa terdapat banyak

kebutuhan lansia dan salah satu yang dapat dipenuhi dalam memberikan dukungan adalah kebutuhan fisik dan kebutuhan ekonomi. Kedua kebutuhan lansia ini merupakan kebutuhan secara material. Kebutuhan fisik lansia meliputi sandang, pangan, papan, termasuk kesehatan. Kebutuhan ekonomi lansia meliputi bantuan sumber keuangan.

Dukungan informasi dalam penelitian ini berupa nasehat dan umpan balik. Lansia di panti wredha Abiyoso ada yang mendapatkan nasehat dari keluarga untuk tetap tabah menjalani kehidupan. Umpan balik yang didapatkan lansia dengan ditanyakannya kesehatan dan segala sesuatu yang berkaitan dengan kehidupan lansia di dalam panti termasuk hubungannya dengan teman satu wisma. Tang (2004) kualitas dan kuantitas dari dukungan sosial sangat mempengaruhi perasaan lansia dari kesepian sehingga keluarga perlu memberikan informasi dengan melatih komunikasi yang baik. Informasi yang dapat diberikan sesuai dengan apa yang dianggap baik oleh lansia.

5.1.4 Makna dukungan keluarga bagi lansia

Makna dukungan keluarga bagi lansia dalam penelitian ini teridentifikasi ke dalam satu tema yaitu dukungan keluarga memberikan kesenangan batin. Lansia di panti memaknai bahwa dukungan keluarga berarti positif dengan interaksi secara teratur, mendapat perhatian dari keluarga, memenuhi kebutuhan hidup lansia, memberikan perasaan positif bagi lansia, dan memberikan informasi secara verbal.

Partisipan di panti memaknai dukungan keluarga dengan melakukan kunjungan yang teratur. Partisipan merasakan kesenangan lebih jika keluarga mendukung di panti dengan melakukan kunjungan. Lansia merasakan kesenangan tersebut karena mempunyai keterikatan yang besar dengan keluarga. Erickson (1986, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) keterikatan lansia muncul karena pengalaman merawat anak dan cucu sehingga memberikan rasa kedekatan pada lansia. Pengalaman merawat

anggota keluarga memunculkan nilai lansia untuk diperhatikan juga oleh anggota keluarga tersebut.

Hasil penelitian kualitatif Ribeiro dan Paul (2008) tentang aspek positif perawatan bagi lansia laki-laki yaitu kepuasan dan merasa diperhatikan. Lansia mendapatkan perasaan positif selama mendapatkan perawatan dan hubungan yang sangat kuat dengan pemberi perawatan terutama dalam garis perkawinan. Aspek positif yang dirasakan dapat digunakan sebagai strategi koping khusus dalam menghadapi masalah. Hal ini memiliki persamaan dengan tema yang peneliti temukan dimana partisipan memaknai bahwa kesenangan yang diperoleh salah satunya jika keluarga memberikan perhatian sehingga partisipan akan merasakan kenikmatan yang lebih. Dukungan bagi partisipan yang seharusnya dilakukan oleh keluarga dalam memberikan perhatian yaitu kunjungan yang tidak hanya sekali ketika partisipan pertama kali masuk ke panti. Selain kunjungan yang lebih dari sekali, perhatian yang dipersepsikan oleh partisipan dengan adanya pemberian dari keluarga.

Koren dan Lowenstein (2008) dalam penelitiannya menemukan makna kehidupan pada status perkawinan lansia yaitu memperhatikan kesehatan, pendidikan, kualitas dukungan sosial, dan aktivitas. Makna kehidupan bagi lansia di panti yaitu membutuhkan dukungan sosial sebagai sesuatu yang dapat membuat senang dirinya dengan memenuhi kebutuhan hidupnya. Ada dua perbedaan makna yang muncul yaitu partisipan yang memaknai bahwa keluarga seharusnya membawa sesuatu ke panti untuk memenuhi kebutuhan hidup partisipan misalnya pemberian uang buat jajan. Makna yang lain digambarkan partisipan bahwa dukungan keluarga merupakan sesuatu yang penting tapi tidak harus dengan membawa sesuatu untuk diberikan kepada partisipan. Partisipan di panti memaknai bahwa pemenuhan kebutuhan hidup tidak harus dengan pemberian materi. Masih banyak dukungan yang dapat membuat partisipan menjadi senang selain materi seperti perhatian, nasehat, empati, dan simpati.

5.1.5 Harapan lansia terhadap dukungan keluarga

Harapan lansia terhadap dukungan keluarga yang ada di panti teridentifikasi menjadi satu tema yaitu mempertahankan hubungan dengan lansia di panti berupa interaksi teratur, memberikan penghargaan terhadap lansia, dan mempersiapkan dan mengantar lansia ke peristirahatan terakhir. Weisman (1979, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) harapan, rasa percaya, dan kualitas hidup merupakan unsur coping produktif yang saling terkait. Harapan adalah sikap yang tidak dapat diraba yang dirancang untuk membantu seseorang melewati rintangan.

Mempertahankan hubungan dengan interaksi teratur diharapkan oleh lansia di panti. Interaksi secara teratur dapat berupa kunjungan oleh keluarga ke panti, rasa kedekatan, perasaan rindu. Partisipan mengharapkan sering dikunjungi atau ditengokin sama keluarga meskipun jadwal kunjungannya tidak teratur atau rutin. Jumlah kunjungan yang diharapkan oleh partisipan tidak mesti beberapa kali dalam setahun. Partisipan yang belum pernah dikunjungi oleh keluarga mengharapkan kunjungan sekali dalam setahun sudah membuat partisipan tersebut senang

Mempertahankan hubungan dengan memberikan penghargaan terhadap lansia merupakan harapan yang lain. Penelitian yang dilakukan oleh Hamid dan Dibah (1997) tentang Perbedaan Persepsi Harapan Antara Keluarga dan Lansia tentang Pemenuhan Kebutuhan Lansia Selama Tinggal Bersama menunjukkan adanya perbedaan persepsi antara harapan keluarga dengan lansia untuk semua kebutuhan kecuali kebutuhan spiritual. Perbedaan harapan lansia dengan keluarga yang paling jelas adalah pemenuhan kebutuhan terkait kebutuhan biologis. Dalam penelitian tersebut, diperoleh perbedaan dimana lansia menguraikan harapan yang sangat besar terhadap keluarga untuk memenuhi kebutuhannya terutama kebutuhan biologis. Sedangkan keluarga justru mengharapkan untuk tidak memenuhi kebutuhan biologis lansia karena ketidakmampuan ekonomi.

Kemampuan ekonomi keluarga tidak dapat sepenuhnya menunjang kebutuhan biologis lansia.

Setiti (2007) meneliti tentang harapan lansia kepada kerabat terdekat dan diperoleh hasil bahwa lansia menginginkan mendapatkan pelayanan atau dukungan dari keluarga dan kerabat terdekat secara ikhlas dan wajar. Kerabat masih mendengarkan dan menjalani nasihat lansia dan bila ada perbedaan disampaikan dengan baik tanpa menyinggung perasaan.

Mempertahankan hubungan dengan mempersiapkan dan mengantar ke peristirahatan terakhir merupakan salah satu harapan lansia. Tyson (1999) menjelaskan keluarga, *caregiver*, dan teman dekat lansia perlu membicarakan tentang kematian. Hal ini terkadang dilupakan oleh banyak pihak dan dianggap menjadi sesuatu hal yang tidak terlalu penting. Perlu interaksi antara perawat dengan lansia di panti wredha karena terkadang lansia sudah siap untuk menghadapi kematian namun belum merencanakan bagaimana persiapan yang dilakukan ketika telah menghadapi kematian seperti tempat pemakaman apakah di panti atau di rumah keluarga dan siapa yang menjemput lansia di panti.

Stanley, Blair, dan Beare (2005) sikap terhadap kematian dan menjelang ajal telah berubah. Dulu orang tidak takut terhadap kematian karena diterima sebagai perkembangan hidup alami. Proses menjelang ajal diharapkan lansia terjadi dengan kehadiran keluarga, teman, tetangga, dan anak-anak. Saat ini sebagian besar kematian terjadi pada populasi lansia dan 80 % kematian terjadi di institusi.

Lansia yang telah memikirkan proses menjelang ajal atau kematian perlu diperhatikan baik panti maupun keluarga. Lansia dalam penelitian ini ada yang mengharapkan dimakamkan di panti dan ada juga yang mengharapkan dijemput dan dimakamkan di rumah keluarga. Pikiran menjelang ajal oleh lansia merupakan tahapan dalam menanti kematian.

Kubler-Ross (1969, dalam Stanley, Blair, dan Beare, 2005) orang yang menjelang ajal mengalami lima tahap yaitu : 1) tahap pertama, penyangkalan dan isolasi. Penyangkalan ini tidak boleh diinterpretasikan sebagai adaptasi yang negatif; 2) tahap kedua, penyangkalan diganti dengan rasa marah, gusar, iri, dan kebencian; 3) tahap ketiga, tawar-menawar dengan mencoba menunda kematian; 4) tahap keempat depresi meliputi kehilangan masa lalu dan kehilangan hidup yang akan terjadi; 5) penerimaan, merupakan tahap akhir dari proses menjelang ajal.

Harapan lansia dalam proses menjelang ajal perlu direspon oleh keluarga ataupun pihak panti. Hal ini penting untuk melindungi lansia dari kecemasan dan ketakutan. Keluarga perlu berdiskusi dan memberikan dukungan dalam persiapan menjelang ajal sementara perawat di panti perlu melihat tahapan yang dijalani lansia dalam menghadapi kematian. Lamberton (1973, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) dukungan yang konsisten dari pemberi perawatan diperlukan pada saat lansia menjelang ajal karena pikiran yang tidak menentu dari lansia antara berbagai bentuk ketergantungan atau kecukupan diri.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Masih banyak hal yang perlu diperbaiki dalam penelitian ini yaitu :

- 5.2.1** Penelitian kualitatif ini merupakan pengalaman pertama peneliti. Kemampuan dalam melakukan penelitian kualitatif masih sangat kurang sehingga dapat mempengaruhi hasil yang diperoleh. Instrumen dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Peneliti perlu lebih banyak belajar dalam cara pengumpulan data, teknik wawancara, dan analisis data.
- 5.2.2** Peneliti tidak bersama dengan petugas panti dalam melakukan kontrak dengan partisipan yang telah dipilih. Hal ini dikarenakan kesibukan dari petugas panti. Peneliti yang datang secara tiba-tiba menemui calon partisipan dapat menyetujui menjadi partisipan karena keterpaksaan. Keterpaksaan ini muncul ketika partisipan tidak tega melakukan penolakan

terutama karena peneliti datangnya dari jauh. Berbeda halnya jika peneliti ditemani oleh petugas panti ketika menemui calon partisipan. Hal ini dapat berdampak kepada keluasan informasi yang diperoleh pada saat wawancara mendalam.

5.2.3 Penggunaan ruang tamu sebagai pilihan tempat wawancara digunakan juga oleh orang lain untuk kegiatan-kegiatan akademik mahasiswa praktik. Kondisi ini mempengaruhi kelancaran pada saat wawancara. Partisipan menjadi tidak fokus sehingga beberapa kali peneliti mencoba mengingatkan atau mengklarifikasi pertanyaan yang diberikan.

5.2.4 Peneliti kurang mendapatkan jurnal terutama penelitian kualitatif mengenai dukungan keluarga terhadap lansia di panti wredha. Hal ini membuat peneliti sulit menelaah fenomena hasil penelitian yang diperoleh dengan penelitian kualitatif lainnya.

5.3 Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi untuk pelayanan keperawatan komunitas dan perkembangan ilmu keperawatan komunitas.

5.3.1 Implikasi untuk pelayanan keperawatan komunitas

Pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha teridentifikasi ke dalam delapan tema. Tema-tema yang terbentuk dapat diimplikasikan ke dalam praktik keperawatan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan terutama di panti.

5.3.1.1 Alasan lansia memilih tinggal di panti karena keinginan personal dan kelemahan struktur kekuatan keluarga. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan sistem penerimaan lansia di panti.

Pengembangan program penerimaan lansia dengan mengkaji alasan lansia tinggal di panti penting untuk mengidentifikasi masalah apa yang dapat

terjadi selama lansia berada di panti. Alasan lansia karena keinginan personal atau karena kelemahan struktur kekuatan keluarga dapat menimbulkan masalah yang berbeda pada lansia selama di panti. Petugas panti dapat mengidentifikasi faktor risiko yang dapat terjadi terutama kepada lansia yang masuk ke panti karena masalah dengan anggota keluarga. Pengembangan sistem penerimaan berdasarkan alasan lansia dapat digunakan perawat atau petugas panti dalam melakukan pencegahan primer terhadap masalah yang dapat timbul selama lansia di panti. Program ini bukan hanya bermanfaat untuk panti dan lansia, namun dapat digunakan juga untuk melakukan pengkajian atau identifikasi kepada keluarga sehingga ditemukan kesepahaman atau harapan yang sama antara keluarga dengan lansia selama berada di panti.

- 5.3.1.2 Masalah fisik yang didapatkan sebagai tema dalam penelitian ini merupakan salah satu masalah yang dialami lansia selama di panti. Hasil penelitian ini berdampak kepada beban di panti karena dengan masalah fisik yang dialami lansia selama di panti, maka panti perlu mengidentifikasi jumlah tenaga yang dibutuhkan sesuai dengan kemandirian yang dialami lansia.

Perawat di panti dapat melakukan pencegahan primer, sekunder, dan tersier terhadap masalah yang dihadapi lansia. Pencegahan primer dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada lansia terhadap penyakit yang dapat diderita akibat proses penuaan pada lansia. Perawat dapat juga menggalakkan program pembentukan gaya hidup yang sehat guna meningkatkan fungsi tubuh yang optimal seperti latihan dan relaksasi.

Pencegahan sekunder dapat dilakukan oleh perawat panti dengan pemeriksaan kesehatan yang intensif bagi lansia yang mengalami gangguan fisik dibanding lansia yang sehat. Perawat melakukan asuhan keperawatan terhadap setiap masalah fisik yang dialami seperti askep

terhadap masalah sistem muskuloskeletal, kardiorespiratorik, sensoris, dan perubahan pola tidur. Perawat menjalankan perannya sebagai *care provider* dalam memberikan askep dalam mengobservasi lansia yang merupakan populasi *at risk*. Perlu melakukan perawatan yang baik terhadap penyakit yang diderita oleh lansia bukan hanya sekedar mengandalkan pengobatan medis dengan obat-obatan. Perlu pengawasan yang ketat kepada lansia yang minum obat karena berkaitan dengan kepatuhan minum obat seperti dalam penelitian ini dimana ada lansia yang membawa obatnya sendiri. Perawat dapat melakukan deteksi dini (*skrining*) penyakit atau masalah fisik pada lansia. Dalam hal ini perawat menjalankan perannya sebagai *case finder* terhadap kemungkinan beratnya penyakit atau kemungkinan ditemukannya penyakit yang baru.

Pencegahan tersier dilakukan perawat dengan mengidentifikasi kebutuhan lingkungan lansia kemudian membuat perencanaan sesuai kebutuhan lansia. Perawat dapat berperan sebagai *discharge planning* dengan masalah fisik yang dialami lansia. Pada masalah penglihatan, perawat dapat merencanakan dalam memodifikasi kamar tidur atau wisma yang sesuai dengan kondisi lansia misalnya dengan pemberian warna yang lebih terang. Pada masalah sistem muskuloskeletal, perawat dapat mencegah penyakit bertambah parah dengan membuat pegangan di setiap sudut ruangan. Perawat dapat membuat inovasi dengan membantu menciptakan alat kebutuhan hidup pada lansia dengan masalah muskuloskeletal.

5.3.1.3 Masalah psikososial yang dialami lansia ternyata hampir dialami oleh semua lansia. Hal ini perlu diperhatikan betul oleh perawat dengan melakukan fokus kepada pengkajian psikososial lansia juga. Perawat yang bekerja di panti lebih banyak melakukan pelayanan di klinik, belum fokus kepada situasi di wisma misalnya masalah psikososial. Petugas yang selalu menemani lansia di panti wredha kebanyakan adalah pramurti yang tidak memiliki latar belakang kesehatan sehingga kurang mengerti penanganan yang dilakukan pada masalah psikososial lansia. Perbedaan karakter lansia

yang susah untuk disatukan banyak terjadi sehingga rasa bermusuhan menjadi tinggi.

Perawat dapat melakukan pencegahan primer, sekunder, dan tersier terhadap masalah psikososial lansia di panti. Pencegahan primer dapat dilakukan dengan meningkatkan kesadaran lansia dan keluarga terhadap perubahan-perubahan selama proses penuaan khususnya psikososial. Perawat dapat menyediakan sistem pendukung terutama keluarga sebelum, selama, dan setelah relokasi. Pencegahan primer lainnya berupa pendidikan kesehatan kepada orang-orang yang merawat lansia tentang masalah psikososial yang dapat terjadi selama proses penuaan seperti masalah psikologi, masalah sosial, dan beberapa penyebab masalah psikososial.

Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan mengantisipasi masalah yang dapat timbul akibat masalah psikososial. Perawat melakukan asuhan keperawatan dengan masalah-masalah psikososial yang dapat terjadi. Pengkajian dapat dilakukan dengan observasi langsung terhadap lingkungan keseharian lansia dalam mengidentifikasi risiko yang dapat muncul.

Pencegahan tersier dapat dilakukan melakukan inovasi terhadap kegiatan di panti saat ini. Pengajian, keterampilan, dan kesenian yang rutin dilakukan tiap minggu belum dapat mengatasi permasalahan psikososial lansia. Perawat perlu memberikan pelayanan keperawatan untuk individu maupun kelompok kepada lansia sehingga rasa memiliki lebih baik. Perawat dapat mengatasi masalah psikososial dengan membuat program yang dapat menghadirkan seluruh lansia di panti. Program ini bertujuan untuk meningkatkan hubungan sosial sesama lansia terutama pada lansia yang mengalami kepribadian tertutup. Salah satu program yang dapat dikembangkan dengan membangun warung mobil. Lansia yang biasanya

bertemu dalam kegiatan di aula menjadi tidak bosan dengan adanya suasana yang baru.

Masalah psikososial pada lansia di panti sangat beragam dan membutuhkan berbagai intervensi keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan perlu lebih ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan lansia. Perawat menjalankan perannya sebagai *role model* yaitu dengan memberikan contoh kepada lansia bagaimana cara mengapresiasi masalah yang dihadapi.

5.3.1.4 Sumber dukungan yang menjadi tema dalam penelitian ini perlu dikaji dengan lebih optimal terutama dari pemberi perawatan. Perawat dapat menjalankan perannya sebagai *case manager* dan *discharge planning*. Perawat sebagai *case manager* melakukan pengecekan terhadap pelayanan yang diterima lansia terutama sumber dukungan bagi lansia. Perawat berperan sebagai *discharge planning* dengan membuat perencanaan dalam memenuhi kebutuhan lansia terhadap sumber dukungan. Perawat dapat memodifikasi kegiatan *outbond* yang telah dilakukan saat ini misalnya *outbond* ke panti wredha yang lain. Perawat perlu membentuk kerja sama lintas sektoral sehingga lansia memiliki banyak jaringan sosial. Perawat dapat merencanakan sosialisasi lansia melalui media.

5.3.1.5 Jenis dukungan yang diidentifikasi dalam penelitian ini juga menjadi hal yang penting untuk dikembangkan dalam peningkatan pelayanan lansia di panti wredha. Pihak panti baru menyediakan dan memfasilitasi jenis dukungan berupa layanan gratis diantara banyak jenis dukungan yang dapat diberikan. Perawat dapat mengembangkan kegiatan lain sehingga lansia tidak merasa bosan dengan kegiatan yang ada. Pihak panti dapat mengembangkan program dukungan keluarga sesuai dengan kebutuhan lansia dan keluarga sehingga kedua pihak dapat merasa tidak terbebani.

5.3.1.6 Makna terhadap dukungan keluarga masih dianggap positif bagi lansia dengan mendatangkan kesenangan batin. Lansia sangat membutuhkan dukungan dari orang-orang terdekatnya. Perawat dapat menjalankan perannya sebagai *nurse educator* dengan memberikan informasi kepada keluarga tentang pemahaman lansia mengenai dukungan keluarga sehingga dapat menyatukan persepsi lansia dan keluarga. Hal ini yang belum terlihat di panti wredha. Perawat bukan hanya memberikan informasi melalui pendidikan kesehatan, namun dengan menggalakkan promosi kesehatan.

5.3.1.7 Mempertahankan hubungan di panti wredha merupakan harapan lansia yang teridentifikasi. Hasil penelitian ini dapat berdampak kepada peningkatan tanggung jawab panti dalam menyatukan harapan lansia dan keluarga. Pihak panti dapat memberikan informasi kepada keluarga tentang harapan lansia terhadap keluarga. Hal ini akan mempermudah dalam membuat program pengembangan dukungan keluarga di panti wredha.

5.3.2 Implikasi untuk ilmu keperawatan

Penelitian ini mengidentifikasi gambaran yang mendalam tentang pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha. Informasi ini akan memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu keperawatan gerontik dan menjadi rujukan untuk pengkajian kebutuhan terhadap lansia di panti wredha untuk melihat permasalahan secara holistik khususnya dukungan keluarga dan dampak yang dihasilkan akibat kurangnya dukungan keluarga.

Lansia yang merupakan populasi *at risk* perlu dikaji lebih dalam. Proses penuaan lansia yang terjadi dengan penurunan fungsi tubuh dapat menjadi masalah jika tidak ditangani dengan tepat. Hal ini akan menjadi berat jika masalah yang dialami lansia selama di panti karena kurangnya dukungan

terjadi. Oleh karena itu, perawat gerontik yang ada di panti wredha perlu mengembangkan pengkajian khusus *at risk* lansia di panti.

5.3.3 Implikasi Untuk Kebijakan Peningkatan Pelayanan Lansia di Panti

Harapan lansia yang teridentifikasi dalam penelitian ini adalah mempertahankan hubungan dengan lansia di panti. Hasil penelitian ini menunjukkan dukungan sosial sangat penting bagi lansia dan bukan hanya bersumber dari keluarga namun dapat juga berasal dari kalangan umum seperti aparat pemerintah, siswa, dan pihak panti sendiri. Peningkatan kesejahteraan lansia di panti dapat dibuat dengan kebijakan yang melindungi lansia. Seluruh pihak perlu mengetahui hak-hak lansia sebagai bagian dari pemberian dukungan di panti. Banyak program yang dapat dibuat untuk melaksanakan hak-hak lansia yang berhubungan dengan berbagai aspek kehidupan lansia.

Program *health promotion* tentang hak-hak lansia dapat dibuatkan ke dalam poster, *leaflet*, atau buku petunjuk bagi sumber pemberi dukungan terutama kepada keluarga. Hak-hak lansia diantaranya hak untuk dirawat secara individual, hak mendapatkan privasi, dan hak mendapatkan kebebasan.

Kebijakan terkait dengan dukungan bagi lansia perlu diperbaharui dengan melakukan inovasi dengan aturan yang ada di panti misalnya terkait dengan visi dan misi panti yang mementingkan kesejahteraan fisik dan psikososial, mendukung kebutuhan lansia, serta promosi terhadap pemeliharaan kualitas hidup.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang simpulan yang mencerminkan refleksi dari temuan penelitian dan saran yang merupakan tindak lanjut dari penelitian ini.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha Abiyoso, Yogyakarta adalah sebagai berikut :

- 6.1.1 Alasan lansia memilih tinggal di panti adalah karena keinginan personal dan kelemahan struktur kekuatan keluarga. Keinginan personal dapat berasal dari keinginan untuk mandiri, keikhlasan menerima kondisi hidup, dan ketersediaan jaminan sosial untuk kehidupan lansia. Alasan lansia karena kelemahan struktur kekuatan keluarga dapat disebabkan karena konflik keluarga.
- 6.1.2 Masalah yang dialami lansia selama tinggal di panti adalah masalah fisik dan masalah psikososial. Masalah fisik dapat berupa masalah sistem muskuloskeletal, masalah sistem kardiorespiratorik, masalah sistem sensoris, dan masalah pola tidur. Masalah psikososial dalam penelitian ini berupa masalah psikologi, masalah sosial atau berhubungan dengan orang lain, dan penyebab masalah psikososial.
- 6.1.3 Dukungan yang diterima lansia selama di panti dapat dibagi atas sumber dukungan dan jenis dukungan. Sumber dukungan dapat berasal dari keluarga, panti, dan orang lain. Jenis dukungan dapat berupa integrasi sosial, dukungan emosional, dukungan materi, dukungan informasi, dan dukungan layanan.
- 6.1.4 Makna dukungan keluarga bagi lansia yaitu memberikan kesenangan batin. Dukungan keluarga bagi lansia dianggap sesuatu yang positif.

6.1.5 Harapan lansia terhadap dukungan keluarga di panti adalah mempertahankan hubungan dengan lansia dengan melakukan interaksi teratur, memberikan penghargaan terhadap lansia, dan mempersiapkan dan mengantar lansia ke peristirahatan terakhir.

6.2 Saran

6.2.1 Pengambil kebijakan

6.2.1.1 Dinas sosial sebagai pembuat kebijakan di panti wredha perlu membuat sistem penerimaan yang selaras di seluruh Indonesia dengan mengembangkan program pengkajian bukan hanya terhadap lansia namun juga terhadap keluarga termasuk dengan memberikan buku kontrol kunjungan keluarga di panti dalam sebulan sampai satu tahun.

6.2.1.2 Pihak panti perlu melakukan kerja sama lintas sektoral untuk memperkenalkan lansia kepada pihak luar terutama kepada pemerintah dengan membuat sosialisasi yang efektif tentang kehidupan lansia di beberapa media baik elektronik maupun media cetak. Salah satu yang telah berjalan seperti mengisi suara “Hari Ibu”. Hal ini perlu lebih dikembangkan dengan terlibat pada kegiatan-kegiatan sosial misalnya “Hari Ayah sedunia”, “Hari Lingkungan Sedunia”, dan beberapa kegiatan lainnya.

6.2.1.3 Lansia membutuhkan dukungan dari siapapun terutama keluarga. Oleh karena itu pihak panti perlu membuat kegiatan yang dapat menghadirkan keluarga seperti pengajian dan arisan lansia dan keluarga serta pertemuan keluarga yang dapat meningkatkan pemberian dukungan.

6.2.1.4 Masalah yang dialami lansia selama di panti dapat menjadi masukan yang bermanfaat buat panti. Selain melakukan penambahan jumlah kebutuhan perawat, pihak panti perlu fokus dalam meningkatkan kebijakan mengenai sistem rekrutmen tenaga kesehatan yang profesional di panti. Tenaga kesehatan yang profesional sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pencapaian yang diinginkan. Misalnya seluruh perawat yang di panti telah melewati sertifikasi dari PPNI sebagai perawat gerontik di panti dan pembuatan kebijakan dengan menempatkan perawat spesialis komunitas

sebagai perawat konsultan di panti wredha. Pihak panti perlu juga melakukan penerimaan perawat S1 Ners dalam upaya pemberian pelayanan yang lebih optimal.

6.2.2 Bagi pelayanan keperawatan komunitas

6.2.2.1 Bagi perawat di panti

- 1) Perawat perlu mengidentifikasi rasio jumlah tenaga berdasarkan tingkat ketergantungan lansia di panti. Misalnya rasio jumlah perawat pada lansia dengan tingkat ketergantungan penuh yaitu 1:1, artinya satu lansia dirawat oleh satu perawat. Rasio jumlah perawat pada lansia dengan tingkat ketergantungan sebagian yaitu 1:5, artinya lima orang lansia dirawat oleh satu perawat. Rasio jumlah perawat pada lansia dengan tingkat ketergantungan rendah 1: 10, artinya sepuluh orang lansia dirawat oleh satu orang perawat.
- 2) Perawat perlu melakukan promosi kesehatan diantaranya melalui pendekatan dengan keluarga misalnya *one day with family* dan membuka diskusi keluarga melalui seminar bersama lansia dan keluarga. Perawat perlu melakukan kerja sama dengan perusahaan yang menciptakan alat-alat kesehatan misalnya dengan membuatkan sisir khusus buat lansia rematik dan sandal rematik. Perawat dapat juga melakukan kerja sama lintas sektoral dengan perusahaan yang lain seperti perusahaan konveksi untuk membuat pakaian khusus buat lansia, kerja sama untuk merancang permainan, jam tangan, dan alat-alat makan yang diciptakan khusus buat lansia.
- 3) Perawat perlu memberikan warna yang berbeda pada setiap ruangan misalnya warna keramik putih menandakan masuk ke tempat tidur, warna keramik merah menandakan masuk kamar mandi, warna keramik hijau menandakan ruang tamu. Pada wisma yang memiliki anak tangga, perawat dapat merencanakan pemberian warna pada setiap anak tangga untuk mencegah akibat lanjut dari kondisi yang dialami lansia.
- 4) Perawat perlu membentuk *Self Help Group* bagi lansia dengan masalah fisik yang sama sehingga menciptakan wahana untuk berbagi dan

mendapatkan informasi baru dari sesama teman panti serta perawat. Program ini merupakan salah satu langkah yang tepat karena terbatasnya sosial lansia. Banyak lansia yang membiarkan penyakitnya atau minum obat sendiri tanpa pengawasan yang ketat.

- 5) Perawat perlu membuat program inovasi *exercise* yang telah dijalankan di panti dengan memodifikasi senam lansia menjadi senam Yoga setiap sekali sampai dua kali seminggu. Senam Yoga dapat dibuat menjadi dua bagian yaitu senam yoga pernapasan dan senam yoga latihan tubuh. Perawat dapat merancang kegiatan lainnya sehingga lansia tidak merasa bosan seperti membuat metode *games* di panti. Metode ini dapat bersifat individu atau kelompok tergantung kebutuhan lansia dan dapat melibatkan keluarga. Misalnya bermain peran, mengisi Teka Teki Silang (TTS), lomba makan, lomba *personal hygiene*, dan lomba berpakaian.
- 6) Perawat perlu menyediakan kartu kontrol kunjungan keluarga misalnya sebulan sekali dalam upaya menyediakan sistem pendukung bagi lansia.
- 7) Perawat dapat melakukan observasi lingkungan keseharian lansia dengan bantuan kuesioner lapor diri. Dengan alat pengkajian ini, kegiatan yang dilakukan lansia dapat dicatat atau diawasi pada hal-hal yang sulit terlihat.
- 8) Perawat panti perlu lebih mengembangkan pengkajian terutama pada lansia yang baru masuk. Pengkajian bukan hanya berfokus kepada aspek fisik namun juga melihat aspek psikososial lansia. Perawat perlu melihat tentang sumber dan jenis dukungan yang dibutuhkan oleh lansia. Kegiatan yang dilakukan perawat di panti perlu dimodifikasi sehingga lansia tidak merasa bosan misalnya mengembangkan terapi modalitas keperawatan misalnya Terapi Aktivitas Kelompok, terapi musik dalam satu wisma sehingga suasana lebih berwarna, terapi rekreasi, dan manajemen stres (relaksasi).
- 9) Perawat perlu mengajak lansia menulis cerita fenomenologi tentang pengalamannya menjalani proses penuaan. Perawat menyediakan topik-topik yang menarik yang dapat dipilih lansia. Hal ini dapat membantu

lansia memberi makna kehidupan sehingga dapat menjadi salah satu alternatif mengatasi permasalahan psikososial. Cara lainnya berupa pengembangan salah satu alat survei sederhana yang dirancang untuk mengkaji kekuatan sifat psikososial adalah *Modified Erickson Psychosocial Stage Inventory* (MEPSI). Meskipun perawat belum banyak mengetahui tentang MEPSI ini, namun dapat menjadi salah satu langkah yang dapat ditempuh dalam menangani masalah psikososial.

10) Perawatan lansia menjelang ajal perlu dikembangkan dengan membuat aspek keluarga yang mengkaji tumbuh kembang lansia, perubahan fisik lansia, dan perubahan psikososial. Perawat dapat mengembangkan *Peer Group* dan mengajak keluarga melakukan diskusi dengan lansia dalam persiapan menjelang ajal.

6.2.2.2 Bagi PPNI

Perlu mengembangkan kompetensi perawat gerontik sesuai dengan kebutuhan lansia di panti. Kompetensi perawat berhubungan dengan kemampuan dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan melihat secara bio-psiko-sosio-spiritual. Perawat yang bekerja di panti dengan pengalaman kerja sebelumnya minimal 2 tahun di puskesmas atau rumah sakit. Perawat memiliki sertifikat keahlian misalnya *wound care* atau *Basic Trauma Cardio Life Support* (BTCLS).

6.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

6.2.3.1 Penelitian kualitatif

Penelitian kualitatif selanjutnya yang akan meneliti dukungan keluarga yang didapatkan oleh lansia, mungkin perlu melakukan wawancara bukan pada lansia saja namun juga kepada pihak keluarga sehingga diperoleh kesepahaman dalam memberikan dukungan antara keduanya. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian tentang gambaran keluarga terhadap kebutuhan lansia di panti atau melihat gambaran harapan lansia terhadap keluarga dan gambaran harapan keluarga terhadap lansia di panti wredha.

6.2.3.2 Penelitian kuantitatif

Dukungan keluarga dirasakan sangat penting oleh keluarga namun masih ada lansia yang belum mendapatkan dukungan selama di panti. Oleh karena itu, penelitian kuantitatif yang dapat dilakukan selanjutnya adalah 1) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas kunjungan keluarga di panti wredha, 2) efektivitas terapi kelompok untuk meningkatkan dukungan keluarga, 3) efektivitas konseling dalam menurunkan stres keluarga dan merawat lansia di rumah.



DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, T.E. & Mc Farlane, J. (2000). *Community as Partner : Theory and practice in nursing. Third Edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Bataviase. (2010). *Tahun 2050 Jumlah Lansia di Indonesia Capai 50 Juta*. www.bataviase.co.id/category/tajuk/nasional. Diakses pada tanggal 23 Februari 2010 pukul 23.10 WIB
- Chasanah, N. (2010). *Perempuan Lanjut Usia : Sebuah Tantangan Bersama*. www.insufa.info/home/index.php?option=com_content&view=article&id=92:perempuan-lanjut-usia-sebuah-tantangan-bersama&catid=38:keadilan-gender. Diakses pada tanggal 17 Juni 2010 pukul 16.00 WIB
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. USA : Sage Publications, Inc.
- Daalen G., Sanders K., Willemsen T.M. (2005). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16219587>. Diakses pada tanggal 17 Maret 2010 pukul 22.15 WIB
- Dalton, J.H., Elias, M.J, Wandersman, A. (2001). *Community Psychology : Linking Individuals and Communities*. Belmont, USA : Wadsworth/Thomson Learning.
- Darmawi, H. (2005). *Manajemen Risiko. Edisi 1, cetakan sembilan*. Jakarta : PT Bumi Aksara
- Darmojo, R. B., Martono, H. H. (2004). *Geriatric (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi ke-3*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Dep.Kes. RI. (2006). *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta : Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Depkes
- Departemen Komunikasi dan Informatika (Depkominfo). (2007). *Program Day Care Lansia di PSTW Yogyakarta*. www.bipnewsroom.info/?link=loadnews.php&newsid. Diakses pada tanggal 4 April 2010 pukul 19.55 WIB
- Depsos RI. (2008). <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=print&sid=704>. Diakses pada tanggal 21 Juni 2010 pukul 11.00 WIB

- Depsos RI. (2009). *Day Care Services PSTW Budhi Dharma Bekasi*. www.yanrehsos.depsos.go.id/modules.php?name. Diakses pada tanggal 23 Februari 2010 pukul 21.00 WIB
- Dinsos. DIY. (2010). *Pelayanan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia*. www.dinsos.pemda-diy.go.id/indeks.php?option=com. Diakses pada tanggal 22 Februari pukul 19.12 WIB.
- Friedman, Marilyn M. (1998). *Family Nursing : Research, Theory and Practice. Fourth Edition*. Corwalk CT : Appleton & Lange
- Gallo, J.J., Reichel, W., Andersen, L.M. (1998). *Buku Saku Gerontologi*. Jakarta : EGC.
- Goldsmith, S. B. (1990). *Choosing a Nursing Home*. New York : Prentice Hall Press
- Hamdiana (2009). *Perbedaan Tingkat Stres dan Strategi Koping Pada Lansia yang Tinggal di Rumah Bersama Keluarga dan di Panti Sosial Tresna Wredha Kecamatan Peusangan Kabupaten Bireun Nanggroe Aceh Darussalam*. Tesis. Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Hamid, A.Y., Dibah, R. (1997). *Perbedaan Persepsi Harapan Antara Keluarga dan Lansia tentang Pemenuhan Kebutuhan Lansia Selama Tinggal Bersama*. Jurnal Keperawatan Indonesia Volume 1 No.2, Juli.
- Harian Sains. (2009). *Dukungan Emosional Keluarga dan Kecemasan Istri*. <http://www.kesimpulan.com/2009/03/dukungan-emosional-keluarga-dan.html>. Diakses pada tanggal 6 Maret 2010 WIB pukul 12.09 WIB
- Harker, J. (1997). *Coping With The Nursing Home Decision*. <http://www.alharris.com/harker/helpme.htm>.. Diakses pada tanggal 5 Juli 2010 pukul 20.00 WIB
- Hermana. (2007). *Penduduk Lanjut Usia Di Indonesia dan Masalah Kesejahteraannya*. www.depsos.go.id/indeks.php. Diakses pada tanggal 27 Desember 2009 pukul 09.17 WIB
- Helvie, C.O. (1998). *Advance practice Nursing in The Community*. USA : SAGE Publications, Inc.
- Hitckcock, J.E., Schubert, P.E., Thomas, S.A. (1999). *Community Health Nursing. Caring in Action*. New York : Delmar Publishers.
- Isbagio (2006). *Osteoarthritis dan Osteoporosis Sebagai Masalah Muskuloskeletal Utama Warga Usia Lanjut di Abad .* http://www.majalah-farmacia.com/rubrik/one_news.asp?IDNews=28. Diakses pada tanggal 13 Juni 2010 pukul 10.00 WIB.

- Koren, C., Lowenstein, A. (2008). *Late Life Widowhood and Meaning in Life*. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=2028642941&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1278762383&clientId=45625>. Diakses pada tanggal 8 Juli 2010 pukul 15.05 WIB
- Kuntjoro, Z.S. (2002). *Dukungan Sosial Pada lansia*. www.e-psikologi.com/epsi/artikel/tabel_komentar.asp?art_id=183. Diakses pada tanggal 21 februari 2010 pukul 13.45 WIB
- Lueckenotte, A.G. (1996). *Gerontologic Nursing*. St. Louis : Mosby Years book.
- Loedin. (2004). *Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan*. www.litbangdepkes.go.id./ped%20%20%etik20feb%2003.ppt. Diakses pada tanggal 22 Maret pukul 19.00 WIB
- Mantra (2010). *Panti Jompo, Tempat Membuang Mereka Yang Rentan*. <http://www.balebengong.net/kabar-anyar/2010/02/07/panti-jompo-tempat-membuang-mereka-yang-renta.html>. Diakses pada tanggal 20 Juni 2010 pukul 10.00 WIB
- Marwanti, T.M. (1997). *Kondisi Kehidupan Lanjut Usia Di Dalam Panti (Studi Kasus Lanjut Usia di Panti Werdha Karitas dan Nazaret Bandung)*. Tesis : Program Magister Ilmu-Ilmu Sosial Bidang Kajian Utama Ilmu Kesejahteraan Sosial Universitas Indonesia.
- Masbow. (2009). *Apa Itu Dukungan Sosial*. www.masbow.com/search/label/psikologisosial. Diakses pada tanggal 21 Februari pukul 23.30 WIB
- Matrixsmart. (2009). *Hubungan Antara Bentuk Interaksi Sosial Dengan Kualitas Hidup Lansia*. www.matrixsmart.blogdetik.com/2009/07. Diakses pada tanggal 23 Februari pukul 20.00 WIB
- McMurray, A. (2003). *Community Health and Wellness : a Socioecological Approach, Second Edition*. Australia : Harcourt, Mosby
- Miller, C.A. (1995). *Nursing Care of Older Adults : Theory and Practice. Second edition*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company
- Moleong, L. J. (2005). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Mundiharno. (2010). *Penduduk Lansia : Perlunya Perhatian Terhadap Kondisi Lokal dan Peran Keluarga*. www.akademika.or.id/arsip/AGE-DSOS.PDF. Diakses pada tanggal 5 Januari 2010 pukul 09.19 WIB
- Murwani, A. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Konsep dan Aplikasi kasus*. Yogyakarta : Mitra Cendekia Press

- Nelam. (1998). *Penelitian Uji Coba Pelayanan Sosial Bagi Lanjut Usia Berbasis Keluarga*. Yogyakarta : Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial. Departemen Sosial RI
- Nugroho, H.A. (2006). *Hubungan Antara Perubahan Fungsi Fisik dan Dukungan Keluarga dengan Respon Psikososial Lansia di Kelurahan Kembangarum Kodya Semarang Jawa Tengah*. Tesis : Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia
- Nurdin, S. (2008). *Hubungan Perubahan Psikososial Lanjut Usia dan Perpisahan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Lansia di Panti Wredha Pucang Gading Semarang*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Nursasi, A.Y., Fitriyani, P. (2002). *Koping Lanjut Usia Terhadap Penurunan Fungsi Gerak di Kelurahan Cipinang Muara Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur*. [www://repository.ui.ac.id/contents/koleksi/2/09b860dc26e53e296c73631cbc0c166a007c9717.pdf](http://repository.ui.ac.id/contents/koleksi/2/09b860dc26e53e296c73631cbc0c166a007c9717.pdf). Diakses pada tanggal 21 Juni 2010 pukul 13.30 WIB
- Patriyani, R. E. (2009). *Perbedaan Karakteristik Lansia dan Dukungan Keluarga Terhadap Tipe Demensia Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas gatak Sukoharjo*. Tesis : Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia
- Pelita. (2010). *Tahun 2020 Jumlah Lanjut Usia Akan Menjadi 28.822.879*. www.pelita.or.id/baca.php?id=82. Diakses pada tanggal 24 Februari pukul 23.15 WIB
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. Appleton & lange, Norwalk.
- Poerwadi, S.H. (2008). *Kiat Sukses Dalam Pergaulan dan Modern Entertaining*. Cetakan kelima. Jakarta : ISBN
- Polit, D.F., Hungler, B. P. (1999). *Nursing Reserach. Principle and Methods*. Phladelphia : Lippincott
- Potter, P. A. (1997). *Fundamental of Nursing : Concepts, Process, and Practice*. 4 Ed. St. Louis, Missouri : Mosby-Year Book Inc.
- Probosuseno. (2007). *Mengatasi Isolation Pada Lanjut Usia*. <http://medicalzone.org/fuldfk/viewtopic.php?t=3686&sid=8fb3b45481147f18569b69466b887e37> . Diakses pada tanggal 5 Januari 2010 pukul 08.52 WIB
- Ribeiro, O., Paul, C. (2008). *Older Male Carers and The Positive Aspects of Care*. <http://proquest.umi.com/pqdwweb?index=1&did=1601688161&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VNam>

[e=PQD&TS=1278762383&clientId=45625](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.02562.x). Diakses pada tanggal 7 Juli 2010 pukul 20.00 WIB

- Roy, S.C. (2000). *Introduction to Nursing an Adaptation Model*. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Sabri, R. (2002). *Analisis Hubungan Antara Karakteristik Usia Lanjut, Dukungan Sosial, dan Keaktifannya Dalam Kelompok Dengan Kesehatan Psikososial di Kecamatan Cakung, Jakarta Timur*. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sarafino, E.P. (1994). *Health Psychology*. Canada : John Wiley dan Sons, Inc
- Setiti, S. G. (2007). *Pelayanan Lanjut Usia Berbasis Kekerabatan (Studi Kasus Pada Lima Wilayah di Indonesia)*. www.ditppk.depsos.go.id/unduh/06_PELAYANAN%20LANJUT%20USIA%20BERBASIS%20KEKERABATAN.pdf. Diakses pada tanggal 20 Juni 2010 pukul 08.15 WIB
- Sitorus, R. Dkk. (2008). *Pedoman Penulisan tesis*. Jakarta : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Tidak Dipublikasikan)..
- Sjamsuoddin, A. M. (2007). *Sumbangan Dukungan Sosial Terhadap Kepuasan Hidup Pada masa Pensiun*. Tesis : Program Magister Psikologi Sains Kekhususan Psikologi Perkembangan Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Smeltzer, S.C.,Bare, B.G. (2001). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 8 Ed*. Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers
- Stanley, M., Blair, K.A., Beare, P.G. (2005). *Gerontological Nursing : Promoting Successful Aging With Older Adults. Third edition*. Philadelphia : F. A. Davis Company
- Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research In Nursing Advancing The Humanistic Imperative. Third Edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Subekti, I. (2007). *Pengalaman Tiga Bulan Pertama Usia Lanjut Tinggal di Panti Werdha Griya Asih Lawang, Jawa Timur : Studi Fenomenologi*. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sudoyo, A.W., dkk. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Volume 3. Edisi IV*. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Cetakan ke-7. Bandung : CV. Alfabeta

- Sunantyo, F.E. (2007). *Serangkaian Kegiatan Lansia di Yogyakarta*. www.promosikesehatan.com/?act=advsearch. Diakses pada tanggal 22 Februari 2010 Pukul 22.47 WIB
- Suriadi, A. (1999). *Preferensi Tempat Tinggal Pada Masa Lanjut Usia (Studi Pola Pelayanan dan Perawatan Pada Masa Lanjut Usia di Kotamadya Medan)*. Tesis. Program Magister Ilmu-Ilmu Sosial Program Studi Sosiologi Kekhususan Kesejahteraan Sosial. Universitas Indonesia.
- Syamsuddin., Cholil, H. (2008). *Penguatan Eksistensi Panti Wredha di Tengah Pergeseran Budaya dan Keluarga*. <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=704>. Diakses pada tanggal 20 Juni 2010 pukul 21.15 WIB
- Tang, M. (2004). Loneliss : *The Perspectives of Elderly People*. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=2&did=918948711&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1278756423&clientId=45625>. Diakses pada tanggal 8 Juli 2010 pukul 16.00 WIB
- Tursilarini, T. Y., Untung, A. (2003). *Mengembalikan Rasa Percaya Diri, Rasa Harga Diri, Dan Rasa Berguna lansia*. Jurnal Penelitian Kesejahteraan Sosial. Yogyakarta : B2P3KS
- Tyson, S. R. (1999). *Gerontological Nursing Care*. First Edition. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- _____. *Undang-Undang RI No.13 tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*. <http://www.bpkp.go.id/unit/hukum/uu/1998/13-98.pdf>. Diakses pada tanggal 15 Februari 2010 pukul 22.46 WIB
- Watson, R. (2003). *Perawatan Pada Lansia*. Jakarta : EGC
- Wijayanti, R. (2005). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Respon Kehilangan Pada Lansia di Desa Pekaja, Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah*. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Wikipedia. (2010). *Integrasi Sosial*. [http://id.wikipedia.org/wiki/Integrasi sosial](http://id.wikipedia.org/wiki/Integrasi_sosial). Diakses pada tanggal 17 Maret 2010 pukul 23.15 WIB
- Wikipedia. (2010). *Nursing Home*. www.wikipedia.org/index.php?tittle=nursing. Diakses pada tanggal 17 Maret 2010 pukul 21.00 WIB

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga
di Panti Sosial Tresna Werdha Abiyoso, Yogyakarta

Peneliti : Nuurhidayat Jafar

NPM : 0806446643

Alamat : Klatak, Kecamatan Dukun, Kabupaten Magelang

Peneliti adalah Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bapak/Ibu telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sifatnya sukarela, tanpa ada paksaan, dan tanpa ada tekanan dari pihak manapun. Bapak/Ibu dapat memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun tanpa ada dampak negatif. Sebelum Bapak/Ibu memutuskan, ada beberapa hal yang akan saya jelaskan sebagai bahan pertimbangan sebagai berikut :

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang mendalam mengenai pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga di Panti Werdha Abiyoso, Yogyakarta.
2. Apabila Bapak/Ibu bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara pada waktu dan tempat yang telah disepakati. Dalam penelitian ini, wawancara akan dilakukan selama 60-90 menit dan akan menggunakan alat perekam untuk mempermudah proses penelitian.

3. Apabila selama proses wawancara Bapak/Ibu merasa tidak nyaman, maka Bapak/Ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini.
4. Semua catatan yang ada dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Peneliti akan memberikan hasil penelitian ini jika Bapak/Ibu menginginkannya. Hasil penelitian ini akan diberikan juga kepada institusi tempat peneliti belajar dengan tetap menjaga penuh kerahasiaannya.
5. Apabila Bapak/Ibu masih kurang jelas dengan penjelasan ini, silahkan mengajukan pertanyaan kepada peneliti.
6. Apabila Bapak/Ibu bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Yogyakarta, April 2010

Peneliti

Nuurhidayat Jafar
0806446643

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, saya mengerti bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak saya selaku partisipan. Saya mempunyai hak untuk tidak melanjutkan keikutsertaan dalam penelitian ini jika suatu saat merugikan saya.

Saya sangat memahami bahwa penelitian ini sangat bermanfaat untuk peningkatan pelayanan keperawatan komunitas khususnya pada area gerontik (lanjut usia) yang berada di panti werdha terkait dalam hal dukungan keluarga. Dengan menanda tangani lembar persetujuan ini, berarti saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan ikhlas tanpa ada paksaan dan tekanan dari siapapun.

Yogyakarta,.....2010

Peneliti

Saksi

Partisipan

(.....)

(.....)

(.....)

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Nama :

Umur :

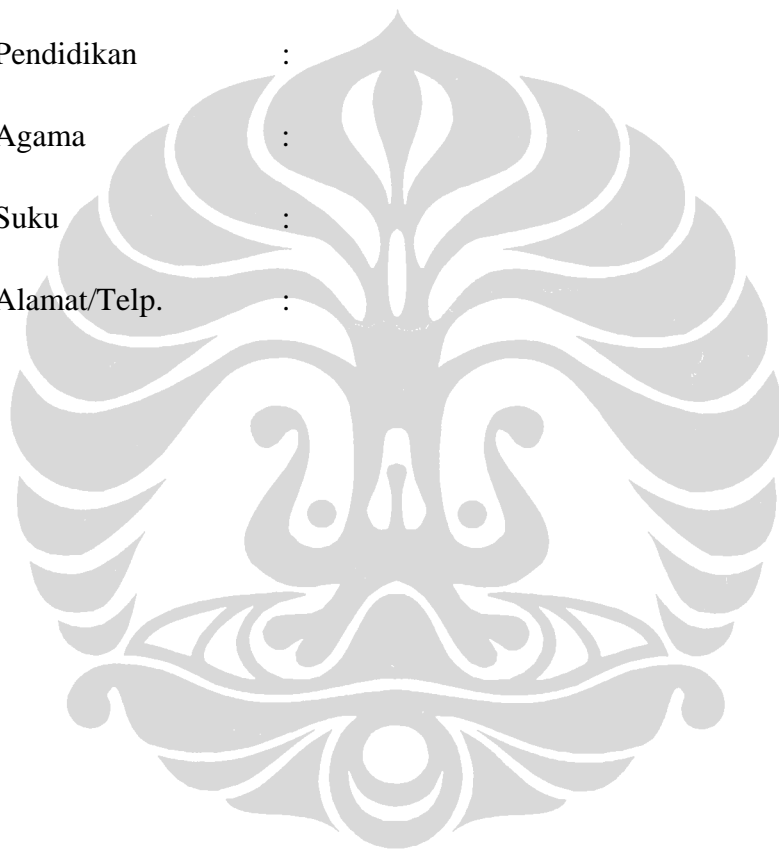
Pekerjaan :

Pendidikan :

Agama :

Suku :

Alamat/Telp. :



PANDUAN WAWANCARA

Pertanyaan Pembuka

Saya sangat senang berkenalan dengan Bapak/Ibu karena tetap berupaya menjalani kehidupan yang bahagia dan sukses selama tinggal di panti werdha Abiyoso. Oleh karena itu, saya memiliki ketertarikan tentang pengalaman Bapak/Ibu selama tinggal di panti. Mohon Bapak/Ibu berkenan untuk menjelaskan bagaimana pengalaman mendapat dukungan dari keluarga selama tinggal di panti werdha Abiyoso ini ?

Pertanyaan yang akan membantu peneliti dalam wawancara adalah sebagai berikut :

1. Apa alasan Bapak/Ibu tinggal di panti?
2. Apa saja masalah yang dihadapi Bapak/Ibu selama tinggal di panti?
3. Bagaimana dukungan keluarga yang diterima atau dirasakan oleh Bapak/Ibu selama tinggal di panti?
4. Bagaimana arti pentingnya dukungan keluarga menurut Bapak/Ibu selama tinggal di panti?
5. Apa yang Bapak/Ibu harapkan dari dukungan keluarga selama tinggal di panti?

CATATAN LAPANGAN

| | |
|--|----------------------------|
| Nama Partisipan : | Kode wawancara : |
| Tempat wawancara : | Waktu mulai wawancara : |
| Tanggal wawancara : | Waktu berakhir wawancara : |
| Situasi tempat sebelum wawancara : | |
| Penampilan dan perilaku partisipan sebelum wawancara : | |
| Jarak peneliti dengan partisipan : | |
| Respon partisipan saat wawancara : | |
| Suasana lingkungan sekitar saat wawancara : | |
| Respon partisipan setelah wawancara : | |

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.
Tempat/tgl Lahir : Soppeng/18 september 1984
Umur : 25 tahun
Alamat : Jl. Batang Banoa Kel. Mataallo Kec. Bajeng Kab. Gowa
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan

A. Formal

1. Thn 1988 s/d 1990 : TK Pertiwi Watansoppeng
2. Thn 1990 s/d 1996 : SD Inpres Jatia
3. Thn 1996 s/d 1999 : SLTP Neg. 1 Bajeng
4. Thn 1999 s/d 2002 : SMU Neg. 1 Bajeng
5. Thn 2002 s/d 2006 : S1 Keperawatan Unhas
6. Thn 2006 s/d 2007 : Program Profesi Ners Universitas Hasanuddin
7. Thn 2008 s/d..... : Magister Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia

Riwayat Pekerjaan :

1. Thn 2007 : Tim Enumerator Badan Litbangkes Depkes
2. Thn 2007 s/d.. : Staf dosen kontrak pada PSIK FKUH
3. Thn 2008 : Perawat di RS Ibnu Sina Makassar



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga di Panti Wredha Abiyoso D.I Yogyakarta: Studi Fenomenologi.


Nama peneliti utama : **Nuurhidayat Jafar**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 April 2010

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1208 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

6 April 2010

Yth. Kepala
Panti Tresna Wredha
Abiyoso
D.I. Yogyakarta


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Nuurhidayat Jafar
0806446643

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan eluarga Di Panti Wredha Abiyoso, D.I. Yogyakarta”**

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa *meninjau* untuk mengadakan penelitian di Panti Tresna Wredha Abiyoso – D.I. Yogyakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. “Tesis”
6. Peringgal



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
 BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
 (BAPPEDA)

Alamat : Jl. Parasamya No. 1 Beran, Tridadi, Sleman 55511
 Telp. & Fax (0274) 868800. E-mail : bappeda@slemankab.go.id

SURAT IZIN

Nomor : 07.0 / Bappeda/ 1044/ 2010

**TENTANG
 PENELITIAN**

KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

Dasar : Keputusan Bupati Sleman Nomor: 55 /Kep.KDH/A/2003 tentang Izin Kuliah Kerja Nyata, Praktek Kerja Lapangan dan Penelitian.
 Menunjuk : Surat dari Kesbanglinmas Yogyakarta Nomor : 074/0403/Kesbang/2010 Tanggal: 23 April 2010. Hal : Izin Penelitian

MENGIZINKAN :

Kepada :
 Nama : **NURHIDAYAT JAFAR**
 No. Mhs/NIM/NIP/NIK : 08006446643
 Program/Tingkat : S2
 Instansi/Perguruan Tinggi : UI
 Alamat Instansi/Perguruan Tinggi : Kampus UI Depok
 Alamat Rumah : Klatak Banyudono Dukun Magelang
 No. Telp / HP : 081355576066
 Untuk : Mengadakan Penelitian dengan Judul:
"PENGALAMAN LANJUT USIA MENDAPATKAN DUKUNGAN KELUARGA DI PANTI WREDA DIY STUDI FENOMENOLOGI"
 Lokasi : Panti Sosial Tresno Wreda Abiyoso
 Waktu : Selama 3 (tiga) bulan mulai tanggal: 23 April 2010 s.d 23 Juli 2010

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. *Wajib melapor diri kepada pejabat pemerintah setempat (Camat/ Lurah Desa) atau kepala instansi untuk mendapat petunjuk seperlunya.*
2. *Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.*
3. *Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Bappeda.*
4. *Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.*
5. *Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.*

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.

Dikeluarkan di : Sleman
 Pada Tanggal : 26 April 2010

Tembusan Kepada Yth :

1. Bupati Sleman (sebagai laporan)
2. Ka. Badan Kesbanglinmas & PB Kab. Sleman
3. Ka. Dinas Kesehatan Kab Sleman
4. Ka. Dinas Tenaga Kerja & Sosial Kab. Sleman
5. Ka. Bid. Sosbud Bappeda Kab. Sleman
6. Camat Kec. Sleman
7. Pimpinan PSTW Abiyoso Sleman
8. Ketua Fak. Ilmu Keperawatan UI
9. Peringgal

A.n. Kepala BAPPEDA Kab. Sleman
 Ka. Bidang Pengendalian & Evaluasi
 u.b. Ka. Sub. Bid. Litbang



Sri Nurhidayah, S.Si, MT
 NIP. 196708031996032002



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1200/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

6 April 2010

Yth. Kepala
Dinas Sosial
Provinsi D.I. Yogyakarta


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Nuurhidayat Jafar
0806446643

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan eluarga Di Panti Wredha Abiyoso, D.I. Yogyakarta”**

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa *meninjau* untuk mengadakan penelitian di Dinas Sosial Provinsi D.I. Yogyakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. “Tesis”
6. Peringgal



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(BAPPEDA)

Alamat : Jl. Parasamya No. 1 Beran, Tridadi, Sleman 55511
 Telp. & Fax. (0274) 868800 e-mail : bappeda@slemanKab.go.id

SURAT PERNYATAAN BERSEDIA MENYERAHKAN
HASIL - HASIL SURVEY/PENELITIAN

NO. : 070/1044.

Kami yang bertanda tangan dibawah ini saya :

- 1. Nama : Nuurhidayat Jafar
- 2. No. Mahasiswa/NIP/NIM : 0006446643
- 3. Tingkat (D1, D2, S1, S2, S3) : S2
- 4. Universitas/Akademi : Univ. Indonesia
- 5. Dosen Pembimbing : Wiwin Wiarsih, S.Kp, MN. / Henny Permatasari, S.kep, Ns, Msp
M.kep, Sp.k
- 6. Alamat Rumah Peneliti : Klatoh Banyubono Dukun, Magelang
- 7. No. Telp/HP : 081355576066
- 8. Tempat Lokasi Penelitian/ Survey : PSTW Abiyoso, Sleman

Menyatakan dengan ini kami bersedia untuk menyerahkan hasil - hasil Research/ Penelitian/ pencarian data tentang/ judul :

Pengalaman Lansia Mendapatkan Dukungan Keluarga & Partisipasi Sosial Tersebut Wiedha Abiyoso Prov. D.I. Yogyakarta : Studi Fenomenologi

Kepada BAPPEDA Kabupaten Sleman

Pernyataan ini merupakan bagian yang tidak terlepas dari
 Pernyataan perijinan Research/ Penelitian yang kami lakukan dalam
 Wilayah Kabupaten Sleman DIY.



Sleman, 26 - 7 - 2019
 Yang menyatakan

(Signature)
 Nuurhidayat Jafar
 (Nama Terang)



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
(BADAN KESBANGLINMAS)

Jl Jenderal Sudirman No 5 Yogyakarta - 55233
Telepon (0274) 551136, 551137, Fax (0274) 519441

Yogyakarta, 23 April 2010

Nomor : 074 / 0403 / Kesbang / 2010
Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Kepada
Yth : Kepala BAPPEDA
Kabupaten Sleman
Di

S L E M A N

Memperhatikan surat :

Dari : Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
Nomor : 1271/H2.F12.D/PDP.04.02 Tesis/2010
Tanggal : 7 April 2010
Perihal : Izin/Rekomendasi Penelitian

Setelah mempelajari surat pemberitahuan dan proposal yang diajukan, maka dapat diberikan surat rekomendasi tidak keberatan untuk melaksanakan Penelitian dengan judul ” **Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga di Panti Wreda DIY Studi Fenomenologi** ”

kepada :

Nama : Nuurhidayat Jafar
NIM : 08006446643
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Alamat : Kampus UI Depok
Lokasi Penelitian : Di Panti Sosial Tresno Wreda Abiyoso, Kab. Sleman Prov. DIY
Waktu Penelitian : April sd Juni 2010

Yang bersangkutan berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di wilayah penelitian.

Demikian untuk menjadikan maklum.

A.n. KEPALA
BADAN KESBANGLINMAS PROVINSI DIY

Kepala Bidang Kesatuan Bangsa



Tembusan Kepada Yth :

1. Gubernur DIY (sebagai laporan);
2. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan, UI
3. Ka. Dinas Sosial Provinsi DIY;
4. Yang bersangkutan



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 271/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrumen penelitian

7 April 2010

Yth. Gubernur
Daerah Istimewa Yogyakarta
Yogyakarta

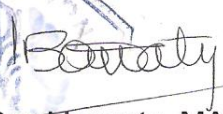
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Nuurhidayat Jafar
0806446643

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga Di Panti Wredha D.I. Yogyakarta Studi Fenomenologi”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian di wilayah D.I. Yogyakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Bupati Sleman
2. Ka. Panti Sosial Tresna Wredha Abiyoso
3. Ka. Dinas Sosial Provinsi D.I. Yogyakarta
4. Ka. Bappeda Kab. Sleman
5. Wakil Dekan FIK-UI
6. Sekretaris FIK-UI
7. Manajer Pendidikan FIK-UI
8. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
9. Koordinator M.A. “Tesis”
10. Peringgal

ANALISIS DATA PENELITIAN

PENGALAMAN LANJUT USIA MENDAPATKAN DUKUNGAN KELUARGA DI PANTI WREDHA ABIYOSO, YOGYAKARTA

| No | Tujuan Khusus | Tema | Sub Tema | Kategori | Kata Kunci | Partisipan | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|---|---|
| | | | | | | P 1 | P 2 | P 3 | P 4 | P 5 | P 6 | P 7 | | | |
| 1 | Alasan lansia memilih panti | keinginan personal lansia | keinginan untuk mandiri | lansia tidak ingin membebani keluarga | habis kalau ikut saudara nanti gak enak..nanti ganggu | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | alasanya nanti jadi ribut | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | pengen disini saja dari pada ikut mantu..gak enak | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | soalnya mantuku gak mau nanya ama aku..itu .. itulah yang jadi aku sakit gitu | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | cuma lama-lama mantuku koyo gitu yo tak tinggal pergi | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | saya ikut di panti ini supaya anu, saya tenang, gak harap ikut siapa | | | | | | | √ | | | |
| | | | | | kedua kalinya saya memang nggak betah ikut anak dari Jakarta itu | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | saya sih gak mau menyusahkan ponakan-ponakan sih sejak dulu | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | mau numpang khan gak enak..itulah saya | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | saya cuma numpang di adek saya tunggal kandung punya anak tujuh | | | | | | | √ | | | |
| | | | | | dengan alasan mengurangi beban ekonomi anak saya | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | mengurangi bebannya sehari-hari adek saya | | | | | | | √ | | | |
| | | | | | iya aku gak mau tinggal disini kok,aku mau tinggal di yayasan..(kata partisipan pada anaknya)..yayasan juga cari sendiri, bukan anak saya | | | | | | √ | | | | |
| | | | | | jadi saya gak bisa menyusahkan dia....hidupnya dia kurang bahagia terus ini | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | kamarnya itu, hanya dua kamar seperti kamarnya mbahnya itu | | | | | | | | | √ | |
| karena rumahnya kecil, keluarganya banyak | | | | | | | √ | | | | | | | | |
| karena apa-apa kalau mau tidur, meja kursi yang kecil-kecil | | | | | | | | | √ | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|---|--|---|---|
| | | disatukan dengan sofa yang panjang | | | | | | | |
| | kebebasan yang diberikan keluarga kepada lansia untuk menentukan pilihannya | saya itu terserah...terserah yang jalani katanya | √ | | | | | | |
| | | saya ditawari adek saya kalau mau, kalau gak mau,saya gak dipaksa | | | | √ | | | |
| | | tempatny juga lumayan, silahkan kesana..yah sana nyoba datang kesini dengan anak saya dengan memakai kendaraan panti | | | | | | √ | |
| | | dan saya menyesuaikan disini | | | | | | | |
| | | justru pegawainya dulu rundingan sama anaknya | | | | | | √ | |
| | | ya itu kemauan kamu sendiri..terserah (kata keluarga kepada salah satu partisipan) | | | | | | | √ |
| keihklasan menerima kondisi hidup | kepasrahan lansia menjalani kehidupan | sesuai dengan apa namanya... keadaan hidup saya | | | √ | | | | |
| | | Itu memang saya harus disini mas | | | √ | | | | |
| | | alasan saya disini saya sudah merasa S3, sampon, sepuh, saestu (sudah tua sekali) | | | | | | √ | |
| | | disini itu sebagai camat! jadi cari ketenangan, camat (calon mati) | | | | | | √ | |
| | | jadi disini saya tinggal menanti ketenangan | | | | | | √ | |
| | | yo kalau dulu yah baik..cuman, akhir-akhir ini gara-gara apa gitu, | | | √ | | | | |
| | | nggak tau yah..pokoknya yah memang aku seng salah orang tua | | | | | | | |
| | | ya udah, aku pergi aja..ngapain aku tinggal disitu.. | | | √ | | | | |
| | | mau kemana-mana aja..kolong jembatan juga gak apa-apa | | | | | | | |
| ketersediaan jaminan sosial untuk lansia | kebutuhan lansia ditanggung pemerintah | semua kebutuhan lansia sudah terjamin dari pemerintah, dari sabun mandi, makan, minum, kesehatan, pakaian | | | | | | √ | |
| | | jadi kalau saya ikut di panti yang ikut negara..saya tau mas, gak ada istilah untung rugi | | | | √ | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|---|--|---|---|---|--|---|---|---|
| | | | jadi saya tinggal disini itu, juga saya sudah setuju sekali karena tempatnya juga enak | | | | | | √ | | |
| | | | pokoknya saya bebas disini gitu loh | | | | | | √ | | |
| | | | yo bebas segala-galanya..mangannya (makannya), tidurnya, terus kesehatannya | | | | | | √ | | |
| | | | segala apa sudah ada gitu..sudah..kesehatan terjamin, pakaian juga tiap tahun dikasi yang baru | | | | | | √ | | |
| | | | terus disana itu apa-apa tuh terjamin | | | | | | | √ | |
| kelemahan struktur kekuatan keluarga keluarga | konflik keluarga | perpisahan dengan keluarga inti | jauh bukan dalam arti kata saya itu pergi tanpa pamit mas.... dengan pekerjaan saya itu, oleh karena saya diusir oleh istri | | | | √ | | | | |
| | | | itu...itu... karena perselingkuhan..terus....(berpikir lama) | | | | √ | | | | |
| | | | yah baik..terus akhir-akhir ini yah gak tau salah saya | | √ | | | | | | |
| | | | tapi saya gak punya anak..jadinya saya cerai sama suami saya | √ | | | | | | | |
| | | | jadi saya sudah ditinggal lama | | | | | | √ | | |
| | | | yo aku sakit atilah | | √ | | | | | | |
| | | | yang kamu tangisi siapa..(berbicara dengan dirinya sendiri).. anak tinggal anak..tapi kalau udah gede gini orang lain yang haoh | | √ | | | | | | |
| | | | jaman di Jakarta kalau aku dapat uang aku mesti pulang tak kasi uang | | √ | | | | | | |
| | | | gak cerai..ditinggalkan begitu saja | | | | | | | √ | |
| | | | saya dimadu gak mau..saya jadi pisah | | | | | | | | √ |
| | | ya pisah..wong dia ngikut neneknya di Bandung | | | | | | | | √ | |
| | | lansia merasa diabaikan | | kalung yah mau.. make tuh mantuku!!..lama-lama gak tau..cuek | | √ | | | | | |
| | | | | kakak laki gak setuju kalau aku tinggal disini | | √ | | | | | |
| istrinya si Ulin, anakku khan namanya Ulin Marliantoro, ngomongnya begini..begini...begini | | | | √ | | | | | | | |
| | | | kakakku yang perempuan, aku boleh tinggal situ tapi | | √ | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|---------------|------------------------------------|-------------|--|---|---|--|---|--|---|--|--|
| | | | | | gak boleh lama hanya 3 hari | | | | | | | | |
| | | | | | yo pikiran itu, sok kadang-kadang gini! Ya ampun anakku sukses, seng kenapa kok tega temen, tega nian sama aku sampai gak boleh tinggal disana gitu.. | √ | | | | | | | |
| | | | | | “lebih susah ngurusin orang tua..enak ngurusin bayi”..katanya gitu.. | √ | | | | | | | |
| | | | | | aku khan ini pegawai!!!,,manajer!!!...masa kanjen ngurusin nenek-nenek orang tua (perkataan mantunya menurut partisipan) | √ | | | | | | | |
| 2 | masalah lansia selama di panti | masalah fisik | masalah sistem muskulo skeletal | gejala gout | sakit..sakit ini..kaki kiri kanan itu sakit (memegangi lututnya) | √ | | | | | | | |
| | | | | | rasanya itu kalau buat jalan..kalau ditekan ngilu | √ | | | | | | | |
| | | | | | tapi kalau yang ini selonjor lama rasanya kayak nyut-nyut | √ | | | | | | | |
| | | | | | ini memang saya punya asam urat disini ini | | | | | | √ | | |
| | | | | | itu suka pegel, suka senut..senut gitu | | | | | | √ | | |
| | | | | | rasanya seperti jarumnya banyak banget dicocol-cocol (ditusuk-tusuk) | √ | | | | | | | |
| | | | | | terus bengkok dari kaki sampai kepala yah | | | | | | √ | | |
| | | | masalah sistem kardio respiratorik | gejala asma | ya itu..hanya pegel-pegel | | | | | | √ | | |
| | | | | | seperti saya sering masalah sakit pinggang | | | | √ | | | | |
| | | | | | ya pinggang,....dari duduk untuk berdiri itu,.. sakit | | | | √ | | | | |
| | | | | | paling kaki ini aja..masih rasa sakit ini | √ | | | | | | | |
| | | | | | pegel, pinggangnya pegel sekali | | | | √ | | | | |
| | | | | | napas saya sampai sesak..saya punya penyakit sesak gitu | √ | | | | | | | |
| | | | | | ada pikiran tambah pikiran sedikit saja, ada masalah sedikit saja, pasti terus sesak napas saya gitu.. | √ | | | | | | | |
| | | | | | saya kalau terserang penyakit asma gini, sesak napas | | | | | | √ | | |
| batuk | dada tersengal-sengal tapi belum pernah keluar keringat dingin | | | | | | √ | | | | | | |
| | hari rabu itu toh ada periksa, periksa sakit apa..saya sakit batuk | | | | | √ | | | | | | | |
| | terus khan batuknya bunyi..ngik-ngik | √ | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|-------------|--|---|---|--|---|---|---|---|---|
| | | hipertensi | tapi sekarang ini mbahnya khan mau cabut gigi ini..satu.. (menunjukkan giginya yang bolong)...udah hampir sebulan ini tensinya tuh 150, 160 saja | √ | | | | | | | |
| | masalah sistem sensoris | penglihatan | terus ini mata agak lamur | | √ | | | | | | |
| | | | air mata suka keluar | | √ | | | | | | |
| | | pendengaran | budeg | | √ | | | | | | |
| | masalah pola tidur | susah tidur | kalau malam susah tidur | | √ | | | | | | |
| | | | saya gak bisa tidur, jam 11 bangun | | | | | | | √ | |
| masalah psikososial | masalah psikis | ansietas | ya itu, saya itu bingungnya kok tinggal aja disini, gimana yah nantinya | √ | | | | | | | |
| | | | dulunya saya ya..yoh 2 hari 3 hari gak kerasan yo..pokoknya yo gimanalah...temen..barulah..itu anu suaranya gede..gede | | | | | | √ | | |
| | | | saya dengar-dengar itu kalau di panti itu,... harus membayar 1 juta 500 sebulan | | | | | √ | | | |
| | | | yang kita pikirkan, apa kegiatannya panti ini,... nanti saya selama saya disini itu | | | | | √ | | | |
| | | | ya pusing sebentar...terus pokoknya saya gak bisa tidur | | | | | | √ | | |
| | | | pikirkan tapi tidak begitu dalam mas | | | | √ | | | | |
| | | | di wisma itu ada 12 org, jadi 12 orang khan wataknya juga 12 watak | | | | √ | | | | |
| | | perasaan | terus aku kok kepengen kangen kakak saya...kepengen | | | | | | √ | | |
| | | kehilangan | makanya badannya saya kurus sekarang..ponakan saya itu tau loh.. | | | | | | | | √ |
| | | | tante kok iso kurus? Yah karena kurang duit..saya cuma gitu aja | | | | | | | | √ |
| | | | ya gimana..ya kepikiran..manusia itu khan gak pegang duit gimana sih ...kita mau nyuri, gak biasa nyuri...lah gimana.. terpaksa diam, kadang-kadang gitu.. | | | | | | | | √ |
| | | | sedih disini sudah gak bisa nyari duit | | | | | | | | √ |
| | | | ya memikirkan...kenapa sih anak saya lama gak kesini-sini | | | | | | | √ | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|---|---|---|
| | ya merenung...ya itu memikirkan anak saya... kok gak kesini-sini kenapa yah | | | | | | √ | |
| | anak tinggal anak, orang tua sudah gak ada | | √ | | | | | |
| | tadinya itu....kok saya tinggal di sini? saya di jalanan...pak | √ | | | | | | |
| | kalau keluarga ada kerinduan..ada kerinduan | | | √ | | | | |
| perasaan tidak berdaya | jadi saya kumpul disini sudah..yah saya sudah tua.. masuk sini sudah tua | | | | | | | √ |
| | pikir saya gitu..dulu kok gak kayak gini.. sekarang saya sudah tua alami kayak gini | | | | | √ | | |
| | masalahnya, kadang-kadang malam itu tidurnya kurang karena saya mikir..wah, kok begini orang gak punya anak ini beginilah | | | | | | | √ |
| | ya udah saya disini merasa dimusuhin gitu loh | √ | | | | | | |
| | terus akhirnya kok lama-lama ada masalah dikit aja di sini.. kok kambuh lagi | √ | | | | | | |
| | tapi apa boleh buat namanya saudara tinggal saudara.. orang tua dah meninggal semua..udalah | | √ | | | | | |
| | betah nggak betah tinggal disini..mati hidup aku disini.. | | √ | | | | | |
| | gak usah..gak usah dipikirin, didatangi, ditengokin syukur, gak..syukur deh.. biarin aja | | √ | | | | | |
| | nasib wong harus sabar..harus nerima..harus tabah | | √ | | | | | |
| | kepengen megang duit | | | | | | √ | |
| | mungkin kerinduan saya gak nyampe | | | √ | | | | |
| | pasrah kepada yang Maha Kuasa kalau terjadi apa-apa itu | | | | | | √ | |
| | saya gak punya anak, gak punya suami | √ | | | | | | |
| | itu saya sudah gak punya apa-apa | | | | | √ | | |
| | wong wong salah...jadi aku acuh tak acuh | | √ | | | | | |
| terus pasrah apa adanya kepada panti | | | | | | √ | | |
| yang sekarang ini mungkin cobaan Allah itu terhadap saya | | | | | | | √ | |

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--|---|---|--|---|--|--|---|---|
| | | yang harus saya inilah | | | | | | | | |
| | depresi | kadang-kadang alah..kayak orang gila...udah..jangan dipikirin | | √ | | | | | | |
| | | pikiran saya sendiri, nama saya tak sebut sendiri.. | | √ | | | | | | |
| | | gak usah dipikirin..kamu harus sabar | | | | | | | | |
| | | masuk di abiyoso, saya damai, senang, sampai mati..tapi setelah masuk wisma itu gak ada keteduhan, kedamaian saya | | | | √ | | | | |
| | | orang dari Bantul..eh, dari Jogja..dari Kraton.tapi masih gadis, sudah tua, sudah..orangnya sakit saraf (mengungkapkan sikap kekesalannya) | √ | | | | | | | |
| | | opo itu, sekarang udah 4 bulan ini tekanan batin,..... | √ | | | | | | | |
| | | kayak orang tertekan gitu | | | | | | | | |
| | | kadang-kadang..!! yo..alah..masa bodoh..udah..gitu aja | | √ | | | | | | |
| masalah sosial atau berhubungan dengan orang lain | kepribadian tertutup | di rumah itu, kita khan ngobrol dengan saudara itu santai.. | | | | | | | | √ |
| | | kalaupun disini khan jarang kita ngobrol-ngobrol | | | | | | | | √ |
| | | ada satu yang dulunya nyakiti hati saya.. | | | | | | | | √ |
| | | sampai sekarang saya gak mau bicara | | | | | | | | √ |
| | | saya dari dulu tertutup sih gak mau | | | | | | | | √ |
| | | didiamin sampai berapa bulan | | √ | | | | | | |
| | | untuk mengatasi ketidaknyamanan itu, saya selalu menghindar | | | | √ | | | | |
| | | saya tahan aja gitu..saya diam.. tapi diamnya itu, diam mikir gitu | √ | | | | | | | |
| | | saya jadi malas itu bergaul dengan teman-teman di luar wisma | | | | | | | √ | |
| | | laah yang dikatakan gak ada manfaatnya | | | | | | | √ | |
| | | saya diamin aja | | | | | | | | √ |
| | | sampai sekarang saya gak mau bicara | | | | | | | | √ |
| | sikap bermusuhan | soalnya ada yang orang baru (lansia),... | √ | | | | | | | |
| | | tapi disini itu koyok sebagai musuh | | | | | | | | |
| | | katanya saya nyolong nasi..ambil nasi punya bagian orang.. | √ | | | | | | | |
| | | jadi lawan, jadi musuh, saya bilang gitu aja | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--|---|--|---|--|--|---|--|---|---|
| | | nggak..jadi masuk di pikiran...bodohlah..ditanya, aku sampe mutar... | | √ | | | | | | | |
| | | nggak bakalan nanya..nggak apa-apa | | | | | | | | | |
| | | terus saya ngambil dikira saya ambil punya orang..rasa saya khan | √ | | | | | | | | |
| | | jadinya lama-lama khan malu | | | | | | √ | | | |
| | | lebih lama daripada saya disini baru tujuh hari..tapi saya pernah dimarahi yang sudah lama disini | | | | | | √ | | | |
| | | suara teman sesama di wisma itu, yang lebih keras | | | | | | √ | | | |
| penyebab masalah psikososial | perlakuan teman | saya shalat, dikira kita omongin sama dia | √ | | | | | | | | |
| | | kita kerja apa aja dikira dimarahin sama dia | √ | | | | | | | | |
| | | marah-marah, misalnya kita ngobrol-ngobrol ama teman-teman ya mbah itu tadi, terus tadi malam juga dia ribut sama mbah itu | √ | | | | | | | | |
| | | saya itu, kalau disindir-sindir gak mau | √ | | | | | | | | |
| | | nerimanya itu kasar | √ | | | | | | | | |
| | | air podoan..tak ambilin, marah-marah | | √ | | | | | | | |
| | | terus ada yang baik ada juga yang jahat | | √ | | | | | | | |
| | | nonton TV setengah enam dimatiin | | √ | | | | | | | |
| | | menghina orang, misalnya orang ini kok begini-begini | | | | | | | | √ | |
| | | tapi kasar itu, nadanya itu kasar | | | | | | | | | √ |
| | | saya bukan ini, tapi jangan nusuk perasaan orang | | | | | | | | | √ |
| | | masalah administrasi yg mempengaruhi psikososial secara tidak langsung | | disini kalau gak ada yang jemput, gak boleh pulang | √ | | | | | | |
| gak boleh pergi kemana-mana | | | | √ | | | | | | | |
| kita kalo ke rumah anak saya, aku harus minta surat dulu sama kepala kantor | | | | √ | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|---|--|
| kemampuan berespon terhadap masalah di panti | yah semua gak bekerja tuh terima apa adanya, kehendak yang maha kuasa | | | | | | √ | |
| | cara saya gini mas..sesuai dengan kemampuan saya.. saya tonjolan mas | | | √ | | | | |
| | saya liat TV di lain tempat wisma, kadang-kadang baca eh buku, kadang-kadang mengobrol, konseling gitu | | | √ | | | | |
| | ya udah..kupijitin..kugosokin minyak apa.. minyak kayu putih.. apa minyak remason..apa bawa kamar mandi rendam air panas | | √ | | | | | |
| | saya tinggal menyontoh pada yang sudah lama-lama | | | | √ | | | |
| | asal saya tabah karena satu wisma itu berbagai perangai.. berbagai pendapat gitu | | | | | | √ | |
| | saya waktu selama di panti ini kegiatannya panti apa saja asal saya kuat dan dapat kita jalani, kita angkat | | | | √ | | | |
| | masalah teman-teman itu podo ada yang ngomong kasar- kusuk itu, gak saya perhatikan | | | | | | √ | |
| | kalau saya mungkin dari pegawai-pegawai itu menerima apa ndak..kehadiran saya | | | √ | | | | |
| | kalau bisa saya itu, walaupun keadaannya gak sempurna, diterima gitu loh mas | | | √ | | | | |
| tidak adanya dukungan untuk lansia | tapi saya cuek kok, biarin dah yang penting saya teman satu-satunya adalah buku | | | | | | √ | |
| | kalau dari anak saya langsung..itu enggak ada reaksi mas | | | √ | | | | |
| | sampai sekarang aku disini, dia juga gak harap nelpon kesini... yo enggak..datang juga enggak.. | | √ | | | | | |
| | nawarin makan juga enggak..seng ngasi paling anak saya..ngasi duit | | √ | | | | | |
| | lah enggak ngomong apa-apa..ya gimana aku bisa ngerti.. gak ngomong apa-apa..gak ngasi saran,, atau apa..apa..gitu..enggak | | √ | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------|----------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| | | | | ndak..ndak tampak keluar air mata..ndak merangkul dengan ayahnya | | | √ | | | | |
| | | | | udah lama....belum apa..ada datang kesini | √ | | | | | | |
| | | | | anak saya gak mau...mungkin malu kali sama saya.. nggak pernah kesini | | √ | | | | | |
| | | | | yah anakku gak pernah kesini | | √ | | | | | |
| | | | | nggak ada..6 bulan sudah mau lebih..udah mau habis | | √ | | | | | |
| | | | | suami istri sama aja | | √ | | | | | |
| | | | | waktu ngobrol-ngobrol itu, ndak tuh mas..cuma diam aja... saya gobrol sama anak menantu itu | | | √ | | | | |
| | | | | pesan dari anak saya pribadi yah, gak ada... kalau pesan dari anak menantu itu ada | | | √ | | | | |
| | | | | belum ada yang telepon...soalnya belum tahu nomor telepon di sini | √ | | | | | | |
| | | | | nggak, nomor teleponnya juga aku gak minta..buat apalah.. ditengokin syukur, gak..syukur deh | | √ | | | | | |
| | | | | enggak kirim surat, enggak datang, ya lebih baik saya HP.. kalau di HP malah cepat | | | | | | √ | |
| | | | | sono belum kesini kok..jadinya sono tenang-tenang kiranya loh | | | | | √ | | |
| | | | | waktu kesini ada ketakutan..ada ketakutan | | | √ | | | | |
| | | | | justru malah anak saya sendiri malah ndak tanya seperti itu | | | √ | | | | |
| | | | | nengok saya belum | | | | | √ | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 3 | dukungan yang diterima lansia | Sumber dukungan | keluarga | anak dan cucu | anak saya bersama suaminya anak saya dan cucu saya | | | √ | | | |
| | | | | | ya hanya anak saya aja,,.kalau cucu dan mantu kalau lebaran | | | | | √ | |
| | | | | saudara dan keponakan | ponakan saya dari Jakarta | √ | | | | | |
| | | | | | sama adek sekali | √ | | | | | |
| | selama | | | | terus kakak saya waktu kita sakit..sama anaknya dua | √ | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|------------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|---|---|
| di panti | | | adek saya sama kakak saya dengan..suaminya adek saya tadi | | | | √ | | | | |
| | | | adek yang datang kesini... | √ | | | | | | | |
| | pihak panti | petugas panti | ibu-ibu panti disini sabar-sabar sekali | | | | | | √ | | |
| | orang lain | mahasiswa | ada... mbak akper-akper itu | | | | | √ | √ | | |
| | | tamu | | malah kebetulan disini ada tamu banyak saya justru membuka-buka | | | | | | √ | |
| jenis dukungan | integrasi sosial | rasa kebersamaan atau persaudaraan | ya saya belikan untuk yang saya senangi | | | | | | √ | | |
| | | | anak saya bagus, mantu saya juga bagus | | | | | | √ | | |
| | | | sepertinya sama saja tuh..gak ada yang akrab sekali | | | | | | | √ | |
| | | | itu memang saudara saya baik sama saya | | | √ | | | | | |
| | | | baik itu ponakan saya | | | | | | | | √ |
| | | | semua yang di wisma ini apalagi satu panti, saya anggap saudara sendiri | | | | | | √ | | |
| | | | banyak saudaranya dan di wisma ini sudah saya anggap semua saudara | | | | | | √ | | |
| | dukungan emosional | frekuensi kunjungan | | nengokin sekali | √ | | | | | | |
| | | | | udah 3 kali | | | | √ | | | |
| | | | | keempat kali sampe sekarang sekali...itu selama 3 jam | | | | √ | | | |
| heeh..aku sering sana | | | | | √ | | | | | | |
| empati | | | | kalau saudara saya menengok sini sewaktu-waktu asal ada waktu | | | | | √ | | |
| | | | | gini mas, dari masalah keramah tamahan pegawai-pegawai | | | | √ | | | |
| | | | | biasanya itu kalau kenaikan kelas, ujian kelas, itu akhir sekolah itu, | | | | √ | | | |
| perhatian | | | itu kadang-kadang suka peduli mas | | | | | √ | | | |
| | | | perduli berkunjung di panti..itu kadang-kadang suka memberi. yang terakhir itu memberi selimut | | | | √ | | | | |
| | | | keadaan sehat itu sudah senang sekali dan | | | | | √ | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|---|--|---|---|
| | | terus saya sok kadang mengikuti program radio suara Gadjah Mada...mengisi hari ibu | | | | | | | √ | |
| dukungan materi | uang | ponakan saya yang baru datang dari Jakarta bawain jeruk..... | √ | | | | | | | |
| | | terus ninggalin uang..ninggalin uang 50 satu orang | | | | | | | | |
| | | ngasi uang ..gak bawa apa-apa..ngasi uang 50 | √ | | | | | | | |
| | | pertama kasi 500, kedua 400, ketiga 350 | | √ | | | | | | |
| | | enggak dibawain apa-apa hanya duit | | | | | | | √ | |
| | | ya, ada yang bawa oleh-oleh, kadang-kadang gak bawa apa-apa,.. | | | | | | | | √ |
| | | cuma nanti pulang ninggalin duit | | | | | | | | √ |
| | tapi kalau ponakan saya kesini, saya dipegangi duit gitu | | | | | | | | √ | |
| | makanan dan souvenir | beliin pisang dua kali | √ | | | | | | | |
| | | ya bawa snack | | | | | √ | | | |
| kalau saudara saya itu mesti bawa oleh-oleh snack | | | | | | √ | | | | |
| bawa malah meninggal oleh-oleh itu..berupa makanan dan duit | | | | | √ | | | | | |
| apalagi kue-kue snack-snack seringkali dapat tamu | | | | | | | | | √ | |
| bawa snack bawa itu | | | | | | | | | √ | |
| dukungan layanan | peralatan dan pelayanan | ada sabun untuk nyuci untuk mandi dikasi | √ | | | | | | | |
| | | ada baju dikasi tiap tahun tiap mau Idul Fitri tiap mau lebaran dikasi | √ | | | | | | | |
| | | itu seperti sandal putus tinggal minta, sabun habis tinggal minta | | | | √ | | | | |
| | | terus kita mau apa..pakaian dikasi | | | | | | | | √ |
| | | ada kerawitan..nyanyi itu..kalau hari senin, selasa, rabu, kamis, jumat, sabtu, ada senam di depan | | | | √ | | | | |
| | | dapat...tiap rabu itu dapat..khan disini tiap rabu ada dokter | √ | √ | | | √ | | | |
| | | disini makannya juga terjamin kok | | √ | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|--|---|---|---|---|--|---|---|
| | | | | | terus bikin taplak..apa..sulak meja dari tali rafia | | √ | | | | | |
| | | | | | disini gak lapar..cukup..bahkan lebih dari cukup | | | √ | | | | |
| | | | | | habis ini khan ada perawat mas 24 jam tanpa bolong | | | √ | | | | |
| | | | | | dikasi obat..apa keluhannya.. gitu....langsung dikasi | | | √ | | | | |
| | | | | | kalo hari rabu dan Jumat, saya keterampilan bikin keset | | | | √ | | √ | |
| | | | | | kalo hari senen dan kamis, saya pengajian di aula | | | | √ | | √ | |
| | | | | | hari sabtu dan selasa, turut bernyanyi-nyanyi bersama | | | | √ | | | |
| | | | | | hari senin sampai hari sabtu full senam | | | | | | √ | |
| | | | | | hari selasa disko-disko, dansa-dansa | | | | | | √ | |
| | | | | | ya terjaminnya makan dah 3 kali | | | | | | | √ |
| | | | dukungan informasi | nasehat | disini harus kerasan bilang gitu | | | √ | | | | |
| | | | dukungan informasi | umpan balik | lantas gimana keluhannya sakitnya asam urat | | | | √ | | | |
| | | | | | nyatanya sering menengok saya, menanyakan kesehatan saya | | | | √ | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 4 | makna dukungan keluarga | dukungan memberikan kesenangan batin | mendapatkan hal yang positif | mendapatkan kunjungan | ya senang pikirannya kalau ditengok sama keluarga | √ | | | | | | |
| | | | | | senang sekali..masih sering suka menengok sini itu... | | | | √ | | | |
| | | | | | yo..masih mengharapkan saya gitu, masih nengok, mau menjenguk saya..saya juga senang | | √ | | | | | |
| | | | | | soalnya terima kasih bisa ketemu sama saudara...soalnya disini mau pulang secara kebetulan aja ditengok sama saudara | √ | | | | | | |
| | | | | | khan ada yang dikunjungi sama anak..sama saudaranya | | | √ | | | | |
| | | | | | bisa nengok saja sudah Alhamdulillah | | | | | | | √ |
| | | | mendapat perhatian dari keluarga | | dia itu perhatian sama saya itu, yah perhatian | | | | | | | √ |
| | | | | | <i>gelantes gak gelantes (kasihan gak kasihan)..</i> | | √ | | | | | |
| | | | | | dikira yo apa boleh buat,,segitu aja | | | | | | | |
| | | | | | saya ganggu itu gak mau..dan dia khan nanti mikir.. wah tante kok butuh duit | | | | | | | √ |

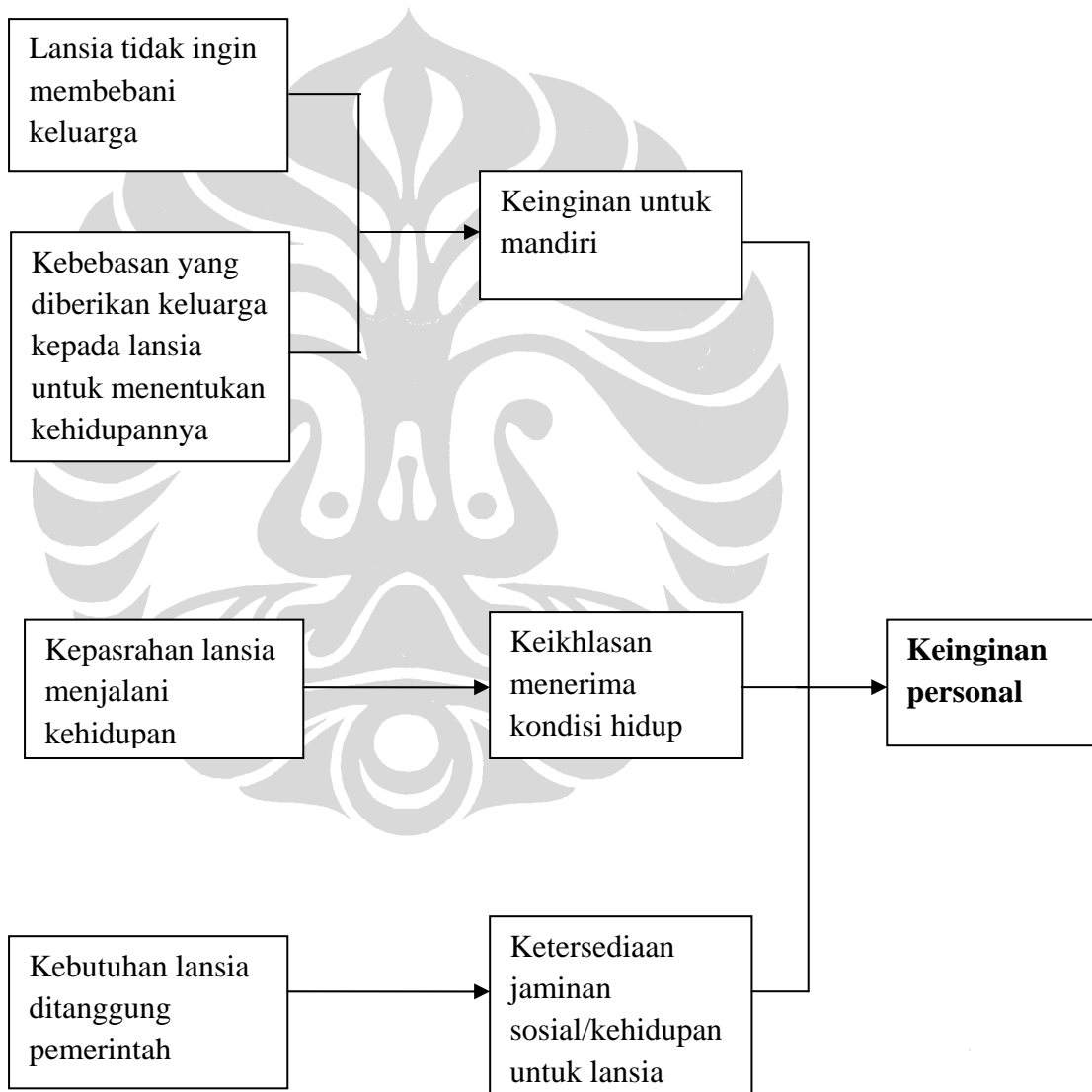
| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | ya itu namanya perhatian sama kita..ngasi perhatian gitu.. kalau enggak perhatian khan gak mungkin ninggalin saya apa gitu | | | | | | | | √ |
| | gak bisa menikmati saya, kecuali kalau anak sering kesini dua kali atau tiga kali saya bisa menikmati | | | √ | | | | | |
| memenuhi | ngasi uang gak ngasi uang yo senang | √ | | | | | | | |
| kebutuhan | ada kasih gini..anak misalkan membawa uang apa membawa jajan.. | | | √ | | | | | |
| hidup lansia | itu merupakan wujud kasih | | | √ | | | | | |
| | memang disini gak boleh berkarya mas..tapi walaupun tanpa uang, saya damai | | | √ | | | | | |
| | senang saya..terus ditensi, terus ibu dikasi apa itu.. timbangan | | | | | | √ | | |
| | dikasi makanan..barang dikasi dulu dikasi selimut, dikasi gelas, wedak, sabun, komplet...sampo..dulu | | | | | | √ | | |
| | gak usah bawain apa-apa. aku juga senang | | √ | | | | | | |
| | kesini tanpa membawa apa-apa itu kok istilahnya kebagian separuh | | | √ | | | | | |
| | kalau hanya nengok gak ninggalin.. gak apa itu | | | | | | | | √ |
| | dia sudah mikir nantinya tante kalau meninggal juga gak bakalan di panti | | | | | | | | √ |
| memberikan | seperti artinya menolong kehidupan saya memanjangkan umur saya | | | | | √ | | | |
| perasaan | ya penting karena untuk menambah semangat untuk ketenangan jiwa | | | | | | | √ | |
| positif bagi lansia | bisa merasakan gitu loh, berarti kehangatan, kerinduan anak seperti itu | | | √ | | | | | |
| | penting mas..perlu..penting..jadi untuk apa.. meneguhkan supaya gak ada apa namanya, kecemburuan sosial | | | √ | | | | | |
| | itu pandangan saya justru malah ada rasa kasih mas | | | √ | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------|---|---|---|---|---|--|---|--|
| | | | istilahnya membuka lembaran yang baru | | | √ | | | | |
| | | | kalau ada orang lain nyuruh, gak ada artinya untuk datang kesini | | | √ | | | | |
| | | | ya supaya anak cucu saya itu bahagia dan dekat kepada saya... dan selalu ingat kepada saya | | | | | | √ | |
| | | perasaan | kepengennya mau ketemu sama anak-anak | √ | | | | | | |
| | | rindu | kepengen ketemu satu persatu.gitu, giliran khan.. tahun kapan bulan kapan | | √ | | | | | |
| | | | saya udah rindu sama anak-anak | √ | | | | | | |
| | | | dalam artian terima itu saya juga ada kerinduan tapi saya gak punya ongkos | | | √ | | | | |
| | memberikan | penghargaan | nggak usah bawa apa-apa...ditengokin aja udah syukur.. | | √ | | | | | |
| | penghargaan | yang tulus | kesininya itu jangan ada disuruh kemari mas...biar kehendak sendiri | | | √ | | | | |
| | terhadap | | itu posisi anak harus menghargai dan harus menghormati orang tua | | | √ | | | | |
| | lansia | | saya mengharapkan gini...anak itu..bagaimana kabar bapak, kok bisa disini | | | √ | | | | |
| | | | harapan saya kalau sekiranya anak itu ada kerinduan pada orangtua..ya..sejelek mungkin sebagai orang tua..hormatilah | | | √ | | | | |
| | mempersiapka n | pikiran | pokoknya menetap disini sampai saya mati disini | | | | √ | | | |
| | dan mengantar | menjelang | saya mau malah kalau sewaktu-waktu dapat panggilan Ilahi, mohon dikebumikan disini aja | | | | | | √ | |
| | lansia ke | ajal | dipasrahkan sama keluarga yang masih bertanggung jawab, dikubur...di kampung saya sana | | | | √ | | | |
| | peristirahatan | | | | | | | | | |
| | terakhir | | | | | | | | | |

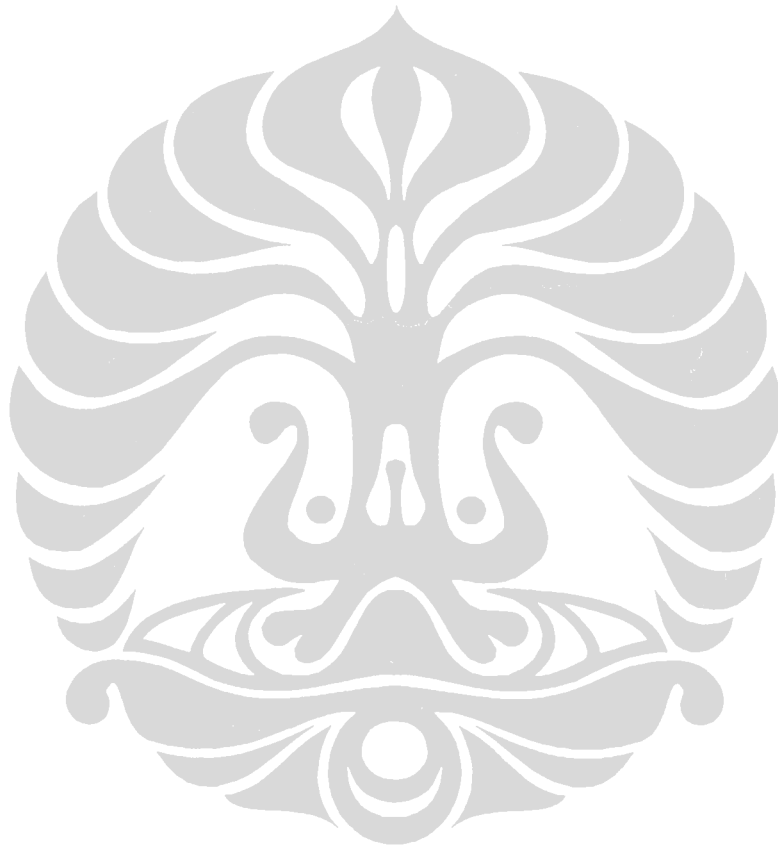
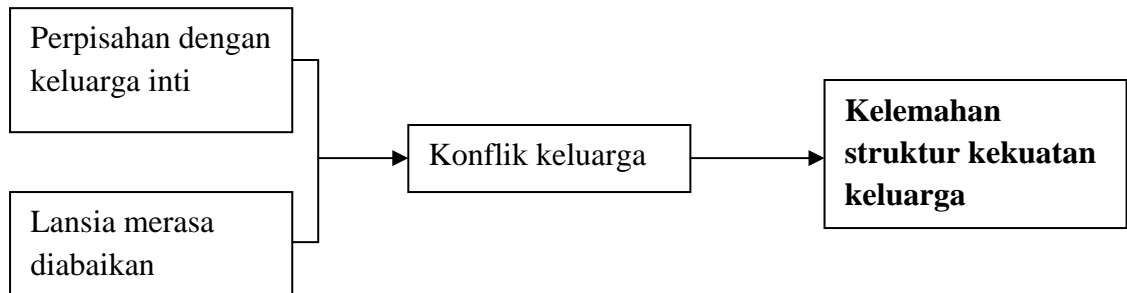
SKEMA TEMA
PENGALAMAN LANJUT USIA MENDAPATKAN
DUKUNGAN KELUARGA

A. Tujuan Khusus 1 : Alasan Lansia Tinggal di Panti Wredha

Tema 1 : keinginan personal

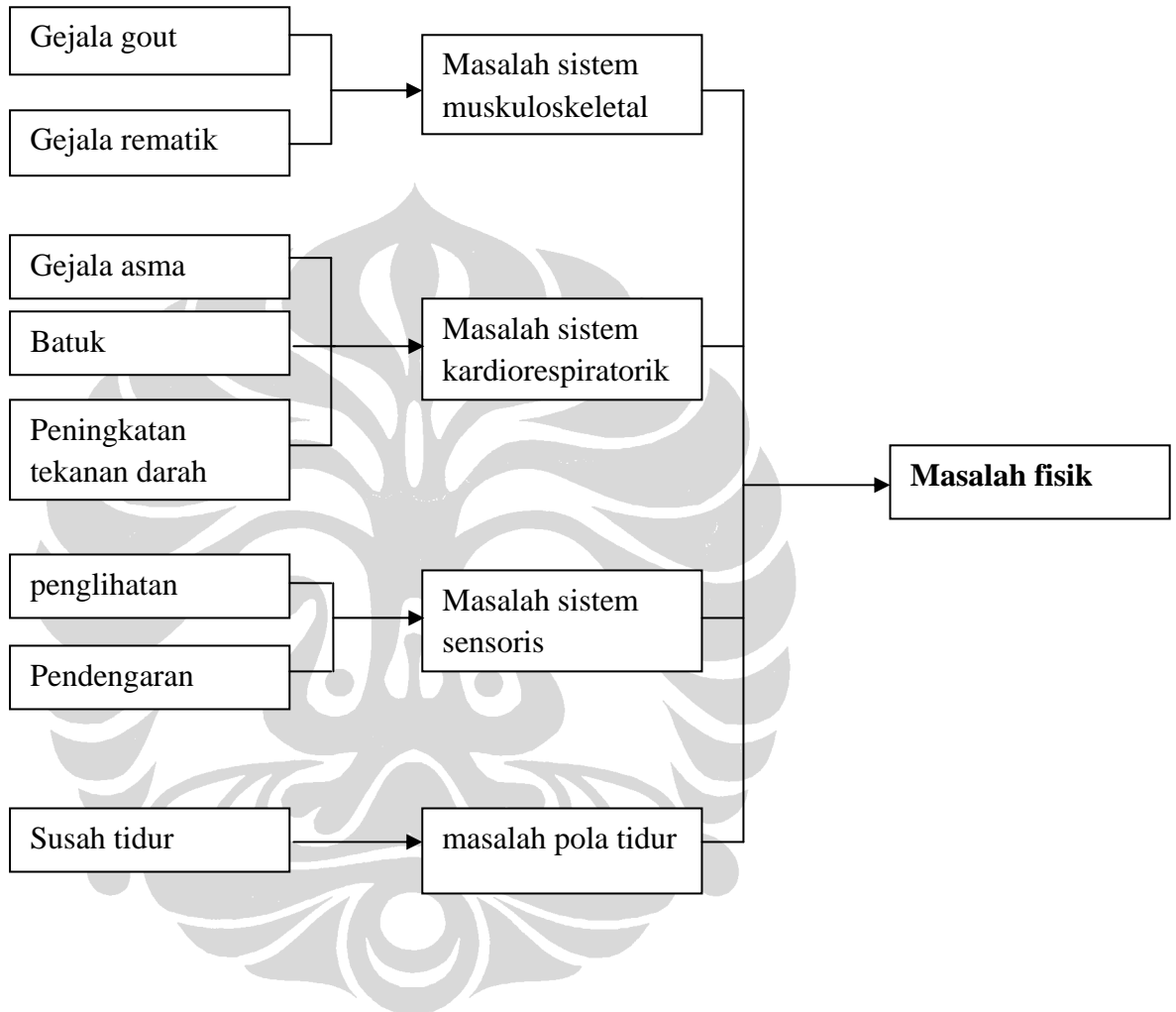


Tema 2 : kelemahan struktur kekuatan keluarga

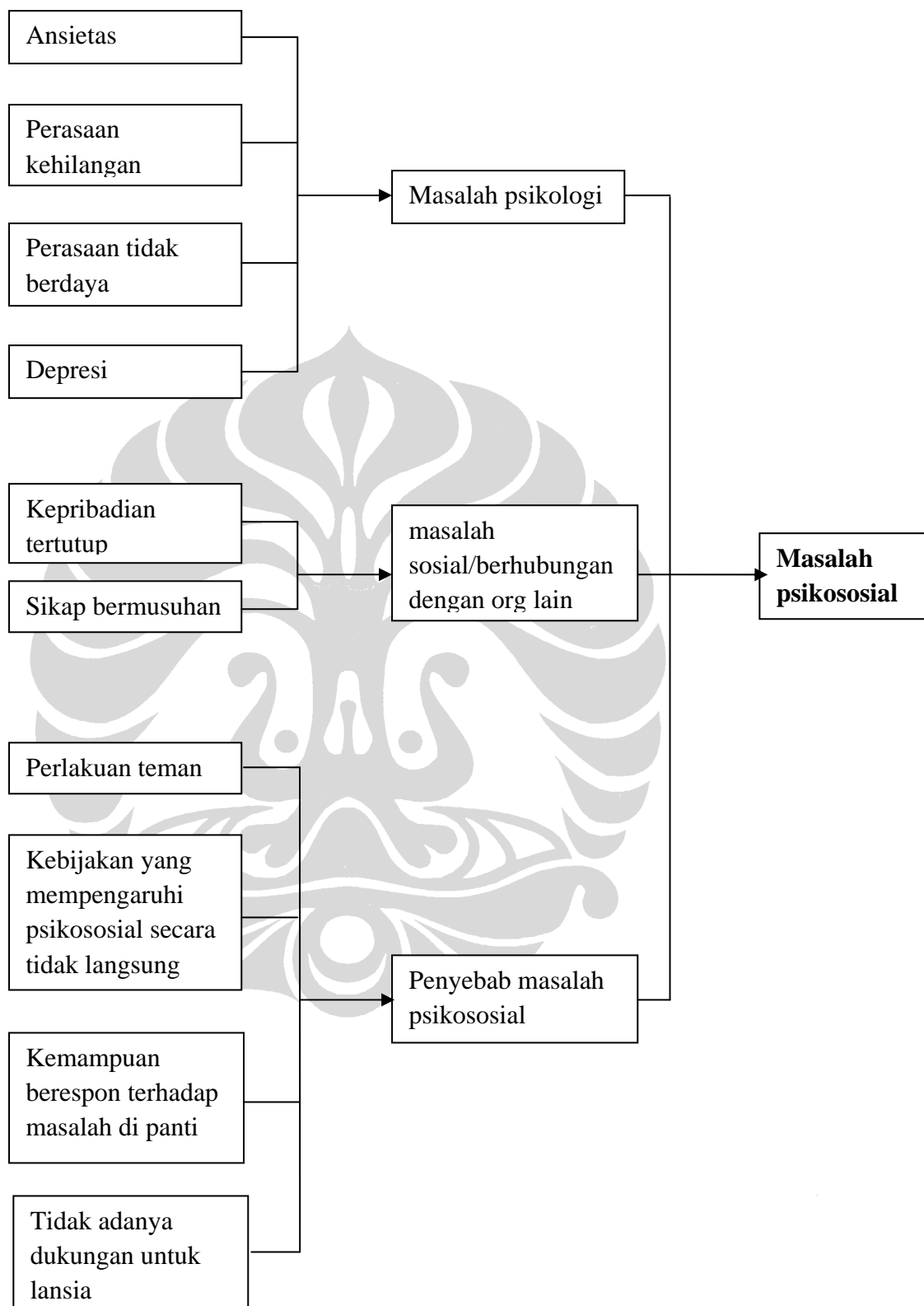


B. Tujuan Khusus 2 : Masalah Yang Dialami Lansia Selama di Panti Wredha

Tema 1 : masalah fisik

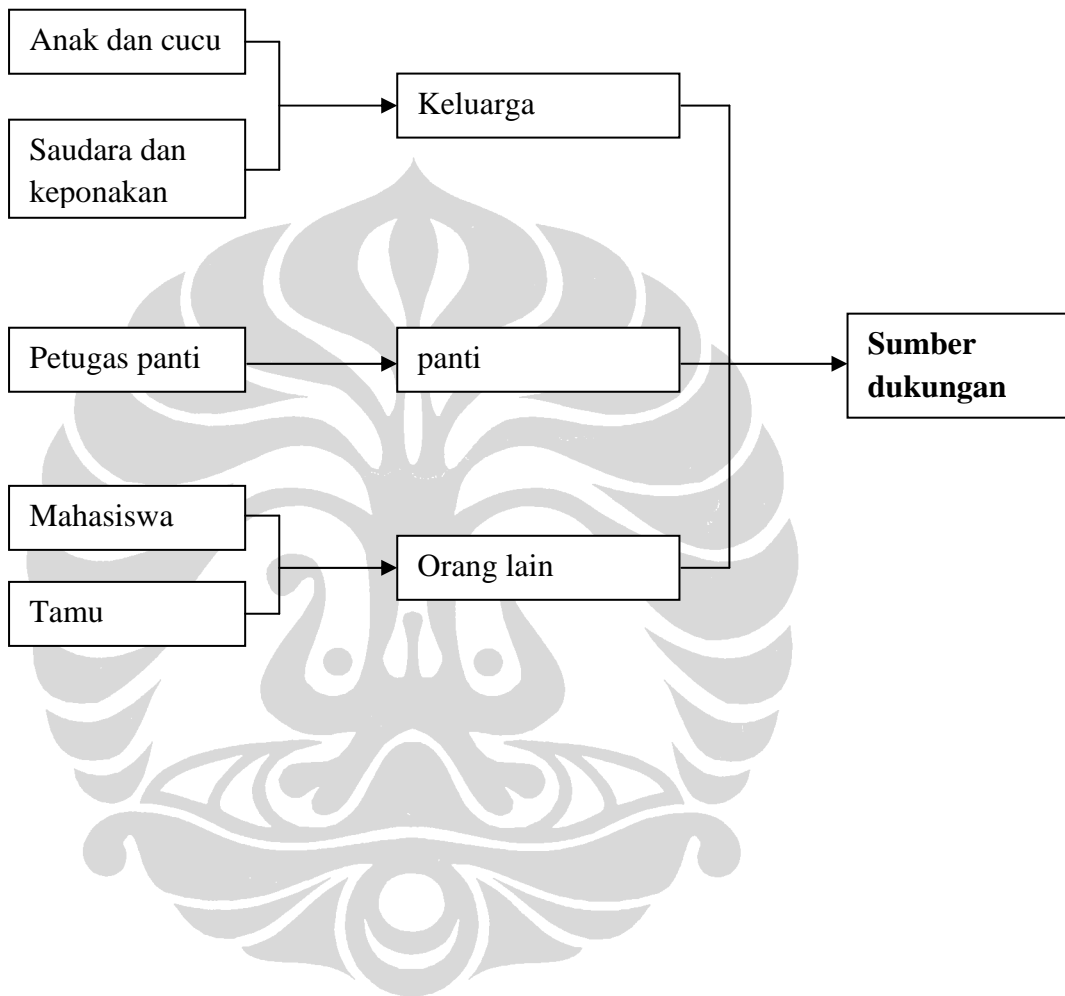


Tema 2 : masalah psikososial

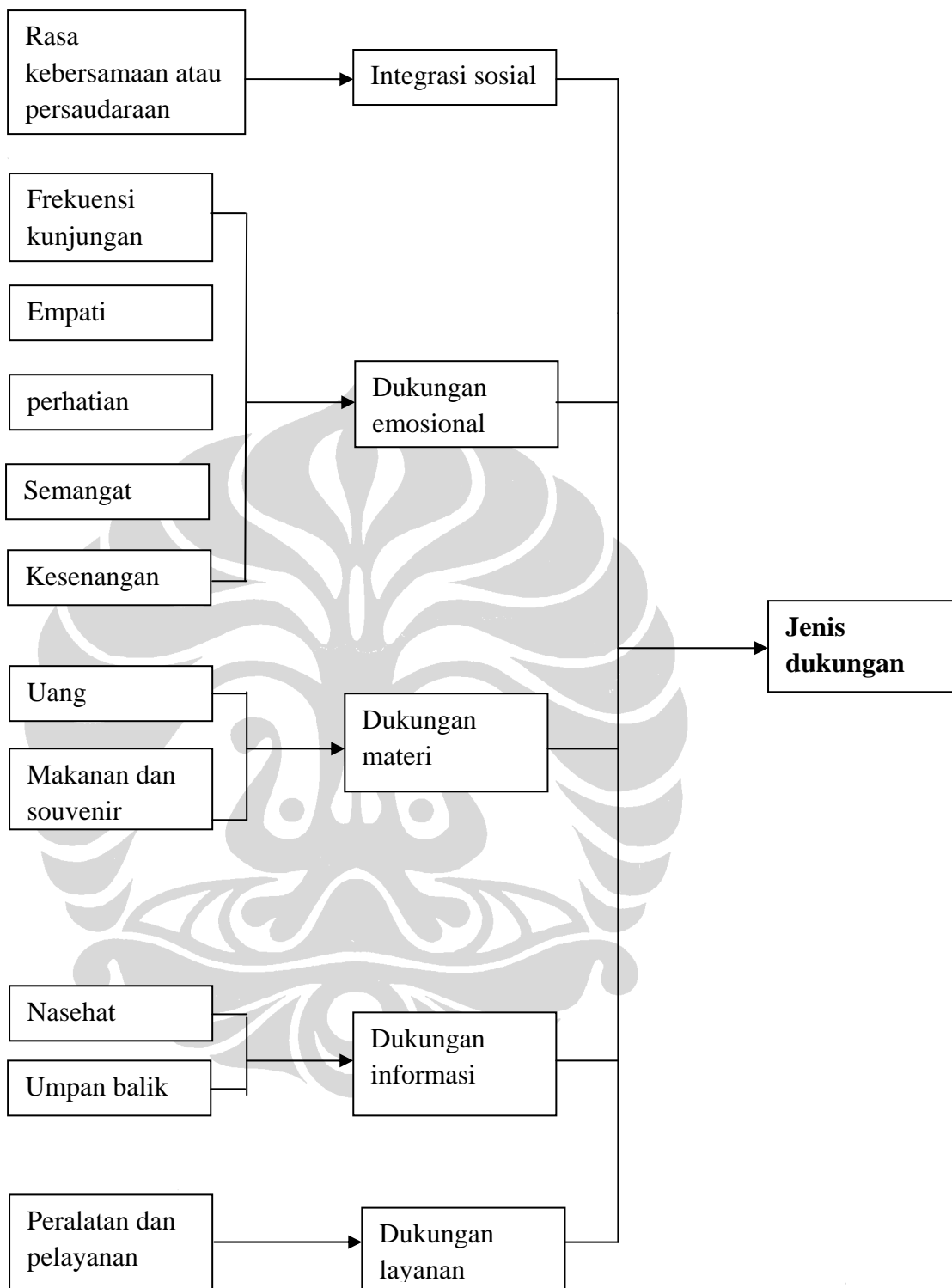


C. Tujuan Khusus 3 : Dukungan Keluarga Yang Diterima Lansia di Panti Wredha

Tema 1 : sumber dukungan

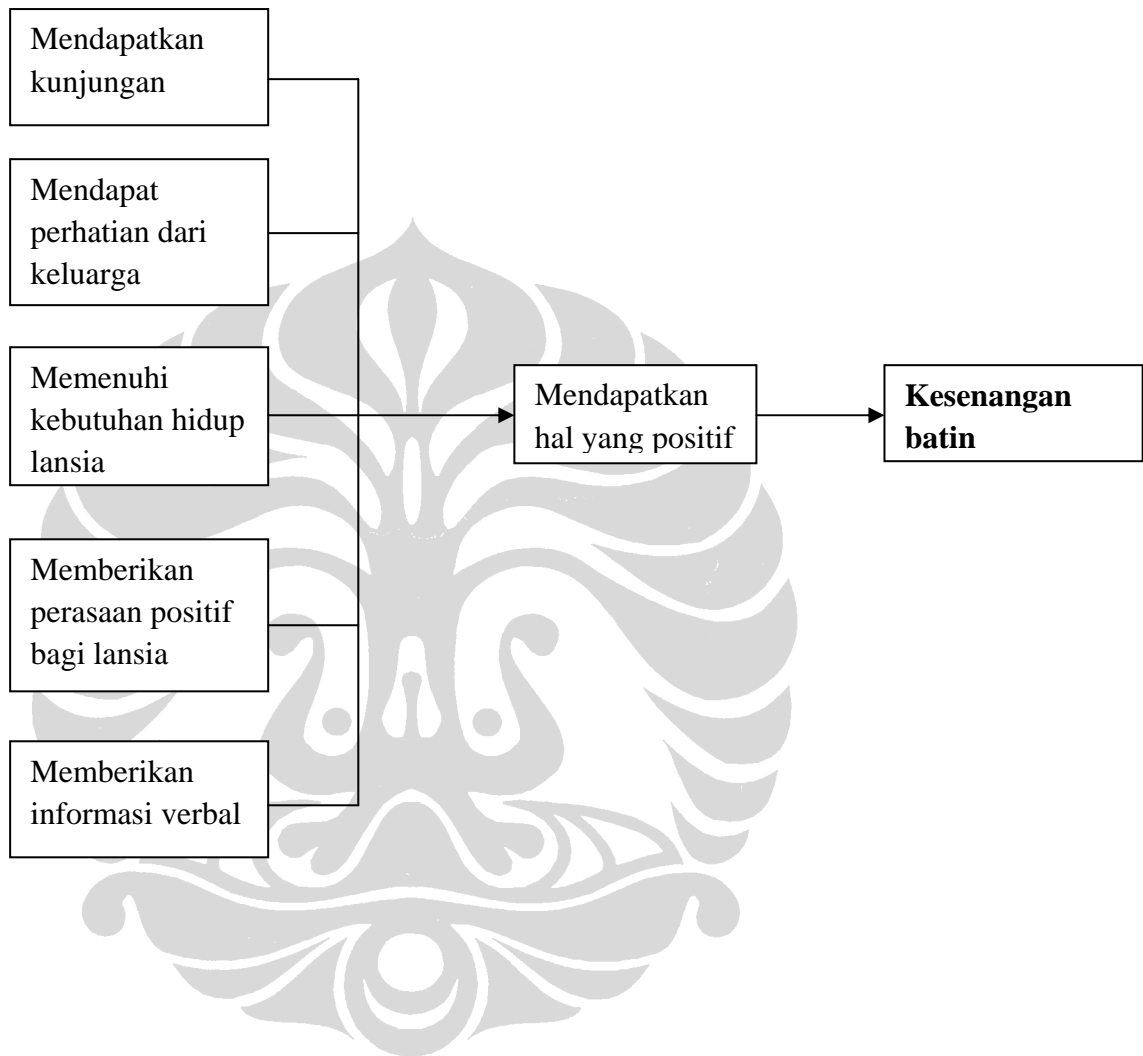


Tema 2 : jenis dukungan



D. Tujuan Khusus 4 : Makna Dukungan Keluarga Bagi Lansia

Tema : kesenangan batin



E. Tujuan Khusus 5 : Harapan Lansia Terhadap Keluarga di Panti Wredha

Tema : mempertahankan hubungan dengan lansia di panti

