



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN DAN  
DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PENGABAIAN  
LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KASSI-KASSI  
MAKASSAR**

**TESIS**

**RAMLAH  
NPM 0906594646**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI, 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN DAN  
DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PENGABAIAN  
LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KASSI-KASSI  
MAKASSAR**

**TESIS**

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

**RAMLAH**

**NPM 0906594646**

**Pembimbing:**

**Dra. Junaiti Sahar. SKp. M.App.Sc. PhD.**

**Etty Rekawati, SKp. MKM.**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI, 2011**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS**

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

Nama : Ramlah  
NPM : 0906594646  
Tanda Tangan : .....  
Tanggal : 27 Juni 2011

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul:

**HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN DAN DUKUNGAN  
KELUARGA DENGAN PENGABAIAN LANSIA DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR**

Telah disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program  
Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 12 Juli 2011

**Pembimbing I**



**Dra. Junaiti Sahar SKp., M.App.Sc., PhD.**

**Pembimbing II**




**Etty Rekawati, SKp., MKM.**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Ramlah  
NPM : 0906594646  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Peminatan Keperawatan Komunitas


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

**DEWAN PENGUJI**

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., PhD.  (.....)

Pembimbing II : Ety Rekawati, SKp., MKM.  (.....)

Penguji : Ns.Widyatuti, SKp., M.Kes., Sp.Kom.  (.....)

Penguji : Ns.Ni Putu Ariani, SKp., M.Kep., Sp.Kom.  (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2011

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan karunia dan rahmatNya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mengikuti ujian sidang tesis untuk menyelesaikan mata ajaran di semester IV pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, peminatan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Pada penyusunan tesis ini, peneliti mendapatkan bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti menghaturkan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawati, MA, PhD. Sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dra. Junaiti Sahar, SKp. M.App.Sc. PhD. Sebagai Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Pembimbing Akademik dan Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyusunan tesis ini.
3. Astuti Yuni Nursasi, Skp. MN. Sebagai Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Etty Rekawati, SKp. MKM. Sebagai Pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan memberi arahan selama penyusunan tesis ini.
5. Staf Pengajar dan Staf Administrasi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmu dan bantuan selama proses belajar mengajar.
6. Ibunda dan saudara di Watampone dan di Makassar yang telah memberikan dukungan dan doa.
7. Seluruh sahabat dan teman-teman yang telah banyak membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Peneliti menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu diharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juni 2011

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Ramlah  
NPM : 0906594646  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Peminatan Keperawatan Komunitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

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

**HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN DAN DUKUNGAN  
KELUARGA DENGAN PENGABAIAAN LANSIA DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR.**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Juli 2011

Yang menyatakan



(Ramlah)

## Abstrak

Nama : Ramlah  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pengabaian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar

Penelitian bertujuan mengetahui hubungan pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar. Desain penelitian deskriptif korelasi, pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel secara *cluster*, responden berjumlah 223. Sampel penelitian yaitu keluarga dengan anggota keluarga lansia. Uji statistik yang digunakan *chi square* dan Regresi Logistik. Hasil penelitian menyatakan tidak ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pengabaian lansia. Ada hubungan dukungan informasi, instrumental, penghargaan, dan dukungan emosi dengan pengabaian lansia. Dukungan emosi dominan berhubungan dengan pengabaian lansia. Disimpulkan bahwa lansia membutuhkan dukungan dari keluarga, khususnya dukungan emosional sehingga dapat menghindari kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.

Kata kunci : Dukungan keluarga, pengabaian lansia, tugas kesehatan keluarga.  
Daftar pustaka: 68 (1981-2011)

Name : Ramlah  
Programe : *Master in Community Nursing*  
Tittle : *The Correlation between Implementation of Health Task and Families' Support with Neglect toward Elderly in Working Area of Kassi-Kassi Public Health Center Makassar.*

## Abstract

*The purpose of this study is to determine the correlation between implementation of health task and families' support with neglect toward elderly in working area of Kassi-Kassi Public Health Center Makassar. This study used descriptive correlation design with cross sectional approach, the sample of 223 was recruited using cluster. The samples were elderly and their family member. Data was analyzed using Chi-square and logistic regression. The result showed that there was no significant correlation between implementation of health task with neglect toward elderly. However, there was correlation between informational, acknowledgement, and emotional support with neglect toward elderly. Hence, the emotional support has the highest correlation with neglect toward elderly. In conclusion, elderly people need family's support, especially emotional support that can prevent them from neglect.*

*Keywords: families' support, neglect toward elderly, health task.*  
*Bibliography: 68 (1981 – 2011).*



## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul. ....	i
Pernyataan Orisinalitas .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Halaman Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Pernyataan Persetujuan Publikasi .....	vi
Abstrak .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Diagram .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
 <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	10
1.3. Tujuan Penelitian .....	11
1.4 Manfaat Penelitian .....	12
 <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Lanjut Usia Sebagai kelompok Resiko Tinggi .....	15
2.1.1 Kelompok Resiko .....	15
2.1.2 Karakteristik Resiko Tinggi .....	15
2.2 Perubahan Fungsi Terkait Menua Dan Keterbatasan Fungsi .....	20
2.2.1 Pengertian Menua .....	20
2.2.2 Perubahan-Perubahan pada Lansia .....	21
2.2.3 Keterbatasan Fungsional .....	28
2.3 Pengabaian .....	32
2.3.1 Pengertian Dan Tipe Pengabaian .....	32
2.3.2 Karakteristik Pengabaian .....	34
2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengabaian .....	37
2.4 Konsep Keluarga .....	40
2.4.1 Pengertian Keluarga .....	40
2.4.2 Peran Dan Fungsi keluarga Dengan Lansia .....	43
2.4.3 Tugas Kesehatan Keluarga .....	50
2.4.4 Dukungan Keluarga .....	50
 <b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	55
3.2 Hipotesis .....	58
3.3 Definisi Operasional .....	58
 <b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	63
4.2 Populasi dan Sampel .....	63

4.3	Tempat dan Waktu Penelitian .....	66
4.4	Etika Penelitian .....	67
4.5	Alat Pengumpulan Data .....	69
4.6	Prosedur Pengumpulan Data .....	72
4.7	Uji Instrumen .....	73
4.8	Pengolahan dan Analisis Data .....	76

## **BAB 5 HASIL PENELITIAN**

5.1	Analisis Univariat .....	81
5.1.1	Karakteristik Responden Lansia.....	81
5.1.2	Karakteristik Responden Keluarga .....	82
5.1.3	Kejadian Pengabaian Lansia dalam Keluarga .....	83
5.1.4	Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga .....	83
5.1.5	Dukungan Keluarga .....	84
5.2	Analisis Bivariat .....	85
5.2.1	Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Pengabaian Lansia .....	85
5.2.2	Hubungan Dukungan Informasi Dengan Pengabaian Lansia .....	86
5.2.3	Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Pengabaian Lansia ...	87
5.2.4	Hubungan Dukungan Penghargaan Dengan Pengabaian Lansia ...	88
5.2.5	Hubungan Dukungan Emosi Dengan Pengabaian Lansia .....	88
5.3	Analisis Multivariat .....	89
5.3.1	Pemilihan Kandidat Variabel Multivariat .....	89
5.3.2	Pembuatan Model Faktor Dominan berhubungan Dengan Pengabaian Lansia .....	90
5.3.3	Uji Interaksi .....	93

## **BAB 6 PEMBAHASAN**

6.1	Interpretasi Hasil Penelitian .....	95
6.2	Keterbatasan Penelitian .....	118
6.3	Implikasi Penelitian .....	121

## **BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN**

7.1	Simpulan .....	122
7.2	Saran .....	124

## **DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN**

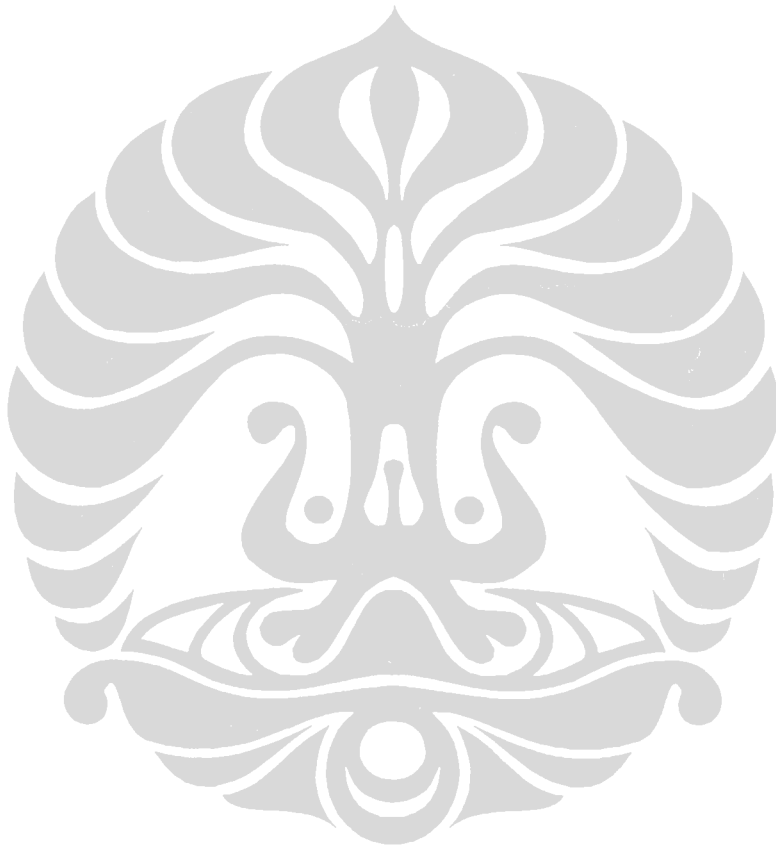
## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional
Tabel 4.1	Analisis Data
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Lansia
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Keluarga
Tabel 5.3	Distribusi Kejadian Pengabaian
Tabel 5.4	Distribusi Tingkat Kemandirian Keluarga
Tabel 5.5	Distribusi Dukungan Keluarga
Tabel 5.6	Distribusi Pelaksanaan Tugas Kesehatan Dan Pengabaian Lansia
Tabel 5.7	Distribusi Dukungan Informasi Dan Pengabaian Lansia
Tabel 5.8	Distribusi Dukungan Instrumental Dan Pengabaian Lansia
Tabel 5.9	Distribusi Dukungan Penghargaan Dan Pengabaian Lansia
Tabel 5.10	Distribusi Dukungan Emosi Dan Pengabaian Lansia
Tabel 5.11	Hasil Seleksi Bivariat
Tabel 5.12	Hasil Analisis Multivariat
Tabel 5.13	Hasil Analisis Multivariat
Tabel 5.14	Hasil Uji Interaksi
Tabel 5.15	Pemodelan Akhir

## DAFTAR DIAGRAM

Diagram 3.1 Kerangka Konsep

Diagram 4.1 Teknik Pengambilan Sampel Secara *Cluster*



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 Izin Komite Etik
- Lampiran 3 Izin Penelitian FIK
- Lampiran 4 Izin Penelitian Walikota Makassar
- Lampiran 5 Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Makassar
- Lampiran 6 Izin Penelitian Puskesmas Kassi-Kassi Makassar
- Lampiran 7 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 8 Persetujuan Responden Lansia
- Lampiran 9 Persetujuan Responden Keluarga
- Lampiran 10 Kisi-Kisi Instrumen
- Lampiran 11 Kuesioner Keluarga
- Lampiran 12 Kuesioner Lansia



# BAB 1

## PENDAHULUAN

Bab ini akan menguraikan tentang latar belakang masalah penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian.

### 1.1 Latar Belakang

Penuaan merupakan perubahan biologik, psikologik dan sosial yang terjadi seiring dengan berjalannya waktu dan bertambahnya usia. Belum ditemukan teori yang sempurna yang menjelaskan tentang penuaan dan tidak ada teori tunggal yang dapat menjelaskan tentang proses penuaan (Hayflick, 1994 dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Setiap orang akan mengalami penuaan tetapi penuaan akan berbeda untuk setiap individu, karena hal ini akan dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain faktor herediter, lingkungan, kondisi fisik dan psikologik, sehingga penurunan fungsi tubuh berbeda untuk setiap individu. Hal ini mengakibatkan berbagai penyakit yang dialami akan berbeda, serta respon individu yang muncul juga akan berbeda pula.

Peningkatan usia harapan hidup mempengaruhi populasi lansia. Umur harapan hidup (UHH) 1995 pada perempuan 66,7 tahun dan pada laki-laki 62,9 tahun (Depkes, 2010), sedangkan untuk Umur Harapan Hidup (UHH) untuk tahun 2007 tidak berdasarkan pada jenis kelamin yaitu 70,5 tahun (Depkes, 2009). Jumlah lansia tahun 2009 sebesar 19,3 juta atau 8,37% dari total jumlah penduduk (Komnas Lansia, 2010). Berbagai dampak dan masalah akan muncul dari peningkatan jumlah lansia ini. Fakta ini akan berdampak pula pada kondisi kesehatan lansia seiring dengan pertambahan usia.

Penuaan akan terjadi seiring dengan pertambahan usia. Lansia akan mengalami kondisi penurunan fungsi tubuh akibat berbagai perubahan yang terjadi. Masalah penyakit degeneratif sering menyertai lansia dan bersifat kronis serta *multipatologis* (Depkes, 2010). Mayoritas individu lansia mengalami kondisi penyakit kronis yaitu sebesar 94% dan kondisi ketidakmampuan lainnya (Allender & Spradley, 2005). Angka kejadian

ketidakmampuan karena penyakit kronik mengalami peningkatan yaitu pada tahun 1984 sebesar 6,2 juta dan pada tahun 1999 menjadi 6,8 juta (Mauk, 2010). Angka keluhan kesehatan lansia untuk tahun 2009 sebesar 54,57% dan angka kesakitan sebesar 30,46% (Komnas lansia, 2010). Hasil survey untuk DKI tahun 2000 lansia dengan stroke 56,8%, karsinoma 35,1%, penurunan fungsi tubuh 32,4% (Depkes, 2003).

Kondisi yang dialami oleh lansia sesuai dengan penambahan usia dan perubahan-perubahan kondisi tubuh pada lansia, menyebabkan lansia dikategorikan dalam kelompok resiko tinggi. Karakteristik resiko sehingga individu dinyatakan termasuk dalam kelompok resiko yaitu memiliki resiko biologik termasuk resiko yang terkait usia, resiko lingkungan termasuk resiko kejadian hidup dan sosial ekonomi, resiko perilaku termasuk resiko gaya hidup (Stanhope & Lancaster, 2004). Resiko merupakan kondisi dimana terjadi peningkatan keadaan lansia untuk mendapatkan konsekwensi akibat penurunan fungsi tubuh seperti akibat adanya penyakit, lingkungan yang tidak menunjang kesehatan, gaya hidup dan pola kebiasaan yang tidak sehat serta kurangnya sistem pendukung termasuk finansial (Miller, 1995).

Kondisi atau masalah yang dialami oleh lansia, disebabkan oleh adanya perubahan-perubahan yang terjadi terkait usia. Perubahan yang terjadi pada lansia dapat berupa perubahan fisiologik, psikologik dan sosial. Perubahan fisiologik terjadi pada seluruh sistem organ dan perubahan tersebut akan saling terkait dan saling mempengaruhi. Perubahan fisiologik akan berdampak juga pada kondisi psikososial lansia (Miller, 1995). Sesuai dengan pernyataan Mauk (2010) bahwa kondisi perubahan psikologik berhubungan dengan adanya proses penuaan.

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia baik perubahan fisiologik maupun psikososial menyebabkan lansia mengalami kelemahan dan keterbatasan fungsi. Adanya kelemahan dan keterbatasan yang dialami akan menimbulkan dampak pada lansia yaitu berupa perubahan yang terjadi. Perubahan tersebut diperberat dengan faktor resiko yang menyertai sehingga menimbulkan konsekwensi atau gangguan kesehatan (Miller, 1995).

Menurut teori konsekwensi fungsional Miller (1995) bahwa gangguan atau masalah kesehatan yang dialami oleh lansia karena perubahan terkait usia dan faktor resiko, dapat berupa gangguan atau perubahan pada fungsi fisiologik dan fungsi psikososial. Perubahan-perubahan yang terjadi tersebut akan saling terkait dan saling mempengaruhi.

Menurut Mauk (2010) karakteristik gangguan atau perubahan pada fungsi fisiologik yang terjadi pada lansia berupa penurunan fungsi tubuh dan adanya penyakit kronik. Selanjutnya dinyatakan bahwa penyakit kronik dapat menyebabkan ketidakmampuan, kelemahan dan ketergantungan. Menurut Maurier dan Smith (2005) 45% lansia usia diatas 75 tahun mengalami kelemahan dan keterbatasan dan 85% dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) 60% lansia membutuhkan bantuan dalam mengatasi keterbatasan, 15% lansia usia diatas 65 tahun mempunyai kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar dan kebutuhan instrumental. Ditemukan 31% lansia perempuan dan 18% lansia laki-laki tidak mampu melakukan satu dari lima kegiatan yang diberikan (McMurray, 2003).

Perubahan fungsi fisiologik berupa keterbatasan, kelemahan dan ketergantungan akan mempengaruhi kondisi psikososial lansia berupa gangguan atau perubahan fungsi psikososial. Perubahan fungsi psikososial yang terjadi seperti lansia yang mengalami gangguan interaksi karena adanya penyakit dan keterbatasan, gangguan interaksi dengan lingkungan karena adanya perubahan peran, serta perubahan hubungan dengan lingkungan tempat tinggal (Miller, 2010). Perubahan fungsi psikososial pada lansia akan berdampak terhadap terjadinya kerusakan fungsi psikososial pada lansia. Kerusakan fungsi psikososial menjadi faktor resiko bagi lansia.

Kerusakan fungsi psikososial pada lansia menjadi faktor resiko terhadap kejadian pengabaian pada lansia. Kerusakan fungsi psikososial dipicu oleh adanya faktor resiko seperti adanya kerusakan fungsi kognitif yang menyebabkan demensia, ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, kurangnya kontak sosial, membuat lansia beresiko mendapatkan perlakuan



pengabaian (Miller, 1995). Adanya kerusakan fungsi psikososial yang dialami oleh lansia berdampak pada perlakuan yang akan diterima lansia dari masyarakat maupun keluarga.

Pandangan masyarakat dan keluarga terhadap lansia bahwa apa yang dialami oleh lansia merupakan hal yang alami dan wajar, seperti lansia sering sakit, cepat marah dan curiga. Akibat pandangan yang salah menyebabkan kondisi kesehatan fisik, mental maupun kebutuhan lansia tidak tertangani dan tidak terpenuhi dengan baik (Depkes, 2010). Pemahaman yang keliru terhadap lansia akan mempengaruhi perlakuan keluarga maupun masyarakat terhadap lansia sehingga lansia beresiko untuk tidak terpenuhi kebutuhannya, sehingga dapat dikatakan bahwa masyarakat ataupun keluarga mengalami kegagalan dalam memberikan pelayanan pada lansia.

Pengabaian merupakan kondisi yang berhubungan dengan kegagalan pemberi perawatan dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan oleh lansia baik itu pemenuhan kebutuhan kesehatan fisik maupun pemenuhan kebutuhan kesehatan mental pada individu lansia (Stanhope & Lancaster, 2004). Perilaku pengabaian yang terjadi pada lansia adalah perilaku penelantaran pada lansia dalam hal pemenuhan kebutuhan sehari-hari yang dipicu oleh ketidakmampuan lansia memenuhi kebutuhannya sendiri akibat keterbatasan yang dialami.

Kejadian pengabaian pada lansia memberikan gambaran bahwa dukungan keluarga terhadap penurunan fungsi yang dialami oleh lansia belum optimal. Diperkirakan angka kejadian salah perlakuan pada lansia yaitu perlakuan pengabaian mengalami peningkatan setiap tahunnya dan diperkirakan angka terus meningkat sampai tahun 2020 (Meiner & Lueckonette, 2006). Penelitian oleh Manthorpe dan Biggs (2007) yang melakukan pengukuran dari Maret 2006 sampai September 2006 menyatakan bahwa terjadi peningkatan kejadian perlakuan pengabaian pada lansia dari 2,6% menjadi 4%, nilai peningkatan sebesar 1,1% adalah perlakuan pengabaian dan 0,3% adalah perlakuan salah lainnya. Bila dihitung sesuai proporsi peningkatan, kejadian perlakuan pengabaian adalah sebesar 78,5% dari jenis perlakuan lainnya.

Pada laporan *Administration on Aging* tahun 1998, kasus kejadian pengabaian ataupun bentuk kekerasan lain pada lansia di Amerika yaitu perlakuan pengabaian sebesar 49%, kekerasan emosional sebesar 35%, eksploitasi finansial sebesar 30%, kekerasan fisik sebesar 26% dan lansia ditinggalkan sebesar 3% (Meiner & Lueckonette, 2006). Dari bentuk kekerasan dan pengabaian pada lansia, kejadian pengabaian menempati posisi dengan kejadian terbanyak. Pelaku dari kejadian pengabaian tersebut adalah orang terdekat lansia (Allender & Spradley, 2005).

Pemberi pelayanan pada lansia dapat menjadi pelaku pengabaian pada lansia. Pasangan lansia atau anak dewasa sebagai pemberi pelayanan dan sebagai penanggungjawab finansial dan penanggungjawab bagi seluruh anggota keluarga, dapat menjadi penyebab timbulnya perlakuan pengabaian pada lansia akibat beban yang harus dipikul (Buttler, 1999 dalam Meiner & Lueckonette, 2006). Ditemukan 90% pelaku pengabaian pada lansia adalah pasangan lansia dan anak dewasa atau anggota keluarga yang masih muda (Allender & Spradley, 2005).

Perilaku pengabaian pada lansia dapat dipicu oleh beberapa faktor yaitu faktor yang bersumber dari lansia dan faktor yang bersumber dari pemberi pelayanan dalam hal ini adalah keluarga lansia. Kondisi kesehatan dan tingkat ketergantungan lansia berkontribusi terhadap kejadian pengabaian pada lansia (Allender & Spradley, 2005). Kondisi kesehatan lansia dan ketergantungan lansia menjadi pemicu kejadian pengabaian yang dilakukan tanpa disadari oleh pemberi pelayanan karena adanya kelemahan dan ketidakberdayaan pada lansia. Kondisi ini menggambarkan pengabaian disebabkan oleh faktor bersumber pada lansia.

Perilaku pengabaian pada lansia juga dapat dipicu oleh kondisi pemberi pelayanan yang merasa terbebani dengan keberadaan lansia dengan keterbatasan fisik yang dialami oleh lansia. Hal ini dijelaskan oleh Cromwell (1999 dalam Meiner & Lueckonette, 2006) bahwa ketika lanjut usia membutuhkan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan dasar untuk aktifitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, *toileting*, berjalan, pemenuhan

kebutuhan makan dan lain-lain, dapat menjadi pemicu dan menimbulkan stress pada pemberi pelayanan. Faktor penyebab perlakuan pengabaian pada lansia ini termasuk pada faktor yang bersumber pada pemberi pelayanan.

Keluarga merupakan wadah bagi lansia dalam memenuhi seluruh kebutuhannya dan sebagian besar lansia hidup dalam keluarga. Sejumlah 6% dari semua lansia yang ada, tinggal di institusi dan selebihnya mayoritas hidup dalam keluarga atau sebesar 85% lansia tinggal bersama keluarga (Ebersole & Hess, 2004 dalam Allender & Spradley, 2005; McMurray, 2003). Negara-negara di Asia seperti Jepang, China, Singapura, Malaysia, Indonesia, Thailand dan Philipina, keluarga merupakan institusi sosial tradisional yang menyiapkan pelayanan untuk lansia. Keluarga dapat memberikan lingkungan yang akrab, kasih sayang dan adanya perasaan dibutuhkan pada lansia (Sahar, 2004). Hal yang dilakukan oleh keluarga dengan tidak menempatkan lansia di panti wredha merupakan bentuk penghargaan keluarga pada lansia sebagai tokoh yang telah berjasa.

Menurut hasil penelitian dari Wiyono (2007) bahwa alasan keluarga merawat lansia di rumah disebabkan oleh adanya kepuasan personal dan menjaga kestabilan keluarga. Keluarga dalam merawat lansia merupakan bentuk kewajiban dan tanggung jawab antar generasi dan tanggung jawab moral yang dilakukan oleh keluarga serta anggota keluarga yang mempunyai kedekatan emosional. Keluarga tetap berusaha mempertahankan kehidupan lansia berbasis keluarga. Keluarga mempunyai anggapan bahwa orang tua merupakan tokoh yang dihargai dan disegani dalam keluarga.

Keluarga merupakan sumber daya penting dalam pemberian layanan kesehatan, baik bagi individu maupun keluarga. Keluarga merupakan sebuah jaringan yang erat hubungannya, sebuah jaringan interdependen yang anggotanya akan saling mempengaruhi (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Peran dan pelaksanaan tanggung jawab keluarga sangat mempengaruhi kondisi anggota keluarga dalam berinteraksi, ataupun dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga, sesuai dengan tumbuh kembang seluruh anggota keluarga, termasuk pemenuhan kebutuhan kesehatan.

Menurut Freeman dan Heinrich (1981) serta Depkes (2006) bahwa tugas kesehatan keluarga terdiri dari keluarga mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarga, keluarga mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, keluarga merawat anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, keluarga memodifikasi lingkungan yang menguntungkan kesehatan dan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan diukur melalui indikator tingkat kemandirian keluarga yakni keluarga mandiri tingkat pertama sampai keluarga mandiri tingkat empat.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga bukan hanya fungsi esensial dan dasar keluarga, namun fungsi yang mengemban fokus sentral dalam keluarga yang berfungsi dengan baik dan sehat. Akan tetapi memenuhi fungsi perawatan kesehatan bagi semua anggota keluarga akan menemui kesulitan akibat adanya tantangan eksternal dan internal (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Fungsi perawatan kesehatan keluarga diharapkan dapat mengakomodir kebutuhan kesehatan seluruh anggota keluarga, tetapi pada kenyataannya tidak semua keluarga memahami dengan baik dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga khususnya yang berkaitan dengan kejadian pengabaian lansia.

Keluarga diharapkan dapat memfasilitasi sehingga tidak terjadi pengabaian pada lansia dalam keluarga. Tindakan yang dilakukan oleh keluarga merupakan bentuk dukungan sosial keluarga. Menurut Caplan (1974 dalam Friedman, Bowden & Jones., 2003) dukungan sosial terdiri dari tiga sumber yaitu jaringan informal yang spontan, dukungan terorganisasi dan upaya profesional kesehatan. Jaringan informal spontan yang didefinisikan sebagai dukungan keluarga. Dukungan ini merupakan hal yang penting bagi lansia.

Menurut Caplan (1976 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) menjelaskan bahwa keluarga memiliki fungsi pendukung yang penting meliputi dukungan sosial dimana keluarga berfungsi sebagai pencari dan menyampaikan informasi, dukungan emosional dimana keluarga berfungsi membantu dalam penguasaan emosional, dukungan kongkrit atau dukungan langsung termasuk

bantuan finansial, dan dukungan untuk perawatan anak, perawatan lansia, berbelanja dan melakukan tugas rumah tangga. Diidentifikasi bentuk dukungan tersebut terdiri dari dukungan informasional, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan emosional.

Kurangnya dukungan sosial keluarga atau hilangnya dukungan yang penting bagi lansia dapat berkontribusi terhadap kejadian pengabaian pada lansia (Miller, 1995). Dukungan sosial keluarga terhadap lansia sangat penting bagi lansia. Dukungan sosial dapat mencegah resiko kejadian pengabaian lansia dalam keluarga. Mencegah kejadian pengabaian pada lansia berarti dapat meningkatkan kondisi kesehatan lansia dalam keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Mazumdar (2004) didasari oleh adanya teori yang menyatakan bahwa lansia yang tinggal dengan anak-anaknya akan menimbulkan dampak negatif terhadap kesejahteraan khususnya pada kondisi psikologik dan emosional lansia. Pada hasil penelitian tersebut menyatakan 70% lansia yang tinggal dengan anak-anaknya dalam kondisi kesehatan yang baik. Penelitian Lam dan Boey (2004) bahwa 24,7% lansia mengalami masalah kesehatan mental dan 29,7% mengalami depresi, berhubungan dengan ketersediaan pemberi bantuan dan kurangnya dukungan terhadap lansia. Disimpulkan bahwa peningkatan kesehatan dan kesejahteraan lansia ditunjang oleh adanya dukungan yang kuat dari keluarga.

Perubahan demografi pada populasi lansia menyebabkan terjadinya peningkatan penggunaan pelayanan kesehatan. Peran perawat komunitas sangat dibutuhkan dalam hal ini. Peran perawat komunitas meliputi memberikan perawatan langsung, memberikan informasi untuk perawatan diri, bekerjasama dengan berbagai disiplin ilmu untuk menunjang kualitas hidup lansia yang lebih baik (Stanhope & Lancaster, 2004).

Perawat komunitas sebagai salah satu tenaga profesional mempunyai tugas dan berperan dalam melakukan tindakan pencegahan pengabaian lansia dalam keluarga. Keperawatan komunitas diharapkan menyediakan program untuk kewaspadaan umum untuk masalah perlakuan salah pada lansia termasuk

perlakuan pengabaian pada lansia (Stanley & Beare, 2007). Perawat komunitas diharapkan dapat melakukan tindakan pencegahan pada level primer, sekunder dan tertier. Perawat komunitas berperan dalam memberikan perawatan langsung dan memberikan informasi pada keluarga tentang pelayanan yang akan diberikan pada lansia, serta perawat dapat melakukan pemantauan teknik yang kreatif dan efektif yang digunakan oleh keluarga saat memberikan pelayanan pada lansia (Miller, 1995). Perawat komunitas dapat mempersiapkan kerangka kerja untuk mengidentifikasi pengabaian dan memberikan pelayanan yang adekuat serta mempersiapkan intervensi yang sesuai (Fullmer & Omalley, 1989). Pengetahuan merupakan kemampuan yang dapat menjadi dasar perilaku *caring* pada lansia (Stanhope & Lancaster, 2004). Hal ini menjadi dasar bagi perawat komunitas dalam mengkaji kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan oleh komunitas dalam mencegah kejadian pengabaian pada lansia.

Data tentang kejadian pengabaian lansia dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar bersumber dan berdasarkan pada data wawancara dan studi literatur. Jumlah penduduk Propinsi Sulawesi selatan yaitu sebesar 7.908.519 jiwa dengan komposisi penduduk lansia sebesar 9,1% (BPS, 2010). Sedangkan di Kota Makassar jumlah penduduk sebesar 1.272.340 jiwa dengan komposisi penduduk lansia sebesar 6% (BPS, 2010). Puskesmas Kassi-Kassi Makassar berada di wilayah Kecamatan Rappocini Kota Makassar dengan jumlah penduduk 145.090 jiwa dengan komposisi penduduk lansia sebesar 1,4% (2.073 jiwa). Tipe keluarga adalah keluarga besar, terdiri dari keluarga inti ditambah dengan orang tua ataupun saudara. Jumlah penduduk sebesar 145.090 jiwa dengan 28.444 Kepala Keluarga. Jumlah anggota keluarga dalam satu keluarga sekitar 5 sampai 6 orang. Adanya kecenderungan perubahan tipe keluarga di Indonesia yaitu dari keluarga besar menjadi keluarga inti (Raharjo & Le, 2002).

Wawancara dengan petugas penanggungjawab program lansia Puskesmas Kassi-Kassi Makassar tanggal 27 Januari 2011 menyatakan lansia yang dilayani sebanyak 691 lansia dengan berbagai kegiatan. Dari hasil wawancara

disimpulkan bahwa jumlah lansia yang mendapatkan pelayanan kesehatan sebesar 33,3% dan lansia yang belum mendapatkan pelayanan sebesar 66,6%. Kondisi pengabaian pada lansia cenderung terjadi dalam keluarga karena sebesar 40% wanita sebagai pemberi pelayanan utama pada lansia adalah ibu bekerja. Tugas pengasuhan anak dan mengurus rumah tangga diserahkan pada lansia. Pernyataan ini dapat ditunjang dengan hasil Sakernas Agustus 2009 bahwa 47,44% lansia masih bekerja, 0,41% mencari pekerjaan, 27,88% mengurus rumah tangga dan 24,27% kegiatan lainnya (Komnas Lansia, 2010).

Data wawancara pada bulan September 2010 dengan petugas kesehatan di Panti Tresna Whreda Gau Mabbaji yang berada di Kabupaten Gowa Sulawesi Selatan, kondisi pengabaian lansia dalam keluarga merupakan salah satu pemicu yang menyebabkan lansia memilih untuk tinggal di Panti Wredha, sehingga daftar antrian lansia yang bermohon untuk tinggal di Panti Wredha sekitar 100 lansia yang merupakan lansia yang terlantar di Kota Makassar dan diabaikan oleh keluarga, dan data lansia terlantar untuk Indonesia sebesar 1,6 juta jiwa atau sekitar 15% dari jumlah lansia. Hal ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Muhammad (1999) yang menyatakan bahwa 42% lansia memilih tinggal dengan keluarga, 56% memilih tinggal di rumah sendiri, 2% menyatakan tidak tahu dan 0% yang menyatakan memilih tinggal di panti Wredha. Pada kenyataannya sebagian besar lansia tinggal bersama keluarga dan pada dasarnya lansia tetap menginginkan tinggal dalam lingkungan keluarga untuk tetap mengembangkan kehidupan yang berbasis keluarga tetapi karena kurangnya dukungan yang positif dari keluarga serta adanya kecenderungan menerima perlakuan pengabaian dari keluarga sehingga memicu lansia untuk memilih alternatif tinggal di Panti Wredha yang sebenarnya bukan pilihan bagi lansia. Berdasarkan hal tersebut diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan data wawancara dengan penanggungjawab program lansia Puskesmas Kassi-Kassi Makassar pada tanggal 27 Januari 2011 bahwa perlakuan pengabaian cenderung terjadi pada lansia dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar yang dipicu karena adanya faktor dari anggota keluarga sebagai pemberi pelayanan utama pada lansia yaitu sebesar 40% ibu bekerja, lansia merawat cucu dan mengurus rumah tangga. Pada kegiatan Posbindu lansia tidak berkunjung karena tidak ada yang mendampingi. Hanya 33% lansia yang dilayani pada kegiatan pelayanan kesehatan dan 66% belum mendapatkan pelayanan karena keterbatasan lansia.

Hasil penelitian menyatakan bahwa 49% kejadian pengabaian pada lansia (Stanhope & Lancaster, 2004; Allender & Spradley, 2005; Meiner & Lueckonette, 2006). 21,6% lansia diabaikan oleh keluarga (Choi, 2009). Pemantauan selama satu tahun 5,1% lansia mengalami perlakuan pengabaian dalam keluarga (Acierno, 2009). Lansia yang terlantar untuk Indonesia sebesar 15% dan untuk Makassar sebesar 0,1%. Lansia terlantar tersebut adalah yang terabaikan oleh keluarga. Dibandingkan dengan angka kejadian yang disebutkan oleh literatur yang bersumber dari luar, maka untuk kondisi pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi merupakan kondisi dengan angka relatif kecil tetapi ada kecenderungan untuk mengalami peningkatan karena adanya perubahan dari tipe keluarga besar menjadi keluarga inti.

Efektifitas pelaksanaan tugas kesehatan yang diukur dengan indikator tingkat kemandirian keluarga di wilayah binaan Puskesmas Kassi-Kassi Makassar yaitu keluarga mandiri tingkat dua 20%, keluarga mandiri tingkat tiga 30%, dan keluarga mandiri tingkat empat lebih dari 50%. Apakah tingkat kemandirian keluarga ini akan berdampak pada pengabaian terhadap lansia dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi belum pernah diteliti.



Berdasarkan hal tersebut, maka dirumuskan masalah penelitian yaitu apakah ada hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia di wilayah Puskesmas Kassi-Kassi Makassar.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kassi-kassi Makassar.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah teridentifikasi:

- a. Karakteristik responden lansia yang meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir.
- b. Karakteristik responden keluarga yang meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, jumlah anggota keluarga dan pelaku rawat utama lansia.
- c. Kejadian pengabaian yang dialami lansia dalam keluarga.
- d. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga (keluarga mandiri tingkat satu, keluarga mandiri tingkat dua, keluarga mandiri tingkat tiga dan keluarga mandiri tingkat empat)
- e. Dukungan keluarga yang mencakup dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan emosi dan dukungan penghargaan.
- f. Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pengabaian lansia.
- g. Hubungan dukungan informasi dengan pengabaian lansia dalam keluarga.
- h. Hubungan dukungan instrumental dengan pengabaian lansia dalam keluarga.
- i. Hubungan dukungan emosi dengan pengabaian lansia dalam keluarga.

- j. Hubungan dukungan penghargaan dengan pengabaian lansia dalam keluarga.
- k. Faktor tugas kesehatan keluarga dan dukungan keluarga yang dominan berhubungan dengan pengabaian lansia dalam keluarga.

### **1.3 Manfaat Penelitian**

#### **1.3.1 Pelayanan Kesehatan Dan Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada pelayanan kesehatan khususnya untuk pelayanan keperawatan komunitas. Peningkatan pengetahuan perawat komunitas dalam hal mengidentifikasi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang terintegrasi dalam tingkat Kemandirian Keluarga dan dukungan keluarga. Meningkatkan pengetahuan perawat komunitas tentang tugas kesehatan keluarga dan dukungan yang diberikan keluarga terhadap lansia khususnya dalam mencegah terjadinya pengabaian lansia dalam keluarga.

Penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan perawat komunitas dalam mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga yang berkaitan dengan masalah pengabaian pada lansia dalam keluarga. Pengetahuan tersebut dapat mendasari perawat komunitas dalam memberikan informasi tentang lansia yang berkaitan dengan masalah kesehatan dan resiko pengabaian pada lansia.

Meningkatkan pengetahuan perawat komunitas dalam mengidentifikasi sikap keluarga dalam menghadapi dan menyikapi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh lansia sebagai anggota keluarga. Pengetahuan ini dapat menjadi acuan bagi perawat komunitas dalam memberikan motivasi pada keluarga untuk merawat anggota keluarga lansia sesuai dengan kebutuhan lansia.

Meningkatkan pengetahuan perawat komunitas dalam mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan keluarga. Mengetahui cara keluarga memfasilitasi anggota keluarga dengan lansia dalam menghindari terjadinya resiko pengabaian pada lansia dalam keluarga. Meningkatkan pengetahuan perawat komunitas dalam mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Meningkatkan pengetahuan perawat komunitas dalam mengidentifikasi dukungan yang diberikan keluarga terhadap lansia. Bentuk dukungan yang dapat diidentifikasi yaitu dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dan dukungan emosi. Dengan pengetahuan yang dimiliki perawat diharapkan dapat memberikan informasi pada keluarga tentang bentuk dukungan yang dapat diberikan pada lansia untuk mencegah kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.

### **1.3.2 Perkembangan Ilmu**

Hasil penelitian ini diharapkan menambah wawasan dan pengetahuan dalam khasanah praktek keperawatan komunitas khususnya dalam mengefektifkan pelaksanaan tugas keluarga di bidang kesehatan yang dapat diidentifikasi pada kriteria Kemandirian Keluarga serta dapat meningkatkan pengetahuan dalam mengidentifikasi dukungan yang diberikan keluarga terhadap anggota keluarga. Diharapkan ilmu keperawatan komunitas dapat menciptakan metode-metode pendekatan pada keluarga dan metode penyampaian informasi dan pembelajaran yang efektif sehingga dapat merefleksikan pencapaian tingkat Kemandirian Keluarga pada level yang lebih tinggi. Keperawatan komunitas diharapkan dapat mengembangkan metode dalam meningkatkan dukungan keluarga terhadap lansia, serta menemukan cara pendekatan yang efektif dalam mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh lansia khususnya yang berkaitan dengan pengabaian.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan menguraikan berbagai teori dan konsep yang berkaitan dengan kejadian pengabaian lansia dalam keluarga, yang terdiri dari: konsep lansia sebagai kelompok resiko tinggi, perubahan terkait menua dan keterbatasan fungsi, dan konsep keluarga.

#### **2.1 Lanjut Usia Sebagai Kelompok Risiko Tinggi**

##### **2.1.1 Kelompok Risiko**

Risiko merupakan kondisi yang dapat memprediksi terhadap kemungkinan terjadinya penyakit atau injuri pada individu. Kemungkinan kejadian penyakit atau injuri yang dapat disebabkan oleh faktor predisposisi yang bersumber dari individu ataupun dari lingkungan (McMurray, 2003). Banyak faktor yang dapat menurunkan kondisi kesehatan individu ataupun kelompok, sehingga individu ataupun kelompok dapat menjadi bagian dari kelompok yang beresiko (Maurier & Smith, 2005).

Risiko adalah kondisi dimana terjadi peningkatan keadaan lansia untuk mendapatkan akibat dari penurunan fungsi. Kondisi yang dimaksud seperti kondisi berisiko karena adanya penyakit, tindakan pengobatan, lingkungan, gaya hidup, sistem pendukung, keadaan psikologik dan sikap yang mencerminkan kurangnya pengetahuan (Miller, 1995). Menurut Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) banyak faktor risiko yang dapat ditampakkan oleh individu lansia sehingga dinyatakan sebagai populasi yang berisiko.

Tahun 2004 enam sampai tujuh penyebab kematian pada lansia yaitu penyakit jantung, tumor ganas, penyakit *cerebrovascular*, penyakit kronis pada saluran pernafasan bawah, *Alzheimer* dan diabetes mellitus (*Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics*, 2008 dalam Kaakinen *et al.*, 2010). Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 memperlihatkan angka kesakitan pada

usia diatas 60 tahun sebesar 9,2%. Prevalensi anemia pada usia diatas 65 tahun sebesar 57,9%. Peningkatan prevalensi penyakit kardiovaskuler yang menjadi penyebab kematian utama. Penyakit degeneratif dan penyakit yang bersifat kronis merupakan penyakit yang banyak dialami oleh lansia. Hasil survey tahun 2000 untuk wilayah DKI Jakarta menunjukkan jenis pelayanan yang dilakukan di rumah diantaranya yaitu pelayanan keperawatan stroke 56,8%, karsinoma 35,1% dan penurunan fungsi tubuh 32,4% pada lansia (Depkes, 2003).

Beberapa karakteristik yang berhubungan dengan kelemahan yang dialami oleh lansia yaitu adanya kondisi penurunan kesehatan fisik dan kesehatan mental, status sosial ekonomi yang rendah, adanya isolasi sosial karena ketidakmampuan dan peningkatan jangka waktu menerima pelayanan rumah sakit serta peningkatan pengeluaran biaya untuk pengobatan merupakan faktor risiko (Springhouse, 2002). Risiko yang berkaitan dengan kondisi fisik dan penyakit yang dialami oleh lansia menyebabkan lansia dikategorikan sebagai populasi penerima jasa layanan kesehatan (Miller, 1995). Dari 2,3 juta lansia yang mengalami ketidakmampuan karena penyakit kronis, setengahnya dirawat di rumah sakit (Mauk, 2010). Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan bahwa untuk pelayanan kesehatan pada populasi lansia dilaporkan telah menggunakan biaya sebesar 40% tahun 1996.

### **2.1.2 Karakteristik Risiko Tinggi**

Lansia mengalami perubahan fisiologik, psikologik dan sosial. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia tersebut dapat menjadi faktor risiko bagi lansia (Springhouse, 2002). Perubahan tubuh yang terjadi pada lansia akan terjadi terus menerus seiring peningkatan usia dan perubahan spesifik pada lansia dipengaruhi oleh kondisi kesehatan, gaya hidup, stressor dan lingkungan (Potter & Perry, 2009). Kategori yang berhubungan dengan kondisi risiko terhadap

perubahan status kesehatan adalah risiko biologik termasuk risiko terkait usia:risiko lingkungan termasuk psikologik, sosial ekonomi dan kejadian hidup:risiko perilaku termasuk didalamnya risiko gaya hidup (Stanhope & Lancaster, 2004). Menurut McMurray (2003) faktor yang berhubungan dengan risiko pada individu yaitu faktor biologik termasuk predisposisi genetik, terpapar elemen lingkungan dan adanya perilaku manusia. Karakteristik risiko yang dijelaskan oleh para ahli tersebut pada prinsipnya sama, bahwa karakteristik risiko yaitu risiko biologik, risiko sosial, risiko ekonomi, risiko kejadian hidup dan risiko gaya hidup. Berdasarkan hal tersebut, maka di bawah ini diuraikan faktor risiko yang ada pada individu lansia.

a. Risiko Biologik (*Biological Risk*)

Beberapa kondisi penyakit akibat genetik berkontribusi pada risiko biologik untuk kondisi tertentu. Faktor yang berkontribusi pada risiko biologik seperti pola penyakit kardiovaskuler yang terjadi pada beberapa generasi dalam keluarga. Beberapa hasil riset mendukung bahwa efek positif dari diet, latihan dan manajemen stres dapat mencegah dan menunda munculnya penyakit kardiovaskuler (Stanhope & Lancaster, 2004). Pengaruh genetik, ras, gender akan mempengaruhi status kesehatan individu (Maurier & Smith, 2005). Adanya ketidakmampuan dan gangguan pergerakan dasar dapat menjadi faktor risiko bagi lansia (Miller, 1995). Karakteristik lansia yang beresiko mendapatkan perlakuan pengabaian dari anggota keluarga antara lain adanya penurunan kondisi kesehatan dan kerusakan fungsi fisik (Lachs & Pillemer, 2011).

b. Risiko Sosial (*Social Risk*)

Pentingnya risiko sosial pada kesehatan adalah untuk meningkatkan harga diri. Kondisi ini akan meningkatkan risiko gangguan kesehatan seperti tingginya angka kejadian kejahatan, individu yang tanpa rekreasi, individu dengan kontaminasi dan

tingginya stres lingkungan. Beban psikologis akan menghasilkan stres dalam diri dan juga berefek menjadi stressor baru bagi orang lain. Jika sumber tidak adekuat dan proses koping tidak ada, maka penurunan dalam kesehatan akan terjadi (Stanhope & Lancaster, 2004). Dampak kemiskinan akan mempengaruhi kondisi psikologik dan kondisi psikologik akan mempengaruhi status kesehatan individu (Maurier & Smith, 2005). Kurangnya dukungan sosial serta adanya pengertian yang salah tentang penuaan akan menjadi faktor risiko bagi lansia (Miller, 1995).

Risiko kejadian penyakit dapat disebabkan oleh lingkungan fisik berupa kondisi polusi, suhu lingkungan yang ekstrim panas atau dingin, tidak adekuatnya kondisi perumahan atau pilihan tempat berlindung. Faktor resiko dapat terjadi ketika individu tidak mempunyai pilihan lain saat harus bekerja di luar rumah dengan kondisi pekerjaan yang beresiko untuk kesehatan (McMurray, 2003).

Memasuki tahapan usia lanjut, secara sosial individu akan mengalami perubahan-perubahan. Perubahan akan lebih terasa pada individu yang mempunyai kedudukan sosial sebelumnya. Munculnya perasaan kehilangan perlakuan yang selama ini didapatkan seperti dihormati, diperhatikan dan diperlukan. Kondisi ini akan berdampak pada semangat dan suasana hati serta kesehatan lansia. Masalah-masalah kesehatan, sosial dan ekonomi, tersendiri atau secara bersama-sama secara kumulatif dapat berdampak negatif secara psikologis. Hal tersebut dapat menjadi stressor yang kalau tidak diantisipasi akan menimbulkan stres beserta manifestasi dan gangguan kesehatan (Depkes, 2003).

c. Risiko Ekonomi (*Economic Risk*)

Kemiskinan merupakan risiko untuk timbulnya masalah kesehatan. Risiko ekonomi merupakan cerminan hubungan antara sumber keuangan dan kebutuhan. Memiliki sumber finansial yang

adekuat berarti mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan akses yang berhubungan dengan kesehatan seperti tempat tinggal yang layak, pakaian, makanan, pendidikan, perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Rendahnya status ekonomi serta kemiskinan akan mempengaruhi status kesehatan seseorang (Maurier & Smith, 2005). Menurut Miller (1995) kemiskinan dapat menjadi faktor risiko bagi lansia.

d. Risiko Kejadian Hidup (*Life Event Risk*)

Transisi adalah pergerakan dari satu tahap ke tahap yang lain, dan ini merupakan kondisi yang berisiko bagi individu. Masa transisi merupakan situasi akan mempengaruhi dan menyebabkan beberapa perubahan seperti perubahan perilaku, jadwal, pola komunikasi, harus membuat keputusan baru, pemulihan peran, pembelajaran keterampilan baru dan perubahan dalam menggunakan sumber-sumber yang baru (Stanhope & Lancaster, 2004).

e. Risiko Gaya Hidup (*Life Style Risk*)

Kebiasaan kesehatan seseorang dan perilaku yang berisiko yang disebut gaya hidup. Perilaku dan pola kebiasaan dipengaruhi oleh lingkungan tempat tinggal. Lansia dengan penurunan fungsi tubuh cenderung mengalami penyakit fisik, dan mengalami konsekuensi akibat dari perilaku hidup dan pola kebiasaan, serta sikap lansia yang mempengaruhi masalah kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Perilaku gaya hidup mempengaruhi seseorang sehingga termasuk dalam kategori individu yang berisiko (Maurier & Smith, 2005).

Secara umum risiko perilaku termasuk di dalamnya mengkonsumsi makanan yang tidak sehat, gaya hidup yang tidak sehat, merokok, menggunakan alkohol, partisipasi pada aktifitas yang berbahaya, dan terpapar sumber stressor seperti adanya perilaku kekerasan (McKie *et al.*, 1993 dalam McMurray, 2003).



Secara alamiah, bila kondisi terpapar faktor risiko perilaku terjadi dalam jangka waktu yang lama, maka akan menimbulkan efek pada level risiko yang akan dihadapi oleh individu berupa penyakit ataupun injuri (McMurray, 2003). Ditemukan 70% ketidakmampuan fisik pada lansia yang dihubungkan dengan hasil proses penuaan karena perilaku tidak sehat atau gaya hidup yang tidak sehat (Mauk, 2010).

## 2.2 Perubahan Fungsi Terkait Menua dan Keterbatasan Fungsi

### 2.2.1 Pengertian Penuaan dan Batasan Usia Lansia

Penuaan adalah normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diprediksi yang terjadi pada semua orang pada saat mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Tidak ada teori yang sempurna untuk penuaan, penuaan adalah kenyataan kejadian biologik yang terjadi seiring dengan berjalannya waktu (Hayflick, 1994 dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Penuaan dan menjadi tua adalah sangat subyektif. Menjadi tua berarti mempunyai waktu hidup yang lebih lama dan tidak semua individu lansia mempunyai penurunan level fungsi yang sama (Springhouse, 2002).

Lansia akan mengalami penuaan biologik yaitu terjadinya perubahan yang berhubungan dengan struktur fungsi tubuh selama kehidupan. Lansia akan mengalami penuaan fungsional yaitu kondisi yang berhubungan dengan kapasitas individu pada fungsi sosial. Lansia akan mengalami penuaan psikologik yaitu kondisi yang berhubungan dengan perilaku, perubahan persepsi diri dan reaksi terhadap perubahan biologik (Zarit, 1980; Birren & Renner, 1977; Gres & Bahr, 1984 dalam Meiner & Lueckonette, 2006). Dari pengertian ini disimpulkan bahwa lansia mengalami perubahan pada aspek fisiologik, psikologik dan penurunan fungsional.

Menurut Springhouse (2002) batasan umur lansia adalah *young-old* usia 65 sampai 74 tahun, *middle-old* usia 75 sampai 84 tahun, *old-old* usia diatas 85 tahun. Menurut *World Health Organization*, batasan

umur lansia adalah *middle age* usia 45 sampai 59 tahun, *elderly* usia 60 sampai 74 tahun, *old* usia 75 sampai 90 tahun dan *very old* usia diatas 90 tahun (Nugroho, 2000).

### **2.2.2 Perubahan-Perubahan pada Lansia**

Perubahan yang terjadi pada individu lansia terdiri dari perubahan fisiologik, psikologik, sosiologik dan spiritual (Stanhope & Lancaster, 2004). Perubahan yang terjadi pada lansia menurut Miller (1995) terdiri dari perubahan fisik dan psikososial. Kedua ahli tersebut memberi gambaran perubahan yang hampir sama yaitu adanya perubahan fisik atau fisiologik dan psikososial.

#### **2.2.2.1 Perubahan Fisiologik**

Penuaan yang didefinisikan dari perspektif fisiologik adalah merupakan proses kemunduran sistem tubuh. Penuaan dapat diarahkan atau didefinisikan sebagai total perubahan dari individu dengan berlalunya waktu. Hal ini amat bervariasi antara individu dengan individu lainnya, dan proses perubahan dan variasi perubahan pada sistem tubuh juga akan berbeda walaupun pada individu yang sama (Stanhope & Lancaster, 2004).

Konsep penuaan pada populasi secara naluriah dan alamiah akan terjadi dengan sendirinya, dengan karakteristik terjadi perubahan pada fisik, penurunan fungsi dan adanya penyakit kronik (Mauk, 2010). 75% lansia Amerika mengalami penyakit kronik dan mengalami kesulitan serta ketidakmampuan karena penurunan fungsi (Spillman, 2004 dalam Kaakinen *et al.*, 2010). 9%-21% lansia Amerika yang berumur diatas 70 tahun mengalami kehilangan fungsi pendengaran dan fungsi penglihatan (Saunders & Echt, 2007 dalam Kaakinen *et al.*, 2010).

Proses penuaan yang terjadi pada satu sistem fisiologik dapat mempengaruhi langsung ataupun tidak langsung pada sistem fisiologik lainnya. Perubahan pada satu sistem fisiologik akan mempengaruhi dan memberikan konsekwensi pada proses penuaan yaitu pada struktur dan fungsi fisiologik (Mauk, 2010). Efek perubahan fisiologik secara umum adalah penurunan mekanisme homeostatik dan penurunan respon imunologik (Stanhope & Lancaster, 2004). Perubahan fisik pada lansia meliputi:

a. Sistem Sensori

Banyak lansia mempunyai masalah sensoris yang berhubungan dengan perubahan normal akibat penuaan. Perubahan sensoris dan permasalahan yang dihasilkan merupakan faktor yang turut berperan dalam perubahan gaya hidup yang bergerak ke arah ketergantungan yang lebih besar. Masalah gangguan penglihatan atau pendengaran dapat menyebabkan isolasi diri pada lansia karena adanya ketidakmampuan. Lansia dengan kerusakan fungsi pendengaran dapat memberikan respon yang tidak sesuai sehingga dapat menimbulkan rasa malu dan gangguan komunikasi verbal (Watson, 2003; Stanley & Beare, 2007).

b. Sistem Musculoskeletal

Perubahan normal sistem musculoskeletal terkait usia pada lansia, termasuk penurunan tinggi badan, redistribusi massa otot dan lemak sub kutan, peningkatan porositas tulang, atropi otot, pergerakan yang lambat, pengurangan kekuatan, dan kekakuan sendi-sendi. Perubahan pada otot, tulang dan sendi mengakibatkan terjadinya perubahan penampilan, kelemahan dan lambatnya pergerakan yang menyertai penuaan (Stanley & Beare, 2007).

c. Sistem Integumen

Hal yang berkaitan dengan penuaan khususnya perubahan yang terlihat pada kulit seperti atropi, keriput dan kulit yang kendur dan kulit mudah rusak (Watson, 2003:Stanley & Beare, 2007). Selanjutnya Stanley dan Beare menyatakan bahwa perubahan yang terlihat ini sangat bervariasi, tetapi pada prinsipnya terjadi karena hubungan antara penuaan intrinsik atau secara alami dan penuaan ekstrinsik atau karena lingkungan.

Lansia berisiko tinggi mengalami dekubitus karena adanya perubahan nutrisi, perubahan sensasi untuk perlindungan tekanan, adanya penyakit kronis, defisit perawatan diri, dan perubahan tingkat kesadaran. Dekubitus terjadi utamanya di daerah tonjolan tulang dan dapat juga terjadi pada daerah jaringan lain yang tertekan (Stanley & Beare, 2007).

d. Sistem Kardiovaskuler

Meningkatnya usia, jantung dan pembuluh darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional. Secara umum perubahan yang disebabkan oleh penuaan berlangsung lambat dan dengan awitan yang tidak disadari. Penurunan yang terjadi ditandai dengan penurunan tingkat aktifitas, yang mengakibatkan penurunan kebutuhan darah yang teroksigenasi (Stanley & Beare, 2007). Pembuluh darah kehilangan elastisitas, peningkatan denyut nadi dan peningkatan tekanan darah (Watson, 2003).

Sudut pandang fungsional atau penampilan, perubahan utama yang berhubungan dengan penuaan dalam sistem kardiovaskular yaitu penurunan kemampuan untuk meningkatkan keluaran sebagai respon terhadap

peningkatan kebutuhan tubuh. Prinsip perubahan fungsional terkait usia yang dihubungkan dengan pembuluh darah secara progresif meningkatkan tekanan sistolik. Masalah yang berhubungan dengan hipotensi ortostatik karena pembuluh darah tidak mampu untuk melakukan vasokonstriksi sebagai respon terhadap perubahan posisi yang cepat (Stanley & Beare, 2007).

e. Sistem Pernafasan

Perubahan anatomi yang terjadi dengan penuaan turut berperan terhadap perubahan fungsi pulmonal. Perubahan lain seperti hilangnya silia dan menurunnya reflek batuk dan muntah mengubah keterbatasan fisiologis dan kemampuan perlindungan sistem pulmonal. Perubahan anatomi seperti penurunan komplians paru meningkatkan kerja pernafasan sekitar 20%. Atropi otot-otot pernafasan dan penurunan kekuatan otot-otot pernafasan dapat meningkatkan resiko berkembangnya keletihan otot pernafasan pada lansia. Implikasi klinis menyebabkan kerentanan lansia untuk mengalami kegagalan respirasi, kanker paru, emboli pulmonal dan penyakit kronis seperti asma dan penyakit paru obstruksi menahun (Stanley & Beare, 2007).

f. Sistem Perkemihan

Penuaan mempengaruhi sistem renal dan urinaria dalam berbagai cara. Pada lansia yang sehat, perubahan terkait usia tidak terlihat jelas karena ginjal tetap mampu untuk memenuhi kebutuhan normal. Namun pada saat stres, atau saat kebutuhan fisiologik meningkat atau saat terserang penyakit, maka penuaan pada sistem renal akan sangat dipengaruhi (Stanley & Beare, 2007). Pada sistem urinaria agak berbeda. Walaupun proses penuaan tidak langsung

menyebabkan masalah kontinensia, kondisi yang sering terjadi pada lansia yang dikombinasikan dengan perubahan terkait usia dapat memicu inkontinensia karena adanya kondisi kehilangan irama diurnal pada produksi urine dan penurunan filtrasi ginjal (Watson, 2003).

g. Sistem pencernaan

Proses penuaan memberikan pengaruh pada setiap bagian dalam saluran gastrointestinal dalam beberapa derajat. Kemampuan berkomunikasi, dan asupan nutrisi ditingkatkan oleh kebersihan mukosa mulut dan keutuhan gigi. Hilangnya sokongan tulang turut berperan terhadap kesulitan-kesulitan yang berkaitan dengan penyediaan sokongan gigi yang adekuat dan stabil pada usia lebih lanjut (Stanley & Beare, 2007).

Perubahan pada semua organ pada sistem pencernaan akan mempengaruhi pencernaan makanan dan akan mempengaruhi nutrisi lansia (Watson, 2003). Penuaan menyebabkan peningkatan lemak pada tubuh, sehingga terjadi pertambahan ukuran abdomen. Karena menurunnya tonus otot dan elastisitas, abdomen juga menjadi lebih menonjol. Perubahan fungsi gastrointestinal meliputi perlambatan peristaltic dan perubahan sekresi. Akibatnya lansia akan mengalami intoleransi pada makanan tertentu dan gangguan pengosongan lambung. Perubahan pada jalur gastrointestinal bawah dapat menyebabkan konstipasi, distensi lambung dan intestinal ataupun diare (Potter & Perry, 2009).

h. Sistem Persarafan

Perubahan pada sistem persarafan tergantung pada faktor genetika, sosial ekonomi, harga diri dan sosial. Banyak efek yang akan muncul pada sistem persarafan. Walaupun

terdapat beberapa efek penuaan pada sistem persarafan, banyak perubahan dapat diperlambat dengan gaya hidup sehat (Stanley & Beare, 2007).

Perubahan ukuran otak terjadi akibat dari atrofi girus dan dilatasi sulkus dan ventrikel otak, penurunan aliran darah serebral dan penggunaan oksigen akan terjadi selama proses penuaan serta penurunan aliran darah serebral dan penggunaan oksigen dapat pula terjadi dengan penuaan. Perubahan dalam sistem neurologik termasuk kehilangan dan penyusutan neuron, dapat menyebabkan potensial 10% lansia akan kehilangan apa yang diketahui, saat berumur 80 tahun. Distribusi neuron kolinergik, norepinefrin dan dopamine yang tidak seimbang, di kompensasi oleh hilangnya sel-sel, akan menghasilkan sedikit penurunan intelektual. *Parkinsonisme* ringan dihubungkan dengan reseptor penghambat dopamine yang dipengaruhi oleh penuaan. Peningkatan kadar monoamine oksidase dan serotonin serta penurunan kadar norepinefrin dihubungkan dengan kejadian depresi pada lansia (Mauk, 2010).

Penurunan fungsi neurotransmitter menyebabkan reflek volunteer menjadi lambat dan individu lansia menjadi lebih lambat dan menjadi kurang mampu merespon stimulus multiple. Lansia juga akan melaporkan perubahan kualitas dan kuantitas tidur. Keluhan meliputi kesulitan tidur, kesulitan untuk tetap terjaga, kesulitan untuk kembali tidur setelah terbangun di malam hari. Masalah ini diakibatkan oleh perubahan terkait usia dalam siklus tidur terjaga (Potter & Perry, 2009).

### 2.2.2.2 Perubahan Psikososial

Tidak diketahui perubahan psikologik secara intrinsik pada penuaan. Penerapan pengalaman dan perilaku yang berhubungan dengan hidup, pengaruh lingkungan dan budaya pada pengembangan personal dan maturasi isi akan mempengaruhi perubahan tersebut (Stanhope & Lancaster, 2004). Banyak pengaruh eksternal pada kesehatan mental pada proses penuaan, hal ini dihubungkan dengan adanya riwayat kehilangan dan perubahan adaptasi serta respon koping yang digunakan oleh lansia (Stanhope & Lancaster, 2004) dan menurut Miller (1995) Perubahan psikologik yang terjadi pada lansia tergantung pada energi koping yang digunakan oleh lansia tersebut.

Beberapa faktor resiko untuk mental dan emosional pada lansia yaitu adanya depresi, isolasi sosial, demensia, kehilangan cinta, kehilangan prestise, kehilangan pendapatan, kehilangan kelincahan dan kelenturan tubuh (Staab & Hodges, 1996 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Banyak faktor resiko yang ditampakkan oleh lansia, tetapi masih banyak lansia yang hidup sehat dan hidup produktif (Lefrancois, 1996 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Aspek perubahan psikologik pada lansia terkadang tidak langsung tampak. Banyak lansia mempunyai cara yang berbeda dalam memecahkan masalah, bahkan dapat melakukannya dengan baik walaupun berada dalam kondisi penurunan fungsi (Watson, 2003).

Perubahan psikologik merupakan hasil dari perubahan fisiologik. Perubahan yang ada seperti kondisi depresi, menarik diri secara sosial yang disebabkan karena adanya reaksi terhadap perubahan struktur dan fungsi pada sistem fisiologik tubuh. Kematian pasangan atau kehilangan teman,



berjuang dan memikirkan tentang kehidupan selanjutnya, peningkatan kondisi ketidakmampuan, adaptasi terhadap kemunduran yang dialami serta merenungkan kematian, akan menyebabkan terjadinya perubahan psikologik pada lansia (Mauk, 2010). Hasil penelitian menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara gangguan kesehatan mental pada lansia dengan gangguan kesehatan fisik atau ketidakmampuan lansia dalam melakukan kegiatan sehari-hari (Gerson *et al.*, 1987 dalam Miller, 1995).

Faktor yang ditemukan yang dapat menjadi penyebab gangguan psikologik atau gangguan kesehatan mental pada lansia. Hal ini disebabkan oleh adanya penurunan kesehatan fisik, kerusakan fungsi kemampuan, penurunan sumber daya finansial, penurunan fungsi sosial, kondisi perumahan dan transportasi yang kurang memadai serta ditinggalkan pasangan hidup (Miller, 1995). Akibat dari hal-hal yang dialami oleh lansia, maka akan muncul beberapa kondisi yang berhubungan dengan perubahan-perubahan tersebut. Kondisi yang dialami yaitu adanya kelemahan, penuaan, kondisi tidak sehat, tidak bahagia, *irritable*, penurunan perhatian pada pola seksual, tidak efektif dan ketergantungan (Miller, 1999 dalam Maurier & Smith, 2005).

Beberapa perubahan psikososial disebabkan oleh perubahan fisik. Namun sebenarnya, perubahan psikososial ini, lebih banyak dipengaruhi oleh adanya perubahan peran, perubahan hubungan dengan orang lain dan perubahan lingkungan tempat tinggal lansia. Salah satu efek dari perubahan psikososial pada lansia adalah terjadinya kerusakan fungsi psikososial pada lansia (Miller, 1995).

### 2.2.3 Keterbatasan Fungsional

Fungsi pada lansia meliputi fisik, psikososial, kognitif dan sosial. Penurunan fungsi yang terjadi pada lansia biasanya berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahan penyakit. Namun pada akhirnya hubungan antar faktor tersebut yang akan mempengaruhi kemampuan fungsional lansia (Potter & Perry, 2009).

Konsekwensi fungsional merupakan efek dari aktifitas yang dapat diamati. Adanya faktor resiko dan adanya perubahan terkait usia akan mempengaruhi kualitas hidup lansia dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Miller, 1995). Peningkatan umur pada lansia mempunyai sangat berkorelasi dengan kondisi ketidakmampuan pada lansia (Springhouse, 2002).

Keterbatasan fungsional atau ketidakmampuan fungsional bukan penyebab dari penuaan, tetapi merupakan hasil dari kondisi sakit dan penyakit (Mauk, 2010). Perubahan fisiologik dan adanya penyakit kronik menyebabkan ketidakmampuan pada lansia (Miller, 1995). Keterbatasan fungsional atau ketidakmampuan fungsional merupakan indikator kesehatan dan kesejahteraan serta menjadi faktor pendukung dalam memahami kesehatan lansia (Allender & Spradley, 2005).

Perubahan terkait usia merupakan hal yang tidak terelakkan dan kondisi yang tidak mungkin untuk dikembalikan. Kondisi ini akan berlangsung terus menerus dan seiring dengan penambahan usia serta berjalannya waktu. Kondisi perubahan ini akan menimbulkan efek yang tidak dapat dihindari tetapi memungkinkan untuk kompensasi efek tersebut (Miller, 1995).

Faktor resiko penekanannya lebih pada faktor lingkungan. Faktor lingkungan yang dimaksudkan berupa faktor yang akan mempengaruhi secara langsung ataupun tidak langsung pada

kondisi fisik ataupun lingkungan sosiokultural. Faktor resiko juga dapat dipengaruhi oleh adanya perubahan fisiologik dan perubahan psikologik. Faktor resiko merupakan faktor yang dapat dimodifikasi atau dapat dihilangkan efeknya atau dapat dikompensasi dengan intervensi (Miller, 1995).

Konsekwensi fungsional negatif akan mempengaruhi kualitas hidup lansia. Konsekwensi fungsional negatif yang terjadi karena adanya kombinasi antara perubahan terkait usia dan adanya faktor resiko dapat dicontohkan pada perubahan dan kerusakan pada fungsi penginderaan atau fungsi sensori pada lansia yaitu kondisi lansia mengalami penurunan fungsi penglihatan dan penurunan fungsi pendengaran (Miller, 1995). Pada hasil penelitian yang dilakukan tahun 2002, pemantauan dilakukan selama 12 bulan dan ditemukan; 50% lansia laki-laki dan 33% wanita mengalami kesulitan dalam hal pendengaran, lansia diatas 85 tahun dilaporkan mengalami efek pada gangguan penglihatan sebesar 18%. Lansia usia diatas 65 tahun dilaporkan mengalami gangguan dalam hal penglihatan dengan kondisi 16% mengalami glaucoma, 16% dinyatakan mengalami degenerasi macular, 44% mengalami katarak (Mauk, 2010).

Perubahan pada persepsi sensori akan mempengaruhi kemampuan fungsional dan mempengaruhi interaksi sosial lansia. Penurunan fungsi penglihatan dan kehilangan fungsi pendengaran akan menyebabkan kesulitan dan menjadi penyebab terjadinya kesalahan persepsi pada lansia. Selain itu juga dapat menyebabkan isolasi sosial pada lansia. Kondisi kelanjutan dari penurunan fungsi persepsi dan isolasi sosial ini, dapat memicu terjadinya kerusakan kognitif pada lansia (Kaakinen *et al.*, 2010).

Pergerakan yang terbatas merupakan perubahan yang berkaitan dengan mobilisasi pada lansia. Seiring penuaan, serat otot akan mengecil. Kekuatan otot berkurang seiring berkurangnya massa

otot dan massa tulang. Lansia yang tidak berolah raga dengan teratur akan mengalami kehilangan yang sama dengan lansia yang tidak aktif (Potter & Perry, 2009). Penurunan fungsional yang dialami oleh lansia akan mempengaruhi kondisi kesehatan fisik lansia seperti munculnya beberapa penyakit akibat penurunan fungsi tersebut (Meiner & Lueckonette, 2006). Status fungsional ataupun penurunan fungsional yang terjadi pada lansia lebih banyak merujuk pada kemampuan dan perilaku yang aman dalam aktifitas harian atau ADL (*Activity of Daily Living*). Hal ini merupakan indikator yang sensitif bagi kesehatan dan penyakit pada lansia. ADL (*Activity of Daily Living*) sangat penting untuk menentukan kemandirian lansia (Potter & Perry, 2009).

Penurunan fungsi dan penyakit yang dialami oleh lansia, menyebabkan lansia mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Maurier & Smith, 2005). Peningkatan umur pada lansia sangat berkorelasi dengan ketidakmampuan pada lansia (Springhouse, 2002). Contoh keterkaitan antara penurunan kemampuan kognitif serta perubahan fisiologik pada sistem persarafan dan muskuloskeletal pada lansia yaitu efek pada ketidakmampuan lansia berkendara, sehingga menjadi faktor penyebab lansia tidak bekerja, penurunan pendapatan, penurunan level aktifitas fisik dan ketidakmampuan fungsional atau keterbatasan fungsional (Marottoli *et al*, 1993 dalam Miller, 1995).

Penyakit kronik dapat menyebabkan kelemahan, ketidakmampuan, keterbatasan dan ketergantungan pada lansia (Mauk, 2010). 25% lansia mengalami kelemahan dan kesulitan, 45% lansia diatas 75 tahun mengalami kelemahan dan keterbatasan fungsi (Hetzal & Smith, 2001 dalam Maurier & Smith, 2005). Pada tahun 1984 6,2 juta lansia Amerika dengan penyakit kronik dan ketidakmampuan. Pada tahun 1999

meningkat menjadi 6,8 juta. Pada penelitian tahun 2003 31% lansia perempuan dan 18% lansia laki-laki tidak dapat melakukan satu dari lima kegiatan yang diberikan (Mauk, 2010). 2,3 juta lansia Amerika memiliki keterbatasan fungsi (*American Academy of Family Physicians*, 2004 dalam Mauk, 2010). Ditemukan 25% lansia yang berumur 75 sampai 85 tahun membutuhkan bantuan dalam aktifitas sehari-hari (Springhouse, 2002). Hasil penelitian menyatakan 15% lansia Amerika yang berumur diatas 65 tahun membutuhkan bantuan mandi, berpakaian, menyiapkan makan ataupun untuk berbelanja (CDC and *The Merck Company Fondation*, 2007 dalam Mauk, 2010).

Hasil penelitian menyatakan bahwa hanya 6% lansia yang tinggal di institusi. Sebagian besar atau mayoritas lansia tinggal dalam lingkungan keluarga (Ebersole & Hess, 2004 dalam Allender & Spradley, 2005). Ditemukan 85% lansia hidup dalam keluarga (Stanhope & Lancaster, 2004). Sebesar 15% lansia yang tinggal dalam keluarga, menerima bantuan dalam setiap kegiatan aktifitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan, berpindah dari tempat tidur ke kursi, berjalan dan menggunakan toilet (Mauk, 2010).

Peningkatan ketidakmampuan pada lansia, meningkatkan ketergantungan pada orang lain. Peningkatan ketergantungan akan menghasilkan perasaan bersalah, marah, frustrasi dan depresi pada lansia dan keluarga (Maurier & Smith, 2005). Peningkatan tingkat ketergantungan lansia pada pemberi layanan dalam hal ini keluarga, dapat menjadi faktor resiko pada lansia. Hal ini dapat menjadi pemicu kejadian perlakuan yang salah pada lansia (Springhouse, 2002).

## 2.3 Pengabaian

### 2.3.1 Pengertian dan Tipe Pengabaian

Pengabaian adalah berhubungan dengan kegagalan pemberi perawatan dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan untuk kebutuhan fisik dan mental pada individu lansia (Stanhope & Lancaster, 2004). Pengabaian adalah kegagalan pemberi pelayanan dalam menyediakan dengan baik atau kegagalan dalam memberikan pelayanan yang menimbulkan kondisi bahaya fisik, mental atau menimbulkan sakit mental, seperti meninggalkan lansia, menolak memberi makan atau menyiapkan makan ataupun pelayanan yang berhubungan dengan kesehatan (Maurier & Smith, 2005). Selanjutnya Maurier dan Smith menyatakan kegagalan dalam pemberian pelayanan yang adekuat dan kenyamanan pada lansia merupakan perlakuan pengabaian pada lansia.

Pengabaian adalah penolakan atau kegagalan seseorang dalam melaksanakan kewajiban pada lansia. Pengabaian merupakan kegagalan seseorang dalam melaksanakan tanggung jawab finansial untuk memberikan pelayanan yang dibutuhkan. Pengabaian merupakan kegagalan dalam menyediakan kebutuhan seperti kebutuhan makanan, air, pakaian, perlindungan, kebersihan diri, pengobatan, kenyamanan, keamanan individu dan kebutuhan esensial lainnya dalam pelaksanaan tanggung jawab pada lansia (Springhouse, 2002).

Pengabaian termasuk kondisi yang dilakukan dengan sengaja atau tidak disengaja, ketika lansia memerlukan makanan, pengobatan atau pelayanan pada lansia tidak dilakukan. Meninggalkan lansia sendirian merupakan bentuk pengabaian. Tidak menyiapkan pelayanan pada lansia sebagai tindakan hukuman untuk lansia yang dilakukan oleh seseorang juga merupakan bentuk pengabaian pada lansia (Mauk, 2010). *The National Research Council in USA* tahun 2003 mendefinisikan bahwa pengabaian adalah pencabutan bantuan pada

individu lansia yang dilakukan berulang kali pada kebutuhan aktifitas sehari-hari yang penting (Stevenson, 2008).

Menurut Burke dan Laramie (2000) pengabaian dibagi atas pengabaian aktif dan pengabaian pasif. Pengabaian aktif adalah penolakan atau kegagalan pemberi pelayanan melakukan kewajibannya yang dilakukan dengan sadar dan sengaja sehingga menyebabkan penderitaan fisik dan *distress* emosional pada lansia. Pengabaian pasif adalah penolakan atau kegagalan pemberi pelayanan melakukan kewajiban dalam memenuhi kebutuhan lansia tanpa adanya unsur kesengajaan tetapi menimbulkan *distress* fisik dan emosional pada lansia.

Istilah untuk pengabaian diri atau *self neglect* termasuk dalam pengabaian. Istilah pengabaian diri atau *self neglect* digunakan pada pengabaian lansia yang menerima jasa pelayanan dari tenaga profesional atau *provider*. Istilah pengabaian diri atau *self neglect* lebih banyak digunakan pada kegagalan pemberian layanan pada lansia oleh tenaga profesional (Stevenson, 2008).

Sesuai dengan pendapat yang diuraikan tersebut, disimpulkan bahwa pengabaian merupakan tindakan yang disengaja maupun tidak disengaja yang menimbulkan kegagalan dalam memberikan pelayanan pada lansia sehingga kebutuhan lansia tidak terpenuhi termasuk kebutuhan kesehatan.

### 2.3.2 Karakteristik Pengabaian

Adanya kondisi kesulitan dalam memperkirakan angka kejadian atau prevalensi kejadian pengabaian pada lansia. Hal ini disebabkan karena kurangnya kegiatan untuk penemuan kasus pengabaian tersebut (Mauk, 2010). *Review* penelitian tentang perlakuan salah pada lansia menyatakan bahwa hanya sedikit penelitian tentang faktor resiko yang berhubungan dengan bentuk perlakuan pengabaian pada lansia yang dilakukan (*National Research Council*, 2002 dalam Maurier & Smith,

2005). Kejadian pengabaian lansia dalam keluarga merupakan satu dari empat masalah kesehatan masyarakat yang utama (Gelles, 2000;Wallace, 1996 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Menurut Mauk (2010) tanda-tanda adanya bentuk perlakuan pengabaian pada lansia antara lain:

- a. Terlambat dalam melakukan pengobatan.
- b. Dehidrasi, malnutrisi, ulkus dekubitus, atau kondisi kebersihan kurang.
- c. Perubahan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Kehilangan alat bantu seperti gigi palsu, kacamata, alat bantu dengar serta alat bantu lainnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Acierno (2009) tentang kejadian pengabaian, beberapa hal yang merupakan kebutuhan spesifik untuk mengidentifikasi kejadian pengabaian pada lansia yaitu transportasi, kebutuhan makanan dan obat, kegiatan menyiapkan makanan/memasak, aktifitas makan, aktifitas mengambil obat, membersihkan rumah/kegiatan rumah lainnya, berpindah tempat, berpakaian, mandi, dan membayar daftar tagihan.

Data-data yang dikaji pada penelitian yang dilakukan Acierno tersebut, berdasarkan pada instrumen pengkajian *Instrumental Activities of Daily Living Scale* menurut Lorezt (2005). Data-data yang dikaji pada pedoman pengkajian tersebut antara lain kemampuan menggunakan telepon, berbelanja, menyiapkan makanan, melakukan tugas rumah, mencuci pakaian (*Laundry*), menggunakan alat transportasi, usaha untuk memperoleh pengobatan, kemampuan untuk menyiapkan kebutuhan keuangan/kebutuhan finansial.

Menurut Stevenson (2008) kriteria untuk kejadian pengabaian berfokus pada kelalaian dalam memberikan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan dasar pada lansia. Selanjutnya Stevenson menyatakan efek dari pengabaian tersebut dapat dilihat pada adanya



kondisi malnutrisi yang merupakan kondisi *physical neglect*. Pengabaian merupakan hal-hal yang berkaitan dengan fungsi tubuh lansia seperti adanya kondisi meliputi pemenuhan kebutuhan nutrisi, cairan dan kebersihan diri pada lansia.

Menurut Springhouse (2002) beberapa pertanyaan yang dapat diajukan pada lansia untuk mengidentifikasi adanya kondisi pengabaian. Pertanyaan-pertanyaan tersebut antara lain:

- a. “Apakah anda sering ditinggal sendiri?”.
  - b. “Apakah seseorang tidak memberikan bantuan atau tidak memberikan pelayanan saat anda membutuhkan bantuan?”.
  - c. “Apakah seseorang tidak menyiapkan kebutuhan finansial anda?”.
- Bila lansia menjawab ya berarti lansia beresiko untuk mengalami kondisi pengabaian dimasa yang akan datang.

### **2.3.3 Faktor yang mempengaruhi Pengabaian**

Diperkirakan secara umum angka kejadian pengabaian akan meningkat sampai 30 tahun ke depan (Burke & Laramie, 2000). Diperkirakan angka kejadian pengabaian meningkat setiap tahun sampai 2020 (Meiner & Lueckonette, 2006). Penelitian tentang bentuk kejadian pengabaian pada lansia dengan menyatakan bahwa terjadi peningkatan kejadian kekerasan dan pengabaian pada lansia dari 2,6% menjadi 4%. Pengukuran dilakukan dari Maret 2006 sampai September 2006 dan kejadian yang dominan adalah perlakuan pengabaian pada lansia yaitu peningkatan sebesar 1,1% (Manthorpe & Biggs, 2007).

Data dari *Administration on Aging (AOA)* Amerika pada tahun 1998 diidentifikasi kasus kejadian pengabaian pada lansia menempati posisi dengan kejadian dominan yaitu sebesar 49%, dan untuk kejadian lainnya adalah kekerasan emosional 35%, eksploitasi finansial 30%, kekerasan fisik 26%, ditinggalkan 3% (Meiner & Lueckonette, 2006), dan data tahun 2003 sejumlah 551.011 orang yang berusia lebih dari 60 tahun mengalami kejadian pengabaian dalam periode satu tahun

(Maurier & Smith, 2005). Penelitian oleh Acierno (2009) tentang prevalensi kejadian kekerasan emosional, fisik, seksual, finansial dan pengabaian pada lansia, yang dilakukan selama 1 tahun dengan hasil, 4,6% mengalami kekerasan emosional, 1,65 mengalami kekerasan fisik, 0,6% mengalami kekerasan seksual, 5,1% mengalami pengabaian dan 5,2% mengalami kekerasan finansial.

Kejadian pengabaian pada lansia ditemukan pada seluruh tingkat sosial ekonomi dan pada seluruh tingkat pendidikan (Maurier & Smith, 2005). Pengabaian pada lansia di Amerika terjadi pada seluruh strata sosial maupun ras (Burke & Laramie, 2000). Peningkatan kasus pengabaian dipengaruhi oleh faktor yaitu individu hidup dalam jangka waktu yang lama sehingga membutuhkan pelayanan dalam jangka waktu yang lama, terjadinya peningkatan ketergantungan lansia pada keluarga sebagai pemberi pelayanan (Murray & DeVos, 1997 dalam Burke & Laramie, 2000). Selanjutnya Burke dan Laramie menyatakan pengabaian pada lansia dapat diidentifikasi sumber penyebab kejadiannya.

#### **2.3.3.1 Sumber Penyebab pada Lansia**

Kondisi pada individu lansia karena ketergantungan pada orang lain dalam mendapatkan pelayanan, membuat lansia beresiko mendapatkan perlakuan pengabaian ataupun perlakuan lainnya (Stanhope & Lancaster, 2004). Lansia dengan ketergantungan tinggi beresiko tinggi untuk mengalami perlakuan pengabaian (Mauk, 2010). Lansia dengan tingkat ketergantungan yang tinggi dalam mendapatkan pelayanan, memicu kondisi stress sehingga menjadi penyebab dan kesempatan bagi lansia untuk mendapatkan perlakuan pengabaian dan eksploitasi (Maurier & Smith, 2005). Homer dan Gillead (1990 dalam Maurier & Smith, 2005) melaporkan 50% pemberi pelayanan pada lansia melakukan pengabaian ataupun perlakuan kekerasan lainnya.

Diperkirakan satu juta lansia setiap tahunnya mengalami perlukaan, trauma fisik, trauma emosi atau diabaikan oleh pemberi pelayanan setiap tahunnya (Murray & DeVos, 1997 dalam Burke & Laramie, 2000). Lansia dengan kelemahan fisik ataupun mental sangat berisiko untuk mengalami kejadian pengabaian karena ketergantungan yang dialami. Ketika membutuhkan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan dasar aktifitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, berjalan, makan, dapat memicu dan menimbulkan stres pada pemberi perawatan (Cromwell, 1999 dalam Meiner & Lueckonette, 2006).

Faktor risiko yang lain yang dapat memicu kejadian bentuk pengabaian pada lansia yaitu adanya isolasi sosial dan demensia pada lansia (Maurier & Smith, 2005). Penelitian pada lansia dengan penyakit Alzheimer ditemukan 17,4% mendapatkan perlakuan pengabaian dan kekerasan dari keluarga (Paveza *et al*, 1992 dalam Maurier & Smith, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Krainj (2001) pada lansia yang mengalami depresi karena pengalaman negatif dalam hidup termasuk kejadian pengabaian, didapatkan hasil bahwa kejadian pengabaian yang dialami oleh lansia pada masa usia 1-15 tahun sebesar 22,3%, usia 16-49 tahun sebesar 27,7%, usia 50-60 tahun sebesar 13,3% dan usia diatas 60 tahun sebesar 44,6%.

Sebagian besar kejadian pengabaian tidak dilaporkan. Hal ini disebabkan karena adanya kesulitan yang berkaitan dengan perubahan memori yang dialami oleh lansia. Pada beberapa kasus bentuk pengabaian pada lansia, terjadi pada lansia dalam kondisi demensia (Maurier & Smith, 2005). Gangguan kognitif yang dialami oleh lansia menjadi faktor resiko bagi lansia dan

dapat menjadi pemicu kejadian pengabaian pada lansia (Meiner & Lueckonette, 2006).

### **2.3.3.2 Sumber Penyebab pada Keluarga**

Beberapa faktor dapat menjadi indikator sehingga pemberi pelayanan melakukan bentuk perlakuan pengabaian. Faktor yang dapat menjadi indikator sehingga pemberi pelayanan berisiko untuk melakukan atau menjadi pelaku pengabaian yaitu adanya penurunan kesehatan fisik, kerusakan kognitif, gangguan emosi atau sakit jiwa, penurunan harapan, ketergantungan secara emosional dan finansial pada penerima pelayanan, mendapatkan bentuk perlakuan kekerasan pada masa anak-anak, khususnya jika lansia pernah sebagai pelaku kekerasan, isolasi sosial dan kurangnya sistem pendukung, adanya konflik dengan individu lansia. Hal ini dapat menimbulkan stres pada pemberi pelayanan (Burke & Laramie, 2000). Hasil penelitian Reay dan Browne (2000) menyatakan bahwa pelaku kekerasan dan pengabaian yang diakibatkan oleh adanya penggunaan alkohol dan adanya pengalaman mendapatkan perilaku kekerasan ditemukan 77% melakukan kekerasan fisik pada lansia dan hanya 10% yang melakukan pengabaian pada lansia.

Pasangan lansia atau anak dewasa sebagai penanggung jawab finansial dan penanggung jawab keluarga dapat menjadi pelaku pengabaian. Kondisi stres dan adanya beban tugas sebagai pemberi pelayanan dapat menjadi penyebab timbulnya bentuk perlakuan pengabaian ataupun kekerasan pada lansia (Buttler, 1999; Jones Holstege, 1997; Phillips, 1998 dalam Meiner & Lueckonette, 2006). Faktor beban yang dipikul keluarga, dimana keluarga bertanggungjawab untuk dua generasi yaitu orang tua dan anak. Hal ini disebabkan karena adanya beban pekerjaan, melakukan pelayanan pada anak dan

orang tua dapat menjadi pemicu terjadinya perlakuan pengabaian pada lansia (Maurier & Smith, 2005). Pelaku pengabaian pada lansia yang dilakukan oleh anggota keluarga dapat juga disebabkan oleh stres karena adanya kesulitan dalam hal finansial dan pemenuhan kebutuhan anggota keluarga (Mauk, 2010).

Ditemukan bahwa 90% kasus bentuk perlakuan pengabaian ataupun kekerasan dilakukan oleh anggota keluarga. Sebagian besar bentuk perlakuan pengabaian dan kekerasan pada lansia dilakukan oleh anak dewasa ataupun pasangan lansia (Maurier & Smith, 2005; Meiner & Lueckonette, 2006). Penelitian menemukan pelaku pengabaian dan kekerasan pada lansia 58% adalah pasangan lansia dan 23%-30% dilakukan oleh anak dewasa (Hadfield & Watson, 1994 : Pillemer & Finkelhor, 1998 dalam Maurier & Smith, 2005).

Lansia dengan kondisi *confusion*, inkontenensia, kelemahan, ketidakmampuan fisik dan mental menyebabkan ketergantungan pada pemberi pelayanan (Maurier & Smith, 2005). Adanya kondisi lansia menolak dan menyangkal kebenaran karena adanya ketergantungan pada pemberi pelayanan (Mauk, 2010). Selain ketergantungan, lansia takut untuk memberikan laporan yang sebenarnya karena takut akan tidak dipenuhi kebutuhannya oleh pemberi layanan (Meiner & Lueckonette, 2006).

## **2.4 Konsep Keluarga**

### **2.4.1 Pengertian Keluarga**

Keluarga merupakan sebuah sistem sosial kecil yang terbuka. Keluarga terdiri atas suatu rangkaian bagian yang saling bergantung dan dipengaruhi lingkungan internal maupun lingkungan eksternal. Keluarga terdiri atas individu yang bergabung bersama oleh ikatan

pernikahan, darah, atau adopsi dan tinggal di dalam suatu rumah tangga yang sama (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

#### **2.4.2 Peran dan Fungsi Keluarga dengan Lansia**

Peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen, dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial. Banyak peran yang terkait dengan posisi sosial dasar dalam konteks keluarga. Konsep penting dalam peran yaitu pengambilan peran. Anggota keluarga harus mampu membayangkan diri dalam peran pendamping atau mitra peran, dan mampu memberi tugas sebuah peran kepada orang lain dan juga dapat memahami lebih baik bagaimana berperilaku dalam peran tersebut (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Keluarga mempunyai peran penting dalam kehidupan lansia. Ketika lansia membutuhkan bantuan, maka keluarga yang akan memberikan bantuan tersebut. Keluarga menyiapkan atau memberikan bantuan dan dukungan pada lansia paling sedikit 80%. Anak dewasa merupakan sumber utama pemberi dukungan pada orang tua atau lansia (Meiner & Lueckonette, 2006).

Keluarga mempunyai peran penting dalam kehidupan lansia. Khususnya ketika adanya perubahan yang terjadi pada lansia yaitu perubahan fungsi fisik dan mental. Keluarga secara umum membuat keputusan tentang situasi kehidupan lansia untuk pelayanan sosial dan pelayanan kesehatan dan memberi pelayanan bantuan pada lansia (Noelker, 1994 dalam Meiner & Lueckonette, 2006).

Salah satu cara penyediaan pelayanan keluarga adalah melalui dukungan pengasuhan keluarga. Pengasuhan keluarga melibatkan pelayanan dan aktifitas perawatan diri bagi anggota keluarga. Aktifitas pengasuhan meliputi perawatan diri (mandi, makan, berdandan), mengawasi komplikasi dan efek samping obat, melakukan aktifitas harian penting (berbelanja atau kegiatan rumah tangga lainnya), dan

memberi dukungan emosional maupun pengambilan keputusan yang penting (Potter & Perry, 2009).

Keluarga akan selalu berusaha untuk memberikan pelayanan pada lansia. Pemberi layanan dalam melakukan aktifitas tidak hanya berfungsi sebagai pemberi layanan pada lansia, tetapi juga sebagai anggota keluarga dan mempunyai tugas dan tanggung jawab lainnya. Hal ini dapat menimbulkan konflik karena adanya beban tugas tersebut (Meiner & Lueckonette, 2006). Saat terjadi ketergantungan pada anggota keluarga, stres dapat terjadi pada kedua pihak. Pengasuh juga harus memenuhi tuntutan hidupnya sendiri (membesarkan anak, bekerja atau menghadapi masalah pribadi), misalnya anak dewasa yang merawat orang tua sambil memenuhi kebutuhan keluarganya sendiri (Potter & Perry, 2009).

Pada pelaksanaan peran dalam keluarga dapat terjadi stres peran dan konflik peran. Stres peran terjadi saat suatu struktur sosial, seperti keluarga menciptakan tuntutan yang sangat sulit, menimbulkan konflik, atau tidak mungkin dilakukan oleh penerima posisi dalam struktur sosial tersebut. Stres peran menimbulkan ketegangan peran, perasaan frustrasi dan ketegangan subyektif (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Konflik peran terjadi saat seseorang yang menempati posisi merasa bahwa dihadapkan pada harapan yang tidak sesuai (Hardy & Hardy, 1988 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Kondisi dan pengalaman stres pada anggota keluarga sebagai pemberi pelayanan pada lansia akan mempengaruhi penggunaan pelayanan komunitas bagi lansia (Meiner & Lueckonette, 2006). Beberapa kondisi sosial dan demografi mempunyai dampak yang penting pada ketidakmampuan keluarga untuk menyiapkan bantuan pada lansia (Lueckonette, 1996).

Konflik peran yang terjadi dapat menimbulkan akibat pada lansia dalam keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Tanpa persiapan yang cukup, proses pengasuhan akan menempatkan keluarga pada

resiko masalah yang serius, antara lain penurunan kesehatan pengasuh maupun yang diasuh, hubungan yang terganggu, bahkan hubungan yang bersifat kasar (Potter & Perry, 2009). Salah satu hal yang mendasari penelitian yang dilakukan oleh Cox (2008) tentang pengabaian pada lansia adalah adanya masalah peran keluarga di rumah, utamanya dalam hal pemberian dukungan dan hubungan atau adanya konflik dalam keluarga yang menjadi penyebab kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.

### **2.4.3 Tugas Kesehatan Keluarga**

Keluarga merupakan sumber daya penting dalam pemberian layanan kesehatan, baik bagi individu maupun keluarga. Keluarga merupakan sebuah jaringan yang erat hubungannya, sebuah jaringan interdependen yang anggotanya saling mempengaruhi. Keluarga merupakan sumber utama konsep sehat sakit dan perilaku sehat. Keluarga berpengaruh besar pada kesehatan fisik anggota keluarganya (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Keluarga yang hidup dalam interaksi yang rumit dimana keluarga menciptakan ikatan dengan individu, keluarga ataupun kelompok yang lebih besar dan keluarga sangat dipengaruhi ikatan ini dan keluarga merupakan pelaku-pelaku aktif dalam memodifikasi dan mengadaptasikan hubungan komunitas dalam meningkatkan kesejahteraan anggota keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Menurut hasil penelitian Sahar (2004) adanya peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap keluarga sebagai pemberi layanan pada lansia, akan meningkatkan pemahaman keluarga tentang proses penuaan dan dapat memfasilitasi keluarga dalam mempersiapkan dan memberikan pelayanan pada anggota keluarga lansia.

Beberapa penelitian keluarga menyatakan kesehatan keluarga paling sering diartikan sebagai fungsi keluarga atau fungsi keluarga di bidang



kesehatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Tugas kesehatan keluarga menurut Freeman dan Heinrich (1981) adalah:

- a. Mengenal gangguan kesehatan atau gangguan perkembangan. Keluarga dapat membedakan tentang konsep sehat dan sakit sehingga keluarga dapat melakukan tindakan-tindakan pencegahan yang penting.
- b. Keluarga harus menentukan sikap apakah akan mengunjungi dokter dan meminta pengobatan atau “tetap menunggu dan melihat saja”. Setiap waktu anggota keluarga dapat mengalami kondisi sakit. Biasanya pertama-tama keluarga akan mengalami penyimpangan kesehatan, kemudian keluarga menentukan kapan membutuhkan bantuan dan kapan mencari bantuan untuk pelayanan kesehatan.
- c. Mencari pelayanan kesehatan. Keluarga harus menentukan sikap apakah akan mengunjungi dokter dan meminta pengobatan atau “tetap menunggu dan melihat saja”. Setiap waktu anggota keluarga dapat mengalami kondisi sakit. Biasanya pertama-tama keluarga akan mengalami penyimpangan kesehatan, kemudian keluarga menentukan kapan membutuhkan bantuan dan kapan mencari bantuan untuk pelayanan kesehatan.
- d. Mengatur masalah kesehatan dan kondisi krisis. Cepat atau lambat, setiap keluarga akan menghadapi kondisi krisis. Penyakit, kematian, kelahiran dan dirawat di rumah sakit akan memberikan dampak pada seluruh anggota keluarga.
- e. Menyiapkan dan menyediakan perawatan untuk kondisi sakit. Ketidakmampuan atau ketergantungan anggota keluarga, ataupun pada anggota keluarga yang masih sangat muda atau sangat tua.
- f. Memelihara lingkungan rumah yang kondusif. Untuk kesehatan dan untuk perkembangan individu atau anggota keluarga. Rumah secara fisik sebagai tempat tinggal untuk melindungi anggota keluarga, misalnya anggota keluarga lansia akan terlindungi dari jatuh dan untuk anggota keluarga anak-anak akan terlindungi dari

kondisi yang membahayakan. Hal ini akan membutuhkan dukungan emosional dan dukungan dari lingkungan sosial.

- g. Memelihara hubungan dengan masyarakat dan pelayanan kesehatan. Memelihara hubungan timbal balik dengan masyarakat ataupun dengan institusi pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan pada keluarga dapat dalam bentuk intervensi individu dan intervensi kelompok. Di dalam berhubungan dengan masyarakat dan institusi kesehatan, keluarga harus menerima beberapa konsekuensi dimana keluarga harus belajar mengetahui sesuatu yang baik untuk individu dan mengerti adanya keterbatasan pada kondisi dan situasi masyarakat ataupun situasi institusi pelayanan kesehatan.

Masalah yang ditemukan pada peninjauan kedua saat melakukan pengkajian keperawatan keluarga (Baylon & Maglaya, 1978; Depkes, 2006) adalah:

- a. Ketidakmampuan mengenal masalah.  
Ketidakmampuan mengenal masalah disebabkan karena ketidaktahuan tentang fakta-fakta, rasa takut akan akibat-akibat bila masalah diketahui karena akan dicap oleh masyarakat dan hilangnya penghargaan dari kawan-kawan dan tetangga, alasan ekonomi/biaya, adanya kondisi fisik dan psikologis, serta sikap dan falsafah hidup.
- b. Ketidakmampuan mengambil keputusan.  
Ketidakmampuan mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat disebabkan:
  - a) Tidak mengerti mengenai sifat, beratnya dan luasnya masalah.
  - b) Masalahnya tidak begitu menonjol.
  - c) Rasa takut dan menyerah disebabkan karena tidak dapat memecahkan masalah sehingga dapat ditangani sedikit demi sedikit.

- d) Kurang pengertian atau kurang pengetahuan mengenai macam-macam jalan keluar yang terbuka untuk solusi masalah.
  - e) Tidak sanggup memilih tindakan-tindakan diantara beberapa pilihan.
  - f) Ketidakcocokan pendapat dari anggota-anggota keluarga tentang pemilihan tindakan.
  - g) Tidak tahu fasilitas kesehatan yang ada.
  - h) Rasa takut akan akibat-akibat dari tindakan seperti akibatnya pada sosial, ekonomi, fisik dan psikologis.
  - i) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan yang dimaksudkan dengan sikap negatif disini adalah sikap yang membuat tidak sanggup menggunakan akal untuk mengambil keputusan.
  - j) Fasilitas-fasilitas kesehatan tidak terjangkau dalam hal fisik/lokasinya dan biaya/ongkos.
  - k) Kurang kepercayaan atau keyakinan terhadap tenaga atau lembaga kesehatan.
  - l) Kesalahan konsepsi karena informasi yang salah terhadap tindakan yang diharapkan.
- c. Ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit.  
Ketidakmampuan merawat atau menolong anggota keluarga yang sakit karena:
- a) Tidak mengetahui keadaan penyakit yaitu sifat, penyebaran, komplikasi, prognosa, dan perawatannya, tidak mengetahui tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.
  - b) Tidak mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
  - c) Tidak adanya fasilitas yang diperlukan untuk perawatan.
  - d) Kurang pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan prosedur perawatan dan pengobatan.
  - e) Ketidakseimbangan sumber-sumber yang ada pada keluarga untuk perawatan seperti anggota keluarga yang bertanggung

jawab, sumber keuangan dan finansial, fasilitas fisik/ruangan untuk yang sakit.

- f) Sikap negatif terhadap yang sakit.
  - g) Adanya konflik.
  - h) Sikap/pandangan hidup.
  - i) Perilaku mementingkan diri sendiri.
- d. Ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah.

Ketidakmampuan memelihara lingkungan rumah yang bisa mempengaruhi kesehatan dan pengembangan pribadi anggota keluarga karena;

- a) Sumber-sumber keluarga tidak seimbang atau tidak cukup.
- b) Tanggung jawab atau wewenang anggota keluarga.
- c) Fisik seperti isi rumah yang tidak teratur, rumah sempit dan berjejal.
- d) Kurang dapat melihat keuntungan atau mamfaat pemeliharaan lingkungan dimasa yang akan datang.
- e) Ketidaktahuan tentang pentingnya kebersihan lingkungan.
- f) Adanya konflik personal atau psikologis seperti krisis identitas/ketidaktepatan peranan, adanya rasa iri, merasa bersalah atau tersiksa.
- g) Ketidaktahuan tentang usaha pencegahan penyakit.
- h) Sikap atau pandangan hidup.
- i) Ketidakkompakan keluarga seperti sifat mementingkan diri sendiri, tidak ada kesepakatan, acuh terhadap anggota keluarga yang mengalami krisis.

- e. Ketidakmampuan menggunakan sumber.

Ketidakmampuan menggunakan sumber di masyarakat guna pemeliharaan kesehatan karena:

- a) Ketidaktahuan atau tidak sadar bahwa fasilitas-fasilitas kesehatan itu ada.
- b) Tidak memahami keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas-fasilitas kesehatan.

- c) Kurang percaya terhadap petugas-petugas kesehatan dan fasilitas-fasilitas kesehatan.
- d) Pengalaman-pengalaman yang kurang baik dari petugas-petugas kesehatan.
- e) Rasa takut akan akibat-akibat dari tindakan seperti tindakan pencegahan, diagnostik, pengobatan, rehabilitasi yang akan mempengaruhi fisik/psikologis, keuangan, sosial seperti hilangnya penghargaan dari orang lain.
- f) Tidak terjangkaunya fasilitas-fasilitas yang diperlukan.
- g) Tidak ada atau kurangnya sumber daya keluarga seperti tenaga untuk menjaga anak, keuangan untuk biaya pengobatan.
- h) Rasa asing atau tidak adanya dukungan dari masyarakat seperti pada kondisi sakit jiwa.
- i) Sikap dan filsafat hidup.

Tugas kesehatan keluarga merupakan hal yang penting dan keperawatan komunitas harus memperhatikan untuk peningkatan kemampuan sikap keluarga untuk dapat melaksanakan tugas kesehatan tersebut. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga teridentifikasi pada tingkat kemandirian keluarga, dimana keluarga diharapkan mandiri dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya yang terdiri dari kemandirian keluarga tingkat satu sampai kemandirian keluarga tingkat empat dengan katagori keluarga mandiri satu merupakan paling rendah sampai keluarga mandiri empat yang paling tinggi. Adapun kriteria untuk tingkat kemandirian keluarga tersebut menurut Depkes (2006) adalah:

a. Keluarga Mandiri Tingkat Pertama (KM-I)

Kriteria:

- a) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

b. Keluarga Mandiri Tingkat Dua (KM-II)

Kriteria:

- a) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.
- d) Melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran.

c. Keluarga Mandiri Tingkat Tiga (KM-III)

Kriteria:

- a) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
  - b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
  - c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
  - d) Memamfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
  - e) Melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran.
  - f) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- d. Keluarga Mandiri Tingkat Empat (KM-IV)

- a) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- d) Memamfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran.
- e) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- f) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- g) Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

Keluarga yang berasal dari latar belakang sosial ekonomi dan budaya yang beragam, serta keluarga dengan struktur yang berbeda, akan memberikan gambaran yang berbeda pada pelaksanaan fungsi kesehatan keluarga. Kecenderungan dan keragaman perubahan yang

terjadi, termasuk perubahan ekonomi memberikan pengaruh pada pelaksanaan fungsi kesehatan keluarga tersebut (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Faktor kemajuan teknologi dan kecenderungan demografi, sosial budaya dan politik merupakan faktor-faktor yang penting yang mempengaruhi keluarga (Clark, 1984; Coates, 1996; Toffler, 1990 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003)

#### 2.4.4 Dukungan Keluarga

Studi-studi tentang dukungan keluarga telah mengkonseptualisasikan dukungan sosial sebagai koping keluarga (Friedman, 1985; Stez *et al*, 1986 dalam Friedman, 1998). Dukungan sosial keluarga merupakan bantuan penting guna membantu keluarga yang sedang mengalami kondisi tertentu yang berkaitan dengan masalah yang akan muncul dalam keluarga. Dukungan sosial keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosialnya (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Dukungan sosial didefinisikan sebagai pertukaran informasi pada tingkat interpersonal yang memberikan dukungan emosional, dukungan harga diri, dukungan jaringan, dukungan penilaian dan dukungan altruistic. Dukungan sosial berfokus pada sifat interaksi yang berlangsung dalam hubungan sosial yang dievaluasi oleh individu dan manfaat *supportif* saat dievaluasi oleh individu atau keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Secara umum dapat diterima bahwa orang yang hidup dalam lingkungan yang bersifat *supportif*, kondisinya jauh lebih baik daripada yang tidak memiliki keuntungan ini. secara lebih spesifik dinyatakan bahwa dukungan sosial dianggap dapat melemahkan stres. Dukungan ini secara langsung akan meningkatkan kesehatan mental individu dan keluarga (Friedman, 1998).

Dukungan keluarga dalam kapasitas perkembangan keluarga adalah bertujuan untuk mengatur dan mengatasi adanya periode krisis dan

adanya kondisi stres kronik dalam keluarga (Kaakinen *et al.*, 2010). Selanjutnya Kaakinen menyatakan bahwa kondisi ini dapat berkontribusi dan mempengaruhi kesejahteraan anggota keluarga. Hasil penelitian Mazumdar (2004) pada lansia yang tinggal dengan anak-anaknya menyatakan bahwa 71,5% lansia dengan kondisi kesehatan yang baik. Peningkatan kesehatan dan kesejahteraan lansia yang tinggal dengan keluarga dipengaruhi dukungan yang kuat dari keluarga.

Dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan akan berbeda dalam tahap-tahap siklus kehidupan manusia. Dalam setiap tahap siklus kehidupan, dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai hal dan akibatnya adalah meningkatnya kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari penyakit, dan untuk kalangan kaum tua atau lansia dapat meningkatkan fungsi kognitif, fungsi fisik dan menunjang kesehatan emosi (Ryan & Austin, 1989 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Lam dan Boey (2004) menyatakan bahwa 24,7% lansia mengalami gangguan kesehatan mental dan 29,7% mengalami depresi. Kondisi yang dialami oleh lansia berhubungan dengan kondisi lansia meliputi lingkungan tempat tinggal lansia, ketersediaan pemberi bantuan atau pemberi pelayanan pada lansia dan kurangnya dukungan keluarga pada lansia.

Menurut Caplan (1976 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) bahwa keluarga memiliki fungsi pendukung. Fungsi dukungan tersebut meliputi dukungan informasional dimana keluarga berfungsi sebagai pencari dan menyampaikan informasi, dukungan emosional dimana keluarga berfungsi membantu dalam penguasaan emosional, dukungan kongkrit yang berupa dukungan langsung termasuk bantuan



finansial, dukungan untuk perawatan anak, perawatan fisik lansia, berbelanja dan melakukan tugas rumah tangga dan dukungan penghargaan dimana keluarga memberikan umpan balik pada anggota keluarga. Dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosial (Kaakinen *et al.*, 2010).

Penelitian-penelitian menyatakan bahwa dukungan sosial yang diberikan keluarga adalah berupa dukungan instrumental dan dukungan emosional atau informasional (House & Kahn, 1985 dalam Friedman, 1998). Kedua komponen dukungan sosial ini dikategorikan dalam empat jenis dukungan yaitu: instrumental, informasional, penilaian atau penghargaan dan emosional (Friedman, 1998). Menurut House (1981 dalam Kaakinen *et al.*, 2010) Dukungan sosial keluarga adalah tipe yang dipahami berfungsi dalam hubungan keluarga dan dikategorikan dalam empat tipe perilaku dukungan yaitu emosional. Instrumental, informasional dan penghargaan. Berdasarkan pendapat para ahli, disimpulkan dukungan keluarga terdiri dari dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosi dan diuraikan sebagai berikut:

a. Dukungan Informasi

Menurut Caplan (1976 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) menerangkan bahwa keluarga memiliki fungsi dukungan termasuk dukungan informasional, dimana keluarga berfungsi sebagai sebuah konektor dan diseminator atau sebagai penyebar informasi tentang dunia. Dukungan informasional adalah bantuan dalam memberikan informasi dan saran, contoh aktifitas antara lain berbagi sumber informasi seperti buku, alamat situs atau web, memberikan pendidikan pada anggota keluarga dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit, pemberian dukungan informasi bagi kelompok (Kaakinen *et al.*, 2010).

b. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam bentuk kegiatan yang nyata dan kongkrit (Caplan, 1976 dalam Friedman,

Bowden & Jones, 2003). Dukungan instrumental adalah termasuk dukungan finansial, pemberian bantuan, harta benda, pemberian pelayanan. Contoh aktifitas antara lain menyiapkan bantuan dalam perumahan, menyiapkan pelayanan untuk istirahat, menyiapkan transportasi dan menyiapkan untuk bantuan fisik pada anggota keluarga (Kaakinen *et al.*, 2010).

c. Dukungan Penilaian atau penghargaan

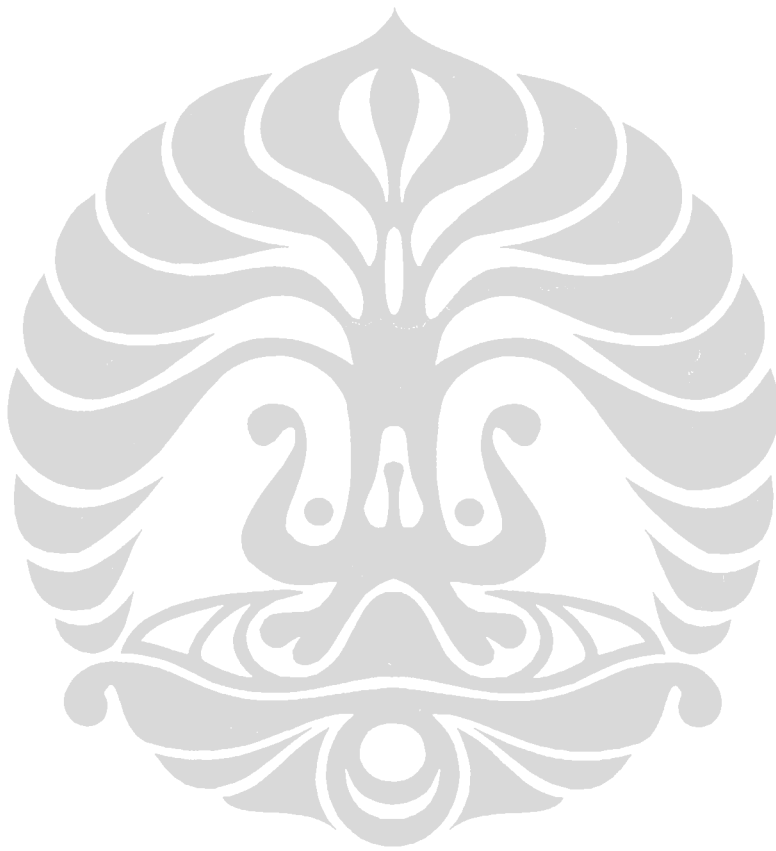
Keluarga bertindak sebagai pemberi bimbingan atau membimbing dan memberi solusi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator untuk identitas keluarga (Caplan, 1976 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) serta anggota keluarga dapat meyakini adanya perasaan dihargai dan dihormati (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Dukungan penghargaan adalah pemberian umpan balik atau penghargaan pada individu atau anggota keluarga pada proses pemberian bantuan, evaluasi diri, pemberian penghargaan pada situasi tertentu. Contoh aktifitas antara lain *review* tentang kegiatan sehari-hari, saling berbagi atau saling memberi umpan balik, memberi penghargaan sesuai dengan kegiatan yang dilakukan (Kaakinen *et al.*, 2010).

d. Dukungan emosi

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi (Caplan, 1976 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Dukungan emosional adalah ketetapan pada rasa cinta, *caring*, simpati dan beberapa perasaan positif lainnya. Contoh aktifitas antara lain mendengarkan, mempersembahkan penghargaan, memberikan hadiah (Kaakinen *et al.*, 2010).

Berdasarkan teori yang telah dijelaskan bahwa pengabaian pada lansia dipengaruhi oleh pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang terdiri dari keluarga mengenal masalah, keluarga dapat memutuskan untuk merawat, keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, keluarga memodifikasi lingkungan, keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga

yang mempunyai masalah kesehatan yang akan diukur dengan indikator tingkat kemandirian keluarga yang terdiri dari keluarga mandiri tingkat satu, keluarga mandiri tingkat dua, keluarga mandiri tingkat tiga dan keluarga mandiri tingkat empat. Selain itu pengabaian lansia dalam keluarga, juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan emosi dan dukungan penghargaan. Kondisi sosial ekonomi dan beberapa faktor demografi akan mempengaruhi pelaksanaan tugas kesehatan, dukungan keluarga dan kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.



## **BAB 3**

### **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

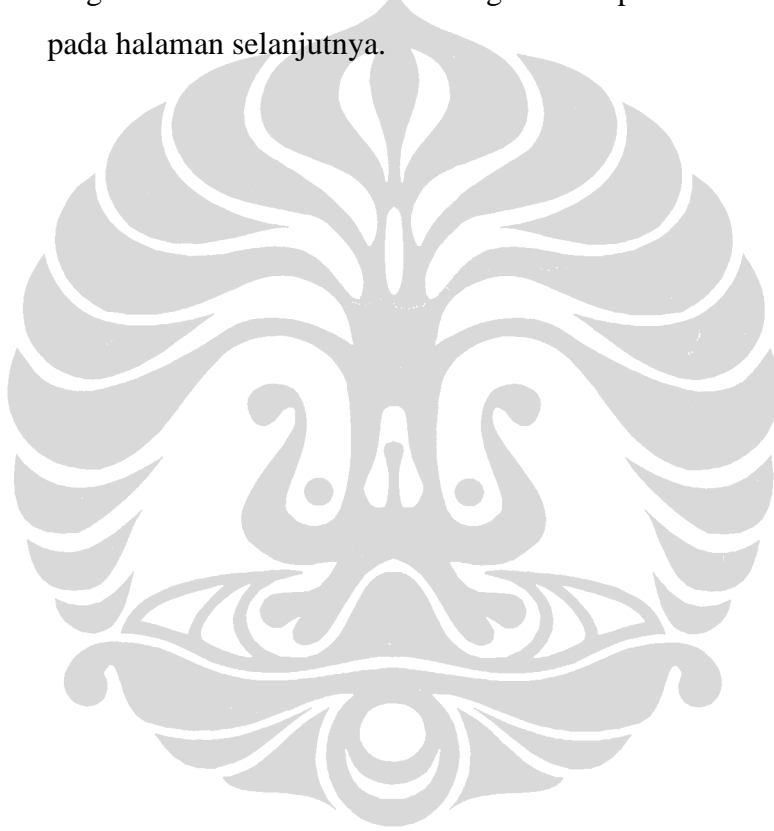
Bab ini akan menjelaskan tentang kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional, yang berkaitan dengan variabel-variabel penelitian ini yang mencakup variabel independen, variabel dependen dan variabel perancu.

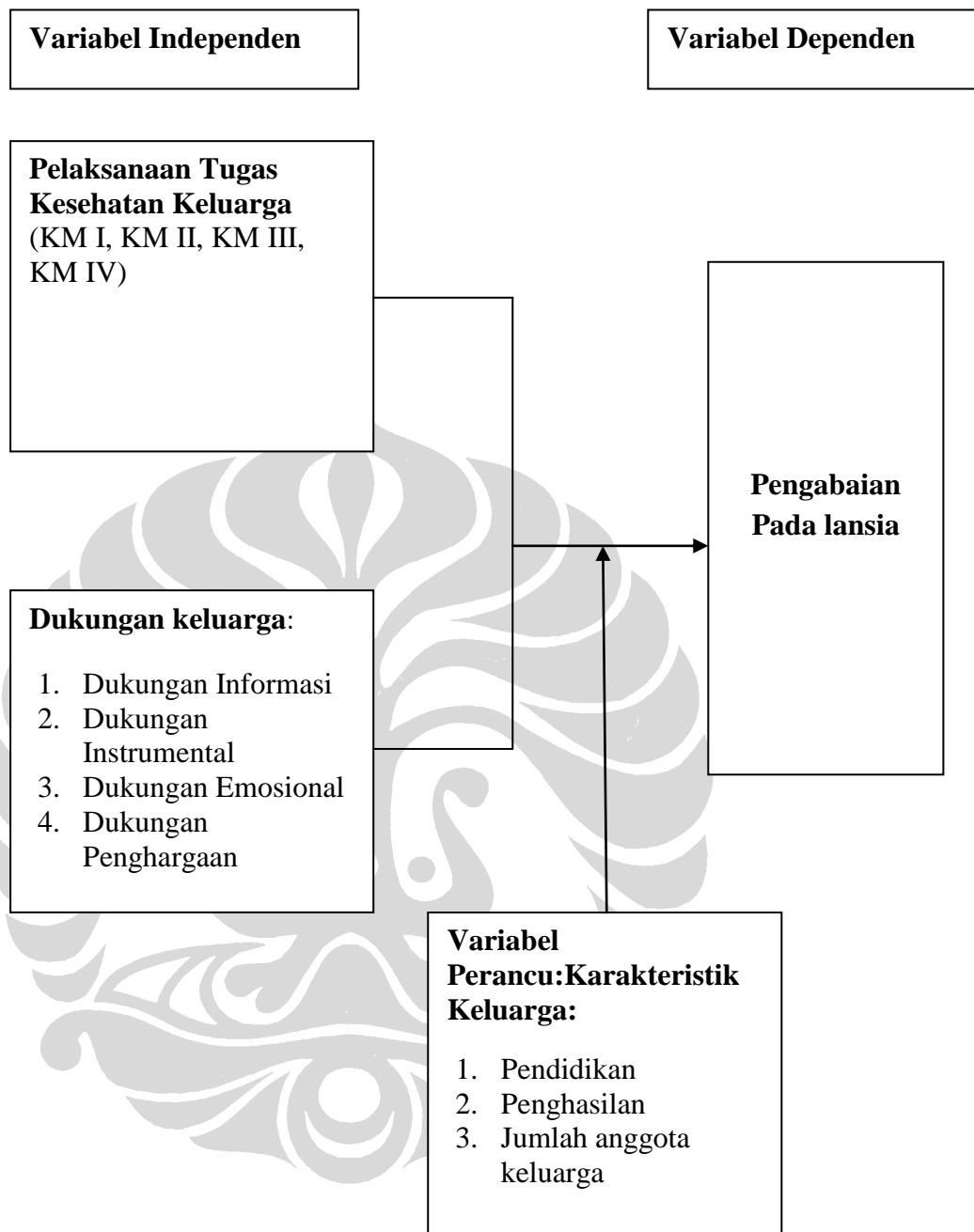
#### **3.1 Kerangka Konsep**

Kerangka konsep menyiapkan pandangan konseptual mengenai hubungan antar variabel. Kerangka konsep akan menunjukkan jenis dan hubungan antar variabel yang akan diteliti dan variabel lainnya (Polit & Hungler, 1999). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia.

Variabel independen pada penelitian ini adalah pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang meliputi keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga memutuskan, keluarga merawat, keluarga memodifikasi lingkungan dan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan terukur pada indikator tingkat kemandirian keluarga yang terdiri dari Keluarga Mandiri Tingkat Satu, Keluarga Mandiri Tingkat Dua, Keluarga Mandiri Tingkat Tiga dan Keluarga Mandiri Tingkat Empat (Freeman & Heinrich, 1981; Kaakinen *et al.*, 2010). Keluarga memiliki fungsi pendukung yang terdiri dari dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan emosi (Friedman, Bowden & Jones, 2003; Kaakinen *et al.*, 2010). Kedua variabel tersebut akan dihubungkan dengan pengabaian lansia sebagai variabel dependen. Pengabaian adalah kondisi yang berhubungan dengan kegagalan pemberi perawatan dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan oleh lansia, baik untuk pemenuhan kebutuhan kesehatan fisik maupun pemenuhan kebutuhan kesehatan mental pada individu lansia (Stanhope & Lancaster, 2004). Variabel independen dan variabel dependen dipengaruhi oleh karakteristik keluarga sebagai variabel perancu. Kondisi kejadian pengabaian lansia dalam keluarga ditemukan pada seluruh tingkat sosial ekonomi dan pada seluruh tingkat pendidikan.

Perlakuan pengabaian pada lansia terjadi pada seluruh strata sosial maupun ras (Burke, 2000; Maurier & Smith, 2005) dan beberapa kondisi sosial dan demografi mempunyai dampak yang penting pada ketidakmampuan keluarga untuk melaksanakan tugas dan memberikan dukungan pada lansia (Lueckonette, 1996; Burke, 2000). Keluarga yang berasal dari latar belakang sosial ekonomi, budaya, struktur keluarga yang berbeda, akan memberikan gambaran yang berbeda pada pelaksanaan fungsi kesehatan keluarga dan dukungan pada anggota keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Pada diagram 3.1 akan diuraikan kerangka konsep berdasarkan variabel penelitian pada halaman selanjutnya.





**Diagram 3.1 Kerangka Konsep**

Berdasarkan diagram dapat dijelaskan bahwa penelitian ini terdiri atas variabel dependen, variabel independen dan variabel perancu. Variabel dependen pada penelitian ini adalah pengabaian pada lansia, variabel independen yaitu pelaksanaan tugas kesehatan keluarga (keluarga mandiri tingkat Satu, keluarga mandiri tingkat dua, keluarga mandiri tingkat tiga, keluarga mandiri tingkat empat) dan dukungan keluarga yang meliputi

dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan sosial. Variabel perancu terdiri adalah karakteristik keluarga terdiri dari pendidikan, penghasilan, jumlah anggota keluarga.

### **3.1 Hipotesis**

Hipotesis merupakan prediksi sementara atau penjelasan yang menghubungkan antar dua variabel atau lebih (Polit & Hungler, 1999). Hipotesis merupakan prediksi-prediksi yang dibuat peneliti tentang hubungan antar variabel yang diharapkan dan hipotesis ini biasanya berupa perkiraan numerik atas populasi yang dinilai berdasarkan data sampel penelitian (Creswell, 2009). Hipotesis pada penelitian ini terdiri dari hipotesis mayor dan hipotesis minor.

#### **3.1.1 Hipotesis mayor**

Hipotesis mayor pada penelitian ini adalah ada hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-kassi Makassar.

#### **3.1.2 Hipotesis minor**

Hipotesis minor pada penelitian ini adalah:

- a. Ada hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pengabaian lansia.
- b. Ada hubungan antara dukungan informasi dengan pengabaian lansia.
- c. Ada hubungan antara dukungan instrumental dengan pengabaian lansia.
- d. Ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan pengabaian lansia.
- e. Ada hubungan antara dukungan emosi dengan pengabaian lansia.

### **3.2 Definisi Operasional**

Definisi operasional merupakan prosedur yang spesifik dengan menggunakan alat ukur untuk mengukur suatu variabel (Polit & Hungler, 1999). Peneliti mendeskripsikan secara kuantitatif atau angka-angka, kecenderungan-

kecenderungan, perilaku-perilaku atau opini-opini dari suatu populasi dengan meneliti sampel populasi tersebut (Creswell, 2009). Di bawah ini akan diuraikan tentang definisi operasional pada penelitian ini yang terdiri dari tabel 3.1 tentang definisi operasional variabel bebas, definisi operasional variabel terikat dan definisi operasional variabel perancu.

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel bebas</b>				
Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga	Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang dinilai berdasarkan tingkat kemandirian keluarga yang terdiri dari kemandirian I, II, III dan IV.	Kuesioner Keluarga Bagian B Berdasarkan kriteria pada indikator tingkat kemandirian keluarga yang terdiri dari 7 kriteria	0 = Dinyatakan kurang baik pada KM I dan KM II 1= Dinyatakan baik pada KM III dan KM IV	Ordinal
Dukungan informasi	Bentuk dukungan keluarga yang meliputi informasi yang disampaikan pada anggota keluarga lansia.	Kuesioner Lansia Bagian B Dalam bentuk skala likert yaitu: selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah	0 = Kurang Adekuat (bila nilai < median yaitu 26) 1 = Adekuat (bila nilai $\geq$ median yaitu 26). Nilai median digunakan karena variabel dukungan informasi tidak berdistribusi normal)	Ordinal



Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Dukungan instrumental	Bentuk dukungan keluarga berupa dukungan finansial dan dukungan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pada anggota keluarga lansia	Kuesioner Lansia Bagian B Dalam bentuk skala likert yaitu: selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah	0 = Kurang Adekuat (bila nilai < median yaitu 28). 1 = Adekuat (bila nilai $\geq$ median yaitu 28). Nilai median digunakan karena variabel dukungan instrumental tidak berdistribusi normal.	Ordinal
Dukungan emosi	Bentuk dukungan keluarga yang meliputi kasih sayang, kepercayaan, perhatian dan kesiapan untuk mendengarkan keluhan anggota keluarga lansia	Kuesioner Lansia Bagian B Dalam bentuk skala likert yaitu: selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah	0 = Kurang Adekuat (bila nilai < mean yaitu 25,81). 1 = Adekuat (bila nilai $\geq$ mean yaitu 25,81). Nilai mean digunakan karena variabel dukungan emosi berdistribusi normal	Ordinal
Dukungan penghargaan	Bentuk dukungan keluarga yang meliputi bimbingan dan saran pada anggota keluarga lansia	Kuesioner Lansia Bagian B Dalam bentuk skala likert yaitu: selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah	0 = Kurang Adekuat (bila nilai < median yaitu 27) 1 = Adekuat (bila nilai $\geq$ median yaitu 27). Nilai median digunakan karena variabel dukungan penghargaan tidak berdistribusi normal	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Terikat</b>				
Pengabaian lansia	Bentuk pengabaian pada lansia dalam keluarga yaitu tidak terpenuhinya kebutuhan lansia sehari-hari baik pemenuhan kebutuhan dasar maupun kebutuhan instrumental	Kuesioner Lansia Bagian C Dalam bentuk skala likert yaitu: selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah	0 = Pengabaian (nilai $\geq$ Mean yaitu 41,75). 1 = Bukan Pengabaian (nilai $<$ Mean yaitu 41,75). Nilai mean digunakan karena variabel pengabaian berdistribusi normal.	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Perancu</b>				
Pendidikan	Pernyataan Keluarga tentang pendidikan terakhir yang diselesaikan	Kuesioner Keluarga bagian A Lembar pernyataan keluarga pada data demografi 1. Tidak pernah sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Akademi atau Perguruan Tinggi	0 = Pendidikan Rendah keluarga tidak sekolah, SD, SMP  1 = Pendidikan Tinggi keluarga berpendidikan SMA, Akademi/Universitas	Ordinal
Penghasilan	Pernyataan keluarga tentang jumlah total penghasilan yang diperoleh keluarga dalam sebulan	Kuesioner Keluarga Bagian A Lembar pernyataan keluarga pada data demografi	0 = Kurang (nilai < Median yaitu 1800000)  1 = Cukup (nilai $\geq$ Median 1800000).  Nilai median digunakan karena variabel penghasilan keluarga tidak berdistribusi normal.	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Jumlah anggota keluarga	Pernyataan keluarga tentang jumlah anggota keluarga dalam satu rumah.	Kuesioner Keluarga Bagian A Lembar pernyataan keluarga pada data demografi	0 = Kurang (nilai < Median yaitu 5) 1 = Banyak (nilai $\geq$ Median yaitu 5).	Ordinal
			Nilai median digunakan karena variabel jumlah anggota keluarga tidak berdistribusi normal.	

## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Bab ini akan menguraikan tentang metodologi yang akan digunakan pada penelitian yang terdiri dari: desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, uji instrumen, dan pengolahan dan analisis data. Metodologi yang dijelaskan pada bab ini bertujuan untuk menjawab fenomena yang akan diteliti.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat kuantitatif dengan menggunakan rancangan desain penelitian deskriptif korelasi dengan metode pendekatan *cross sectional*. Pengukuran pada variabel independen atau variabel bebas yang meliputi pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga, dan variabel dependen atau variabel terikat yaitu pengabaian pada lansia yang dilakukan secara bersamaan dan sifatnya sesaat. Menurut Polit dan Hungler (1999) metode pendekatan *cross sectional* merupakan metode yang dilakukan dengan pengumpulan data pada satu waktu dan metode pendekatan ini digunakan untuk menggambarkan hubungan antar fenomena.

#### **4.2 Populasi dan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Menurut Sugiyono (2006) populasi merupakan subyek yang memiliki kuantitas dan karakteristik yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar yang berjumlah 2073 jiwa.

##### **4.2.2 Sampel**

###### **4.2.2.1 Jumlah Sampel**

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah keluarga dengan anggota keluarga lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar. Besarnya sampel yang

digunakan adalah berdasar pada penggunaan rumus besar sampel untuk survei menurut Lemeshow, Hosmer dan Klar (1997) yaitu:

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan:

P = Perkiraan proporsi (0,1 proporsi lansia terlantar)

Z  $1/2\alpha = 1,96$  pada  $\alpha 0,05$

d = Presisi pada sisi proporsi populasi

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,1(1-0,1)}{(0,05)^2}$$

Berdasarkan penggunaan rumus tersebut maka jumlah sampel sebesar 138,2 atau 139 responden. Disesuaikan dengan cara penentuan jumlah sampel pada metode pengambilan sampel secara *cluster* menurut Carling dan Hooking (1999) tentang estimasi jumlah sampel yang proporsional untuk populasi pada survey *cross sectional* yaitu hasil perhitungan dikalikan dengan 1,6. Berdasarkan hasil perhitungan tersebut didapatkan jumlah sampel pada penelitian ini sebesar 223 sampel.

#### 4.2.2.2 Kriteria Sampel

Sampel dalam penelitian ini, diambil dari populasi dengan kriteria sebagai berikut:

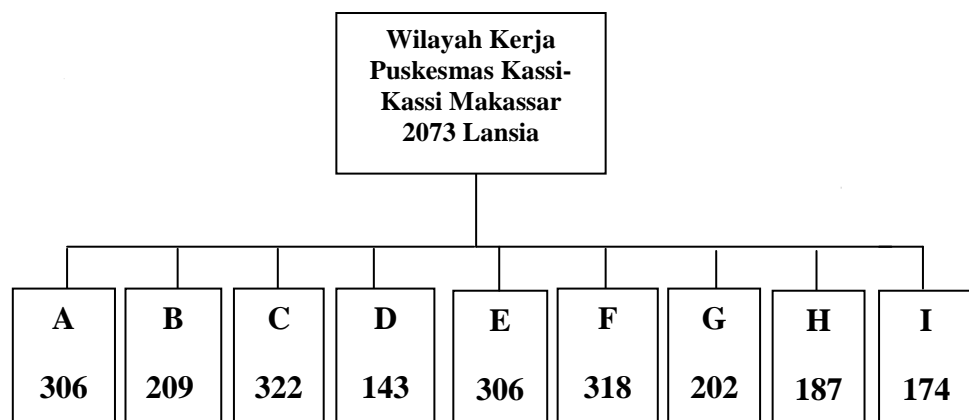
- a. Kriteria Inklusi (Lansia)
  - a) Lansia yang berusia di atas 60 tahun.
  - b) Lansia dalam kondisi sehat.
  - c) Lansia dengan pendengaran baik.
  - d) Tidak mengalami demensia.
  - e) Bersedia menjadi responden.

- b. Kriteria Inklusi (Keluarga)
- Bersedia menjadi responden.
  - Pernah dibina oleh petugas kesehatan.
  - Tinggal dengan lansia.
  - Merawat lansia.
  - Dapat membaca, menulis dan mengerti bahasa yang digunakan oleh peneliti.

#### 4.2.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* yaitu dengan *cluster sampling*. *Cluster sampling* adalah proses penarikan sampel secara acak pada kelompok individu dalam populasi yang terjadi secara alamiah berdasarkan wilayah (Sastroasmoro, 2010). Teknik *cluster sampling* digunakan untuk menentukan sampel bila sumber data sangat luas. Teknik yang sering digunakan melalui dua tahap yaitu menentukan sampel wilayah dan menentukan orang-orang yang ada di wilayah tersebut (Sugiyono, 2006). Calon responden dipilih secara acak menggunakan cara random yaitu memilih responden lansia berdasarkan pada tabel atau daftar nama lansia, dan memilih nama berdasarkan kocokan atau undian nama.

**Diagram 4.1 Teknik Pengambilan Sampel Secara Cluster**



**Tabel 4.1 Proporsi Pengambilan Sampel**

<b>Kode</b>	<b>Kelurahan</b>	<b>Jumlah Populasi</b>	<b>Jumlah sampel</b>
A	Karunrung	306	33
B	Mapala	209	22
C	Kassi-Kassi	322	35
D	Bonto makkio	143	15
E	Tidung	306	33
F	Banta-Bantaeng	318	34
G	Buakana	202	22
H	Rappocini	187	20
I	Ballaparang	174	19
Jumlah		2073	223

#### **4.3 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas Kassi-Kassi makassar yang merupakan wilayah kecamatan Rappocini Makassar dengan luas wilayah 6,92<sup>2</sup> dan jumlah penduduk lansia sebesar 2073 jiwa. Puskesmas Kassi-Kassi Makassar merupakan wilayah yang menjadi tempat praktik mahasiswa Politeknik Kesehatan Makassar, Jurusan Keperawatan Makassar dan merupakan model wilayah binaan Perkesmas Propinsi Sulawesi Selatan. Dengan demikian, hasil penelitian ini dapat digunakan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan lansia, dan penelitian ini merupakan salah satu perwujudan pengabdian pada masyarakat.

Penelitian dilaksanakan selama bulan Mei 2011. Tahap persiapan penyusunan proposal penelitian dilaksanakan dari Pebruari 2011 sampai dengan April 2011. Pengurusan surat izin penelitian dari 1 Mei sampai dengan 9 Mei 2011. Uji instrumen dilaksanakan tanggal 10 Mei sampai dengan 17 Mei 2011. Pengumpulan data dilaksanakan tanggal 20 Mei sampai dengan 3 Juni 2011. Pengolahan dan analisis data dilaksanakan 4 Juni sampai 7 Juni 2011. Penyusunan laporan dilaksanakan 8 Juni sampai 27 Juni 2011.



## 4.4 Etika Penelitian

### 4.4.1 Aplikasi Etik dalam Penelitian

Selama penelitian responden dilindungi dengan etika penelitian dengan memperhatikan prinsip *beneficience* dan *maleficience*, *autonomy* dan *justice* menurut Polit dan Hungler (1999).

#### a. Prinsip *Beneficience* dan *Maleficience*

*Beneficience* artinya penelitian yang dilakukan harus membawa dampak positif pada responden, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penelitian ini akan memberikan dampak secara tidak langsung pada responden. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan untuk perkembangan keperawatan komunitas khususnya dalam memberikan pelayanan asuhan pada keluarga dengan lansia. Hal ini dijelaskan pada responden, bahwa hasil dari penelitian ini digunakan untuk mengembangkan pelayanan keperawatan khususnya untuk lansia dalam keluarga.

*Maleficience* artinya penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan resiko pada responden. Responden dilindungi secara fisik dan psikologis. Pada penelitian ini memberikan jaminan tidak merugikan responden baik secara fisik maupun psikologi, tidak menimbulkan cedera pada responden dan secara psikologis responden merasa tidak terganggu dengan adanya proses pengumpulan data yang dilakukan. Selama proses pengumpulan data, tetap memperhatikan kondisi dan kesejahteraan responden utamanya responden lansia. Saat pengumpulan data, responden meminta untuk istirahat atau akan melakukan suatu pekerjaan, pengumpulan data dihentikan sementara dan dilanjutkan kemudian setelah responden bersedia untuk melanjutkan, dan dilakukan permintaan persetujuan kembali secara lisan pada responden.

b. Prinsip *Autonomy*

Prinsip *autonomy* adalah prinsip menghargai harkat dan martabat manusia atau menerapkan prinsip *self determination*. Responden diberikan kebebasan untuk menentukan partisipasi dalam penelitian, tanpa paksaan dan secara sukarela menyatakan bersedia berpartisipasi pada penelitian dan mempunyai hak untuk menyatakan tidak bersedia atau dapat mengundurkan diri dari penelitian. Pada penelitian ini, responden berhak menentukan kesiapan, kesediaan dan secara sukarela ataupun menolak, serta mempunyai hak untuk menentukan pilihan. Bagi yang menyatakan tidak bersedia untuk berpartisipasi, tidak dilibatkan dalam penelitian dan tidak diberikan kuesioner. Pada penelitian ini, beberapa keluarga menolak untuk menjadi responden. Keluarga yang menolak, tidak dilibatkan dalam penelitian. Beberapa keluarga yang tidak bersedia berpartisipasi, dengan alasan mempunyai kesibukan lainnya dan tidak punya waktu untuk mengisi kuesioner, walaupun sebelumnya peneliti telah berusaha untuk membina hubungan saling percaya.

c. Prinsip *justice*

Prinsip *justice* atau keadilan mengandung makna *privacy* dan *anonymity*. Prinsip ini mempunyai makna bahwa responden dihargai atau dihormati serta *privacy* dan *anonymity* terjaga. Pada penelitian ini peneliti menjaga kerahasiaan atas informasi-informasi atau data-data penelitian yang dikumpulkan dari responden, termasuk nama responden dirahasiakan dengan menggunakan pengkodean. Penelitian ini memperlakukan semua responden sama, memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan pada semua responden, jumlah responden yang terlibat pada penelitian, memberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat dari penelitian yang dilakukan. Responden yang bersedia, dimintai kesediaan untuk menandatangani persetujuan penelitian. Pada penelitian ini, khususnya dalam menggali data

pengabaian, peneliti menyatakan mengumpulkan data tentang aktifitas sehari-hari lansia.

#### **4.4.2 *Informed Consent***

*Informed consent* berarti responden telah memperoleh informasi yang adekuat yang berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan, mampu memahami informasi yang didapatkan, mempunyai kekuasaan untuk bebas memilih (Polit & Hungler, 1999). Seluruh responden yang menjadi sampel pada penelitian ini, diminta kesediaannya secara sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun. Responden diberikan informasi dan penjelasan tentang tujuan penelitian, jumlah responden, manfaat penelitian, prosedur pengisian, serta kerahasiaan dari responden. Setiap responden berhak untuk menyetujui atau menolak menjadi responden. Responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian, diminta untuk menandatangani pernyataan kesediaan menjadi responden atau pernyataan persetujuan responden (lampiran 5 untuk responden lansia dan lampiran 6 untuk responden keluarga). Pada surat persetujuan diuraikan secara rinci prinsip-prinsip yang harus disampaikan dalam etika penelitian, seperti jumlah keluarga yang menjadi sampel, keadilan dan kesamaan hak, tujuan penelitian, manfaat penelitian bagi masyarakat, kerahasiaan dari jawaban yang diberikan oleh lansia dan keluarga.

#### **4.5 Alat Pengumpul Data**

Sebelum membuat instrumen, peneliti terlebih dahulu membuat kisi-kisi dari rencana instrumen yang dibuat. Alat pengumpul data pada penelitian ini menggunakan instrumen yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan kajian literatur. Instrumen dikelompokkan dalam dua kelompok yaitu instrumen untuk keluarga dan instrumen untuk lansia. Instrumen untuk keluarga terdiri dari bagian A dan bagian B. Instrumen untuk lansia terdiri dari bagian A, bagian B dan bagian C. adapun penjelasan tentang masing-masing kuesioner adalah sebagai berikut:

a. Instrumen Keluarga Bagian A

Instrumen keluarga bagian A berupa pernyataan keluarga yang merawat lansia tentang karakteristik keluarga yang terdiri dari usia, tingkat pendidikan keluarga, jumlah penghasilan total keluarga dan jumlah anggota keluarga serta anggota keluarga sebagai pelaku rawat utama pada lansia. Sebagian besar pertanyaan pada item ini merupakan pertanyaan tertutup dimana keluarga hanya memberi tanda checklist pada kotak yang telah disiapkan sesuai dengan pilihan pernyataan, dan khusus untuk jumlah penghasilan dan jumlah anggota keluarga akan diisi oleh keluarga dengan jawaban yang sesuai.

b. Instrumen Keluarga Bagian B

Instrumen keluarga bagian B berupa kuesioner untuk keluarga, yang bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang disusun berdasarkan kriteria pada indikator tingkat kemandirian keluarga yang ditetapkan oleh Depkes (2006) yaitu kemandirian I, kemandirian II, kemandirian III dan kemandirian IV. Dinyatakan kemandirian I bila memenuhi kriteria 1 dan 2 pada indikator kemandirian keluarga. Dinyatakan kemandirian II bila memenuhi kriteria 1 sampai 4 pada indikator kemandirian keluarga. Dinyatakan kemandirian III bila memenuhi kriteria 1 sampai 6 pada indikator kemandirian keluarga. Dinyatakan kemandirian IV bila memenuhi kriteria 1 sampai 7 pada indikator kemandirian keluarga. Indikator kemandirian keluarga tersebut telah dikembangkan berdasarkan studi literatur dan dibuat dalam bentuk pertanyaan yang akan diberikan pada keluarga. Masing-masing indikator dikembangkan ke dalam item pertanyaan yang menggunakan skala *Guttman*. Jumlah item pertanyaan sebanyak 30 item pertanyaan.

c. Instrumen Lansia Bagian A

Instrumen untuk lansia pada bagian A berupa pernyataan tentang data demografi lansia yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir lansia.

d. Instrumen Lansia Bagian B

Instrumen untuk lansia pada bagian B berupa kuesioner untuk lansia. Instrumen ini untuk mengukur dukungan keluarga terhadap lansia. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan emosi. Kuesioner dukungan yang digunakan berdasarkan pada kuesioner dukungan dari Wijayanti (2006), dengan nilai reliabilitas  $r$  alpha sebesar 0,9593. Nilai reliabilitas 0,9 merupakan nilai ideal (Polit & Hungler, 1999). Kuesioner dari Wijayanti tersebut telah dimodifikasi dan dikembangkan oleh peneliti berdasarkan konsep dan teori. Kuesioner Wijayanti membagi komponen dukungan keluarga menjadi tujuh komponen, sedangkan pada penelitian ini dukungan keluarga terdiri dari empat komponen. Komponen yang sesuai dengan penelitian ini, diadopsi oleh peneliti dan yang tidak sesuai diabaikan atau tidak dipakai. Kalimat dari Item pertanyaan yang diadopsi, disesuaikan dengan karakteristik wilayah tempat penelitian.

Jumlah keseluruhan pernyataan sebanyak 33 item pertanyaan. Dukungan informasi terdiri dari 8 item pertanyaan, dukungan instrumental terdiri dari 9 item pertanyaan, dukungan penghargaan terdiri dari 8 item pertanyaan dan dukungan emosi terdiri dari 8 item pertanyaan. Bentuk pernyataan menggunakan skala likert dengan pernyataan positif dan negatif. Pernyataan positif ditetapkan skor yaitu selalu = 4, sering = 3, kadang-kadang = 2 dan tidak pernah = 1. Pernyataan negatif ditetapkan skor yaitu selalu = 1, sering = 2, kadang-kadang = 3 dan tidak pernah = 4. Responden memilih salah satu jawaban yang disediakan dan responden memberi tanda check list ( $\checkmark$ ) pada kolom tersebut. Hasil ukur untuk dukungan keluarga ini adalah 0 = kurang adekuat dan 1 = adekuat.

e. Instrumen Lansia Bagian C

Instrumen untuk lansia bagian C berupa kuesioner untuk lansia. Instrumen ini untuk mengukur pengabaian pada lansia. Kuesioner ini disusun oleh peneliti berdasarkan literatur, teori-teori dan berdasarkan

hasil penelitian yang berkaitan dengan pengabaian lansia. Jumlah pertanyaan sebanyak 20 item pernyataan yang diukur dengan menggunakan skala likert dengan bentuk pernyataan positif dan negatif. Pernyataan positif ditetapkan skore yaitu selalu = 4, sering = 3, kadang-kadang = 2 dan tidak pernah = 1. Pernyataan negatif ditetapkan skore yaitu selalu = 1, sering = 2, kadang-kadang = 3 dan tidak pernah = 4. Responden memilih salah satu jawaban yang disediakan dan responden memberi tanda check list (√) pada kolom tersebut. Hasil ukur untuk pengabaian lansia ini adalah 0 = pengabaian dan 1 = bukan pengabaian.

#### **4.6 Prosedur Pengumpulan Data**

##### **4.6.1 Prosedur Administratif Penelitian**

- a. Surat lolos uji etik dari komite etik FIK Universitas Indonesia dan telah lolos uji tertanggal 19 Mei 2011 dan surat izin penelitian dari FIK Universitas Indonesia dengan nomor 1321/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 (lampiran2 dan lampiran 3).
- b. Pengurusan surat ijin penelitian untuk Pemerintah Propinsi Sulawesi Selatan, Walikota Makassar, Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Puskesmas Kassi-Kassi Makassar (lampiran 4, 5 dan 6).
- c. Melakukan sosialisasi tentang penelitian dan pelatihan pada tim mata ajar keperawatan gerontik jurusan keperawatan Poltekkes Makassar dan penanggungjawab program lansia serta penanggung jawab program Perkesmas Puskesmas kassi-Kassi Makassar sebagai tim dalam penelitian. Penjelasan dan sosialisasi dilakukan pada tanggal 10 Mei 2011 di ruang rapat Program Studi Keperawatan Makassar, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Makassar. Jumlah tim penelitian berjumlah 6 orang. Tim mata ajar keperawatan gerontik berjumlah 5 orang dan 1 orang dari Puskesmas Kassi-Kassi Makassar. Masing-masing anggota tim bertanggungjawab pada satu kelurahan. Peneliti dan koordinator mata ajar keperawatan gerontik bertanggungjawab pada masing-masing dua kelurahan.

#### 4.6.2 Prosedur Teknis penelitian

- a. Memilih wilayah tempat penelitian dan jumlah responden berdasarkan hasil perhitungan rumus dan kriteria inklusi.
- b. Memilih RW pada tiap kelurahan yang pernah menjadi lahan praktek mahasiswa Keperawatan.
- c. Memilih keluarga dengan anggota keluarga lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. pemilihan responden dilakukan secara acak dengan menggunakan daftar nama lansia yang ada di Posyandu lansia dengan memilih berdasarkan nomor urut ganjil yang disesuaikan dengan kriteria inklusi.
- d. Meminta calon responden yaitu keluarga dengan anggota keluarga lansia dan lansia yang telah terpilih untuk bersedia menjadi responden setelah mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan.
- e. Meminta responden untuk menandatangani *informed consent* (lembar persetujuan responden) sebagai pernyataan kesediaan menjadi responden pada penelitian (lampiran 5 dan 6).
- f. Responden keluarga maupun lansia diberikan penjelasan tentang cara mengisi kuesioner dan waktu yang akan digunakan selama pengisian kuesioner.
- g. Setelah responden selesai mengisi kuesioner, kuesioner dikumpulkan dan dilakukan pengecekan kembali terhadap kelengkapan isi dari kuesioner. Kuesioner yang belum lengkap, dilengkapi oleh responden setelah dimintai kesediaan untuk melengkapi.
- h. Kuesioner yang telah dikumpulkan, dilakukan pengolahan data.

#### 4.7 Uji Instrumen

Uji instrumen dilakukan sebelum penelitian dimulai. Uji yang dilakukan adalah uji validitas dan uji reliabilitas instrumen. Uji validitas dan uji realibilitas dilakukan bertujuan agar instrumen penelitian yang digunakan valid (Sugiyono, 2005). Uji instrumen dilaksanakan pada keluarga dengan

anggota keluarga lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Mangasa Makassar pada tanggal 11 Mei sampai dengan 17 Mei 2011 dengan jumlah responden sebanyak 30 responden. Pengumpulan data untuk uji instrumen dilakukan sendiri oleh peneliti. Puskesmas Mangasa Makassar dan Puskesmas Kassi-Kassi Makassar mempunyai karakteristik masyarakat yang sama dengan lokasi yang berdekatan.

#### 4.7.1 Pengujian Validitas Instrumen

Untuk mengetahui validitas instrumen pada penelitian ini, maka dilakukan uji validitas dengan cara melakukan korelasi antar masing-masing variabel dengan skor totalnya. Pernyataan pada instrumen dinyatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya (Hastono, 2007). Penelitian ini menggunakan teknik korelasi *Pearson Product Moment*. Jika nilai  $r$  hitung lebih besar dari nilai  $r$  tabel, maka pertanyaan tersebut dinyatakan valid. Jika nilai  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel maka pertanyaan tersebut dinyatakan tidak valid. Jika pertanyaan valid maka dilanjutkan dengan uji reliabilitas, tetapi jika pertanyaan tersebut tidak valid maka pertanyaan tersebut dibuang. Nilai  $r$  tabel dengan 30 responden yaitu 0,374 (Sugiyono, 2005)

Hasil uji coba instrumen untuk keluarga lansia ditemukan beberapa kuesioner yang tidak valid. Untuk hasil uji coba kuesioner untuk keluarga yaitu kuesioner keluarga bagian B tentang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dari 49 pertanyaan, 19 item pertanyaan yang tidak valid. Nilai  $r$  hitung yang diperoleh lebih kecil dari  $r$  tabel (0,374). Pertanyaan yang tidak valid tidak digunakan dalam penelitian. Rentang nilai validitas instrumen setelah item pertanyaan yang tidak valid dihilangkan yaitu pada rentang 0,422 sampai 0,812.

Hasil uji coba instrumen untuk lansia, ditemukan beberapa yang tidak valid. Untuk hasil uji coba kuesioner untuk lansia yaitu kuesioner lansia bagian B tentang dukungan keluarga, dari 40 item pertanyaan, 7 item pertanyaan yang tidak valid. Nilai  $r$  hitung yang diperoleh lebih



kecil dari r tabel (0,374). Pertanyaan yang tidak valid tidak digunakan dalam penelitian. Rentang nilai validitas instrumen, setelah item pertanyaan yang tidak valid dihilangkan yaitu pada rentang 0,374 sampai 0,748.

Hasil uji coba instrumen lansia untuk kuesioner lansia bagian C tentang pengabaian lansia, dari 25 item pertanyaan, 5 item pertanyaan yang tidak valid. Nilai r hitung lebih kecil dari r tabel (0,374). Pertanyaan yang tidak valid tidak digunakan dalam penelitian. Rentang nilai validitas instrumen, setelah item pertanyaan yang tidak valid dihilangkan yaitu pada rentang 0,375 sampai 0,768.

#### **4.7.2 Pengujian Realibilitas Instrumen**

Uji reliabilitas dilakukan apabila semua pernyataan telah dinyatakan valid. Uji dilakukan dengan uji statistik *Cronbach Alpha*. Reliabilitas kuesioner dapat diketahui dengan membandingkan nilai r hasil dan nilai r tabel. Nilai r hasil adalah nilai "alpha". Pernyataan dinyatakan reliabel bila nilai r alpha > nilai r tabel (Hastono, 2007). Menurut Polit dan Hungler (1999) nilai reliabilitas yang baik adalah lebih dari 0,7 dan yang ideal adalah lebih dan sama dengan 0,9.

Hasil uji reliabilitas didapatkan hasil untuk kuesioner keluarga bagian B tentang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan nilai *Cronbach Alpha* sebesar 0,928, setelah item pertanyaan yang tidak valid dihilangkan. Hasil uji reliabilitas didapatkan hasil untuk kuesioner lansia bagian B tentang dukungan keluarga dengan nilai *Cronbach Alpha* sebesar 0,923, setelah item pertanyaan yang tidak valid dihilangkan dan untuk kuesioner bagian C tentang pengabaian lansia dengan nilai *Cronbach Alpha* 0,883, setelah item pertanyaan yang tidak valid dihilangkan. Nilai yang didapatkan lebih besar dari r tabel dan nilai tersebut termasuk dalam katagori ideal.

## 4.8 Pengolahan Dan Analisa Data

### 4.8.1 Pengolahan Data

Setelah pengumpulan data dilakukan, data akan diolah dengan menggunakan langkah-langkah yaitu *editing*, *coding*, *processing* dan *cleaning* (Hastono, 2007).

#### 4.8.1.1 *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan pengisian formulir atau kuesioner. Data yang telah dikumpulkan, kemudian dilakukan pengecekan untuk memastikan kelengkapan, kesesuaian, kejelasan, dan kesesuaian jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan yang ada pada kuesioner.

#### 4.8.1.2 *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. *Coding* atau pemberian kode dari data yang diperoleh dilakukan untuk mempercepat *entry* data dan mempermudah pada saat analisis. Saat *entry* data, pemberian kode dilakukan pada data numerik dan kategorik. Data berbentuk huruf dirubah menjadi data berbentuk angka atau bilangan berupa skor jawaban responden berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

#### 4.8.1.3 *Processing*

*Processing* dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke program komputer.

#### 4.8.1.4 *Cleaning*

Proses pembersihan data (*cleaning*) dilakukan dengan mengecek kembali data yang telah dimasukkan. Pengecekan dilakukan apakah ada data yang hilang (*missing*) dengan melakukan list, mengecek kembali data yang sudah di-*entry* benar atau salah dengan melihat variasi data atau kode yang

digunakan, serta penggunaan kode yang konsisten pada data dengan membandingkan dua tabel.

#### **4.8.2 Analisis Data**

Analisis data dalam penelitian ini meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Berikut ini akan diuraikan langkah analisis yang digunakan.

##### **4.8.2.1 Analisis Univariat**

Tujuan analisis ini, untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Variabel independen yaitu pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan dukungan keluarga yang meliputi dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan emosi, dan variabel dependen adalah pengabaian lansia. Variabel independen dan dependen pada penelitian ini merupakan data kategorik yang masing-masing dijelaskan dengan jumlah dan prosentase atau proporsi untuk masing-masing variabel.

##### **4.8.2.2 Analisis Bivariat**

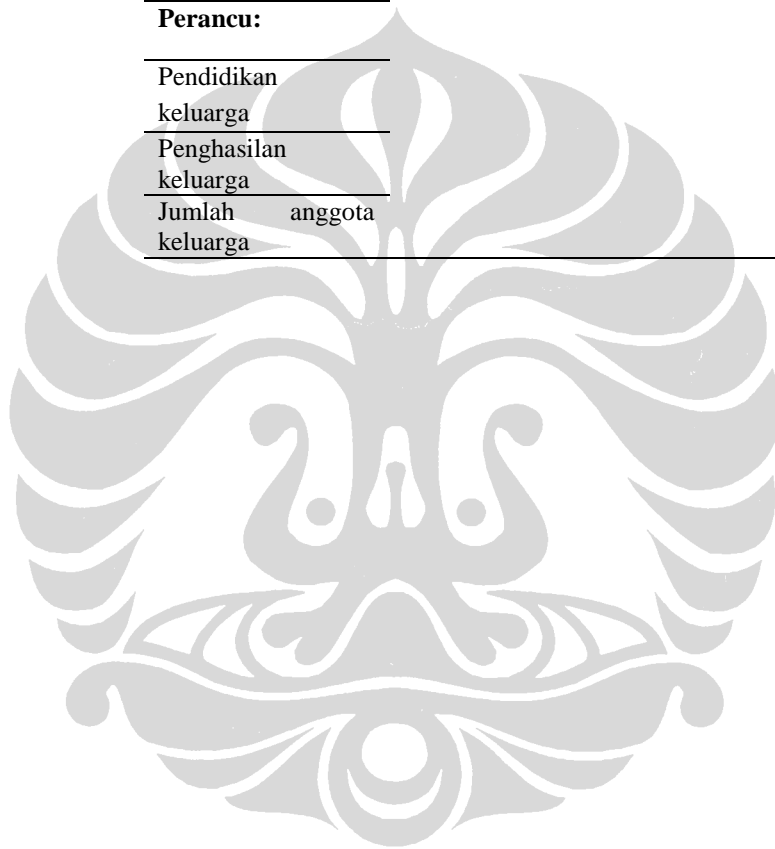
Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antar dua variabel, sehingga diketahui adanya perbedaan yang signifikan antar dua variabel tersebut. Analisis bivariat dalam penelitian ini untuk mengetahui hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia. Pada variabel dukungan keluarga, yang terdiri dari dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosi dihubungkan dengan pengabaian lansia dengan menggunakan uji statistik *Chi Square*. Variabel pada penelitian merupakan data kategorik sehingga dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Chi Square*.

#### 4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian adalah untuk mengetahui hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen. Analisis multivariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk menganalisis hubungan variabel independen (pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan dukungan keluarga yang meliputi dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan emosi) yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen (pengabaian lansia). Pada analisis multivariat ini juga menganalisis hubungan variabel perancu (karakteristik keluarga yang meliputi pendidikan, penghasilan dan jumlah anggota keluarga) dengan variabel dependen (pengabaian lansia), setelah melalui proses seleksi variabel kandidat untuk uji multivariat. Pada analisis multivariat ini dilihat variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen setelah dikontrol oleh variabel perancu. Analisis yang digunakan adalah analisis statistik regresi logistik. Analisis regresi logistik adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom (Sabri & Hastono, 2009). Tabel 4.2 akan disajikan analisis data dalam bentuk tabel berdasarkan variabel yang diteliti pada halaman berikutnya.

Tabel 4.2 Analisis Data

Variabel Penelitian		Metode Analisis Data		
Independen	Dependen	Univariat	Bivariat	Multivariat
Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga				
Dukungan informasi				
Dukungan instrumental				
Dukungan penghargaan	Pengabaian lansia	Proporsi	<i>Chi-Square</i>	Regresi Logistik
Dukungan emosi				
<b>Perancu:</b>				
Pendidikan keluarga				
Penghasilan keluarga				
Jumlah anggota keluarga				



## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian tentang hubungan pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar yang dilaksanakan selama bulan Mei 2011. Bab ini akan menyajikan hasil penelitian dalam bentuk analisis univariat, bivariat dan multivariat.

### 5.1 Analisis Univariat

#### 5.1.1. Karakteristik Responden Lansia

Responden pada penelitian ini yaitu keluarga dengan anggota keluarga lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar. Responden berjumlah 223 lansia. Karakteristik lansia terdiri dari usia lansia, jenis kelamin lansia dan pendidikan terakhir lansia.

Tabel 5.1  
Distribusi Usia, Jenis kelamin dan Pendidikan terakhir lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas kassi-Kassi Makassar (n=223)

Karakteristik	Jumlah (n)	Prosentase (%)
<b>Usia</b>		
60-74	195	87,4
75-90	28	12,6
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	88	39,5
Perempuan	135	60,5
<b>Pendidikan Terakhir</b>		
Rendah	142	63,6
Tinggi	81	36,3
<b>Total</b>	223	100

Dari tabel diatas menjelaskan bahwa usia lansia yang menjadi responden sebagian besar berusia pada rentang usia 60 sampai 74 tahun. Sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan. Distribusi katagori pendidikan terakhir lansia yang terbanyak yaitu berpendidikan rendah.

### 5.1.2. Karakteristik Responden Keluarga

Responden keluarga berjumlah 223 keluarga lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar yang tinggal dengan lansia dan merawat lansia. Karakteristik keluarga terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, jumlah penghasilan keluarga, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah dan pelaku rawat utama lansia.

Tabel 5.2  
Distribusi Keluarga dan Pelaku Rawat berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Penghasilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar (n=223)

Karakteristik	Jumlah (n)	Prosentase (%)
<b>Usia</b>		
Dewasa Muda	122	<b>54,7</b>
Dewasa Pertengahan	101	45,3
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	23	10,3
Perempuan	200	<b>89,7</b>
<b>Pendidikan</b>		
Rendah	44	18,4
Tinggi	182	<b>81,6</b>
<b>Pelaku Rawat Utama Lansia</b>		
Anak	146	<b>65,5</b>
Bukan Anak	77	34,4
<b>Penghasilan</b>		
Cukup	115	48,4
Kurang	108	<b>51,6</b>
<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>		
Kurang	71	31,8
Banyak	152	<b>68,2</b>
<b>Total</b>	223	100

Usia keluarga yang merawat lansia, dominan berada pada usia dewasa muda yaitu antara usia 20 sampai dengan 40 tahun dan berjenis kelamin perempuan. Tingkat pendidikan keluarga yang terbanyak yaitu pendidikan tinggi 81,6%, dengan pelaku rawat utama anak 65,5%. Sedangkan penghasilan keluarga kurang 51,6%, dan jumlah anggota keluarga banyak 68,2%.

### 5.1.3. Kejadian Pengabaian lansia Dalam Keluarga

Lansia yang berada dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar, setelah dibuat pengkatagorian untuk menentukan kejadian pengabaian pada lansia dengan berdasarkan pada nilai mean karena pada uji normalitas variabel pengabaian berdistribusi normal. Nilai mean untuk variabel pengabaian yaitu 41,75. Tabel 5.3 akan menggambarkan kejadian pengabaian pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar.

Tabel 5.3  
Distribusi Kejadian Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas  
Kassi-Kassi Makassar (n=223)

Kategori	Jumlah(n)	Prosentase (%)
Pengabaian	117	52,5
Bukan Pengabaian	106	47,5
Total	223	100

Kejadian pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar menempati proporsi lebih besar dibandingkan dengan kejadian bukan pengabaian.

### 5.1.4. Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar yang dikatagorikan dalam kemandirian I, kemandirian II, kemandirian III, dan kemandirian IV. Tingkat kemandirian keluarga tersebut kemudian dikatagorikan dalam katagori kurang dan katagori baik. Pada tabel 5.4 menampilkan proporsi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada katagori kemandirian kurang dan kemandirian baik. Kemandirian I dan II dikatagorikan kemandirian kurang, dan kemandirian III dan IV dikatagorikan kemandirian baik.



Tabel 5.4  
Distribusi Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Lansia Di Wilayah  
Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar (n=223)

<b>Katagori Kemandirian Keluarga</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Prosentase (%)</b>
Kemandirian Kurang	30	13,5
Kemandirian Baik	193	<b>86,5</b>
<b>Total</b>	223	100

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang dikategorikan dalam kemandirian kurang dan kemandirian baik, setelah dilakukan analisis diperoleh hasil, bahwa tingkat kemandirian baik dengan proporsi terbesar dibandingkan dengan kemandirian kurang.

#### **5.1.5. Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga terhadap lansia terdiri dari dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan emosi. Masing-masing dukungan akan diprosentasekan sesuai dengan proporsi hasil analisis. Pengkategorian untuk dukungan informasi menggunakan nilai median yaitu 26, karena variabel dukungan informasi tidak berdistribusi normal. Pengkategorian untuk dukungan instrumental menggunakan nilai median yaitu 28, karena variabel dukungan instrumental tidak berdistribusi normal. Pengkategorian untuk dukungan penghargaan menggunakan nilai median yaitu 27, karena variabel dukungan penghargaan tidak berdistribusi normal. Pengkategorian untuk dukungan emosi menggunakan nilai mean yaitu 25,81 karena variabel dukungan emosi berdistribusi normal. Pada tabel 5.5 disajikan proporsi untuk masing-masing variabel dukungan keluarga, pada halaman berikutnya.

Tabel 5.5  
Dukungan Keluarga Terhadap Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi  
Makassar (n=223)

Katagori Dukungan Keluarga	Jumlah (n)	Prosentase (%)
<b>Dukungan Informasi</b>		
Kurang Adekuat	92	41,3
Adekuat	131	<b>58,7</b>
<b>Dukungan Instrumental</b>		
Kurang Adekuat	103	41,3
Adekuat	120	<b>58,7</b>
<b>Dukungan Penghargaan</b>		
Kurang Adekuat	103	46,2
Adekuat	120	<b>53,8</b>
<b>Dukungan Emosi</b>		
Kurang Adekuat	107	48
Adekuat	116	<b>52</b>
<b>Total</b>	223	100

Dukungan informasi adekuat 58,7%, dukungan instrumental 58,7%, dukungan penghargaan, 53,8%, dan dukungan emosi 52%. Disimpulkan bahwa proporsi dukungan adekuat lebih besar jika dibandingkan dengan dukungan yang kurang adekuat untuk keempat variabel dukungan keluarga.

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini, menguraikan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. variabel independen pada penelitian ini yaitu pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan dukungan keluarga dan variabel dependen yaitu pengabaian lansia.

### 5.2.1 Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Pengabaian

Kemandirian keluarga kemandirian I dan II dinyatakan kurang dan Kemandirian III dan IV dinyatakan baik. Distribusi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan pengabaian lansia, dapat dilihat pada tabel 5.6 pada halaman berikutnya.

Tabel 5.6  
Distribusi Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dan Pengabaian Lansia  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar (n=223)

Tugas Kesehatan	Pengabaian				Total		X <sup>2</sup>	OR (95% CI)	P Value
	Pengabaian		Bukan Pengabaian						
	n	%	n	%	n	%			
Kurang	17	56,7	13	43,3	30	100	0,08	I 1,216 (0,560-2,641)	0,765
Baik	100	51,8	93	48,2	193	100			
Jumlah	117	52,5	106	47,5	223	100			

Proporsi lansia yang mengalami pengabaian pada tingkat kemandirian keluarga kurang 56,7%, lebih besar dibandingkan dengan tingkat kemandirian keluarga baik 51,8%. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pengabaian lansia *p value* >0,05.

### 5.2.2 Hubungan Dukungan Informasi Dengan Pengabaian lansia

Analisis bivariat untuk variabel independen yaitu dukungan informasi, akan dihubungkan dengan variabel dependen yaitu pengabaian lansia dalam keluarga untuk melihat hubungan keduanya. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7  
Distribusi Dukungan Informasi dan Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja  
Puskesmas Kassi-Kassi Makassar (n=223)

Dukungan Informasi	Pengabaian				Total		X <sup>2</sup>	OR (95% CI)	P Value
	Pengabaian		Bukan Pengabaian						
	n	%	n	%	n	%			
Kurang Adekuat	67	72,8	25	27,2	92	100	24,65	I 4,342 (2,433– 7,747)	0,000
Adekuat	50	38,2	81	61,8	131	100			
Jumlah	117	52,5	106	47,5	223	100			

Proporsi lansia yang mengalami pengabaian dengan dukungan informasi yang kurang adekuat 72,8%, lebih besar dibandingkan dengan dukungan informasi yang adekuat 38,2%. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan adanya hubungan antara dukungan informasi dengan pengabaian lansia *p value* < 0,05, dengan nilai OR 4,342 (CI 2,433-7,747) artinya lansia dengan dukungan informasi yang kurang adekuat mempunyai resiko 4,3 kali untuk terjadi pengabaian dibandingkan dengan lansia dengan dukungan informasi yang adekuat.

### 5.2.2 Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Pengabaian Lansia

Analisis bivariat untuk variabel independen yaitu dukungan instrumental akan dihubungkan dengan variabel dependen pengabaian lansia dalam keluarga. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8  
Distribusi Dukungan Instrumental dan Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar (n=223)

Dukungan Instrumental	Pengabaian				Total		X <sup>2</sup>	OR (95% CI)	P Value
	Pengabaian		Bukan Pengabaian		n	%			
	n	%	n	%					
Kurang Adekuat	67	65	36	35	103	100	11,23	I 2,606 (1,513-4,488)	0,001
Adekuat	50	41,7	70	58,3	120	100			
Jumlah	117	52,5	106	47,5	223	100			

Proporsi lansia yang mengalami pengabaian dengan dukungan instrumental yang kurang adekuat 65% lebih besar dibandingkan dengan dukungan instrumental yang adekuat 41,7%. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan adanya hubungan antara dukungan instrumental dengan pengabaian lansia *p value* < 0,05 dengan nilai OR 2,606 (CI 1,513-4,488) artinya lansia dengan dukungan instrumental yang kurang adekuat mempunyai resiko 2,6 kali untuk terjadi pengabaian

dibandingkan dengan lansia dengan dukungan instrumental yang adekuat.

### 5.2.3 Hubungan Dukungan Penghargaan Dengan Pengabaian Lansia

Analisis bivariat untuk variabel independen yaitu dukungan penghargaan akan dihubungkan dengan variabel dependen yaitu pengabaian lansia dalam keluarga. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9  
Distribusi Dukungan Penghargaan dan Pengabaian Lansia Di  
Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar (n=223)

Dukungan Penghargaan	Pengabaian				Total		$X^2$	OR (95% CI)	P Value
	Pengabaian		Bukan Pengabaian		n	%			
	n	%	n	%					
Kurang Adekuat	70	68	33	32	103	100	17,29	I 3,295 (1,895–5,727)	0,000
Adekuat	47	39,2	73	60,8	120	100			
Jumlah	117	52,5	106	47,5	223	100			

Proporsi lansia yang mengalami pengabaian dengan dukungan penghargaan yang kurang adekuat 68%, lebih besar dibandingkan dengan dukungan penghargaan yang adekuat 39,2%. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan adanya hubungan antara dukungan penghargaan dengan pengabaian lansia  $p\text{ value} < 0,05$  dengan nilai OR 3,295 (CI 1,895-5,727) artinya lansia dengan dukungan penghargaan yang kurang adekuat mempunyai resiko 3,2 kali untuk terjadi pengabaian dibandingkan dengan lansia dengan dukungan penghargaan yang adekuat.

### 5.2.4 Hubungan Dukungan Emosi Dengan Pengabaian Lansia

Analisis bivariat untuk variabel independen yaitu dukungan emosi keluarga akan dihubungkan dengan variabel dependen pengabaian

lansia dalam keluarga. Hasil uji statistik *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 5.10. pada halaman berikutnya.

Tabel 5.10  
Distribusi Dukungan Emosi dan Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja  
Puskesmas Kassi-Kassi Makassar (n=223)

Dukungan Emosi	Pengabaian				Total		$X^2$	OR (95% CI)	P Value
	Pengabaian		Bukan Pengabaian		n	%			
	n	%	n	%					
Kurang Adekuat	70	70,1	32	29,9	107	100	24,28	I 4,129 (2,357-7,236)	0,000
Adekuat	42	36,2	74	63,8	116	100			
Jumlah	117	52,5	106	47,5	223	100			

Proporsi lansia yang mengalami pengabaian dengan dukungan emosi yang kurang adekuat 70,1% lebih besar dibandingkan dengan dukungan emosi yang adekuat 36,2%. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan adanya hubungan antara dukungan emosi dengan pengabaian lansia *p value* < 0,05 dengan nilai OR 4,129 (CI 2,357-7,236) artinya lansia dengan dukungan emosi yang kurang adekuat mempunyai resiko 4,1 kali untuk terjadi pengabaian dibandingkan dengan lansia dengan dukungan emosi yang adekuat.

### 5.3 Analisis Multivariat

#### 5.3.2 Pemilihan Kandidat Variabel Multivariat

Pemilihan kandidat untuk variabel multivariat dilakukan dengan menghubungkan semua variabel independen, variabel perancu dengan variabel dengan menggunakan regresi logistik sederhana. Variabel yang diikutkan dalam seleksi kandidat multivariat yaitu variabel dengan nilai *p* lebih kecil dari 0,25 pada seleksi bivariat. Adapun variabel dianalisis dalam analisis multivariat ini yaitu, dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan

emosi, pendidikan keluarga, jumlah penghasilan keluarga dan jumlah anggota keluarga. Analisis multivariat ini dilakukan untuk melihat faktor yang paling dominan berhubungan dengan pengabaian lansia dalam keluarga. Adapun seleksi bivariat untuk kandidat multivariat, dapat dilihat pada tabel 5.11. pada halaman berikutnya.

Tabel 5.11  
hasil Seleksi Bivariat Variabel Independen, Variabel Perancu Dengan variabel Dependen

No	Variabel	P Value
1	Dukungan Informasi	0,000
2	Dukungan Instrumental	0,000
3	Dukungan Penghargaan	0,000
4	Dukungan Emosi	0,000
5	Pendidikan keluarga	0,224
6	Penghasilan keluarga	0,211
7	Jumlah Anggota Keluarga	0,097

### 5.3.3 Pembuatan Model Faktor Dominan Berhubungan Dengan Pengabaian

Berdasarkan hasil seleksi bivariat, variabel yang mengikuti analisis multivariat yaitu dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosi, pendidikan keluarga, penghasilan keluarga dan jumlah anggota keluarga dengan *p value* lebih kecil dari 0,25. Selanjutnya dilakukan analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda, dan hasil analisis tersebut dapat dilihat pada tabel 5.12 pada halaman berikutnya.

Tabel 5.12  
 Hasil Analisis Multivariat Hubungan Dukungan Informasi, Dukungan Instrumental, Dukungan Penghargaan, Dukungan Emosi, pendidikan keluarga, Penghasilan Keluarga dan Jumlah Anggota Keluarga dengan Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar

Variabel	B	Wald	P	OR	95% CI
Dukungan Informasi	0,696	2,865	0,091	2,007	0,896-4,495
Dukungan Instrumental	0,584	3,237	0,072	1,792	0,949-3,385
Dukungan Penghargaan	0,401	1,203	0,273	1,493	0,729-3,056
Dukungan Emosi	0,853	6,057	0,014	2,347	1,190-4,630
Pendidikan Keluarga	- 0,510	1,506	0,220	0,600	0,266-1,357
Penghasilan Keluarga	- 0,259	0,578	0,447	0,772	0,396-1,505
Jumlah Anggota Keluarga	0,714	4,583	0,032	2,042	1,062-3,925

Dari hasil analisis terlihat ada lima variabel yang nilai  $p$  lebih dari 0,05 yaitu dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, pendidikan keluarga dan penghasilan keluarga. Langkah selanjutnya yaitu variabel dengan  $p$  terbesar akan dikeluarkan dari model yaitu penghasilan keluarga  $p$  value  $0,447 > 0,05$ . Setelah variabel penghasilan keluarga dikeluarkan, maka dilihat perubahan nilai OR untuk variabel dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosi, pendidikan keluarga dan jumlah anggota keluarga. Hasil perbandingan OR antara variabel tersebut tidak ada yang lebih dari 10%. Sehingga variabel penghasilan keluarga tetap dikeluarkan dari model, yang artinya variabel tersebut bukan variabel yang berpengaruh terhadap pengabaian lansia.

Selanjutnya, variabel dengan nilai  $p$  terbesar yaitu dukungan penghargaan  $p$  value  $0,229 > 0,05$  dikeluarkan dari model. Setelah variabel dukungan penghargaan dikeluarkan, maka dilihat perubahan nilai OR untuk variabel dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan emosi, pendidikan keluarga dan jumlah anggota keluarga.



Hasil perbandingan OR antara variabel tersebut tidak ada yang lebih dari 10%, sehingga variabel dukungan penghargaan tetap dikeluarkan dari model, yang artinya variabel tersebut bukan variabel yang berpengaruh terhadap pengabaian lansia.

Selanjutnya variabel dengan nilai  $p$  terbesar yaitu pendidikan keluarga  $p$  value  $0,113 > 0,05$  dikeluarkan dari model. Setelah variabel pendidikan keluarga dikeluarkan, maka dilihat perubahan nilai OR untuk variabel dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan emosi, dan jumlah anggota keluarga. Hasil perbandingan OR antara variabel tersebut tidak ada yang lebih dari 10%, sehingga variabel pendidikan tetap dikeluarkan dari model, yang artinya variabel tersebut bukan variabel yang berpengaruh terhadap pengabaian lansia.

Selanjutnya variabel dengan nilai  $p$  terbesar yaitu dukungan instrumental  $p$  value  $0,109 > 0,05$ , dikeluarkan dari model. Setelah variabel dukungan instrumental dikeluarkan, maka dilihat hasil dari model adalah tidak ada lagi nilai  $p$  lebih besar dari 0,05. Adapun hasil tersebut dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13

Hasil Analisis Multivariat Hubungan Dukungan Informasi, Dukungan Emosi dan Jumlah Anggota Keluarga dengan Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar

Variabel	B	Wald	P	OR	95% CI
Dukungan Informasi	0,991	8,813	0,003	2,659	1,401 – 5,186
Dukungan Emosi	1,041	10,069	0,002	2,832	1,489 – 5,388
Jumlah Anggota Keluarga	0,613	3,618	0,050	1,846	0,981 – 3,471

Hasil analisis multivariat diperoleh hasil variabel yang dominan berhubungan dengan pengabaian lansia yaitu variabel dukungan emosi dengan  $p$  value 0,002.

### 5.3.4 Uji Interaksi

Hasil analisis multivariat didapatkan dua variabel independen yang berhubungan dengan pengabaian lansia setelah dikontrol oleh variabel perancu, yaitu dukungan informasi dan dukungan emosi setelah dikontrol oleh jumlah anggota keluarga. Setelah analisis multivariat, kemudian dilakukan uji interaksi pada variabel tersebut. Uji interaksi dilakukan untuk mengetahui kemungkinan variabel tersebut berinteraksi secara bersama-sama berhubungan dengan pengabaian lansia. Dari tiga variabel tersebut, maka interaksi yang memungkinkan adalah antara variabel independen utama (dukungan informasi dan dukungan emosi) dengan variabel perancu (jumlah anggota keluarga). Hasil uji interaksi dapat dilihat pada tabel 5.14

Tabel 5.14  
Uji Interaksi Dukungan Informasi, Dukungan Emosi, Jumlah Anggota Keluarga dengan Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar

Variabel	P value
Dukungan Informasi	0,113
Dukungan Emosi	0,013
Jumlah Anggota Keluarga	0,047
Dukungan Informasi*Jumlah Anggota Keluarga	0,847
Dukungan Emosi*Jumlah Anggota Keluarga	0,233

Selanjutnya uji interaksi dilakukan dengan mengeluarkan variabel yang diduga berinteraksi yang nilai  $p$  lebih besar dari 0,05. Nilai  $p$  lebih besar dari 0,05 berarti variabel tersebut tidak berinteraksi. Setelah uji interaksi selesai, dapat dinyatakan bahwa tidak ada variabel yang saling berinteraksi. Kesimpulan dari hasil uji interaksi adalah tidak ada interaksi antar variabel, sehingga variabel tersebut dapat masuk ke dalam model. Pemodelan akhir dari hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.15 pada halaman berikutnya.

Tabel 5.15  
 Pemodelan Akhir Hasil Analisis Uji Interaksi Dukungan Informasi, Dukungan Emosi dan Jumlah Anggota Keluarga dengan Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar

Variabel	B	Wald	P	OR	95% CI
Dukungan Informasi	0,991	8,813	0,003	2,659	1,401 – 5,186
Dukungan Emosi	1,041	10,069	0,002	2,832	1,489 – 5,388
Jumlah Anggota Keluarga	0,613	3,618	0,050	1,846	0,981 – 3,471

Setelah seluruh proses analisis dilakukan, dapat disimpulkan bahwa dari empat variabel independen yang diduga berhubungan dengan pengabaian lansia, ternyata ada dua variabel yang berhubungan dengan pengabaian lansia yaitu dukungan informasi dan dukungan emosi setelah dikontrol oleh variabel perancu, jumlah anggota keluarga. Variabel independen yang mempunyai hubungan paling dominan adalah dukungan emosi. Keluarga dengan dukungan emosi yang kurang adekuat berpeluang terjadi pengabaian lansia sebesar 2,8 kali, setelah dikontrol variabel jumlah anggota keluarga. Setelah variabel dukungan emosi, kemudian diikuti oleh dukungan informasi. Keluarga dengan dukungan informasi yang kurang adekuat berpeluang terjadi pengabaian lansia sebesar 2,6 kali setelah dikontrol variabel jumlah anggota keluarga.

Hasil akhir dari analisis multivariate ini akan menghasilkan persamaan regresi logistik yang akan dapat menjelaskan lansia dengan pengabaian yaitu:

$$\text{Pengabaian} = -1,674 + 0,991 (\text{Dukungan Informasi}) + 1,041 (\text{Dukungan Emosi}) + 0,613 (\text{Jumlah Anggota Keluarga}).$$

Setiap peningkatan 0,9 kali dukungan informasi, ditambah 1 kali dukungan emosi, dan setelah dikontrol oleh 0,6 kali jumlah anggota keluarga akan mencegah kejadian pengabaian pada lansia.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini akan membahas tentang hasil penelitian yang mencakup hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, hubungan antara variabel perancu dengan variabel dependen, serta faktor yang paling dominan berhubungan dengan pengabaian lansia. Bab ini juga membahas tentang keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian pada pelayanan dan penelitian keperawatan.

#### **6.1 Interpretasi Hasil Penelitian**

##### **6.1.1 Karakteristik Responden Lansia**

Hasil penelitian menemukan bahwa responden lansia lebih banyak berada pada usia antara 60 sampai 74 tahun atau katagori usia *elderly*. Salah satu hal yang mendasari sehingga responden lansia yang berusia 60 sampai 74 tahun yang lebih banyak karena adanya kriteria inklusi pada penelitian ini bahwa lansia yang dalam kondisi sehat dan pendengaran baik dengan tujuan lansia yang menjadi responden dapat menjawab dengan kuesioner yang diberikan. Penurunan fungsi tubuh pada lansia seiring dengan bertambahnya waktu dan bertambahnya usia, sehingga individu lansia akan mengalami perubahan-perubahan baik secara fisik dan psikologik (Stanhope & Lancaster, 2004). Dari konsep dapat disimpulkan bahwa semakin usia bertambah, maka akan disertai dengan penurunan fungsi tubuh.

Penelitian memperoleh hasil bahwa dominan responden lansia berjenis kelamin perempuan. Umur harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan yaitu 66,7 tahun dan laki-laki yaitu 62,9 tahun (Depkes, 2010). Jumlah penduduk lansia perempuan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah lansia laki-laki yaitu 8,96% dari seluruh penduduk perempuan, sedangkan laki-laki 7,76% dari seluruh penduduk laki-laki (Komnas lansia, 2010). Sesuai dengan data dari Badan Pusat Statistik Makassar (2010) jumlah lansia perempuan lebih banyak daripada lansia laki-laki untuk Kota Makassar, yaitu 53,3% dan laki-laki 47,9%. Hal tersebut menggambarkan bahwa jumlah lansia perempuan lebih banyak

dibandingkan dengan lansia laki-laki. Berdasarkan hal tersebut berarti kemungkinan besar responden berjenis kelamin perempuan akan ditemukan pada penelitian ini. jumlah lansia yang lebih banyak. Jumlah lansia perempuan yang lebih banyak, diharapkan dapat menjadi pemikiran bagi pemerintah setempat atau sektor terkait untuk pemberdayaan lansia, seperti adanya kegiatan kelompok kerja dll.

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa, pendidikan terakhir lansia yang terbanyak berada pada katagori berpendidikan rendah yaitu tidak pernah sekolah, pendidikan SD dan SMP . Lansia dengan pendidikan SD sebesar 29,6% dan lansia dengan pendidikan SMA juga 29,6%. Hasil Susenas Juli tahun 2009 diperoleh hasil tingkat pendidikan lansia yang terbanyak yaitu pendidikan SD disusul SMA, SMP dan Perguruan Tinggi (Komnas lansia, 2010). Selanjutnya dijelaskan, lansia dengan pendidikan SD sebesar 23,01%, pendidikan SMA 6,83%. Lansia, pendidikan SMP sebesar 5,85% dan pendidikan Perguruan Tinggi sebesar 2,51% . Menurut Raharjo & Le ( 2002) bahwa lansia di Indonesia rata-rata berpendidikan rendah. Tingkat pendidikan lansia akan berdampak pada tujuan kesehatan yang akan dicapai oleh lansia, sehingga akan mempengaruhi perilaku lansia dalam mencapai tujuan kesehatan dan kesejahteraan lansia (Burke & Laramie, 2000). Berdasarkan hasil analisis dapat dinyatakan bahwa tingkat pendidikan pada lansia akan mempengaruhi lansia dalam menerima informasi dan akan berdampak pada pola pengetahuan dan perilaku lansia, utamanya dalam memelihara kesehatannya.

### **6.1.2 Karakteristik Responden Keluarga**

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa, usia keluarga yang merawat lansia sebagian besar berada pada rentang usia 20 sampai 40 tahun atau termasuk pada katagori dewasa muda. Dewasa pada usia 20 sampai 40 tahun termasuk katagori usia produktif (Hitchcock, Schubert & Thomas., 1999). Menurut Komnas Lansia (2010) lansia merupakan populasi yang tergantung pada populasi produktif yaitu

penduduk dewasa. Selanjutnya dinyatakan bahwa setiap 100 orang penduduk usia produktif harus menanggung setiap 13 orang penduduk lansia. Populasi produktif dalam hal ini usia dewasa menanggung atau bertanggung jawab pada lansia sebagai generasi yang harus mendapatkan bantuan karena adanya keterbatasan yang dialami.

Dewasa awal merupakan periode dimana adanya pengaruh dunia kerja dan tuntutan pemenuhan kebutuhan hidup serta keterlibatan dalam keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Selanjutnya dijelaskan bahwa fase dewasa awal, merupakan fase dimana populasi ini menentukan dan membuat keputusan yang berpengaruh dan mengatur seluruh langkah kehidupan keluarga. Pada fase usia dewasa muda, dimana individu dihadapkan pada tanggung jawab untuk kelangsungan hidup keluarga yang akan memberikan asuhan atau pelayanan pada dua generasi yaitu anak dan orangtua.

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa, jenis kelamin keluarga yang terbanyak merawat lansia yaitu perempuan. Menurut Meiner dan Lueckonette (2006) bahwa 75% pemberi pelayanan pada lansia dalam keluarga adalah perempuan. Menurut Burke dan Laramie (2000) diharapkan bahwa perempuan dapat memberikan perhatian dan perawatan pada anak ataupun orang tua, serta sebagai pemberi perawatan karena adanya ketergantungan yang dialami lansia. Hal ini ditunjang dengan pernyataan Fingerman (2001, dalam Kaakinen *et al.*, 2010) bahwa ada hubungan antar generasi, antara anak perempuan dengan orang tua, khususnya orang tua perempuan. Anak perempuan dan orang tua perempuan, mempunyai hubungan yang erat dan kedekatan emosional, baik secara positif maupun negatif. Berdasarkan hal tersebut, diharapkan anak perempuan dapat memberikan perhatian yang maksimal dalam memberikan pelayanan dan memenuhi kebutuhan lansia.

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa, pendidikan keluarga yang merawat lansia terbanyak yaitu pada katagori berpendidikan tinggi,

Kategori pendidikan tinggi yaitu SMA dan Perguruan Tinggi. Tingkat pendidikan dinyatakan tinggi karena telah melewati pendidikan sembilan tahun. Pengetahuan keluarga sangat berpengaruh terhadap pemahaman dan keterampilan dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga (Burke & Laramie, 2000).

Pendidikan merupakan status sosial yang sangat berhubungan dengan status kesehatan, karena pendidikan penting untuk membentuk pengetahuan dan pola perilaku (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Tingkat pendidikan yang tinggi diharapkan dapat menjadi bekal bagi keluarga untuk memahami masalah-masalah lansia dalam keluarga dan memahami informasi kesehatan yang diberikan khususnya untuk mengatasi masalah lansia. Peningkatan pemahaman keluarga tentang masalah lansia, khususnya masalah pengabaian lansia, diharapkan dapat meningkatkan dukungan keluarga terhadap lansia.

Hasil penelitian ini memperoleh data bahwa, pelaku rawat utama lansia yang dominan yaitu anak. Menurut Meiner dan Lueckonette (2006) satu dari tiga pasangan lansia, anak dewasa merupakan pemberi layanan utama lansia dalam keluarga. Secara tradisional keluarga yang memberikan perawatan pada lansia adalah pasangan lansia, anak perempuan lansia, dan menantu perempuan (Stone, Cerrata & Sangl, 1987 dalam Burke & Laramie, 2000). Selanjutnya menurut Burke bahwa 35% pemberi perawatan pada lansia adalah pasangan lansia dan selebihnya adalah anak perempuan lansia. Sesuai dengan konsep tersebut bahwa pelaku rawat utama lansia adalah pasangan lansia dalam hal ini istri, anak perempuan dan menantu perempuan. Hasil penelitian ini sejalan dengan konsep yang didapatkan bahwa lansia lebih banyak dirawat oleh anak.

Hasil penelitian memperoleh data bahwa, kondisi jumlah penghasilan keluarga proporsi terbanyak yaitu kategori kurang sebesar 51,6%. Pendapatan merupakan elemen penting bagi keluarga. Pendapatan atau penghasilan keluarga merupakan salah satu komponen dari status

sosial ekonomi keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Selanjutnya dijelaskan bahwa pada kelas-kelas sosial akan berbeda dan bervariasi dalam hal gaya hidup, struktur dan fungsi keluarga, serta hubungan dengan lingkungan eksternal rumah, tetangga dan komunitas. Sesuai dengan pernyataan Kaakinen *et al* (2010) bahwa penghasilan keluarga merupakan aspek penting bagi keluarga dan mempengaruhi kehidupan keluarga. Menurut Ebersole dan Hess (2001, dalam Stanhope & Lancaster, 2004) bahwa, semakin tinggi status ekonomi akan menggambarkan perbedaan pada tipe dukungan keluarga yang artinya semakin tinggi kemampuan keluarga dalam hal ekonomi maka akan mempengaruhi keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarga. Berdasarkan hasil analisis dapat dinyatakan bahwa penghasilan keluarga akan mempengaruhi gaya hidup dan perilaku keluarga serta akan mempengaruhi tingkat dukungan keluarga terhadap anggota keluarga.

Hasil penelitian ini memperoleh data bahwa, jumlah anggota keluarga dominan yaitu keluarga dengan anggota keluarga kategori banyak. Jumlah anggota keluarga yang dikategorikan banyak pada penelitian ini yaitu lebih dari 5 orang. Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) tipe keluarga terdiri dari keluarga besar dan keluarga inti. Perubahan kondisi sosial dan demografi di Indonesia dan efek dari modernisasi, terjadi perubahan struktur pada keluarga di Indonesia, dari struktur keluarga besar menjadi keluarga inti (Raharjo & Le, 2002). Selanjutnya dinyatakan bahwa, perubahan struktur keluarga menjadi keluarga yang lebih kecil akan mempengaruhi keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarga. Berdasarkan hasil analisis, dapat dinyatakan bahwa, keluarga tradisional seperti keluarga besar dapat memberikan dukungan dan memberikan pelayanan pada lansia sesuai dengan kultur, kondisi demografi dan ekonomi masyarakat. Seiring dengan perkembangan dan perubahan serta modernisasi terjadi perubahan struktur keluarga, dimana lansia tidak lagi mendapatkan dukungan dengan derajat atau kualitas yang sama



dari generasi muda atau generasi selanjutnya. Kondisi ini perlu mendapatkan perhatian dari petugas kesehatan, khususnya peran perawat komunitas dalam memberikan informasi pada keluarga, sehingga keluarga dapat memberikan dukungan yang maksimal pada lansia, yang disesuaikan dengan jumlah anggota keluarga.

### **6.1.3 Kejadian pengabaian Lansia**

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa, kejadian pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar dengan proporsi terbesar dibandingkan dengan kejadian bukan pengabaian. Pengabaian adalah berhubungan dengan kegagalan pemberi perawatan dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan, baik kebutuhan fisik ataupun kebutuhan kesehatan mental individu lansia (Stanhope & Lancaster, 2004). Selanjutnya Stanhope menyatakan bahwa individu lansia dengan ketergantungan pada orang lain dalam mendapatkan pelayanan, membuat lansia beresiko untuk mendapatkan perlakuan pengabaian.

Peningkatan ketidakmampuan pada lansia, meningkatkan ketergantungan pada orang lain yang dapat menghasilkan perasaan bersalah, marah, frustrasi dan depresi pada lansia dan keluarga (Maurier & Smith, 2005). Pengabaian yang dialami oleh lansia dapat dipicu oleh karena tingkat ketergantungan lansia pada pemberi pelayanan yang merupakan efek dari kerusakan fungsi psikososial yang dialami oleh lansia (Miller, 1995). Sesuai dengan pernyataan dari Heath & Phair (2009) bahwa adanya peningkatan usia pada lansia, maka akan disertai dengan peningkatan risiko atau konsekwensi lansia untuk mendapatkan perlakuan pengabaian.

Menurut *Administration of Aging* (1998, dalam Allender & Spradley, 2005) bahwa 49% lansia mengalami pengabaian. Penelitian Acierno tahun 2009 yang dilakukan selama satu tahun diperoleh hasil 5,1% lansia mengalami pengabaian. Penelitian oleh Choi tahun 2009 menemukan bahwa 21,6% lansia mengalami pengabaian dari pemberi

perawatan dalam hal ini keluarga lansia. Penelitian Manthorpe dan Biggs (2007) menyatakan bahwa terjadi peningkatan kejadian pengabaian pada lansia dari 2,6% menjadi 4% yang diamati selama 6 bulan. Penelitian Rekawati, Widyatuti dan Fitriyani., (2003) menyatakan bahwa 61,36% lansia mengalami pengabaian.

Hasil observasi selama peneliti melakukan pengumpulan data, dapat dinyatakan bahwa, pengabaian lansia merupakan hal yang agak sulit untuk dikaji. Hal ini disebabkan oleh karena berkaitan dengan masalah yang dianggap tabu bagi lansia untuk menyatakan pada orang lain tentang masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan pengabaian, walaupun pertanyaan yang dijawab merupakan pertanyaan yang sederhana yang berkaitan dengan aktifitas sehari-hari lansia.

Hal lain yang ditemukan peneliti selama melakukan pengumpulan data yaitu adanya pernyataan dari lansia bahwa lansia merasa nyaman tinggal dengan keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Muhammad (1999) menyatakan bahwa 56% lansia memilih tinggal di rumah sendiri, 42% memilih tinggal dengan keluarga, 2% menyatakan tidak tahu dan 0% memilih tinggal di Panti Whreda. Selain itu, lansia menyatakan tidak mau merepotkan keluarga, sehingga berusaha untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dengan keterbatasan-keterbatasan yang dihadapi. Lansia menyatakan merasa senang dapat hidup mandiri dan tidak tergantung dengan orang lain, meskipun dengan keluarga. Kondisi ini dapat menjadi penyebab sehingga data tentang pengabaian sulit untuk tergal.

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa pengabaian pada lansia dalam keluarga cenderung terjadi peningkatan yang dapat disebabkan oleh adanya kemunduran fisik yang dialami oleh lansia. Kemunduran fisik yang dialami berhubungan dengan perubahan fungsi yang terkait usia dan adanya faktor resiko yang menyertai (Miller, 1995). Pengabaian yang dialami lansia dapat berupa

pengabaian fisik dan pengabaian psikologik. Bila merujuk pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengabaian psikologik lebih cenderung terjadi, yang tergambar berdasarkan jawaban pada kuesioner yaitu proporsi untuk jawaban lebih besar pada pertanyaan yang berkaitan dengan aspek psikologik dibandingkan dengan aspek fisik. Lansia dengan penurunan fungsi yang dialami serta adanya respon terhadap kehilangan menyebabkan lansia mengalami penurunan fungsi psikologik, sehingga lansia lebih sensitif dan mudah tersinggung.

Data pengabaian lansia akan didapatkan maksimal bila telah terbina hubungan saling percaya. Hubungan saling percaya sulit terbina hanya dengan satu kali pertemuan, sehingga dibutuhkan beberapa kali pertemuan dengan lansia. Penilaian pengabaian sebaiknya tidak hanya dilakukan dengan menggunakan kuesioner, penggunaan metode observasi akan sangat membantu. Pada penelitian ini, metode observasi tidak dilakukan karena keterbatasan waktu yang dialami oleh peneliti. Diharapkan pada penelitian pengabaian selanjutnya dapat menggunakan metode observasi, sehingga data yang dikumpulkan lebih akurat. penggunaan metode yang lebih kompleks akan lebih menggali data pengabaian dan kemungkinan data tentang kejadian pengabaian lansia ditemukan dengan proporsi yang lebih besar.

Pengabaian lansia dapat teridentifikasi dengan menggunakan instrumen yang lebih kompleks yaitu selain menggunakan kuesioner, juga menggunakan instrumen yang menggambarkan tentang non verbal lansia yang dikaitkan dengan kejadian pengabaian. Perubahan-perubahan fisik yang dapat diobservasi yang disesuaikan dengan data psikologik yang didapatkan secara non verbal, diharapkan deteksi pengabaian pada lansia akan lebih akurat. selain itu, wawancara mendalam akan sangat menunjang kelengkapan data.

Masalah pengabaian lansia dalam keluarga yang masih dianggap tabu oleh lansia untuk diungkapkan pada orang lain, memerlukan dukungan dari semua pihak termasuk tokoh masyarakat, kader kesehatan dan pemerintah setempat. Pencegahan kejadian pengabaian akan maksimal dilakukan bila mendapatkan dukungan dari pemerintah atau pengambil kebijakan ataupun sektor yang terkait seperti Dinas Sosial, Pusat Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana, serta pemberdayaan sumber yang ada di masyarakat yaitu kader dan ibu PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga).

#### **6.1.4 Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga**

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dinilai berdasarkan tingkat kemandirian keluarga dengan anggota keluarga lansia. Tingkat kemandirian keluarga yang terbanyak berada pada katagori kemandirian baik. Praktek kesehatan dan pemanfaatan layanan kesehatan dan keperawatan sangat bervariasi pada setiap keluarga. Alasan perbedaan tersebut yaitu perbedaan keluarga dalam hal pemahaman konsep tentang sehat dan sakit, serta pemahaman keluarga dalam pencarian perawatan kesehatan dan mengikuti tindakan perawatan (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga, dinilai berdasarkan tingkat kemandirian keluarga dan menjadi pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Depkes, 2006). Selanjutnya dinyatakan bahwa pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang dinilai berdasarkan tingkat kemandirian keluarga merupakan indikator dampak pada pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat.

Menurut Sjattar (2011) menyatakan bahwa keluarga sebagai model atau model Keluarga Untuk Keluarga (KUK) terbukti meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat dinyatakan bahwa pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan menentukan tingkat kemandirian keluarga. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik, maka akan

meningkatkan kemandirian keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga.

Salah satu kriteria inklusi penelitian ini yaitu keluarga pernah kontak dengan petugas kesehatan, sehingga mempengaruhi dalam pemilihan responden. Hasil tingkat kemandirian yang diperoleh adalah tingkat kemandirian dalam katagori baik, dipengaruhi oleh seringnya keluarga kontak dengan petugas kesehatan. Salah satu yang menjadi strategi dalam pemilihan responden dalam penelitian ini adalah memilih responden yang bertempat tinggal di sekitar Posyandu Lansia, sehingga lansia yang terjaring sebagai responden sebagian besar sering berkunjung ke Posyandu lansia. Peningkatan frekwensi keluarga kontak dengan petugas kesehatan, dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap keluarga yang positif terhadap masalah kesehatan yang dihadapi oleh lansia.

Studi pendahuluan sebelumnya, yaitu berdasarkan wawancara dengan penanggung jawab program lansia, telah diperoleh data untuk tingkat kemandirian keluarga untuk masalah lansia. Hasil yang didapatkan yaitu tingkat kemandirian keluarga untuk masalah lansia tingkat kemandirian I tidak ada, tingkat kemandirian II sebesar 20%, tingkat kemandirian III sebesar 30% dan tingkat kemandirian IV lebih 50%. Jika dijumlahkan untuk tingkat kemandirian katagori baik sebesar 80%. Disesuaikan dengan hasil penelitian, nilai yang didapatkan tidak jauh berbeda. Berdasarkan hasil analisis dapat dinyatakan bahwa pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang dinilai dengan tingkat kemandirian keluarga dengan anggota keluarga lansia yang dinyatakan baik, diharapkan dapat memberikan pelayanan dan perawatan yang maksimal pada lansia sebagai anggota keluarga. Namun demikian hal yang perlu diperhatikan dalam meningkatkan tingkat kemandirian keluarga dengan anggota keluarga lansia yaitu maksimalisasi fungsi Posyandu Lansia, sehingga seluruh lansia yang ada di Wilayah Kerja

Puskesmas Kassi-Kassi Makassar dapat mengikuti kegiatan Posyandu Lansia.

### 6.1.5 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga yang dikategorikan pada kategori adekuat dan kurang adekuat. Kategori adekuat dominan dengan proporsi terbanyak jika dibandingkan dengan dukungan yang kurang adekuat. Dukungan informasi keluarga dengan kategori adekuat sebesar 58,7%. Dukungan instrumental dengan kategori adekuat sebesar 58,7%. Dukungan penghargaan dengan kategori adekuat sebesar 53,8%. Dukungan emosi dengan kategori adekuat sebesar 52%.

Dukungan keluarga merupakan dukungan sosial yang penting bagi keluarga. Dukungan sosial merupakan proses hubungan antar keluarga dan lingkungannya. Dukungan sosial keluarga bersifat interaksional dan timbal balik (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Selanjutnya dinyatakan bahwa orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif, umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan dengan yang tidak memiliki hal tersebut. Sedikit keluarga yang mempersiapkan untuk menanggulangi kebutuhan fisik, finansial dan emosi lansia.

Banyak keluarga tidak mengantisipasi kemungkinan kebutuhan untuk mempersiapkan perawatan orang tua mereka (Meiner & Lueckonette, 2006). Keluarga terkadang tidak memperhatikan kebutuhan-kebutuhan lansia yang spesifik dan memperlakukan lansia sama dengan anggota keluarga lainnya yang disebabkan oleh kurangnya informasi yang didapatkan keluarga tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh lansia (Burke & Laramie, 2000).

Lain hal dengan yang dinyatakan oleh Bengston dan Harootyan (1994, dalam Kaakinen *et al*, 2010) bahwa pada hubungan orang tua dan anak, ada yang disebut hubungan solidaritas antar generasi. Pada hubungan antar generasi yang dimaksud terdapat enam unsur penting

dalam hubungan tersebut yaitu kedekatan, hubungan, kedekatan emosi, saling berbagi, saling membantu dan adanya rasa tanggung jawab. Adanya hubungan antar generasi yang erat menjadi dasar atau kekuatan, sehingga saat orang tua mencapai usia lansia, maka anak akan memberikan bentuk dukungan yang dibutuhkan. Menurut Stanley & Beare (2007) bahwa adapun bentuk dukungan yang diberikan pada lansia yaitu dukungan keluarga sebagai pemberi layanan atau sebagai perawatan pada lansia. Bentuk dukungan terhadap lansia dapat berupa dukungan akan kebutuhan finansial dan dukungan instrumental.

Penelitian yang dilakukan oleh Puspita (2007) memperoleh hasil bahwa dukungan sosial dari keluarga yang dibutuhkan oleh lansia yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian, serta dukungan sosial.

Berdasarkan hasil analisis dapat dinyatakan bahwa dukungan sosial keluarga yang terdiri dari dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan emosi sangat dibutuhkan oleh lansia. Adanya hubungan antar generasi yang kuat diharapkan keluarga akan memberikan dukungan yang maksimal pada lansia. Dukungan sosial akan maksimal diberikan keluarga bila keluarga mempunyai bekal pengetahuan tentang lansia dan masalah-masalah yang dihadapi oleh lansia. selain pengetahuan untuk keluarga, dukungan dari masyarakat juga dibutuhkan dalam mencegah kejadian pengabaian lansia.

#### **6.1.6 Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Pengabaian Lansia**

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pengabaian lansia  $p$  value  $0,765 > 0,05$ . Keluarga mempunyai peranan penting bagi kehidupan lansia, khususnya ketika terjadi perubahan-perubahan pada lansia yang meliputi fungsi fisik dan mental (Meiner & Lueckonette,

2006). Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan salah satu aspek dalam kehidupan keluarga, namun keluarga mempunyai perbedaan persepsi dan ide tentang sehat dan sakit, serta keputusan untuk mendiskusikan tentang masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarga (Kaakinen, *et al*, 2010). Hal ini akan membedakan keluarga dalam memberikan perawatan dan pelayanan pada anggota keluarga.

Penelitian yang dilakukan Wiyono (2007) menyatakan bahwa, keluarga sangat membutuhkan pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal perawatan lansia di rumah, keterjangkauan pelayanan yang dibutuhkan dan pelayanan yang dilakukan secara berkala sehingga dapat meningkatkan kemandirian keluarga. Selanjutnya Wiyono menyatakan bahwa, keluarga termotivasi untuk memberikan perawatan pada lansia di rumah dan hal ini menjadi koping bagi keluarga untuk menghindari terjadinya pengabaian pada lansia. Menurut Sahar (2004) bahwa keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan dan keterampilan yang baik, maka akan memberikan perawatan yang baik pada lansia. Berdasarkan hal tersebut berarti keluarga dengan pengetahuan yang cukup, akan melaksanakan tugas kesehatan dengan baik. Pelaksanaan tugas kesehatan yang baik akan meningkatkan tingkat kemandirian keluarga dan diharapkan keluarga dapat memberikan pelayanan yang maksimal pada lansia.

Pola keluarga dalam Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan berbeda-beda. Keluarga akan mempunyai pola tersendiri dalam mengatasi masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga termasuk masalah kesehatan pada lansia. Terkadang keluarga menyatakan telah melakukan tugas dengan baik dan telah memenuhi kebutuhan lansia sebagai anggota keluarga. Namun harus disadari bahwa lansia dengan penurunan fungsi yang dialami akan mengalami banyak perubahan yang tentunya membutuhkan perlakuan yang berbeda atau perlakuan yang spesifik sesuai dengan kondisi yang dialami. Terkadang keluarga



tidak menyadari bahwa telah melalaikan untuk memberikan pelayanan kebutuhan yang spesifik tersebut sehingga lansia merasa tidak diperhatikan dan merasa diabaikan.

Hal lain yang mendukung yaitu pada kriteria pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang dinilai dengan tingkat kemandirian keluarga, lebih berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik lansia. Padahal diketahui bahwa pada kejadian pengabaian yang dialami lansia bukan hanya pada aspek fisik saja, tetapi juga meliputi aspek psikologis dan aspek sosial. Sehingga antara penilaian tingkat kemandirian keluarga, memungkinkan untuk tidak ada hubungan dengan pengabaian lansia. Meskipun demikian. Hasil penelitian menemukan bahwa proporsi lansia yang mengalami pengabaian lebih besar pada kemandirian keluarga yang kurang dibandingkan dengan kemandirian keluarga yang baik. Peran perawat komunitas untuk meningkatkan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan memberikan informasi atau melakukan pendampingan di rumah, sehingga pengetahuan dan keterampilan keluarga meningkat. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan keluarga, dapat meningkatkan tingkat kemandirian keluarga, sehingga keluarga akan memberikan pelayanan dan perawatan yang maksimal pada lansia. Pemberian pelayanan yang maksimal pada lansia, dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia dan lansia terhindar dari kejadian pengabaian.

#### **6.1.7 Hubungan Dukungan Informasi Dengan Pengabaian Lansia**

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa, ada hubungan antara dukungan informasi dengan pengabaian lansia  $p$  value  $0,000 < 0,05$ . Keluarga dengan dukungan yang kurang adekuat mempunyai peluang untuk terjadi pengabaian lansia dalam keluarga dibandingkan dengan dukungan informasi yang adekuat. Dukungan informasi merupakan bagian dari dukungan sosial keluarga. Dukungan informasi digunakan dalam berinteraksi dan merupakan koping yang digunakan oleh keluarga dalam mengatasi masalah-masalah yang dihadapi oleh

keluarga. Dukungan informasi didefinisikan sebagai pertukaran informasi pada tingkat interpersonal (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Dinamika keluarga merupakan jalan bagi anggota keluarga untuk berinteraksi antara satu dengan yang lainnya. Termasuk pola komunikasi yang digunakan oleh keluarga. Pola komunikasi yang digunakan keluarga dalam bertukar informasi atau menyampaikan informasi pada anggota keluarga lainnya sehingga masalah-masalah dalam keluarga dapat diatasi dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan anggota keluarga (Stanley & Beare, 2007).

Keluarga dengan tingkat komunikasi dan pertukaran informasi yang lebih baik ditemukan dapat beradaptasi dengan baik atau dapat mengatasi dengan baik masalah yang dihadapi dalam keluarga (McCubbin & McCubbin, 1991 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Dukungan informasi yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga termasuk dalam hal ini adalah lansia merupakan bagian dari pelaksanaan pola interaksi dalam keluarga. Interaksi ini diharapkan dapat mengatasi masalah-masalah yang dihadapi oleh lansia, dengan cara lansia akan mendapatkan informasi utamanya informasi tentang kesehatan.

Perubahan fungsi yang dialami oleh lansia terjadi pada seluruh sistem tubuh lansia, termasuk sistem penginderaan. Perubahan pada sistem penginderaan, dalam hal ini penglihatan dan pendengaran akan mempengaruhi lansia dalam menerima stimulus (Mauk, 2010). Perubahan pada persepsi sensori akan mempengaruhi kemampuan fungsional dan mempengaruhi interaksi sosial lansia, kesalahan persepsi dan dapat menyebabkan isolasi sosial pada lansia (Kaakinen, *et al*, 2010).

Kondisi penurunan fungsi ini, dapat menyebabkan lansia mengalami kesalahan dalam mempersepsikan informasi yang didapatkan.

Diharapkan informasi yang diberikan pada lansia, akan dipersepsikan dengan baik dan benar oleh lansia. Terkadang keluarga telah menyampaikan informasi dengan benar tapi dengan nada yang tinggi, dan disisi lain lansia dengan kondisi keterbatasan yang dimiliki mempersepsikan informasi yang diberikan dengan persepsi yang berbeda, sehingga akan berdampak pada kondisi psikologik lansia. Hal ini dapat menjadi pemicu sehingga lansia merasa terabaikan.

Keluarga perlu mendapatkan informasi tentang cara berkomunikasi atau cara menyampaikan informasi yang efektif dan efisien pada lansia, sehingga kesalahan persepsi dapat dihindari. Penyampaian informasi pada keluarga tentang *self neglect* akan bermanfaat mencegah kejadian pengabaian yang di lakukan oleh lansia sendiri yang dapat disebabkan oleh kerusakan fungsi psikologik. Keluarga terkadang telah memberikan informasi yang sesuai, tetapi lansia dengan kondisi keterbatasan sangat memungkinkan untuk melakukan pengabaian diri atau *self neglect*. Kelompok *Support Group* akan membantu keluarga dalam memahami kondisi dan permasalahan lansia dalam keluarga. Selain itu sarana dan prasarana dalam rumah dapat menunjang lansia untuk mendapatkan informasi yang bermanfaat untuk menjaga kesehatan.

#### **6.1.8 Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Pengabaian Lansia**

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa, ada hubungan antara dukungan instrumental dengan pengabaian lansia  $p \text{ value } 0,001 < 0,05$ . Keluarga dengan dukungan instrumental yang kurang adekuat mempunyai peluang untuk terjadi pengabaian lansia dalam keluarga dibandingkan dengan dukungan instrumental yang adekuat. Dukungan instrumental merupakan bagian dari dukungan sosial keluarga. Dukungan instrumental merupakan bentuk dukungan keluarga yang terkait dengan dukungan finansial, pemenuhan kebutuhan sehari-hari bagi anggota keluarga termasuk pemenuhan kebutuhan akan kesehatan (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Ditemukan sebesar 15% lansia yang tinggal dalam keluarga, menerima bantuan dalam setiap kegiatan aktifitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan, berpindah dari tempat tidur ke kursi dan menggunakan toilet (Mauk, 2010). Keluarga akan menjadi tumpuan bagi lansia dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Peningkatan dukungan instrumental diharapkan akan meningkatkan kesejahteraan anggota keluarga termasuk dalam hal ini anggota keluarga lansia.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Merz dan Consedine (2009) tentang dukungan sosial pada lansia khususnya dukungan emosi dan dukungan instrumental, didapatkan hasil bahwa lansia dengan dukungan instrumental yang rendah menurunkan tingkat kesejahteraan pada lansia. Sesuai dengan pernyataan Stevenson (2008) kriteria untuk kejadian pengabaian berfokus pada kelalaian dari pemberi pelayanan dalam memenuhi kebutuhan dasar pada lansia, baik kebutuhan dasar sehari-hari ataupun kebutuhan instrumental. Pengabaian merupakan hal-hal yang berkaitan dengan fungsi tubuh lansia seperti adanya kondisi meliputi pemenuhan kebutuhan nutrisi, cairan dan kebersihan diri lansia. Sesuai dengan data yang dikumpulkan berdasarkan kuesioner untuk lansia yang menggali tentang kebutuhan kesehatan lansia, kebutuhan makanan, pakaian, alat bantu, dan kebutuhan kebersihan lansia. Data-data tersebut dapat menggambarkan kondisi kejadian pengabaian pada lansia.

Lansia dengan penurunan fungsi yang dialami akan mengalami penurunan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, sehingga membutuhkan bantuan dari keluarga yaitu pada pelaku rawat utama lansia ataupun dari anggota keluarga lainnya. Semakin tinggi dukungan instrumental keluarga, maka semakin baik kondisi yang dialami oleh lansia, artinya semakin maksimal dukungan instrumental maka semakin baik pemenuhan kebutuhan lansia. Sebaliknya semakin rendah dukungan instrumental keluarga, maka semakin menurun kondisi kesejahteraan lansia. Jika kebutuhan lansia tidak terpenuhi

dengan baik, dapat dinyatakan bahwa lansia akan merasa terabaikan kebutuhan fisiknya. Sehingga keluarga dengan dukungan instrumental yang kurang adekuat dapat menjadi pemicu terjadinya pengabaian pada lansia.

#### **6.1.9 Hubungan Dukungan Penghargaan Dengan Pengabaian Lansia**

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa, ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan pengabaian lansia  $p\ value\ 0,000 < 0,05$ . Keluarga dengan dukungan penghargaan yang kurang adekuat mempunyai peluang untuk terjadi pengabaian lansia dalam keluarga dibandingkan dengan dukungan penghargaan yang adekuat. Dukungan penghargaan merupakan bagian dari dukungan sosial keluarga. Keluarga diharapkan melibatkan lansia dalam mengambil keputusan tentang kehidupan lansia selanjutnya (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Selanjutnya dinyatakan bahwa, dukungan pada anggota keluarga seperti melibatkan anggota keluarga dalam memecahkan masalah dalam keluarga atau melakukan musyawarah merupakan bentuk penghargaan pada anggota keluarga.

Menurut Raharjo dan Le (2002) menyatakan bahwa untuk Indonesia, keluarga merupakan sumber daya penting bagi lansia. Selanjutnya dinyatakan bahwa, secara kultur keluarga mempunyai nilai tradisional bagi lansia, yang akan memberikan pelayanan, perawatan dan penghargaan bagi lansia. Hal ini sesuai dengan pernyataan Depkes (2010) bahwa yang menjadi salah satu tujuan pengembangan program Puskesmas Santun Lansia adalah memberikan kemudahan pelayanan kesehatan pada lansia merupakan bentuk penghargaan bagi lansia. Selanjutnya dinyatakan bahwa pelayanan terhadap lansia dilakukan dengan memberikan perlakuan sopan, hormat dan menghargai sosok yang lebih tua serta memberikan dukungan dalam rangka mendorong kemandirian mencapai usia tua dengan derajat kesehatan yang optimal.

Penelitian Mazumdar (2004) menyatakan bahwa 71% lansia yang tinggal dengan anak-anaknya dalam kondisi sehat. Pada penelitian ini menjelaskan bahwa lansia atau orang tua secara tradisional atau sesuai dengan norma yang berlaku, bahwa orang tua akan tinggal dengan anak-anaknya sebagai bentuk penghargaan anak pada orang tua atau penghargaan pada generasi sebelumnya. Bentuk penghargaan yang diberikan keluarga terhadap lansia, diharapkan keluarga dapat memenuhi seluruh kebutuhan lansia sehingga dapat dinyatakan bahwa lansia akan hidup sehat. Sejalan pernyataan dari Sahar (2004) bahwa untuk keluarga di Indonesia, cenderung memberikan perawatan pada lansia di rumah. Keluarga dinyatakan sebagai institusi sosial tradisional yang dapat memberikan hubungan kekerabatan yang erat, kedekatan dan dapat memberikan kasih sayang pada anggota keluarga lansia.

Berdasarkan hasil analisis dapat dinyatakan bahwa bentuk dukungan penghargaan pada lansia akan meningkatkan derajat kesehatan lansia. Peningkatan derajat kesehatan lansia dapat menjadi tolak ukur perlakuan keluarga terhadap lansia, sehingga lansia akan jauh dari perlakuan pengabaian dari keluarga. Sedangkan lansia dengan dukungan penghargaan yang kurang adekuat, menjadi penyebab terjadinya pengabaian pada lansia.

#### **6.1.10 Hubungan Dukungan Emosi Dengan Pengabaian Lansia**

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa, ada hubungan antara dukungan emosi dengan pengabaian lansia  $p\ value\ 0,000 < 0,05$ . Keluarga dengan emosi yang kurang adekuat mempunyai peluang untuk terjadi pengabaian lansia dalam keluarga dibandingkan dengan dukungan emosi yang adekuat. Dukungan emosi merupakan bagian dari dukungan sosial keluarga. Dukungan emosi diharapkan memberikan efek mendukung, memberikan kenyamanan pada anggota keluarga (Kaakinen *et al*, 2010). Menyampaikan kehangatan, mendengarkan kekhawatiran serta keluhan-keluhan anggota keluarga

merupakan praktek dari dukungan emosi (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Dukungan emosi keluarga terhadap anggota keluarga termasuk lansia, diharapkan dapat meningkatkan kondisi psikologis lansia sehingga lansia merasa masih dihargai dan berguna bagi anggota keluarga yang lain dan lansia tidak merasakan kesepian ditengah keluarga (Stanley & Beare, 2007).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wu. *et al* (2009) menemukan bahwa sebesar 80,94% lansia dinyatakan mengalami kesepian karena kurangnya dukungan sosial keluarga dan rendahnya pelaksanaan fungsi keluarga. Sesuai dengan penelitian Lam dan Boey (2004) menyatakan bahwa 24,7% lansia mengalami masalah kesehatan mental dan 29,7% mengalami depresi, berhubungan dengan kurangnya ketersediaan pemberi bantuan dan kurangnya dukungan terhadap lansia.

Data yang digali pada kuesioner dukungan lansia yang berkaitan dengan dukungan emosi pada lansia yaitu membiarkan saja bila lansia menghadapi masalah, menanggapi apa yang dibicarakan oleh lansia, menunjukkan wajah yang menyenangkan, mengatakan lansia sering mengomel, merawat lansia dengan kasih sayang, tidak punya waktu mendengarkan keluhan, menghibur lansia jika sedih dan membantu lansia dalam menghadapi masalah. Data-data tersebut bila tidak terpenuhi akan menjadi pemicu terjadinya pengabaian pada lansia. Hal lain yang dapat menunjang peningkatan dukungan terhadap emosi lansia yaitu peningkatan partisipasi lansia dalam kegiatan tertentu. Seperti kegiatan yang dilakukan lansia di wilayah kabupaten Bantaeng, Sulawesi Selatan, dimana lansia dibentuk dalam kelompok dan diberi keterampilan untuk meningkatkan kemampuan lansia dan menjadi wadah bagi lansia untuk bersosialisasi ([http://www. Antara-sulawesiselatan.com](http://www.Antarasulawesiselatan.com))

Berdasarkan hasil analisis dapat dinyatakan bahwa semakin tinggi dukungan emosi keluarga terhadap lansia , maka semakin rendah

tingkat kesepian yang dialami oleh lansia. Dengan mengurangi tingkat kesepian yang dialami lansia berarti mencegah kejadian depresi pada lansia. Mencegah kejadian kesepian dan depresi pada lansia merupakan bentuk dukungan emosi yang diberikan oleh keluarga. Selain dukungan dari keluarga, untuk peningkatan dukungan emosi, dengan memberi kesempatan pada lansia untuk sosialisasi atau berinteraksi dengan lingkungan akan meningkatkan harga diri lansia seperti mengikuti kelompok lansia, kelompok Swabantu atau *Self Help Group*, kegiatan Posyandu Lansia. Kegiatan tersebut akan menjadi wadah bagi lansia untuk meningkatkan harga diri dan dapat meningkatkan pengetahuan lansia, sehingga lansia terhindar dari perasaan kesepian. Dukungan emosi yang adekuat dari keluarga akan mencegah pengabaian dan sebaliknya kurangnya dukungan emosi dari keluarga, akan menjadi penyebab terjadinya pengabaian pada lansia.

#### **6.1.11 Faktor yang paling Dominan Berhubungan Dengan Pengabaian Lansia**

Analisis multivariat memperoleh hasil bahwa variabel yang dominan berhubungan dengan kejadian pengabaian lansia yaitu dukungan emosi. Dukungan emosi merupakan dukungan dimana keluarga berfungsi sebagai tempat istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional (Caplan, 1976 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Fungsi dukungan emosi diharapkan keluarga akan memberikan dukungan yang maksimal pada kondisi psikososial lansia yang mengalami perubahan. Perubahan psikososial yang dialami lansia merupakan efek dari lansia memasuki masa pensiun, adanya perubahan peran, penurunan kemampuan fisik, perubahan hubungan sosial, kecemasan. Perubahan-perubahan yang dialami lansia tersebut akan menstimulasi lansia untuk mengisolasi diri. Dengan adanya kondisi tersebut, lansia sangat membutuhkan dukungan psikologik dari keluarga. Bentuk dukungan yang paling dibutuhkan lansia yaitu dukungan emosional.



Isolasi dan kesepian yang dirasakan oleh lansia merupakan perasaan yang diciptakan oleh diri sendiri karena adanya penurunan kemampuan yang dialami lansia (Stanley & Beare, 2007). Adanya kondisi yang dialami lansia tersebut dapat diatasi dengan menciptakan hubungan kekerabatan keluarga yang dibutuhkan oleh lansia menuju akhir kehidupan. Selanjutnya Stanley dan Beare menyatakan bahwa, orang yang tinggal bersama dalam hal ini keluarga terlibat dalam hubungan aktifitas yang saling menyenangkan akan dapat meningkatkan solidaritas antar generasi pada lansia dan akan meningkatkan kondisi psikologik lansia.

Hasil penelitian dari Zulfitri (2006) menyatakan bahwa dukungan emosional merupakan dukungan yang paling dominan berhubungan dengan perilaku lansia dengan hipertensi. Patriyani (2009) menyatakan bahwa bentuk dukungan yang paling dominan mempengaruhi lansia dengan demensia yaitu dukungan psikologis. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Merz dan Consedine (2009) tentang dukungan sosial pada lansia memperoleh hasil bahwa lansia dengan dukungan emosional yang positif meningkatkan tingkat kesejahteraan lansia. Dukungan emosional yang diberikan pada lansia akan dapat meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri lansia sehingga dapat menerima dengan baik penurunan fungsi yang dialami serta dapat menjalani kehidupan dengan lebih optimis.

Hasil penelitian yang berbeda, dilakukan oleh Krainj (2001) pada lansia yang mengalami depresi karena adanya pengalaman negatif dalam hidup termasuk kejadian pengabaian. Penelitian tersebut mendapatkan hasil bahwa sebesar 44,6% responden lansia menyatakan mendapatkan perlakuan pengabaian setelah berumur diatas 60 tahun. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa pengabaian lebih banyak terjadi pada individu setelah berumur diatas 60 tahun, dan pengabaian merupakan

pengalaman negatif bagi lansia dan dapat menjadi pemicu terjadinya depresi pada lansia.

Dukungan emosi dan pengabaian saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Dukungan emosi yang kurang dapat menjadi penyebab kejadian pengabaian pada lansia dan pengabaian yang dialami lansia akan mempengaruhi kondisi psikologik lansia termasuk kondisi emosi lansia. Dukungan emosi dari keluarga dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan lansia.

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa adanya hubungan antara dukungan emosi dengan pengabaian lansia setelah dikontrol oleh jumlah anggota keluarga. Dukungan emosi dari keluarga sangat penting bagi lansia, utamanya dalam menghadapi respon kehilangan dan perubahan-perubahan yang dialami. Jumlah keluarga dinyatakan sebagai faktor yang turut mempengaruhi hubungan dukungan emosi dengan pengabaian pada lansia. Dinyatakan bahwa semakin sedikit jumlah anggota keluarga, maka mempengaruhi dukungan emosi keluarga, sehingga terjadi pengabaian pada lansia. anggota keluarga yang banyak, tetapi hidup terpisah atau anggota keluarga lainnya tidak meluangkan waktu untuk memberikan dukungan emosional pada lansia. Dapat disimpulkan bahwa keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang kurang akan mempengaruhi terjadinya dukungan emosi yang kurang adekuat, sehingga menyebabkan pengabaian pada lansia. Keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang banyak, tetapi tidak memberikan dukungan emosi yang maksimal pada lansia, akan menyebabkan terjadinya pengabaian pada lansia. Peran perawat komunitas perlu ditingkatkan dengan memberikan informasi pada keluarga atau dengan pengembangan program *Peer Group* atau Kelompok Pendukung (*Support Group*) pada keluarga, khususnya pada keluarga inti atau keluarga dengan *single parent*.

## **6.2 Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menyadari bahwa ini memiliki keterbatasan-keterbatasan. Keterbatasan meliputi: keterbatasan dari kuesioner atau instrumen yang digunakan, keterbatasan dari variabel penelitian dan keterbatasan pada proses pengumpulan data.

### **6.2.1 Instrumen penelitian**

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini yang terdiri dari tiga paket pertanyaan berdasarkan variabel yang diteliti, yang terdiri dari kuesioner pelaksanaan tugas kesehatan keluarga, kuesioner dukungan dan kuesioner pengabaian. Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan konsep, teori serta hasil penelitian yang berkaitan dengan variabel yang diteliti. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner hanya dilakukan satu kali. Kuesioner hanya dapat digunakan pada populasi dengan karakteristik responden yang sama. Jika akan digunakan pada populasi dengan karakteristik yang berbeda, maka harus dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

### **6.2.2 Variabel penelitian**

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga, yang akan diketahui dengan menggunakan tingkat kemandirian keluarga kurang efektif, jika hanya menggunakan kuesioner. Sebaiknya untuk penilaian tingkat kemandirian keluarga dilakukan dengan metode observasi dan penilaian tidak hanya satu kali observasi. Variabel pengabaian merupakan variabel yang agak sulit untuk dikaji sehingga diperlukan metode-metode pendekatan yang lebih efektif, sehingga mendapatkan hasil yang lebih baik. adanya kesulitan yang dirasakan oleh peneliti dalam mencari data yang berkaitan dengan variabel pengabaian pada lansia.

### **6.2.3 Keterbatasan Pengumpulan Data**

Pengumpulan data yang dilakukan hanya menggunakan kuesioner tanpa melakukan observasi perilaku keluarga terhadap lansia ataupun observasi pada lansia yang dapat menimbulkan adanya informasi yang

tidak sesuai, artinya lansia ataupun keluarga dapat memberikan jawaban yang bukan jawaban sebenarnya. Saat pengumpulan data dengan pendampingan, peneliti merasakan adanya kurang keterbukaan responden dalam menjawab pertanyaan dalam pengisian kuesioner, walaupun sebelumnya peneliti sudah berupaya untuk membina hubungan saling percaya sehingga responden menjawab dengan sejujurnya. Pada penelitian yang akan datang, agar menggunakan metode pengumpulan data yang lebih kompleks yaitu disertai dengan metode wawancara atau dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) untuk memperoleh data yang lebih lengkap dan lebih akurat.

### **6.3 Implikasi Hasil Penelitian Pada Pelayanan Keperawatan Dan Penelitian**

#### **6.3.1 Implikasi Pada Pelayanan Keperawatan**

Implikasi penelitian ini untuk pelayanan keperawatan, diharapkan dapat menjadi masukan dalam rangka mengembangkan program untuk peningkatan pelayanan pada lansia di komunitas. Perawat komunitas dapat membuat rancangan program yang berkaitan dengan pengabaian pada lansia, di tiga level tingkat pencegahan. Pada level pencegahan primer, perawat komunitas memberikan informasi pada keluarga dan masyarakat tentang masalah pengabaian pada lansia. Pada level pencegahan sekunder, perawat komunitas melakukan deteksi dini kejadian pengabaian lansia dalam keluarga. Pada level pencegahan sekunder, perawat komunitas memberikan konseling dan melakukan rehabilitasi bagi keluarga dengan pengabaian lansia, sehingga kejadian pengabaian tidak berlanjut. Perawat komunitas dapat mengembangkan program integrasi pada program Puskesmas Santun Lansia tentang pengabaian lansia. pengembangan program lansia tidak lepas dari dukungan dari pengambil kebijakan, pemerintah setempat, dan sektor yang terkait.

Pengembangan kriteria pada pelaksanaan tugas kesehatan keluarga, khususnya dalam penilaian tingkat kemandirian keluarga dengan anggota keluarga lansia untuk mendeteksi kejadian pengabaian lansia

dalam keluarga. pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang dinilai berdasarkan tingkat kemandirian keluarga, tidak hanya menilai pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang meliputi kebutuhan fisik anggota keluarga, tetapi diharapkan kriteria penilaian mencakup seluruh aspek yaitu fisik, psikologik dan sosial. Perlunya pelaksanaan deteksi dini kejadian pengabaian lansia dalam keluarga, serta deteksi dan identifikasi pemberian dukungan oleh keluarga terhadap lansia.

Peran perawat komunitas dalam pencegahan pengabaian pada lansia dalam keluarga merupakan hal yang sangat penting. Keluarga dengan anggota keluarga lansia, sangat membutuhkan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan cara perawatan lansia di rumah untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga. Dengan adanya kondisi ini, pendampingan perawatan di rumah oleh perawat komunitas sangat dibutuhkan oleh keluarga.

Penyampaian informasi pada keluarga tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh lansia, dapat menjadi bekal bagi keluarga dalam memberikan pelayanan pada lansia. Perlunya metode penyampaian informasi yang lebih efektif dalam mencegah kejadian pengabaian lansia dalam keluarga, misalnya penyebaran leaflet, poster dan media audiovisual tentang kejadian pengabaian lansia dalam keluarga. Informasi yang diberikan dapat menjadi pedoman bagi keluarga sebagai pemberi informasi pada lansia. Dukungan Informasi keluarga pada lansia dapat meningkatkan pola komunikasi, pengetahuan lansia tentang kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan lansia. Pelaksanaan program ini, membutuhkan dukungan dari semua pihak termasuk masyarakat kader kesehatan ataupun sumber yang ada di masyarakat seperti kelompok PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga).

Peran perawat komunitas dalam meningkatkan pemberian dukungan emosi yang adekuat dari keluarga pada lansia yaitu dengan melakukan memberi kesempatan pada lansia untuk bersosialisasi dan berinteraksi

dengan lingkungan, kelompok lansia atau kelompok Swabantu dapat menjadi wadah bagi lansia. Ataupun dukungan dapat diberikan dengan adanya kelompok pendukung dalam masyarakat yang dapat menjadi kontrol terhadap kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.

### **6.3.2 Implikasi Dalam Penelitian Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk perkembangan ilmu keperawatan khususnya tentang tentang pengabaian lansia dalam keluarga. Metode yang digunakan tidak hanya dengan kuesioner, tetapi sebaiknya dipadukan dengan metode observasi ataupun metode lainnya, sehingga data yang didapatkan lebih akurat. Pada riset selanjutnya, dapat mengembangkan model dalam mendeteksi pengabaian lansia dalam keluarga. Metode deteksi kejadian pengabaian dengan menggunakan kuesioner dengan pertanyaan yang lebih kompleks, observasi non verbal lansia, serta dikombinasi dengan metode wawancara mendalam serta metode FGD. Metode riset yang berbeda dapat dilakukan untuk menggali lebih baik tentang pengabaian lansia dalam keluarga, misalnya dengan metode kualitatif tentang pengalaman lansia tinggal bersama keluarga atau metode penelitian kuantitatif dengan kuasi eksperimen seperti pengaruh pendampingan keluarga di rumah terhadap pencegahan kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.

Penelitian pengabaian lansia selanjutnya, diharapkan mempertimbangkan variabel perancu untuk ketergantungan yang dialami oleh lansia. Fokus penelitian untuk pengabaian tidak hanya pada masalah fisik yang dialami oleh lansia, tetapi juga melihat kondisi psikologik dan kondisi sosial lansia.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dari hasil penelitian, dan saran yang diajukan untuk pengambil kebijakan, pelayanan kesehatan dan keperawatan serta untuk pengembangan ilmu keperawatan komunitas.

#### **7.1 Simpulan**

- a. Karakteristik lansia dengan usia *elderly* terbanyak, berjenis kelamin perempuan dengan pendidikan terakhir pada katagori rendah. Karakteristik keluarga lansia yaitu berjenis kelamin perempuan yang terbanyak, pendidikan cukup, penghasilan kurang, pelaku rawat utama terbanyak yaitu anak.
- b. Kejadian pengabaian lansia dengan proporsi lebih besar. Kejadian pengabaian lansia cenderung terjadi dalam keluarga yang dipicu oleh penurunan fungsi yang dialami oleh lansia.
- c. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kemandirian keluarga yang baik dengan proporsi terbesar. Tingkat kemandirian keluarga merupakan gambaran kemampuan keluarga dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan dan pelayanan pada lansia sebagai anggota keluarga.
- d. Dukungan adekuat yang diberikan oleh keluarga pada lansia meliputi dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan emosi. Dukungan yang adekuat yang diberikan oleh keluarga dapat meningkatkan kondisi kesehatan dan kesejahteraan lansia sehingga lansia terhindar dari pengabaian.
- e. Tidak ada hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pengabaian lansia. Pada penilaian pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan menilai tingkat kemandirian keluarga, hanya melihat satu aspek saja yaitu aspek fisik. Sedangkan untuk kondisi kejadian pengabaian pada lansia tidak hanya pada aspek fisik, tetapi meliputi aspek psikologik dan sosial.

- f. Ada hubungan antara dukungan informasi dengan pengabaian lansia. Dukungan informasi sangat dibutuhkan oleh lansia sehingga lansia dapat memahami tentang keadaan kesehatannya dan lansia berpartisipasi dalam menjaga kesehatannya. Pemberian informasi pada keluarga menjadi bekal bagi keluarga sehingga dapat memberikan dukungan informasi yang adekuat dan mencegah kejadian pengabaian pada lansia.
- g. Ada hubungan antara dukungan instrumental dengan pengabaian lansia. Dukungan instrumental mencakup pemenuhan kebutuhan sehari-hari baik kebutuhan dasar ataupun kebutuhan finansial. Penurunan fungsi menyebabkan keterbatasan pada lansia, sehingga membutuhkan bantuan dari keluarga. dukungan instrumental yang adekuat dari keluarga akan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan lansia.
- h. Ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan pengabaian lansia. Dukungan penghargaan merupakan dukungan yang menempatkan lansia sebagai tokoh yang tetap disegani dan dihargai dalam keluarga sehingga akan meningkatkan harga diri lansia. Peningkatan harga diri akan mempengaruhi aktifitas, kesehatan lansia dan kesejahteraan lansia.
- i. Ada hubungan antara dukungan emosi dengan pengabaian lansia. Kerusakan fungsi psikososial lansia sangat mempengaruhi kondisi kesehatan lansia. Adanya kerusakan psikososial dan tidak mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarga akan memicu lansia untuk mengisolasi diri atau tidak berinteraksi, dan menjadi penyebab kejadian pengabaian pada lansia.
- j. Dukungan emosi merupakan faktor yang dominan berhubungan dengan pengabaian lansia setelah dikontrol oleh faktor jumlah anggota keluarga. Dukungan emosi memegang peranan yang sangat penting dalam meningkatkan kondisi psikologik lansia, sehingga lansia dapat menerima dan beradaptasi dengan kondisi yang dialaminya. Jumlah anggota keluarga mempengaruhi dukungan keluarga terhadap lansia.



## 7.2 Saran

### 7.2.1 Pengambil Kebijakan

#### a. Dinas Kesehatan

- a. Adanya kebijakan tentang Program pencegahan pengabaian lansia dalam keluarga
- b. Program pencegahan pengabaian dapat diintegrasikan pada program lansia.
- c. Adanya kebijakan tentang program pendampingan keluarga dengan anggota keluarga lansia.
- d. Adanya jaminan kesehatan khusus untuk lansia.

#### b. Dinas Sosial

- a. Program Jaminan Sosial untuk lansia dipertahankan dan dioptimalkan pada pelaksanaannya.
- b. Adanya kebijakan tentang dispensasi atau potongan tarif bagi lansia untuk jasa transportasi dan layanan umum lainnya.
- c. Adanya Undang-Undang untuk perlindungan lansia.
- d. Program *Daycare* lansia dalam keluarga yang telah dilaksanakan oleh dimaksimalkan dalam pelaksanaannya.

#### c. Pusat Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (P3KB)

- a. Advokasi perlindungan lansia dalam keluarga.
- b. Adanya kebijakan tentang perlindungan lansia perempuan dalam keluarga.
- c. Adanya kebijakan tentang pemberdayaan lansia dalam kelompok kerja di masyarakat.

### 7.2.2 Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan

#### 7.2.2.1 Puskesmas

- a. Pengembangan program lansia pencegahan kejadian pengabaian lansia, yang diintegrasikan dalam program Puskesmas Santun Lansia

- b. Penilaian pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kemandirian keluarga, pada aspek yang lebih kompleks yaitu aspek fisik, psikologik dan sosial.
- c. Peningkatan promosi kegiatan Posyandu lansia.
- d. Penambahan jumlah Posyandu lansia, sehingga lansia yang ada dapat menjangkau Posyandu Lansia yang terdekat.
- e. Program Penyegaran kader tentang masalah yang dihadapi lansia termasuk masalah pengabaian lansia dalam keluarga, komunikasi pada lansia, pemberian dukungan emosi pada lansia.

#### **7.2.2.2 Perawat Komunitas**

- a. Peningkatan pendampingan keluarga dalam merawat lansia di rumah oleh perawat komunitas sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga akan berdampak pada kemandirian keluarga dalam memberikan pelayanan dan perawatan pada lansia. Perawatan yang maksimal dari keluarga akan mencegah kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.
- b. Perawat komunitas dapat mengembangkan pemberian dukungan pada keluarga dengan anggota keluarga lansia dengan pembentukan kelompok pendukung ataupun kelompok Swabantu untuk masalah pengabaian lansia dalam keluarga.
- c. Perlunya pemberian informasi secara luas pada masyarakat tentang pengabaian pada lansia dalam keluarga, dengan menggunakan metode yang lebih kompleks. Metode yang digunakan seperti penyebaran leaflet, penggunaan poster, penyebarluasan informasi dengan media audiovisual.

- d. Penilaian pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kemandirian keluarga, pada aspek yang lebih kompleks yaitu aspek fisik, psikologik dan sosial.

#### **7.2.2.3 Masyarakat**

- a. Masyarakat dapat berpartisipasi dalam mencegah kejadian pengabaian lansia dengan menjadi anggota kelompok pendukung.
- b. Berpartisipasi dalam penemuan kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.
- c. Menjadi fasilitator dalam penyebarluasan informasi tentang masalah pengabaian lansia.

#### **7.2.2.4 Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK).**

- a. Peran serta sebagai anggota Kelompok Pendukung.
- b. Masalah lansia menjadi program wajib dalam program pembinaan.
- c. Melakukan kerja sama lintas sektor dengan Pusat Pemberdayaan perempuan dalam melakukan pembinaan keluarga dengan anggota keluarga lansia.
- d. Advokasi lansia dalam pencegahan pengabaian lansia dalam keluarga.
- e. Menjadi fasilitator antara lansia dengan pemerintah setempat.

#### **7.2.2.5 Kader**

- a. Kader khusus bagi lansia, sehingga kader dapat fokus terhadap permasalahan yang dihadapi oleh lansia. Kader khusus lansia, tidak lagi menjadi kader pada *aggregate* atau populasi lainnya
- b. Memberikan dukungan pada anggota keluarga dengan anggota keluarga lansia.
- c. Menjadi fasilitator antara keluarga dengan anggota keluarga lansia, dengan petugas kesehatan.

- d. Masalah pengabaian lansia menjadi satu program yang diperhatikan pada kegiatan Posyandu lansia.

#### **7.2.2.6 Keluarga**

- a. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tentang cara perawatan lansia di rumah.
- b. Meningkatkan pengetahuan tentang masalah pengabaian lansia.
- c. Keluarga memberi dukungan pada lansia untuk semua komponen dukungan yaitu dukungan informasi, instrumental, penghargaan dan emosi.

#### **7.2.2.7 Lansia**

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan dengan mengikuti penyuluhan kesehatan.
- b. Secara teratur mengunjungi Posyandu lansia.
- c. Mengikuti perkumpulan atau kelompok lansia.

#### **7.2.3 Perkembangan Ilmu Keperawatan**

- a. Riset selanjutnya dapat mengembangkan model pengkajian untuk deteksi kejadian pengabaian lansia dalam keluarga. Model yang dikembangkan untuk deteksi menguraikan bentuk pengkajian yang lebih kompleks sehingga dapat teridentifikasi data tentang pengabaian lebih akurat. Deteksi dini kejadian pengabaian akan meningkatkan perhatian masyarakat terhadap masalah pengabaian lansia dalam keluarga.
- b. Riset selanjutnya menggunakan metode pengumpulan data yang lebih kompleks untuk memperoleh data yang lebih akurat, metode kuesioner yang dipadukan dengan metode wawancara.
- c. Variabel yang diteliti diharapkan lebih dapat mengukur kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.
- d. Riset selanjutnya dengan metode yang berbeda dapat dilakukan untuk mengidentifikasi kejadian pengabaian, seperti metode riset kuasi eksperimen dan riset kualitatif atau pendekatan *cross sectional* dengan variabel independen lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Acierno et al., (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the united states: the national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*, Vol 100, No.2.
- Allender, J.A & Spradley, B.W. (2005). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Publics Health* (Sixth Edition). Philadelphia. Lippincott.
- AntaraneWS (2010). Lansia di Bantaeng Diberdayakan. Diambil dari <http://www.antara-sulawesiselatan.com>. Pada tanggal 21 Juni 2011.
- Bailon, S.G., & Maglaya, A.S. (1978). *Perawatan kesehatan keluarga*. Jakarta. JICA, Pusat Diknakes Depkes RI.
- BPS. (2010). *Sulawesi Selatan Dalam Angka*. Makassar.
- .....(2010). *Makassar Dalam Angka*. Makassar.
- Burke, M.M., & Laramie, J.A. (2000). *Primary Care of the Older Adult: A Multidisciplinary approach*. Philadelphia. Mosby.
- Carlin, J.B., & Hocking., (1999) Design of cross sectional surveys using cluster sampling: an overview with Australian case studies. *Australian and New Zealand journal of Public Health* Volume 23, issue 5, pages 546-551.
- Cox, E. (2008). Combating elder abuse: the role of guardians for older people in residential care. *The Journal of adult Protection*, Volume 10 Issue 2.
- Creswell, J.W. (2009). *Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Third Edition. California. Sage Publication.
- Dahlan, S. (2006). *Beras Sampel dalam penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta. Arkans.
- Darya, A. (2007). *Psikologi Perkembangan Anak Tiga Tahun Pertama*. Jakarta: PT.Refika Aditama.
- Daryanto (2007). *Hubungan karakteristik Klien, Keluarga Dan Stigma Dengan Dukungan Keluarga Pada Klien Harga Diri Rendah*. Tesis tidak dipublikasi, FIK Universitas Indonesia, Depok.
- Depkes RI. (2001). *Pedoman Pembinaan Kesehatan Jiwa Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta.

- .....(2003). *Pedoman Perawatan Kesehatan lanjut Usia Di Rumah*. Jakarta.
- .....(2006). *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas*. Jakarta.
- .....(2006). *Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas*. Jakarta.
- .....(2009). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- .....(2010). *Pedoman Puskesmas Santun Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta.
- Freeman & Heinrich. (1981). *Community Health Nursing Practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Friedman, M.M. (1998). *Keperawatan Keluarga, Teori dan Praktek*. Alih Bahasa Deborah, I. Jakarta: EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing, Research, Theory and Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Fullmer, T.T., & Omalley., (1989). Inadekuat care of the elderly: A health care perspective on a buse and neglect. *Journal of Community Health Nursing*, 6(1), 57-58.
- Hastono, S. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Heath, H., & Phair, L., (2009). The concept of frailty and its significance in the consequences of care or neglect for older people: an analysis. *International Journal of Older People Nursing* 4, 120-131.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community Health Nursing. Caring in Action*. Delmar Publishers.
- Kaakinen, J.R. et al., (2010). *Family Health Care Nursing: Theory practice and Research* (Fourth Edition). Philadelphia: T.A. Davis Company.
- Kuntjoro, Z.S. (2002). *Gangguan Psikologis dan Perilaku Pada Demensia*. <http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia>. Diperoleh tanggal 14 Maret 2011.
- Kraaij, V., & Dewilde, E.J., (2001). Negative life event and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging and Mental Health*, 5(1): 84-91.

- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010). *Profil Penduduk Lanjut Usia 2009*. Jakarta.
- Lach & Pillemer. (2011). Abuse and neglect of elderly person. *The New England Journal of medicine*, Vol.332, NO.7.
- Lam & Boey. (2004). The psychological well-being of chinese elderly living in old urban areas of hong kong: a social perspective. *Aging and Mental Health*, March 2005; 9(2): 162-166.
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., & Klar,J. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah mada university Press.
- Lueckenotte, A.G. (1996). *Gerontologic Nursing*. Philadelphia: Mosby.
- Loretz, L. (2005). *Primary care. Tools for Clinicians*. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby.
- Manthorpe, J., & Biggs, S. (2007). The UK national study of abuse and neglect among older people. *Nursing Older people*: Vol. 19, no.8.
- Mauk, K.L. (2010). *Gerontological Nursing: Competencies For care* (Second Edition). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Maurier, F.A. & Smith, C.M. (2005). *Community Public Health Nursing Practice: Health for families and Populations*. Elseviers Saunders.
- Mazumdar. (2004). Dynamic of family support for the elderly in rural india: the influence of co-residence with children.
- McMurray, A. (2003). *Community Health And Wellness: a Socioecological Approach* (Second Edition). Philadelphia: Mosby.
- Meiner, S.E., & Lueckonette, G.E. (2006). *Gerontologic Nursing* (Third Edition). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Merz, E.M., & Consedine, N.S. (2009). The Association of family support and wellbeing in later life depends on adult attachment style. *Attacment and Human Development*. Vol. 11, No. 2, March 2009, 203-221.
- Miller, C.A., (1995). *Nursing Care Of Older Adult*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Muhammad. (2008). *Jaminan Sosial lanjut Usia*. <http://www.depsos.go.id>. Diperoleh tanggal 2 januari 2011.
- Nugroho, W. (1999). *Keperawatan Gerontik* (edisi dua). Jakarta: EGC.

- Patriyani, R.E.H. (2009). *Perbedaan Karakteristik Lansia Dan Dukungan Keluarga Terhadap Tipe Demensia Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo*. Tesis tidak dipublikasi, FIK Universitas Indonesia, Depok.
- Pender, N.J., Parsons., & Murdaugh. (2002). *Health Promotion in nursing Practice* (Fourth Edition). Prentice Hall.
- Polit & Hungler. (1999). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental of Nursing: Concept, process and practice* (7<sup>th</sup> edition). Saint Louis Missouri: Mosby-Elsevier.
- Puspita, R., & Sari. (2007). Persepsi Keluarga Tentang Dukungan Sosial Terhadap Lansia di Kelurahan Tegaldowo, Kecamatan Gemolong, Kabupaten Sragen. <http://enprints.undip.ac.id>. Diperoleh tanggal 20 Juni 2011.
- Raharjo & Do le. (2002). *Community Based Support for the Elderly in Indonesia: the Case of Pusaka*. Research Centre for Population Indonesian Institute of Sciences. Jakarta: Widya Graha LIPI.
- Reay, A.M.J., & Browne, K.D., (2000). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging and Mental health* 2001: 5(1): 56-62.
- Rekawati, E., Widyatuti., & Fitriyani, P., (2003). Uji coba model pendeteksian terhadap penganiayaan usia lanjut di keluarga. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 11, No.1, Maret 2007; hal 19-24.
- Sabri, L., & Hastono, S. (2006). *Statistik Kesehatan* (Edisi Revisi). Jakarta: Rajawali Pers.
- Sahar, J. (2004). Improvement of family carers knowledge, skills ang attitude in caring for older people following the implementation of a family carers training program in the community in Indonesia. *International journal of Nursing Practice*, 9(4) 246-254.
- Sastroasmoro, S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis* (Edisi ketiga). Jakarta: Sagung Seto
- Sjattar, E.L. (2011). *Pengaruh Penerapan Model Keluarga Untuk Keluarga: Integrasi Model Keperawatan Self Care dan Family Centered Nursing Terhadap Kemandirian Keluarga Merawat Anggota Keluarga Yang Menderita TB Peserta Dots Di Makassar*. Disertasi tidak dipublikasi



Program pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar.

Springhouse. (2002). *Better Elder care: A Nurse guide to caring For Older Adult*. Pennsylvania.

Stanhope, M., & Lancaster, J.A., (2004). *Community and Public Health Nursing*. St.Louis, Missouri: Mosby.

Stanley, M. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* (edisi dua). (Juniarti, N., & Kurnianingsih, S., Penerjemah). Jakarta: EGC.

Stevenson. (2008). Neglect as an aspect of the mistreatment of elderly people: reflections on the issues. *The journal of adult Protection*, Volume 10 issue 1.

Sugiyono. (2006). *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.

Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok.

Watson, R. (2003). *Perawatan pada Lanjut Usia*. (Musri, Penerjemah). Jakarta: EGC.

Wijayanti, R. (2006). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Respon Kehilangan Pada Lansia*. Tesis tidak dipublikasi, FIK Universitas Indonesia, Depok.

Wiyono, J. (2007). *Pengalaman keluarga Dalam merawat Lansia Dengan Tingkat Ketergantungan Tinggi Di Rumah Kota Malang Jawa Timur: Studi Fenomenologi*. Tesis tidak dipublikasi, FIK Universitas Indonesia, Depok.

Wu, Z.Q, et al., (2009). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging and Mental Health*, Volume 14, No. 1, January 2010, 108-112.

Zulfitri & Reni., (2006). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku lanjut Usia Hipertensi dalam Mengontrol Kesehatannya di Wilayah Kerja Puskesmas Melur. <http://enprints.undip.ac.id>. Diperoleh tanggal 20 Juni 2011.

## Lampiran 1

### Jadwal Penelitian Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pengabaian Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar

No	Kegiatan	Februari 2011	Maret 2011	April 2011	Mei 2011	Juni 2011	Juli 2011
1	Penyelesaian Bab I-IV proposal penelitian.	■	■	■			
2	Ujian Proposal, uji etik, dan instrumen			■			
3	Pengumpulan data.				■		
4	Analisis data.					■	
5	Penulisan laporan.					■	
6	Ujian Hasil penelitian.						■
7	Sidang tesis.						■
8	Perbaikan tesis.						■
9	Pengumpulan laporan						■



**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 :

**Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pengabaian Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar.**

Nama peneliti utama : **Ramlah**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 Mei 2011

Ketua,

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



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 : 1321/H2.F12.D/PDP.04.02/2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

20 April 2011

Yth. Kepala  
Balitbanda  
Pemerintahan Propinsi Sulawesi Selatan

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

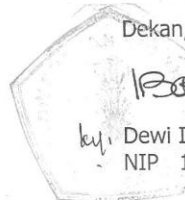
**Sdr. Ramlah**  
**0906594646**

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pengabaian Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-kassi Makassar"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar.

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

Dekan,



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

Tembusan Yth. :

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



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN  
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH**  
Jalan Urip Sumohardjo No. 269 Telp. 436936-436937 FAX. 436934  
**Makassar (90231)**

Makassar, 04 Mei 2011

Kepada

Yth. Walikota Makassar

Nomor : 070.5.1/ /Balitbangda  
Lampiran : -  
Perihal : Izin/Rekomendasi Penelitian

di-  
Makassar

Berdasarkan surat Dekan Fak. Ilmu Keperawatan Univ. Indonesia Depok nomor : 1321/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 tanggal 20 April 2011 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini :

N a m a : **Ramlah**  
Nomor Pokok : 0906594646  
Program Studi : Keperawatan  
Pekerjaan : Mahasiswa (S2)  
Alamat : Kampus UI Depok

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan skripsi/tesis, dengan judul :

**"HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PENGABAIAAN LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR"**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 05 s/d 31 Mei 2011

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Sebelum *dan* sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan melapor kepada Bupati/Walikota Cq. Kepala Bappeda/Balitbangda, apabila kegiatan dilaksanakan di Kab./Kota;
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan;
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Menyerahkan 2 (dua) eksemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulsel.Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Propinsi Sulawesi Selatan;
5. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.



KEPALA BADAN  
Sekretaris

**Drs. H. M. Pangurisang Parawansa M.Si**

Pangkat : Pembina Tk. I  
NIP : 19620414 198812 1 001

**TEMBUSAN : Kepada Yth :**

1. Gubernur Sulawesi Selatan di Makassar (sebagai laporan);
2. Dekan Fak. Ilmu Keperawatan UI Depok;
3. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Propinsi Sulawesi Selatan;



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
KANTOR KESATUAN BANGSA  
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT



Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111  
Telp +62411 – 315867 Fax +62411 – 315867

Email : [Kesbang@makassar.go.id](mailto:Kesbang@makassar.go.id) Home page : <http://www.makassar.go.id>

Makassar, 05 Mei 2011

Kepada

Nomor : 070 / 3366 II/KKBLN/2011  
Sifat :  
Perihal : Izin Penelitian

Yth. **KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA MAKASSAR**

Di MAKASSAR

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Balitbangda Propinsi Sulawesi Selatan Nomor : 070.5.1/4666/ Balitbangda, Tanggal 04 Mei 2011, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa:

Nama : **Ramlah**  
Nim / Jurusan : 0906594646/ Keperawatan  
Instansi / Pekerjaan : Mahasiswa (S2)  
Alamat : Jl. Bumi Jine Tallasa Permai C6/11 Palangga, Kab. Gowa.  
Judul : **"HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PENGABAIAN LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKEMAS KASSI-KASSI MAKASSAR"**

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Tesis* sesuai dengan Judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 05 s/d 31 Mei 2011

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat *menyetujui* dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat.

An. **WALIKOTA MAKASSAR**  
KEPALA KANTOR KESBANG DAN LINMAS

**Drs. H.A. ROMPEBADING PATIROY**  
Rangkap - Pembina  
NIP. 19580427 198210 1 001

**Tembusan :**

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Balitbangda Prop.Sul Sel di Makassar;
3. Dekan Fak.Ilmu Keperawatan UL Depok;
4. **Sdr. Ramlah**
5. Arsip



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
DINAS KESEHATAN

JALAN TEDUH BERSINAR NO. 1  
TELP. (0411) 881549, FAX (0411) 887710  
MAKASSAR



Makassar, 05 Mei 2011

Nomor : 070/1720 /DKK/V/2011

Lamp. :

Perihal : Izin Penelitian

Kepada

Yth. Kepala Puskesmas Kassi-Kassi

Di-

Makassar

Sehubungan Surat dari Kantor Kesatuan Bangsa No.070/3306-II/  
KKBL/V/2011 tanggal 05 Mei 2011 perihal tersebut diatas, maka dengan  
ini disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : RAMLAH

Nim/Jur: 0906594646 / Keperawatan

Instansi : Universitas Indonesia Depok

Judul : "HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN  
DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PENGABATAN  
LANZIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KASSI-KASSI MAKASSAR"

Akan melaksanakan Penelitian di wilayah kerja saudara dalam rangka  
*Penyusunan Tesis* sesuai dengan judul di atas terhitung mulai tanggal  
05 Mei 2011 s/d 31 Mei 2011. Oleh karena itu, mohon kiranya dapat  
diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan, atas kerjasama yang baik diucapkan terima  
kasih.

An. Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Makassar  
Sekretaris

H. Muhammad Sere, SE. M. Si

Pangkat : Pembina TK.I

Nip. 19601231 198902 1 014

Tembusan:

1 Yang bersangkutan

### PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : R a m l a h

Pekerjaan :Mahasiswa Program Magister Kekhususan Keperawatan Komunitas  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bermaksud melakukan penelitian tentang ”Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan pengabaian lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar. Maka bersama ini saya jelaskan bahwa:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas kassi-Kassi Makassar.
2. Manfaat penelitian diharapkan memberikan masukan bagi keperawatan komunitas dalam mengidentifikasi pendekatan yang efektif pada keluarga untuk meningkatkan tingkat kemandirian keluarga dan dukungan keluarga serta mencegah pengabaian lansia dalam keluarga.
3. Penelitian ini tidak berdampak negatif pada responden.
4. Jumlah responden pada penelitian ini berjumlah 223 responden.
5. Semua informasi yang didapatkan peneliti dari responden, akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan disebarluaskan pada orang lain.
6. Pada pelaksanaan penelitian ini, responden keluarga akan diberikan kuesioner yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga, dan responden lansia akan diberikan kuesioner yang berhubungan dengan dukungan keluarga dan pengabaian. Daftar pertanyaan ini diisi oleh responden keluarga dan responden lansia.
7. Responden berhak mengajukan keberatan jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan, dan selanjutnya akan dibuat kesepakatan yang baik sebagai solusi untuk penyelesaian masalah.

Demi memenuhi etika dalam penelitian ini, saya mohon agar bapak/ibu bersedia menandatangani lembar persetujuan penelitian.

Makassar, Mei 2011

Peneliti



Lampiran 8

LEMBAR PERSETUJUAN LANSIA

Nomor Responden

--	--	--

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, saya mengerti bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak saya selaku responden. Saya memahami bahwa penelitian ini akan bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan terhadap lanjut usia yang mengalami masalah kesehatan. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini berarti saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan ikhlas tanpa ada paksaan dan tekanan dari siapapun.

Makassar, 2011

Peneliti

Yang Membuat Pernyataan

( )

( )

**LEMBAR PERSETUJUAN KELUARGA**

Nomor Responden

--	--	--

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, saya mengerti bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak saya selaku responden. Saya memahami bahwa penelitian ini akan bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan terhadap lanjut usia yang mengalami masalah kesehatan. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini berarti saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan ikhlas tanpa ada paksaan dan tekanan dari siapapun.

Makassar, 2011

Peneliti

Yang Membuat Pernyataan

( )

( )

## KISI-KISI KUESIONER

## Kuesioner Keluarga Bagian A

Variabel	Sub Variabel	No Item Pernyataan
Karakteristik Keluarga	Usia	2
	Jenis Kelamin	3
	Pendidikan	4
	Penghasilan	6
	Jumlah Anggota Keluarga	7
	Pelaku Rawat Utama	8

## Kuesioner Keluarga Bagian B

Variabel	Sub Variabel/Indikator Kemandirian	Deskriptor	No Item Pernyataan
Tugas Kesehatan Keluarga	Kriteria 1	Berdiskusi tentang kesehatan lansia.	1 (+)
		Meluangkan waktu membahas kesehatan lansia	2 (+)
		Merasa hanya membuang waktu saja	3 (-)
		Merasa ada dukungan dalam merawat lansia	4 (+)
	Kriteria 2	Mengikuti penyuluhan tentang masalah lansia	5 (+)
		Mendukung bila lansia mengikuti senam lansia	6 (+)
		Mendukung bila lansia mengikuti kelompok lansia	7 (+)
	Kriteria 3	Memahami tentang perubahan-perubahan yang dialami lansia.	8 (+)
		Mengetahui kebutuhan lansia.	9 (+)
		Mengetahui tentang bantuan yang diperlukan lansia	10 (+)
		Mengetahui keluhan penyakit lansia	11 (+)

		Tidak memahami jenis penyakit pada lansia	12 (-)
		Menganggap penyakit lansia adalah wajar	13 (-)
Kriteria 4		Membawa ke pelayanan kesehatan	14 (+)
		Konsultasi bila lansia sakit	15 (+)
		Mengikuti bila ada penyuluhan tentang lansia	16 (+)
		Merasa repot membawa lansia ke pelayanan kesehatan	17 (-)
Kriteria 5		Membantu merawat lansia	18 (+)
		Tidak tahu apa yang dilakukan bila lansia sakit	19 (-)
		Melakukan perawatan sederhana mengatasi nyeri	20 (+)
		Melakukan perawatan sederhana mengatasi demam	21 (+)
Kriteria 6		Mempersiapkan kebutuhan makan lansia	22 (+)
		Mempersiapkan kebutuhan pakaian lansia	23 (+)
		Mempersiapkan alat bantu lansia	24 (+)
		Memperhatikan lantai licin	25 (+)
		Memperhatikan diet lansia	26 (+)
Kriteria 7		Mengantar ke Posyandu lansia	27 (+)
		Mendukung lansia mengunjungi Posyandu lansia secara teratur	28 (+)
		Memperhatikan kebutuhan rekreasi	29 (+)
		Memperhatikan kebutuhan sosialisasi	30 (+)

### Kuesioner Lansia Bagian A

Variabel	Sub variabel	No Item pernyataan
Karakteristik	Usia	2
	Jenis kelamin	3
	Pendidikan terakhir	4

### Kuesioner Lansia Bagian B

Variabel	Sub Variabel	Deskriptor	No Item Pernyataan
Dukungan keluarga	Dukungan Informasi	Menggunakan kalimat yang mudah dipahami.	1 (+)
		Mengingatn menghindari makanan yang tidak cocok dengan penyakit	2 (+)
		Menghargai pendapat	5 (+)
		Mengingatn untuk menjaga kesehatan	18 (+)
		Menganjurkan berobat bila sakit	28 (+)
		Mengingatn melakukan pemeriksaan teratur	29 (+)
		Menganjurkan mengikuti senam lansia	31 (+)
		Mengatakan penyakit lansia adalah penyakit orang tua	32 (-)
	Dukungan Instrumental	Menyiapkan semua kebutuhan	11 (+)
		Mengantar periksa kesehatan	12 (+)
		Memberi keleluasaan mengunjungi tetangga	13 (+)
		Menyiapkan biaya berobat	15 (+)
		Menyiapkan tabungan khusus	16 (+)
		menyiapkan kebutuhan makan	20 (+)

		Menyiapkan kebutuhan pakaian	24 (+)
		Menyiapkan kebutuhan rekreasi	25 (+)
		Memberikan biaya untuk kegiatan sosial	27 (+)
	Dukungan Penghargaan	Menerima apa adanya	3 (+)
		Memberi kesempatan mengikuti kegiatan sosial	6 (+)
		Memberi kesempatan mengikuti kegiatan keagamaan	7 (+)
		Melibatkan pada setiap acara keluarga	14 (+)
		Melibatkan dalam mengambil keputusan	19 (+)
		Tidak memberi kesempatan kegiatan yang disukai	30 (-)
		Tidak meminta pertimbangan	33 (-)
		Dukungan Emosi	Membiarkan saja jika menghadapi masalah
	Menanggapi apa yang dibicarakan		9 (+)
	Menunjukkan wajah yang menyenangkan		10 (+)
	Mengatakan sering mengomel		17 (-)
	Merawat dengan kasih sayang		21 (+)
	Tidak punya waktu mendengarkan keluhan		22 (-)
	Menghibur jika sedih		23 (+)
	Membantu menghadapi masalah		26 (+)

### Kuesioner Lansia Bagian C

Variabel	Deskriptor	No Item Pernyataan
Pengabaian	Berobat ke pelayanan kesehatan	1 (-)
	Teratur memeriksakan kondisi kesehatan	2 (-)
	Menyiapkan sendiri kebutuhan makan	3 (+)
	Mengurus sendiri menebus resep/obat	4 (+)
	Kebutuhan kebersihan diperhatikan keluarga	5 (-)
	Pergi sendiri bila butuh sesuatu	6 (+)
	Tidak mempunyai kesulitan mendapatkan kaca mata	7 (-)
	Merasa tidak diperhatikan keluarga	8 (+)
	Pergi sendiri ke Posyandu lansia	9 (+)
	Menyiapkan sendiri kebutuhan mandi	10 (+)
	Dibantu keluarga memenuhi kebutuhan sehari-hari	11 (-)
	Dibantu keluarga berpakaian jika sakit	12 (-)
	Dibantu keluarga jika tidak mampu makan sendiri saat sakit	13 (-)
	Diantar mengunjungi tempat pelayanan kesehatan	14 (-)
	Mendapat tugas mengurus rumah	15 (+)
	Merawat cucu dengan senang hati	16 (-)
	Menyiapkan sendiri kebutuhan pakaian	17 (+)
	Mencuci sendiri pakaian kotor	18 (+)
	Mendapat tugas membersihkan rumah	19 (+)
	Ditinggal sendirian di rumah	20 (+)

## KUESIONER UNTUK KELUARGA

### Petunjuk Pengisian

1. Pada kuesioner bagian A (demografi) jawablah dengan memberi tanda checklist (√) pada kolom yang disediakan atau mengisi pada bagian yang dikosongkan (.....).
2. Pada kuesioner bagian B jawablah dengan memberi tanda checklist (√) pada kolom yang disediakan.
3. Jika ingin memperbaiki jawaban maka berilah dua garis lurus (=) pada jawaban sebelumnya dan buatlah tanda checklist (√) pada jawaban yang dipilih.

### A. Data Demografi

1. Kode responden :
2. Usia responden :            tahun
3. Jenis kelamin    : ( ) Laki-laki, ( ) Perempuan
4. Pendidikan terakhir : ( ) SD, ( ) SMP, ( ) SMA, ( ) Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan : ( ) PNS, ( ) Swasta, ( ) Wiraswasta
6. Penghasilan        : Rp.....
7. Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah : ..... orang.
8. Keluarga yang menjadi pelaku rawat utama pada lanjut usia (kakek/nenek):  
Anak                      
  
Menantu                 
  
Cucu                     
  
Saudara                 
  
Istri/Suami



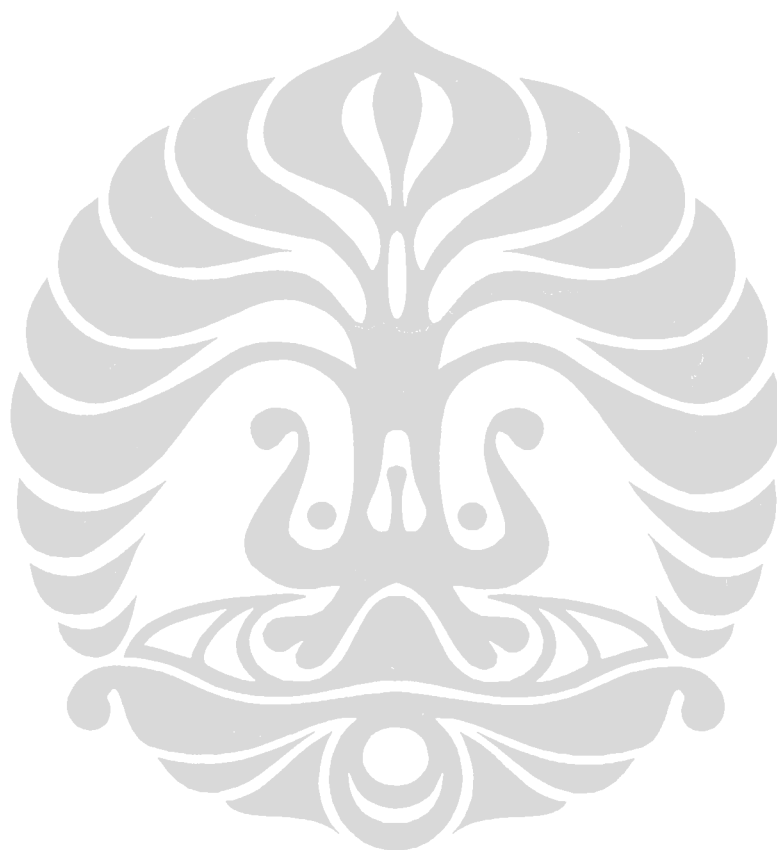
## B. Kuesioner Kemandirian keluarga

No	Pernyataan	Pilihan
1	Saat bapak/ibu bertemu petugas kesehatan, bapak/ibu berdiskusi tentang kesehatan lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
2	Saat bapak/ibu bertemu petugas kesehatan, bapak/ibu meluangkan waktu untuk membahas tentang masalah kesehatan pada lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
3	Saat bapak/ibu bertemu petugas kesehatan, bapak/ibu merasa hanya membuang waktu saja.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
4	Saat bapak/ibu bertemu petugas kesehatan, bapak/ibu merasakan ada dukungan dalam merawat lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
5	Bapak/ibu pernah mengikuti penyuluhan kesehatan dari petugas kesehatan tentang masalah kesehatan pada lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
6	Bapak/ibu mendukung bila lanjut usia (kakek/nenek) mengikuti senam untuk Lansia yang dilakukan di Posyandu Lansia.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
7	Bapak/ibu mendukung bila lanjut usia (kakek/nenek) mengikuti perkumpulan Kelompok Lansia yang ada di lingkungan tempat tinggal bapak/ibu.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
8	Bapak/ibu tahu tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
9	Bapak/ibu tahu tentang kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan oleh lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

10	Bapak/ibu tahu tentang bantuan-bantuan yang diperlukan oleh lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
11	Bapak/ibu mengerti tentang keluhan-keluhan penyakit yang dialami oleh lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
12	Bapak/ibu tidak memahami tentang macam-macam penyakit yang dialami oleh lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
13	Bapak/ibu menganggap bahwa penyakit yang dialami oleh lanjut usia (kakek/nenek) adalah wajar.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
14	Bila lanjut usia (kakek/nenek) sakit, bapak/ibu membawa ke tempat pelayanan kesehatan.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
15	Bila bapak/ibu mengalami kesulitan dalam memberikan perawatan pada lanjut usia (kakek/nenek), bapak/ibu melakukan konsultasi pada petugas kesehatan.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
16	Bila ada penyuluhan kesehatan tentang kesehatan lanjut usia (kakek/nenek) di lingkungan tempat tinggal bapak/ibu, bapak/ibu ikut mengikuti penyuluhan tersebut.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
17	Bapak/ibu merasa repot bila harus membawa lanjut usia (kakek/nenek) ke tempat pelayanan kesehatan saat lanjut usia (kakek/nenek) sakit.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
18	Bapak/ibu membantu merawat lanjut usia (kakek/nenek) saat lanjut usia (kakek/nenek) sakit.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
19	Bapak/ibu tidak tahu apa yang harus dilakukan saat lanjut usia (kakek/nenek) sakit.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

20	Bapak/ibu dapat melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran petugas kesehatan bila lanjut usia (kakek/nenek) sakit seperti mengatasi sakit pada persendian karena rematik.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
21	Bapak/ibu dapat melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran petugas kesehatan, bila lanjut usia (kakek/nenek) sakit seperti melakukan kompres untuk mengatasi demam.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
22	Bapak/ibu mempersiapkan kebutuhan makan lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
23	Bapak/ibu mempersiapkan kebutuhan pakaian lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
24	Bapak/ibu mempersiapkan kebutuhan alat bantu yang dibutuhkan lanjut usia (kakek/nenek) seperti kaca mata.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
25	Bapak/ibu memperhatikan keadaan dalam rumah yang membahayakan lanjut usia (kakek/nenek) seperti lantai yang licin.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
26	Bapak/ibu memperhatikan kesehatan lanjut usia (kakek/nenek) seperti mengatur makanan yang tidak cocok dengan penyakit lanjut usia (kakek/nenek).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
27	Bapak/ibu mengantar lanjut usia (kakek/nenek) mengunjungi Posyandu Lansia.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
28	Bapak/ibu mendukung lanjut usia (kakek/nenek) untuk mengunjungi Posyandu Lansia secara teratur.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
29	Bapak/ibu memperhatikan kebutuhan lanjut usia (kakek/nenek) untuk rekreasi seperti menonton televisi.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

30	Bapak/ibu memperhatikan kebutuhan kesehatan lanjut usia (kakek/nenek) untuk bergaul dengan orang lain seperti berkunjung ke tetangga.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
----	---	---



## KUESIONER UNTUK LANSIA

### Petunjuk Pengisian

1. Pada kuesioner bagian A (demografi) jawablah dengan memberi tanda checklist (√) pada kolom yang disediakan atau mengisi pada bagian yang dikosongkan (...).
2. Pada kuesioner bagian B dan C jawablah dengan memberi tanda checklist (√) pada kolom yang disediakan.
3. Jika ingin memperbaiki jawaban maka berilah dua garis lurus (=) pada jawaban sebelumnya dan buatlah tanda checklist (√) pada jawaban yang dipilih.

### A. Data Demografi

1. Kode responden :
2. Usia responden :           Tahun
3. Jenis kelamin     : ( ) Laki-laki, ( ) Perempuan
4. Pendidikan terakhir : ( ) Tidak Pernah Sekolah ( ) SD, ( ) SMP,                   ( ) SMA, ( ) Perguruan Tinggi

## B. Kuesioner Dukungan

No	Pernyataan	Pilihan			
		Selalu	Sering	Kadang2	Tidak Pernah
1	Keluarga menggunakan kalimat yang mudah dipahami saat berbicara dengan bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
2	Keluarga mengingatkan bapak/ibu untuk menghindari makanan yang tidak cocok dengan penyakit yang diderita.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
3	Keluarga menerima keadaan bapak/ibu apa adanya	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
4	Keluarga tetap menghormati bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>
5	Keluarga menghargai pendapat bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
6	Keluarga memberi kesempatan pada bapak/ibu untuk mengikuti kegiatan sosial.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
7	Keluarga memberi kesempatan pada bapak/ibu untuk mengikuti kegiatan keagamaan.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
8	Keluarga membiarkan saja bila bapak/ibu menghadapi masalah.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
9	Keluarga menanggapi apa yang bapak/ibu bicarakan.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>

10	Keluarga menunjukkan wajah yang menyenangkan saat berbicara dengan bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
11	Keluarga menyiapkan semua kebutuhan bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
12	Keluarga memenuhi kebutuhan untuk menjaga kesehatan bapak/ibu seperti mengantar untuk melakukan pemeriksaan kesehatan.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>
13	Keluarga memberi keleluasaan pada bapak/ibu untuk mengunjungi tetangga.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
14	Keluarga melibatkan bapak/ibu pada setiap ada acara keluarga.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>
15	Keluarga menyiapkan biaya berobat jika bapak/ibu sakit	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
16	Keluarga menyiapkan tabungan khusus untuk kebutuhan bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>
17	Keluarga menyatakan bapak/ibu sering mengomel.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
18	Keluarga mengingatkan bapak/ibu untuk menjaga kesehatan.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>

19	Keluarga melibatkan bapak/ibu dalam mengambil keputusan dalam keluarga.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>
20	Keluarga menyiapkan kebutuhan makan bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
21	Keluarga merawat bapak/ibu dengan penuh kasih sayang.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
22	Keluarga tidak punya waktu untuk mendengarkan keluhan-keluhan bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
23	Keluarga menghibur bapak/ibu bila merasa sedih.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>
24	Keluarga menyiapkan kebutuhan pakaian bapak/ibu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>
25	Keluarga menyiapkan kebutuhan bapak/ibu untuk rekreasi.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
26	Keluarga membantu bapak/ibu bila menghadapi masalah.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
27	Keluarga memberikan biaya untuk kegiatan sosial yang bapak/ibu ikuti.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak pernah <input type="checkbox"/>
28	Keluarga menganjurkan bapak/ibu untuk berobat jika sakit.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
29	Keluarga mengingatkan bapak/ibu untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>



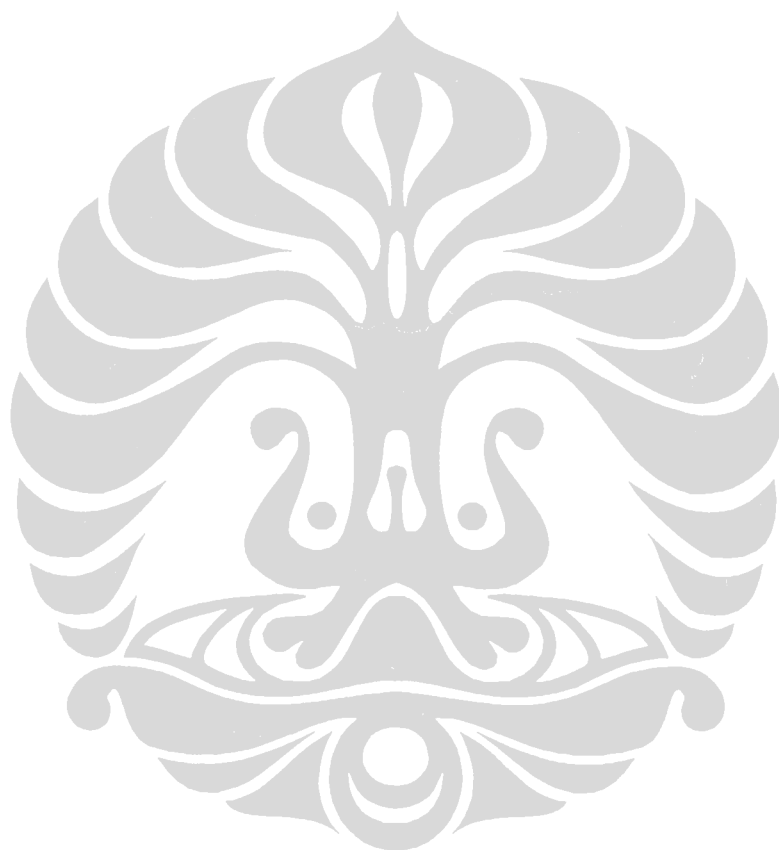
30	Keluarga tidak memberi kesempatan pada bapak/ibu untuk melakukan kegiatan yang disukai.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
31	Keluarga menganjurkan pada bapak/ibu untuk mengikuti kegiatan senam lansia di posyandu lansia.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
32	Keluarga mengatakan pada bapak/ibu bahwa penyakit yang bapak/ibu alami adalah penyakit orang tua.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
33	Keluarga tidak meminta pertimbangan bapak/ibu bila ada masalah dalam keluarga.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>

### C. Kuesioner Aktifitas dan Kesehatan Lansia

No	Pernyataan	Pilihan			
1	Jika bapak/ibu sakit maka berobat ke puskesmas atau dokter praktik.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
2	Bapak/ibu teratur memeriksakan kondisi kesehatan.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
3	Bapak/ibu menyiapkan sendiri kebutuhan makan.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
4	Bapak/ibu mengurus sendiri untuk menebus resep atau mengambil obat bila sakit.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
5	Kebutuhan kebersihan bapak/ibu diperhatikan oleh keluarga.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
6	Bapak/ibu akan pergi sendiri bila membutuhkan sesuatu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
7	Bapak/ibu tidak mempunyai kesulitan untuk mendapatkan alat bantu seperti kacamata.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
8	Bapak/ibu merasa tidak diperhatikan oleh keluarga.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
9	Bapak/ibu pergi sendiri bila mengunjungi posyandu lansia.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
10	Bapak/ibu menyiapkan sendiri kebutuhan untuk mandi (sabun mandi dll).	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>

11	Jika bapak/ibu membutuhkan bantuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, keluarga membantu.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
12	Jika bapak/ibu tidak mampu berpakaian sendiri karena sakit maka dibantu oleh keluarga.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
13	Jika bapak/ibu tidak mampu makan sendiri karena sakit maka dibantu oleh keluarga.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
14	Bapak/ibu diantar bila mengunjungi tempat pelayanan kesehatan.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
15	Bapak/ibu mendapat tugas mengurus rumah.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
16	Bapak/ibu merawat cucu dengan senang hati.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
17	Bapak/ibu menyiapkan sendiri kebutuhan pakaian.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
18	Bapak/ibu mencuci sendiri pakaian kotor dengan senang hati.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
19	Bapak/ibu mendapat tugas membersihkan rumah.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>

20	Bapak/ibu ditinggal sendirian di rumah.	Selalu <input type="checkbox"/>	Sering <input type="checkbox"/>	Kadang2 <input type="checkbox"/>	Tidak Pernah <input type="checkbox"/>
----	---	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--



---

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

---

Nama : Ramlah

Tempat/Tanggal lahir : Watampone, 01 Nopember  
1970

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil

Alamat : Bumi Jenetallasa Permai C6 Nomor 11, Jl. Poros Pallangga  
Kabupaten Gowa, Sulawesi selatan



---

### Riwayat Pendidikan

---

1. Program Magister FIK UI Peminatan Keperawatan Komunitas (2011)
2. S1 Keperawatan FIK UI (1999).
3. Akademi Keperawatan Depkes Makassar (1992).
4. SMAN I Watampone (1989).
5. SMPN I Watampone (1986).
6. SDN Nomor 7 Watampone (1983).
7. TK Matanna Tikka Watampone (1977).

---

### Riwayat Pekerjaan

---

1. Staf Pengajar pada Program Studi Keperawatan Makassar, Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Makassar (2001-Sekarang)
2. Staf Pengajar pada Akademi Keperawatan Depkes Makassar (1993-2001).

## Abstrak

Nama : Ramlah  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pengabaian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar

Penelitian bertujuan mengetahui hubungan pelaksanaan tugas kesehatan dan dukungan keluarga dengan pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makassar. Desain penelitian deskriptif korelasi, pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel secara *cluster*, responden berjumlah 223. Sampel penelitian yaitu keluarga dengan anggota keluarga lansia. Uji statistik yang digunakan *chi square* dan Regresi Logistik. Hasil penelitian menyatakan tidak ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pengabaian lansia. Ada hubungan dukungan informasi, instrumental, penghargaan, dan dukungan emosi dengan pengabaian lansia. Dukungan emosi dominan berhubungan dengan pengabaian lansia. Disimpulkan bahwa lansia membutuhkan dukungan dari keluarga, khususnya dukungan emosional sehingga dapat menghindari kejadian pengabaian lansia dalam keluarga.

Kata kunci : Dukungan keluarga, pengabaian lansia, tugas kesehatan keluarga.  
Daftar pustaka: 68 (1981-2011)

Name : Ramlah  
Programe : *Master in Community Nursing*  
Tittle : *The Correlation between Implementation of Health Task and Families' Support with Neglect toward Elderly in Working Area of Kassi-Kassi Public Health Center Makassar.*

## Abstract

*The purpose of this study is to determine the correlation between implementation of health task and families' support with neglect toward elderly in working area of Kassi-Kassi Public Health Center Makassar. This study used descriptive correlation design with cross sectional approach, the sample of 223 was recruited using cluster. The samples were elderly and their family member. Data was analyzed using Chi-square and logistic regression. The result showed that there was no significant correlation between implementation of health task with neglect toward elderly. However, there was correlation between informational, acknowledgement, and emotional support with neglect toward elderly. Hence, the emotional support has the highest correlation with neglect toward elderly. In conclusion, elderly people need family's support, especially emotional support that can prevent them from neglect.*

*Keywords: families' support, neglect toward elderly, health task.*  
*Bibliography: 68 (1981 – 2011).*