



UNIVERSITAS INDONESIA

GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN DALAM *ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL)* DAN RESIKO JATUH PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA BUDI MULIA 01 DAN 03 JAKARTA TIMUR

SKRIPSI

**EKA EDIAWATI
0806319412**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SARJANA ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN DALAM *ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL)* DAN RESIKO JATUH PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA BUDI MULIA 01 DAN 03 JAKARTA TIMUR

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan**

**EKA EDIAWATI
0806319412**

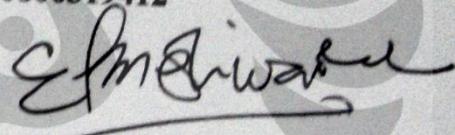
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SARJANA ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Eka Ediawati

NPM : 0806319412

Tanda Tangan : 

Tanggal : 22 Juni 2012

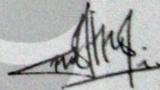
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Eka Ediawati
NPM : 0806319412
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Gambaran Tingkat Kemandirian dan Resiko Jatuh
pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW)
Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Ns. Dwi Nurviyandari K. W., S.Kep., M.N.

()

Penguji : Etty Rekawati S.Kp., MKM

()

Ditetapkan di : Depok, Jawa Barat
Tanggal : 22 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Ilmu Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
- (2) Ibu Dwi Nurviyandari., M.N selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini. Penulis merasa beruntung memiliki pembimbing seperti beliau yang tetap menyempatkan waktu untuk berdiskusi dengan penulis di tengah segala kesibukannya;
- (3) Ibu Etty Rekawati, S. Kep., MKM selaku dewan penguji atas masukan dan saran dalam skripsi ini;
- (4) Ibu Kuntarti, SKp., M.Biomed selaku koordinator Mata Ajar Tugas Akhir Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan segala perhatian, dukungan, serta dorongan selama di perkuliahan ini;
- (5) Dinas Sosial DKI Jakarta yang telah memberikan izin penelitian;
- (6) Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur atas izin dan kerjasamanya;
- (7) Pihak Sugar Group Companies, Ibunda Racmiwaty (+), Ibu Lee Couhault yang selalu memberikan saya semangat pendidikan dan mendanai studi saya sehingga saya dapat melanjutkan studi ke jenjang yang lebih tinggi;
- (8) Kedua orang tua saya, Ayahanda Khumaidi dan Ibunda Ermawati. Merekalah sumber inspirasi dan motivasi saya yang terbesar dalam

melangkah selama ini. Tidak lupa kedua adik saya tercinta Erdianto dan Ilham Saba'ah Ramadhani terima kasih atas dukungannya selama ini;

- (9) drg. Nurdin Saleh Juniarto yang telah meluangkan waktu untuk mengoreksi kata demi kata dalam penulisan skripsi ini di tengah kesibukannya bekerja. Penulis sangat berterima kasih atas segala semangat, inspirasi, motivasi, perhatian yang tiada henti dan masukan dalam penulisan skripsi ini;
- (10) Sahabat-sahabat saya tercinta Susi Purwati, Apriyani Farida, Yustina Afriana Sinaga, Ratmi Agustina yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini;
- (11) Teman-teman FIK UI dan teman satu bimbingan Okta, Ayi, Arum, Dhani, dan Mita atas dukungan dan semangat yang diberikan;
- (12) Semua pihak yang telah membantu selesainya skripsi ini, baik yang secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 22 Juni 2012

Penulis

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

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

Nama : Eka Ediawati
NPM : 0806319412
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

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

“Gambaran Tingkat Kemandirian dalam *Activity of Daily Living* (ADL) dan Resiko Jatuh pada Lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur”

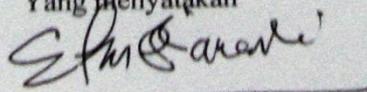
beserta perangkat yang ada jika diperlukan. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 20 Juli 2012

Yang menyatakan



(Eka Ediawati)

ABSTRAK

Nama : Eka Ediawati
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Gambaran Tingkat Kemandirian dalam *Activity of Daily Living*
dan Resiko Jatuh pada Lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi
Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur

Resiko jatuh meningkat seiring dengan bertambahnya usia lansia dan tingkat kemandirian dalam *Activity of Daily Living (ADL)*. Penelitian deskriptif sederhana ini dilakukan terhadap 143 responden untuk mengetahui tingkat kemandirian dalam *ADL* dan resiko jatuh pada lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur dengan menggunakan tehnik *simple random sampling* dan desain *cross sectional*. Hasil penelitian ini dengan CI 95% diperoleh bahwa lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta memiliki tingkat kemandirian yang tinggi (97,9%) dalam *ADL* pada Indeks Katz dan memiliki resiko jatuh yang tinggi (44,1%) pada skala *Morse Fall Scale*. Saran dari penelitian ini adalah perlu dilakukan tindakan-tindakan pencegahan jatuh dan penggunaan alat bantu jalan yang tepat pada lansia di panti dengan tetap mempertahankan fungsi kemandirian pada lansia.

Kata Kunci : tingkat kemandirian, resiko jatuh, indeks katz, *fall morse scale*, lansia

ABSTRACT

Name : Eka Ediawati

Major : Nursing

Title : The Level of Independence in Activity of daily Living (ADL) and The Risk of Falls among The Institutionalized Elderly in Budi Mulia 01 and 03 East Jakarta

The risk of falls is increasing in older people with ADL independence. This study is simple descriptive in 143 respondents to know the level of independence in activity of daily living (ADL) and the risk of falls in the elderly at Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 East Jakarta by used simple random sampling and cross sectional design. The results showed that elderly at Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 and 03 East Jakarta have the high level of ADL independence (97,9%) in Katz Index and the high risk of falls (44,1%) in Morse Fall Scale. The suggestions of this study is necessary to prevent falls in the elderly by using right ambulatory aid in institution by maintaining the ADL independence in elderly.

Keyword (s): ADL independence, risk of fall, katz index, fall morse scale, elderly

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat penelitian.....	3
1.4.1 Bagi Pemda DKI.....	3
1.4.2 Bagi PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur.....	4
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	4
1.4.4 Bagi Penulis.....	4
1.4.5 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Kemandirian Lansia.....	5
2.1.1 Definisi Kemandirian pada Lansia.....	5
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian pada Lansia.....	6
2.1.3 Activities Daily Living (ADL) pada Lansia.....	7
2.1.4 Katz Index.....	8
2.2 Jatuh pada Lansia.....	9
2.2.1 Definisi Jatuh.....	10
2.2.2 Penyebab Jatuh pada Lansia.....	10
2.2.3 <i>Morse Fall Scale</i>	12
2.3 Lansia PSTW di Indonesia.....	14
BAB 3 KERANGKA KONSEP	16
3.1 Kerangka Konsep.....	16
3.2 Definisi Operasional.....	17
BAB 4 METODE PENELITIAN	19
4.1 Desain Penelitian.....	19
4.2 Populasi dan Sampel.....	19
4.3 Tempat Penelitian.....	21
4.4 Waktu Penelitian.....	21
4.5 Etika Penelitian.....	21
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	23

4.6.1	Pengukuran Tingkat Kemandirian.....	23
4.6.2	Pengukuran Tingkat Resiko Jatuh	23
4.6.3	Identifikasi Karakteristik Responden.....	24
4.6.4	Uji Coba Instrumen.....	24
4.7	Prosedur Pengumpulan Data.....	24
4.8	Pengolahan dan Analisis data.....	25
4.8.1	Tehnik Analisis Data.....	25
4.8.2	Analisis Data Penelitian Deskriptif.....	26
4.9	Jadwal Kegiatan.....	27
BAB 5	HASIL PENELITIAN.....	28
5.1	Analisa Univariat Karakteristik Responden.....	28
5.1.1	Umur.....	29
5.1.2	Jenis Kelamin.....	30
5.1.3	Pendidikan.....	30
5.1.4	Lama Tinggal.....	31
5.1.5	Keluhan Kesehatan.....	32
5.1.6	Riwayat Penyakit.....	33
5.2	Tingkat Kemandirian.....	34
5.3	Resiko Jatuh.....	38
BAB 6	PEMBAHASAN.....	46
6.1	Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	46
6.1.1	Karakteristik Individu.....	46
6.1.1.1	Umur.....	46
6.1.1.2	Jenis Kelamin.....	47
6.1.1.3	Tingkat Pendidikan.....	48
6.1.1.4	Lama Tinggal.....	48
6.1.1.5	Keluhan Kesehatan.....	49
6.1.1.6	Riwayat Penyakit.....	50
6.1.2	Gambaran Tingkat Kemandirian.....	52
6.1.3	Gambaran Tingkat Resiko Jatuh.....	53
6.1.3.1	Gambaran Tingkat Resiko Jatuh Terhadap Umur.....	56
6.1.3.2	Gambaran Tingkat Resiko Jatuh Terhadap Jenis Kelamin.....	56
6.1.3.3	Gambaran Tingkat Resiko Jatuh Terhadap Riwayat Penyakit.....	57
6.1.3.4	Gambaran Tingkat Resiko Jatuh Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia.....	58
6.2	Keterbatasan Penelitian.....	59
6.3	Implikasi Terhadap Pelayanan Dan Penelitian keperawatan.....	60
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN.....	61
7.1	Kesimpulan.....	61
7.2	Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA.....		63

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Tabel Definisi Operasional.....	17
Tabel 4.1	Jadwal Kegiatan.....	27
Tabel 5.1	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Umur, April 2012 (n=143).....	29
Tabel 5.2	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Jenis Kelamin, April 2012 (n=143).....	30
Tabel 5.3	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Pendidikan, April 2012 (n=143).....	30
Tabel 5.4	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Lama Tinggal, April 2012 (n=143).....	31
Tabel 5.5	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Keluhan Kesehatan, April 2012 (n=143).....	32
Tabel 5.6	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Riwayat Penyakit, April 2012 (n=143).....	33
Tabel 5.7	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Total Riwayat Penyakit, April 2012 (n=143).....	34
Tabel 5.8	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Tingkat Kemandirian, April 2012 (n=143).....	35
Tabel 5.9	Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Aktivitas Kemandirian, April 2012 (n=143).....	36
Tabel 5.10	Distribusi Tingkat Kemandirian Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Riwayat Penyakit, dan Total Riwayat Penyakit, April 2012 (n=143).....	37
Tabel 5.11	Distribusi Lanjut Usia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Tingkat Resiko Jatuh pada MFS, April 2012 (n=143).....	39
Tabel 5.12	Distribusi Lanjut Usia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Item Pengkajian Resiko Jatuh pada MFS, April 2012 (n=143).....	40
Tabel 5.13	Distribusi Tingkat Resiko Jatuh Pada Lansia di PSTW Budi Mulia	

	01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, April 2012 (n=143).....	41
Tabel 5.14	Distribusi Tingkat Resiko Jatuh Pada Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Riwayat Penyakit dan Total Riwayat Penyakit, April 2012 (n=143).....	43
Tabel 5.15	Distribusi Tingkat Resiko Jatuh Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Tingkat Kemandirian, April 2012 (n=143).....	44



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Kuisisioner
- Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian Ijin dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI)
- Lampiran 5 Surat Permohonan Izin Penelitian dari Dinas Sosial Jakarta
- Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup Peneliti



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan nasional dari sisi kesehatan adalah semakin meningkatnya usia harapan hidup penduduk. Meningkatnya usia harapan hidup penduduk, menyebabkan jumlah penduduk lanjut usia (lansia) terus meningkat dari tahun ke tahun. Definisi lansia menurut UU Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Depsos, 1999). Menurut perkiraan dari biro sensus Amerika (2003), populasi lansia di Indonesia diproyeksikan akan naik 414%, suatu angka tertinggi di seluruh dunia dan pada tahun 2020 Indonesia akan menduduki urutan keempat dalam jumlah usia lanjut paling banyak sesudah Cina, India dan Amerika Serikat. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2007), jumlah lansia di Indonesia mencapai 18,96 juta orang pada tahun 2007 dan diprediksi pada tahun 2020 sebesar 28.822.879 (11,34%). Diperlukan perhatian dan penanganan khusus terhadap jumlah penduduk lansia yang jumlahnya terus bertambah setiap tahun. Masa lansia adalah masa dimana seseorang akan mengalami perubahan baik dari segi fisik, ekonomi, psikososial, kognitif dan spiritual.

Perubahan fisik lansia akan mempengaruhi tingkat kemandirian. Kemandirian adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit (Lerner, 1976). Orem (2001) menggambarkan lansia sebagai suatu unit yang juga menghendaki kemandirian dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraannya. Faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari – hari, seperti : usia, imobilitas, dan mudah jatuh (Nugroho, 2008).

Selama proses menua, lansia mempunyai konsekuensi untuk jatuh. Menurut Kane, Ouslander dan Abras (2004) salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia adalah instabilitas yaitu berdiri dan berjalan tidak stabil atau mudah jatuh. Jatuh bukan merupakan bagian normal dari proses penuaan. Menurut Tinetti (1994) 30% dari lansia yang berumur lebih dari 65 tahun, pernah mengalami jatuh. Kane et al (1994) melakukan penelitian di Amerika Serikat, mendapatkan bahwa sepertiga dari lansia umur lebih dari 65 tahun, menderita jatuh setiap tahun dan sekitar seperempat puluh memerlukan perawatan di rumah sakit. Di institusi dan rumah perawatan, lebih dari 50% kejadian jatuh terjadi setiap tahun, dan 40% diantaranya mengalami jatuh berulang (Tideiksaar, 1997). Prevalensi jatuh tampaknya meningkat sebanding dengan peningkatan umur (Tinetti MR.,1994). Lansia yang tinggal di intitusi (panti) mengalami jatuh lebih sering daripada yang berada di komunitas karena mereka secara khas lebih rentan dan memiliki lebih banyak disabilitas. Jatuh dianggap sebagai konsekuensi alami menjadi tua, tetapi jatuh bukan merupakan bagian normal dari proses penuaan. Setiap tahunnya sekitar 30% lansia yang tinggal di komunitas mengalami jatuh (Stanley, 2006).

1.2 Rumusan Masalah

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan nasional dari sisi kesehatan adalah semakin meningkatnya usia harapan hidup penduduk. Selama proses menua, lansia mengalami perubahan pada fisik, psikologis, sosial ekonomi, dan spiritual (Nugroho, 2008). Perubahan fisik lansia akan mempengaruhi tingkat kemandirian. Lanjut usia sebagai individu yang digambarkan oleh Orem (2001) yaitu suatu unit yang juga menghendaki kemandirian dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraannya. Faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari – hari, seperti : usia, imobilitas, dan mudah jatuh (Nugroho, 2008). Selama proses menua, lansia mempunyai konsekuensi untuk jatuh. Menurut Kane, Ouslander, dan Abrass (2004), salah satu masalah kesehatan

yang sering terjadi pada lansia adalah instabilitas yaitu berdiri dan berjalan tidak stabil atau mudah jatuh.

Dari latar belakang diatas, timbul pertanyaan penelitian sebagai berikut:
Bagaimanakah gambaran tingkat kemandirian dan risiko jatuh pada lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur?

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1.3.1 Tujuan Umum:

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat kemandirian dalam *activity of daily living* dan resiko jatuh pada lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus:

1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik lansia: umur, jenis kelamin, pendidikan, lama tinggal di panti, keluhan utama, dan riwayat penyakit saat ini di panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur

1.3.2.2 Mengidentifikasi tingkat kemandirian lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur.

1.3.2.3 Mengidentifikasi tingkat resiko jatuh pada lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur.

1.3.2.4 Mengidentifikasi tingkat kemandirian berdasarkan resiko jatuh pada lansia.

1.3.2.5 Mengidentifikasi tingkat kemandirian & resiko jatuh berdasarkan karakteristik responden.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

1.4.1 Bagi Pemda DKI

Dapat menjadi bahan pertimbangan dan informasi dalam perkembangan Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur, khususnya pada tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktifitas sehari – hari dengan pencegahan jatuh.

1.4.2 Bagi Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur

Agar dapat menambah wawasan dan pengetahuan pada pengelola panti untuk mempersiapkan berbagai macam intervensi dalam hubungannya pencegahan jatuh pada lansia dengan tetap mempertahankan tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari – hari dan untuk bahan pertimbangan dalam memberikan tindakan dan pelayanan kesehatan yang lebih tepat pada lansia.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai data dasar peneliti selanjutnya mengenai gambaran kemandirian lansia dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari – hari dan resiko jatuh pada lansia.

1.4.4. Bagi Penulis

Agar dapat menambah pengalaman pembelajaran dibidang penelitian, dan mengembangkan ilmu keperawatan Gerontologi yang telah di pelajari selama perkuliahan.

1.4.5 Bagi Penelitian Selanjutnya

Sebagai bahan atau sumber untuk penelitian selanjutnya, dan mendorong bagi yang berkepentingan untuk melakukan penelitian lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kemandirian Lansia

2.1.1 Definisi Kemandirian pada Lansia

Pada tahun 1959 dikembangkan suatu teori untuk mengarahkan praktek mahasiswa keperawatan yang dikemukakan oleh Dorothea Orem. Proses menjadi teori berlangsung dari tahun 1868-1979. Dalam berbagai teori keperawatan yang ada, teori Orem merupakan teori yang tepat mendasari dan menilai kemampuan klien dalam memenuhi aktivitas sehari-hari. Orem dalam Potter & Perry (2005) mengembangkan teorinya di bidang keperawatan dan menekankan pada kebutuhan klien tentang keperawatan diri sendiri dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan klien memenuhi kebutuhannya secara mandiri. Teori ini dikenal dengan *capable of self care* (mampu merawat diri sendiri). Terdapat tiga bentuk teori kemandirian yang disampaikan Orem dalam *capable of self care* (mampu merawat diri sendiri) (Gallo, 1998). Teori *Self Care* mengungkapkan hubungan antara tindakan untuk merawat diri dengan perkembangan fungsi individu. Teori *Self Care Deficit* mengungkapkan tentang ketidakmampuan klien dalam hal ini lansia dalam merawat diri. Teori *Nursing System* mengungkapkan tentang perawatan yang terapeutik dapat dilakukan secara mandiri oleh lansia dan diperlukan keterlibatan sistem untuk memenuhinya.

Fokus dari ketiga teori ini adalah mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan. Klien dalam teori ini adalah suatu unit yang digambarkan berfungsi secara biologik, simbiolik, dan sosial, yang mengehendaki aktivitas merawat diri sendiri dalam mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan. Lanjut usia sebagai individu sama halnya dengan klien yang digambarkan oleh Orem (2001), yaitu suatu unit yang juga mengehendaki kemandirian dalam mempertahankan hidup,

kesehatan dan kesejateraanannya. Kemandirian pada lanjut usia tergantung pada kemampuan status fungsionalnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Pengertian mandiri adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit (Lerner,1976). Kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi-fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Kane dalam Luecknotte, 1996). Kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas harus tetap dipertahankan. Aktivitas yang tetap dipertahankan pada lansia akan membentuk konsep diri positif (Gallo, 1998).

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian pada Lansia

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia adalah usia, imobilitas dan mudah jatuh (Lueckenotte, 1996). Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, hidupnya akan bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2003). Lansia yang telah memasuki usia 70 tahun, ialah lansia resiko tinggi yang akan mengalami penurunan dalam berbagai hal termasuk tingkat kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari – hari (Maryam, 2008).

Faktor pertama yang mempengaruhi kemandirian adalah usia. Terdapat empat tahap batasan umur menurut organisasi kesehatan dunia *world health organisation* (WHO, 2012). Empat tahap batasan umur lansia meliputi : usia pertengahan (*Middle Age*) kelompok usia 45-59 tahun, lanjut usia (*Elderly*) kelompok usia antara 60-74 tahun, lanjut usia tua (*Old*) kelompok usia antara 75-90 tahun, usia sangat tua (*Very Old*) kelompok usia diatas 90 tahun. Berdasarkan batasan umur diatas lansia adalah seseorang telah mencapai umur 60 tahun.

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

Faktor ketiga yang mempengaruhi kemandirian adalah mudah jatuh. Jatuh pada lansia merupakan masalah yang paling sering terjadi (Stanley, 2006). Menurut Brocklehurst et al (1987) bila seseorang bertambah tua, kemampuan fisik dan mentalnya perlahan akan menurun. Kemampuan fisik dan mental yang menurun sering menyebabkan jatuh pada lansia, akibatnya akan berdampak pada menurunnya aktifitas dalam kemandirian lansia.

2.1.3. *Activities Daily Living (ADL)* pada Lansia

Untuk melihat kemampuan fungsional seseorang, khususnya lansia dapat diamati dari kemampuannya melakukan aktivitas kesehariannya. *Activities Daily Living (ADL)* adalah fungsi-fungsi yang bersifat fundamental terhadap kehidupan mandiri klien yang meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi berpindah kontinen, dan makan. Kemandirian lansia dalam *Activities Daily Living (ADL)* didefinisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi-fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Kane & Kane, 1981). Untuk menilai ADL digunakan berbagai skala seperti *Katz Index*, Barthel yang dimodifikasi, dan *Functional Activities Questioner (FAQ)* (Gallo, 1998).

Katz Index meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, kontinen, dan makan. Indeks ini membentuk suatu kerangka kerja untuk mengkaji kehidupan hidup mandiri lansia atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi maka akan disusun titik fokus perbaikannya. Skala yang ditetapkan oleh *Katz Index* dalam ADL terdiri oleh dari dua kategori yaitu kemandirian tinggi (Index A, B, C, D) dan kemandirian rendah (E, F dan G) (Kobayashi, 2009).

Rangkaian aktivitas lain yang dituntut pelaksanaannya dalam rangka menyelenggarakan kehidupan mandiri adalah rangkaian yang disebut *Instrument Activities Daily Living (IADL)*. IADL meliputi aktivitas sehari-hari yang lebih kompleks seperti menggunakan pesawat telepon, berjalan-jalan, berbelanja, mempersiapkan hidangan, melaksanakan pekerjaan rumah tangga, minum obat dengan teratur, dan pengaturan pribadi (Kane & Kane, 1981; Katz, 1983). Skala yang digunakan terdiri dari tiga kategori yaitu mandiri (M), dibantu (D), dan tergantung (T) (Lawton, 1969).

Meningkatnya jumlah lansia dengan umur harapan hidup yang semakin tinggi tentunya kesehatan yang optimal merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Lansia dapat memenuhi kebutuhan aktivitas kesehariannya secara mandiri tanpa harus tergantung pada orang lain dengan kondisi sehat yang optimal. Dengan terus beraktivitas dengan mandiri, konsep diri lansia akan positif (Gallo, 1998).

2.1.4 *Katz Index*

Katz Index meliputi kemampuan mandiri klien untuk mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, mempertahankan inkontinensia, dan makan. Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi aktif. Ini didasarkan pada status aktual dan bukan pada kemampuan. Dalam tiga puluh lima tahun sejak instrumen dikembangkan, instrumen telah dimodifikasi dan disederhanakan dan pendekatan yang berbeda untuk penilaian telah digunakan. Secara konsisten instrumen ini ditujukan dan digunakan dalam mengevaluasi

status fungsional lansia di populasi. Meskipun tidak ada keandalan laporan formal dan validitas dapat ditemukan dalam literatur, alat ini digunakan secara luas untuk mengukur kemampuan fungsional lansia di lingkungan klinis dan rumah (Wallace & Shelkey, 2008)

Seorang klien yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi meskipun ia dianggap mampu. Indeks ini membentuk suatu kerangka kerja untuk mengkaji kehidupan hidup mandiri klien atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi akan disusun titik fokus perbaikannya. Skala yang ditetapkan pada *Katz Index* terdiri dari tujuh skala A sampai dengan G. Indeks Katz A yaitu kemandirian dalam 6 aktivitas yaitu makan, kontinen, berpindah, kekamar kecil, berpakaian, dan mandi. *Katz Index* B yaitu kemandirian dalam 5 aktivitas. *Katz Index* C yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan. *Katz Index* D yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan. *Katz Index* E yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kekamar kecil dan satu fungsi tambahan. *Katz Index* F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kekamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. *Katz Index* G yaitu ketergantungan terhadap keenam fungsi tersebut (Katz, 1970). Skala yang ditetapkan oleh *Katz Index* dalam ADL terdiri oleh dari dua kategori yaitu kemandirian tinggi (*Index* A, B, C, D) dan kemandirian rendah (E, F dan G) (Kobayashi, 2009).

2.2 Jatuh pada Lansia

Jatuh merupakan konsekuensi fungsional dari proses penuaan yang menjadi fokus dan perhatian besar banyak peneliti. Pada beberapa dekade yang lalu para pakar geriatrik dan gerontologik melihat jatuh sebagai konsekuensi normal dari proses penuaan. Sekarang para pakar setuju bahwa jatuh

disebabkan karena berbagai faktor yang saling berhubungan (Miller, 2004). Jatuh merupakan salah satu dari *geriatric giants* selain konfusio, gangguan otonom, inkontinensia, kelainan tulang dan patah tulang, dan dekubitus (Brocklehursts et al, 1987; Kris Pranaka, 1995). Banyak faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya jatuh pada lansia baik faktor intrinsik ataupun faktor ekstrinsik.

2.2.1 Definisi Jatuh

Jatuh adalah suatu kejadian yang dilaporkan oleh penderita atau saksi mata yang melihat kejadian yang mengakibatkan seseorang tanpa sengaja dan mendadak terduduk atau terbaring di lantai atau tempat yang lebih rendah, dengan atau tanpa kehilangan kesadaran ataupun luka (Tinetti, 1994; Reuben et al, 1996; Andayani RR, 1999). Menurut Kellogg internasional (1987), jatuh didefinisikan sebagai suatu kejadian yang menyebabkan subyek yang sadar menjadi berada di permukaan tanah tanpa disengaja dan tidak termasuk jatuh akibat pukulan kekerasan, kehilangan kesadaran, kejang atau gejala paralisis secara mendadak. Jatuh adalah sebuah keadaan yang tidak bisa diperkirakan, dimana kondisi lansia berada di bawah atau lantai tanpa disengaja, dengan atau tanpa saksi (Kobayashi, et. al. 2009).

2.2.2 Penyebab Jatuh (internal-eksternal)

Jatuh dapat mengakibatkan berbagai jenis cedera baik kerusakan fisik dan psikologis. Jatuh pada lansia terbanyak berakibat fraktur pada kolum femoris, terutama pada perempuan, patahnya tulang selangka, iga, pergelangan tangan dan pelvis (Ellis & Trent, 2001; Magaziner et al., 2000). Jatuh dapat pula berakibat trauma pada jaringan lunak, seperti dislokasi, memar, hemarthrosis dan subdural hematoma (Kane et al, 1994; Miller, 2004). Ketidakmampuan untuk berdiri tanpa pertolongan orang lain setelah jatuh, walaupun tanpa cedera, terjadi pada 50% kejadian jatuh di komunitas (Tinetti, 1994).

Jatuh merupakan kegagalan manusia untuk mempertahankan keseimbangan badan untuk berdiri. Manusia dengan bentuk badan lebih lebar di atas dan mengecil dibawah memerlukan keseimbangan yang prima untuk dapat berdiri. Keseimbangan ini dapat dicapai oleh karena kerja sama dari otot-otot anti gravitasi, alat sensori pada kulit, otot dan sendi. Informasi dibawa dengan cepat ke pusat apabila ada pergerakan badan dan secepatnya dilakukan koreksi pada keseimbangan. Proses yang kompleks ini telah terlatih dan terbiasa sejak masa kanak-kanak sehingga menjadi refleks yang berpusat pada cerebellum dan hind brain (Brocklehurst et al, 1987;Tinetti, 1994).

Refleks mempertahankan keseimbangan ini dibuktikan oleh Sheldon tahun 1963, didapatkan bahwa titik optimal adalah umur 26-49 tahun. Refleks memburuk pada umur lebih dari 50 tahun. Proses menua mengakibatkan menurunnya refleks stabilitas badan, otot-otot gravitasi berkurang kekuatannya serta adanya kelemahan otot berakibat melambatnya koreksi terhadap perubahan keseimbangan badan, ditambah dengan berkurangnya daya penglihatan dan melambatnya refleks vestibular, berakibat resiko terjadinya jatuh pada lansia menjadi meningkat (Brocklehurst et al, 1987;Tinetti, 1994;Andayani, 1999).

Faktor resiko jatuh pada lanjut usia dapat digolongkan dalam dua golongan, yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik (Brocklehurst et al, 1987;Tinetti, 1994;Andayani, 1999). Biasanya penyebab jatuh pada lanjut usia merupakan gabungan dari beberapa faktor atau multifaktor (Stanley, 2006; Miller 2004). Faktor intrinsik adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh lanjut usia sendiri. Faktor-faktor intrinsik ini antara lain adalah gangguan jantung dan sirkulasi darah, gangguan sistem anggota gerak, misalnya kelemahan otot ekstremitas bawah dan kekakuan sendi, gangguan sistem susunan saraf, misalnya neuropati perifer, gangguan penglihatan, gangguan psikologis, infeksi telinga, gangguan adaptasi gelap, pengaruh obat-obatan yang dipakai (diazepam, antidepresi, dan

antihipertensi), vertigo, artritis lutut, sinkop dan pusing, penyakit-penyakit sistemik (Tideiksaar, 1997; Harrison, et. al. 2001; Chen, et. al. 2005).

Faktor ekstrinsik adalah faktor yang berasal dari luar atau lingkungan.

Faktor ekstrinsik ini antara lain adalah cahaya ruangan yang kurang terang, lantai yang licin, tersandung benda-benda, alas kaki kurang pas, kursi roda yang tak terkunci, dan turun tangga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab jatuh pada lansia diantaranya adalah gangguan gaya berjalan, gangguan keseimbangan, obat-obatan, penyakit tertentu (depresi, demensia, diabetes mellitus, hipertensi) dan lingkungan yang tidak aman (Miller, 2004; Rubenstein & Josephson, 2002; Chen, et. al. 2005).

2.2.3 *Morse Fall Scale*

Lanjut usia harus dicegah agar tidak jatuh dengan cara mengidentifikasi faktor resiko, menilai, dan mengawasi keseimbangan dan gaya berjalan, mengatur serta mengatasi faktor situasional. Metode cepat dan sederhana yang digunakan untuk menilai kemungkinan jatuh pada klien lansia adalah dengan menggunakan *Morse Fall Scale* (MFS). Sebagian besar perawat (82,9%) menilai skala ini cepat dan mudah untuk digunakan dan 54% memperkirakan bahwa butuh waktu kurang dari 3 menit untuk menilai pasien (Morse, 1997). Skala ini terdiri dari enam variabel yang cepat dan mudah untuk digunakan, dan telah terbukti memiliki validitas prediktif dan reabilitas *interrater*. MFS digunakan secara luas dalam pengaturan perawatan akut, baik di rumah sakit dan pengaturan perawatan jangka panjang rawat inap.

Berikut ini ada skala yang digunakan untuk melakukan pengkajian resiko jatuh lansia dengan menggunakan *Morse Fall Scale*. Penilaian dalam MFS terdiri dari enam item yaitu riwayat jatuh, diagnosis penyakit, bantuan berjalan, terapi intravena, gaya berjalan, dan status mental. Riwayat jatuh mendapatkan skor 25 jika pasien telah mengalami jatuh selama masuk rumah sakit atau panti atau jika ada riwayat akan mengalami jatuh secara fisiologis, seperti dari kejang atau gangguan gaya berjalan sebelum masuk

panti atau institusi. Jika pasien pernah memiliki riwayat jatuh mendapat skor 0. Catatan tambahan jika pasien jatuh untuk pertama kalinya, maka skor nya segera bertambah 25. Diagnosis Sekunder dinilai dengan skor 15 jika terdapat lebih dari satu diagnosis medis yang terdaftar pada status pasien, jika tidak, skor 0.

Bantuan Berjalan dinilai sebagai 0 jika pasien berjalan tanpa bantuan berjalan (bahkan jika dibantu oleh perawat), menggunakan kursi roda, atau istirahat di tempat tidur dan tidak bangun dari tempat tidur sama sekali. Jika pasien menggunakan kruk, tongkat, atau walker, item ini mendapat skor 15, jika pasien berpindah atau berjalan dengan mencengkeram ke furnitur untuk dukungan, skor item ini 30. Terapi intravena dinilai sebagai 20 jika pasien menggunakan intravena terapi atau heparin yang dimasukkan, jika tidak, skor 0.

Gaya berjalan yang normal ditandai dengan kepala yang tegak saat berjalan, lengan berayun bebas di samping, dan berjalan tanpa ragu-ragu. Item ini mendapatkan skor 0. Gaya berjalan yang lemah mendapat skor 10 yaitu pasien yang membungkuk tetapi mampu mengangkat kepala sambil berjalan tanpa kehilangan keseimbangan. Langkah yang pendek dan acak pasien mungkin terjadi. Gaya berjalan dengan gangguan mendapat skor 20 yaitu pasien yang memiliki kesulitan bangkit dari kursi, mencoba untuk bangun dengan mendorong di lengan kursi / atau dengan memantulkan (yaitu, dengan menggunakan beberapa upaya untuk naik). Kepala pasien turun, dan ia mengamati tanah. Karena keterbatasan keseimbangan pasien, pasien menggenggam ke furnitur, dukungan orang, atau bantuan berjalan dengan dukungan dan tidak dapat berjalan tanpa bantuan ini.

Status mental diukur dengan memeriksa pasien itu sendiri dalam penilaian kemampuan untuk melakukan ambulasi. Tanyakan pasien, "Apakah Anda bisa pergi kamar mandi sendiri atau apakah Anda perlu bantuan?" Jika jawaban pasien menilai kemampuan sendiri secara konsisten dengan urutan rawat jalan, pasien dinilai sebagai normal dan mendapat skor 0. Jika

respon pasien tidak konsisten dengan intervensi keperawatan atau jika respon pasien tidak realistis, maka pasien dianggap melebih-lebihkan kemampuan sendiri dan memiliki keterbatasan pelupa dinilai dengan skor 15.

Penilaian dan Tingkat resiko dihitung dan dicatat pada grafik pasien. Tingkat risiko dan tindakan yang direkomendasikan (misalnya tidak ada intervensi diperlukan, intervensi pencegahan standar, intervensi pencegahan risiko tinggi) kemudian diidentifikasi. Skor MFS 0-24 memiliki level resiko tidak ada resiko sehingga tindakan yang diperlukan adalah perawatan dasar yang baik. Skor MFS 25-50 termasuk dalam level resiko rendah dan tindakan yang diperlukan adalah melakukan intervensi pencegahan jatuh standar. Skor MFS ≥ 51 termasuk dalam level resiko tinggi dan tindakan yang diperlukan melakukan intervensi pencegahan jatuh tinggi. Skala Jatuh Morse harus dikalibrasi untuk setiap pengaturan kesehatan tertentu atau unit sehingga strategi pencegahan jatuh dapat ditargetkan kepada mereka yang paling beresiko (Morse, 1997).

2.3 Lansia PSTW di Indonesia

Panti wredha adalah tempat dimana tempat berkumpulnya orang – orang lanjut usia yang baik secara sukarela ataupun diserahkan oleh pihak keluarga untuk diurus segala keperluannya, dimana tempat ini ada yang dikelola oleh pemerintah maupun pihak swasta. Dan ini sudah merupakan kewajiban Negara untuk menjaga dan memelihara setiap warga negaranya sebagaimana tercantum dalam Peraturan Pemerintah No 43 tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Lanjut Usia. Upaya ini mencakup : 1) pelayanan keagamaan, mental, spiritual, 2) pelayanan kesehatan dan pelayanan umum, serta 3) kemudahan dalam penggunaan fasilitas umum bagi lansia (Menkokesra, 2005). Departemen sosial telah melaksanakan berbagai program untuk mendukung kesejahteraan penduduk lansia, baik yang masih potensial maupun yang tidak potensial. Program-program tersebut dilaksanakan melalui pelayanan

sistem panti dan non panti (Depsos, 2003). Pelayanan sistem panti ditujukan bagi lanjut usia yang terlantar dengan memenuhi seluruh kebutuhan lansia mulai dari tempat tinggal, makanan dan pakaian, jaminan kesehatan, bimbingan sosial, mental dan agama (Depsos, 2002).

Departemen kesehatan telah melaksanakan berbagai program pokok bidang kesehatan bagi penduduk lansia di panti wredha. Tujuan dari program ini adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan para lanjut usia untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdayaguna dalam kehidupan dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan keberadaannya (Depkes, 1998). Program dilaksanakan dengan cara mengadakan pemeriksaan kesehatan terhadap penduduk lansia penghuni panti wredha. Dukungan yang diberikan oleh berbagai pihak diharapkan dapat menciptakan kehidupan yang mandiri dan sejahtera bagi penduduk lansia. Dengan demikian mereka dapat menjalani kehidupan sebagai lansia yang sehat, mandiri dan produktif tanpa membebani atau tergantung orang lain.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Dalam kerangka konsep tersebut ada tiga konsep utama yang akan diteliti yaitu karakteristik individu, kemandirian dan resiko jatuh pada lansia. Setiap konsep mempunyai variabel sebagai indikasi pengukuran untuk setiap konsep tersebut. Untuk mengukur karakteristik lansia maka dapat melalui variabel umur, jenis kelamin lansia, tingkat pendidikan, lama tinggal dan riwayat penyakit. Variabel tingkat kemandirian diukur dengan menggunakan *KATZ Index*, sedangkan variabel resiko jatuh diukur dengan menggunakan *Morse Fall Scale* (MFS).



3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional

Variabel	Defnisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Usia	Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan responden dalam satuan tahun, terhitung saat responden lahir hingga pengambilan data	Memberikan pertanyaan lembar isian data demografi.	Lembar data isian demografi	Usia responden dalam satuan tahun. 1. Lanjut usia (60-74) 2. Lanjut usia tua (75-90) 3. Lanjut Usia sangat tua (>90)	Ordinal
Jenis Kelamin	Petanda gender seseorang yaitu laki-laki dan perempuan	Memberikan pertanyaan lembar isian data demografi.	Lembar data isian demografi	1.Laki-laki 2.Perempuan	Nominal
Tingkat Pendidikan	Jenis pendidikan formal terakhir yang diselesaikan oleh responden.	Memberikan pertanyaan lembar isian data demografi	Lembar data isian demografi	1.Tidak Sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Diploma 6. PT	Nominal
Lama Tinggal	Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan responden tinggal dipanti dihitung sejak responden tinggal dipanti pertama kali hingga pengambilan data	Memberikan pertanyaan lembar isian data demografi,	Lembar data isian demografi	< 1 tahun 1-5 Tahun >5 tahun	Nominal

Variabel	Defnisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Keluhan Penyakit	Keluhan penyakit yang dialami responden saat ini	Memberikan pertanyaan lembar isian data demografi	Lembar data isian demografi	1. Nyeri Sendi 2. Pusing 3. Sesak 4. Sulit Melihat/ Mendengar 5. Mudah Kesemutan	Nominal
Riwayat Penyakit	Riwayat penyakit yang diderita responden saat ini	Memberikan pertanyaan lembar isian data demografi	Lembar data isian demografi	1. Osteoporosis 2. Hipertensi 3. TBC/ Asma 4. Post-stroke 5. DM 6. Osteoarthritis 7. Katarak	Nominal
Tingkat Kemandirian dalam ADL	Kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi-fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal.	Observasi dan wawancara langsung	<i>Katz Index</i> (ADL)	Indeks A, B, C, D= Kemandirian Tinggi Indeks E, F, G= Kemandirian Rendah	Ordinal
Resiko Jatuh	Faktor-faktor yang berperan terhadap kejadian jatuh yaitu kejadian yang dilaporkan penderita atau saksi mata yang melihat kejadian yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring/terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka.	Observasi dan wawancara langsung	<i>Morse Fall Scale</i>	0 – 24: Tidak Ada Resiko 25 – 50: Resiko Rendah ≥ 51: Resiko Tinggi	Ordinal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif sederhana survei kuantitatif. Survei menurut Furchan (2004) merupakan penelitian dengan melakukan pengumpulan data yang relatif terbatas dari kasus-kasus yang relatif besar jumlahnya dengan tujuan untuk mengumpulkan informasi tentang variabel. Penggunaan penelitian deskriptif ini bertujuan untuk melihat gambaran tingkat kemandirian lansia dan resiko jatuh pada lansia dipanti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur.

4.2 Populasi dan Sampel

Dengan jumlah populasi lansia 226 orang yaitu 101 orang berasal dari Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 Cipayung dan 125 orang berasal dari Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 03 Ciracas didapatkan besar sampel yaitu 143 orang dengan tingkat kepercayaan 95 %. Untuk menghindari data *missing* maka diambil sampel lebih yaitu 159 orang responden. Pengambilan sampel dengan cara *simple random sampling* dengan metode *cross sectional* (potong lintang). Rumusan besaran sampel menurut Issac dan Michael (Sugiyono, 2007):

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot q}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

P = estimator proporsi populasi

q = 1-p

Z_{α}^2 = harga kurva normal yang tergantung pada alpha

N = jumlah unit populasi

Perhitungan Sampel

$$n = \frac{226.(1,96)^2 (0,5).(0,5)}{(0,05)^2 (226-1) + (1.96)^2}$$

$$n = 142,52 \text{ responden}$$

$$n = 143 \text{ responden}$$

Rumus untuk koreksi jumlah

$$\begin{aligned} n' &= \frac{n}{1- F} \\ &= \frac{143}{1- 0,1} \\ &= 158,8 \text{ responden} \\ &= 159 \text{ responden} \end{aligned}$$

Keterangan:

- n' = besar sampel yang dikoreksi
- n = jumlah sampel berdasarkan estimasi
- f = prediksi presentasi sampel *drop out*

Teknik sampling yang digunakan dalam menyeleksi PSTW yang digunakan sebagai tempat penelitian adalah dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel secara sengaja sesuai dengan persyaratan sampel yang diperlukan. Sedangkan teknik sampling yang digunakan untuk pemilihan responden yang akan digunakan dalam penelitian adalah dengan menggunakan jenis pengambilan sampel *probability sampling*. Teknik pengambilan sampel dengan maksud untuk memberikan peluang yang sama dalam pengambilan sampel, yang bertujuan untuk generalisasi, dengan berazas probabilitas unit terpilih sama. Jenis pengambilan sampel dengan *probability sampling* menggunakan jenis *simple random sampling*. Pengambilan sampel

dengan cara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam anggota populasi karena anggota populasi dianggap homogen yaitu lansia yang tinggal di panti.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Panti Sosial Tresna Wredha (PSTW) yang termasuk dalam wilayah Jakarta Timur yaitu PSTW Budi Mulia 01 Cipayung, dan PSTW Budi Mulia 03 Ciracas Jakarta Timur. Peneliti memilih PSTW Budi Mulia 01 Cipayung, dan PSTW Budi Mulia 03 Ciracas sebagai tempat pengambilan data dengan alasan PSTW ini merupakan PSTW dengan jumlah lansia terbanyak dan merupakan tempat pusat penelitian berbagai mahasiswa kesehatan.

4.4 Waktu Penelitian

Pengambilan data dilakukan selama periode bulan April 2012. Pada periode bulan April 2012, setelah pengambilan data selesai dilakukan analisis dan pengolahan data.

4.5 Etika Penelitian

Pada penelitian ini diperlukan etika penelitian karena sebuah penelitian yang dilakukan harus memperhatikan aspek etika penelitian. Etika penelitian dimaksudkan untuk menjalin kerahasiaan identitas responden, melindungi dan menghormati hak responden berupa sekumpulan prinsip dan nilai peraturan yang tidak tertulis yang digunakan oleh peneliti. Pengambilan data bersifat data primer dengan melakukan kontak langsung dengan klien. Penelitian ini tidak memberikan manfaat secara langsung ataupun bahaya kepada responden. Penelitian ini tidak menempatkan responden pada situasi maupun resiko yang merugikan responden. Penelitian ini menjaga kerahasiaan data yang diberikan dapat terjamin, karena identitas responden tidak dicantumkan pada format kuisioner, hanya dicantumkan kode inisial. Calon responden mendapatkan penjelasan terkait dengan penelitian sebelum menyatakan kesediaan menjadi responden. Seluruh responden mendapat perlakuan yang sama terkait

penelitian. Tidak ada unsur pemaksaan di dalam penelitian ini sehingga responden memiliki hak untuk menolak kuisisioner.

Dalam penelitian ini, peneliti menekankan beberapa etika yaitu

- 4.5.1 *Respect for human dignity*, penelitian ini bersifat sukarela dan tidak ada paksaan. Responden berhak menentukan dirinya sendiri untuk ikut dalam penelitian ini atau tidak. Responden juga berhak mendapatkan informasi yang lengkap mengenai penelitian ini, diantaranya tujuan, cara penelitian, cara pelaksanaan, dan manfaat penelitian. Calon responden mendapatkan penjelasan terkait dengan penelitian sebelum menyatakan kesediaan menjadi responden.
- 4.5.2 *Beneficence dan non-maleficence*, penelitian ini bebas dari bahaya dan memperoleh manfaat yang dirasakan serta tidak menimbulkan resiko atau kerugian bagi responden karena penelitian ini tidak memberikan intervensi atau tindakan nyata ke responden. Penelitian ini hanya bersifat wawancara kepada responden sehingga tidak menimbulkan resiko atau kerugian apapun pada responden.
- 4.5.3 *Justice*, penelitian ini menjaga bahwa setiap responden berhak memperoleh perlakuan yang adil dan kerahasiaannya dijaga. Setiap responden mendapatkan perlakuan yang sama oleh tim peneliti.
- 4.5.4 *Informed consent*, peneliti memberikan lembar persetujuan kepada responden. Responden yang diambil harus memenuhi kriteria yang telah ditentukan. Dalam lembar informed consent telah dijelaskan mengenai judul, tujuan dan manfaat penelitian. Apabila dalam penelitian responden menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian, peneliti tidak berhak untuk memaksa responden untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- 4.5.5 *Anonymity dan confidentiality*, dalam lembar kuisisioner peneliti tidak mencantumkan nama responden. Hal ini bertujuan untuk menjaga

kerahasiaan responden. Peneliti hanya mencantumkan nomer identitas responden.

- 4.5.6 *Privacy*, setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain oleh karena itu peneliti tidak menampilkan informasi baik identitas baik nama maupun asalnya. Oleh karena itu peneliti hanya menampilkan nomer identitas responden pada lembar kuisioner

4.6 Alat Pengumpul Data

Peneliti menggunakan alat pengumpul data dengan uraian sebagai berikut:

4.6.1 Pengukuran Tingkat Kemandirian

Pengukuran tingkat kemandirian responden dilakukan melalui tehnik wawancara dengan responden, dan menanyakan langsung kepada caregiver responden. Instrumen pengkajian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan *Katz Index*. Katz Index terdiri dari enam aktivitas kemandirian yaitu mandi, makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, dan berpakaian. Skala yang ditetapkan pada Katz Index terdiri dari tujuh skala A sampai dengan G yaitu dari kemandirian total sampai dengan ketergantungan total aktivitas

Penelitian ini tetap melakukan uji validitas meskipun telah menggunakan alat ukur yang sudah baku yang didapatkan dari literatur buku dan telah digunakan hampir di setiap penelitian tentang kemandirian.

4.6.2 Pengukuran Tingkat Resiko Jatuh

Pengukuran tingkat resiko jatuh responden dilakukan melalui tehnik wawancara dengan responden, dan melakukan observasi langsung terhadap responden. Instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat resiko jatuh pada lansia adalah dengan *Morse Fall Scale* (MFS). MFS

Universitas Indonesia

terdiri dari 6 item yaitu item riwayat jatuh, diagnosa sekunder, alat bantu jalan, terapi intravena, gaya berjalan dan status mental .

Penelitian ini tetap melakukan uji validitas meskipun telah menggunakan alat ukur yang sudah baku yang didapatkan dari literatur buku dan telah digunakan hampir di setiap penelitian tentang jatuh. Pendeskripsian skala resiko jatuh MFS adalah sebagai berikut : 0-24 = tidak ada risiko jatuh, 25-50 = risiko rendah, ≥ 50 = risiko tinggi (Morse, 1997).

4.6.3 Identifikasi Karakteristik Responden

Untuk mengidentifikasi karakteristik responden, peneliti membuat sendiri dan sebagian menggunakan data sekunder. Karakteristik responden yang diidentifikasi adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, lama tinggal di panti, keluhan penyakit, dan riwayat penyakit. Data yang perlu diklarifikasi ditanyakan langsung pada klien sebagai sumber data primer.

4.6.4 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 03 Ciracas. Jumlah responden yang dijadikan sampel terhadap uji coba instrumen sebanyak 30 responden. Uji instrumen dilakukan pada bulan maret 2012 dengan hasil nilai validitas (0,0554-0,4999) dan reliabel (0,4022). Terdapat beberapa pertanyaan pada instrumen yang menunjukkan hasil tidak valid. Hal ini disebabkan karena kondisi panti di Indonesia yang berbeda dengan kondisi asal pembuatan instrumen.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur dalam pengumpulan data dilakukan dengan mengacu pada prosedur yang telah ditetapkan sebagai berikut:

Setelah proposal disetujui oleh pembimbing dan koordinator mata ajar, peneliti mengajukan surat permohonan izin ke pihak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok untuk dapat mengambil data. Peneliti menemui kepala dinas sosial DKI Jakarta untuk mengurus perizinan

penelitian dan mengadakan pendekatan serta memberikan penjelasan kepada kepala dinas sosial setempat mengenai tujuan dari dilakukannya penelitian ini. Setelah mendapat izin dari kepala dinas sosial setempat, peneliti menemui kepala panti di masing-masing tempat dan mengadakan pendekatan serta memberikan penjelasan kepada kepala panti. Penjelasan penelitian dan pelatihan observasi data dilakukan kepada 2 orang calon kolektor. Peneliti bersama kolektor menemui responden yang akan dijadikan sampel dengan teknik pengambilan sample *simple random sampling*. Teknik pengambilan sampel ini digunakan karena anggota populasi dianggap homogen. Peneliti bersama kolektor menjelaskan mengenai penelitian yang akan dilakukan serta hak-hak responden. Calon responden yang bersedia menjadi responden penelitian dibacakan lembar persetujuan oleh peneliti dan meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut. Penelitian dilakukan dengan menggunakan skala yang telah ditetapkan dengan menggunakan teknik observasi langsung dan wawancara dengan responden. Semua data yang telah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data.

4.8 Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Tehnik analisis data

Teknik analisis data dilakukan untuk mengolah data agar dapat disimpulkan dan diinterpretasikan menjadi informasi. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus dilakukan: *Editing* dilakukan untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. *Coding* dilakukan untuk melakukan pemberian kode numerik terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master table atau database computer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat table kontigensi. Teknik analisis dilakukan dengan menggunakan statistik deskriptif. Statistik deskriptif adalah statistika yang membahas cara-cara meringkas, menyajikan dan mendeskripsikan suatu data dengan tujuan agar mudah dimengerti dan lebih mempunyai makna.

Peneliti menggunakan program pengolah data statistik untuk memudahkan pemahaman dalam penyajian dan mendeskripsikan data .

4.8.2 Analisis Data Penelitian Deskriptif

Analisis deskriptif berfungsi untuk meringkas, mengklasifikasikan dan menyajikan data dalam bentuk mean, median, modus, simpangan baku dan varian. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Data numerik karakteristik umur responden dianalisa menggunakan distribusi tendensi sentral dan disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi dan nilai minimum dan maksimum. Data karakteristik kategorik responden yaitu umur, pendidikan, jenis kelamin, lama tinggal di panti, keluhan penyakit, dan riwayat penyakit diukur dengan distribusi frekuensi dan disajikan dalam bentuk persentase atau proporsi. Pengujian masing-masing variabel dilakukan dengan menggunakan tabel yang diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

4.9. Jadwal Kegiatan

Tabel 4.1 Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Sept				Okt				Nov				Des				Jan				Feb				Mar				Apr				Mei				Jun				Jul			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Pengajuan judul																																												
2	Proposal penelitian																																												
3	Revisi proposal penelitian																																												
4	Uji validitas dan reliabilitas																																												
5	Pelaksanaan penelitian																																												
6	Pengolahan dan analisis data																																												
7	Konsultasi dan penyempurnaan hasil akhir																																												
8	Persiapan sidang																																												
9	Pendaftaran sidang																																												
10	Sidang hasil																																												
11	Revisi perbaikan hasil penelitian																																												
12	Penyerahan hasil akhir ke akademik dan universitas																																												

Universitas Indonesia



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif sederhana survei kuantitatif. Jumlah populasi lansia 226 orang yaitu 101 orang berasal dari Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia (PSTW) 01 Cipayung dan 125 orang berasal dari Panti Sosial Tresna Wredha (PSTW) Budi Mulia 03 Ciracas didapatkan besar sampel yaitu 143 orang dengan tingkat kepercayaan 95 %. Penelitian ini tetap melakukan uji validitas terhadap 30 orang responden meskipun telah menggunakan alat ukur yang sudah baku yang didapatkan dari literatur buku dan telah digunakan hampir di setiap penelitian tentang kemandirian dan resiko jatuh. Penelitian ini telah dilaksanakan di PSTW Budi Mulia 01 Cipayung dan PSTW Budi Mulia 03 Ciracas selama 20 hari (3 minggu) sejak tanggal 02 April 2012 hingga tanggal 20 April 2012. Peneliti mengambil sampel di PSTW Budi Mulia 01 Cipayung dan 03 Ciracas sebagai responden dalam penelitian ini. Total jumlah responden dalam penelitian ini 143 responden. Selama penelitian ini berlangsung tidak ada responden yang mengundurkan diri. Total jumlah responden yang dilakukan analisa data sebanyak 143 responden sesuai dengan kriteria penelitian.

Teknik analisis dilakukan dengan menggunakan statistik deskriptif. Peneliti menggunakan program pengolah data statistik untuk memudahkan pemahaman dalam penyajian dan mendeskripsikan data. Hasil penelitian diuraikan melalui proses analisis univariat yang meliputi karakteristik responden yaitu umur, pendidikan, jenis kelamin, lama tinggal, keluhan kesehatan, dan riwayat penyakit serta identifikasi tingkat kemandirian dan tingkat resiko jatuh pada lansia. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan *textual* yang didasarkan pada analisa univariat.

5.1 Analisa Univariat Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik responden pada penelitian ini meliputi: umur, pendidikan, jenis kelamin, lama tinggal di panti, keluhan kesehatan dan riwayat penyakit.

5.1.1 Umur

Kategori umur dalam penelitian ini dikelompokkan berdasarkan kategori umur WHO yaitu *elderly* (60-74 tahun), *old* (75-90 tahun) dan *very old* (diatas 90 tahun).

Tabel 5.1
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Umur, April 2012 (n=143)

Rentang Umur WHO	Jumlah (n)	Persentase (%)
60-74(<i>Elderly</i>)	95	66,4
75-90(<i>Old</i>)	40	28
>90(<i>very Old</i>)	8	5,6

Tabel 5.1 menjelaskan bahwa berdasarkan rentang umur WHO sebagian besar responden termasuk dalam kategori usia lanjut (*elderly*) yaitu sebanyak 95 orang responden (66,4%). Hasil analisa menunjukkan bahwa rata-rata (mean) umur responden adalah 72,21 tahun (95% CI: 70,66-73,76), median 70,00 tahun dengan standar deviasi 9,377. Umur terendah 60 tahun dan umur tertinggi 99 tahun. Dari hasil estimasi interval mean dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur responden adalah 70,66 tahun sampai 73,76. Data dari lembaga kesehatan dunia menyebut angka harapan hidup penduduk Indonesia setiap tahunnya terus meningkat. Apabila tahun 2010 angka harapan hidup usia diatas 60 tahun mencapai 20,7 juta orang kemudian naik menjadi 36 juta orang (RRI, 2012). Semakin tinggi usia seseorang akan lebih berisiko mengalami masalah kesehatan karena adanya faktor-faktor penuaan lansia akan mengalami perubahan baik dari segi fisik, ekonomi, psikososial, kognitif dan spiritual.

5.1.2 Jenis Kelamin

Tabel 5.2
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan
Jenis Kelamin, April 2012 (n=143)

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persentase (%)
Laki-laki	60	42,0
Perempuan	83	58,0

Hasil analisa tabel 5.2 dapat disimpulkan bahwa sebgaiian besar responden lansia berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 83 orang (58,0%). Jumlah lansia perempuan lebih tinggi dari pada jumlah lansia laki-laki. Hal ini sesuai dengan usia harapan hidup perempuan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki, yaitu 71,74 tahun untuk usia harapan hidup perempuan dan 67,51 tahun untuk usia harapan hidup laki-laki (BPS, 2010).

5.1.3 Pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan
Pendidikan, April 2012 (n=143)

Pendidikan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak Sekolah	56	39,2
SD	51	35,7
SMP	16	11,2
SMA	15	10,5
Diploma/Perguruan Tinggi	5	3,5

Hasil analisa tabel 5.3 dapat disimpulkan tingkat pendidikan responden menunjukkan bahwa paling banyak tidak bersekolah yaitu sebanyak 56 orang (39,2%). Kualitas hidup penduduk lanjut usia umumnya masih rendah dapat terlihat dari pendidikan tertinggi yang ditamatkan dan angka buta huruf lanjut usia. Sebagian besar penduduk lanjut usia tidak/belum

pernah sekolah dan tidak tamat SD. Hal ini sesuai dengan angka buta huruf penduduk lanjut usia masih tinggi, sekitar 30,62 persen pada tahun 2007 (BPS, 2007).

5.1.4 Lama Tinggal

Tabel 5.4
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Lama Tinggal, April 2012 (n=143)

Lama Tinggal	Jumlah (n)	Persentase (%)
< 1 tahun	43	30,1
1-5 tahun	50	35,0
> 5 tahun	50	35,0

Hasil analisa pada tabel 5.4 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden telah tinggal di panti selama lebih dari 1 tahun. Berdasarkan observasi peneliti, lansia yang telah lama tinggal dipanti telah mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitar. Mereka mampu beradaptasi dengan sedikitnya tenaga *caregiver* di panti, sehingga ketika responden mengalami sakit dan mengalami keterbatasan aktivitas mereka tetap berusaha untuk mandiri. Lansia yang telah lama tinggal dipanti dan mengalami gangguan misalnya penglihatan hingga kebutaan tetap berusaha untuk memenuhi kebutuhan aktivitas mereka secara mandiri misalnya berjalan dengan meraba dinding dan menghitung langkah untuk pergi ke kamar kecil. Hurlock (1999) menggambarkan bahwa seseorang tinggal di panti wredha apabila kesehatan, status ekonomi, atau kondisi lainnya tidak memungkinkan mereka untuk melanjutkan hidup di rumah masing-masing, dan jika mereka tidak mempunyai sanak saudara yang dapat atau sanggup merawat mereka. Menurut Hardywinoto (1991), panti wredha adalah panti yang didalamnya ada personel keperawatan yang profesional, dan hanya lanjut usia yang lemah dan tidak mampu mengurus dirinya sendiri serta mempunyai kondisi ketergantungan dapat diterima atau dirawat. Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa

panti wredha merupakan suatu panti yang di dalamnya adalah para lanjut usia yang kondisinya tidak memungkinkan mereka untuk melanjutkan hidup di rumah masing-masing.

5.1.5 Keluhan Kesehatan

Tabel 5.5
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Keluhan Kesehatan, April 2012 (n=143)

Keluhan	Keluhan			
	Ya		Tidak	
	Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah (n)	Persentase (%)
Nyeri Sendi	77	53,8	66	46,2
Sesak	10	7,0	133	93,0
Mudah Kesemutan	30	21,0	113	79,0
Pusing	24	16,8	119	83,2
Sulit Melihat/Mendengar	16	11,2	127	88,8
Tidak ada Keluhan	21	14,7	122	85,3

Tabel 5.5 menjelaskan beberapa keluhan yang dialami oleh lansia di panti. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa keluhan kesehatan yang sebagian besar dialami responden adalah keluhan nyeri sendi yaitu sebanyak 77 orang (53,8%) responden. Terkait dengan keluhan yang dialami responden hal ini akan mempengaruhi tingkat kemandirian dan resiko jatuh pada lanjut usia. Faktor yang mempengaruhi kemandirian adalah imobilitas. Semakin banyak keluhan maka lansia akan mengalami imobilitas. Imobilitas adalah ketidak mampuan untuk bergerak secara aktif. Hal ini diakibatkan karena berbagai penyakit atau *impairment* (gangguan pada alat organ tubuh) yang bersifat fisik atau mental (Lueckenotte, 1996). Keluhan kesehatan nyeri sendi yang merupakan keluhan terbesar yang dialami lansia di panti berkaitan dengan penyakit pada sistem muskuloskeletal. Sistem muskuloskeletal merupakan sistem yang sangat berpengaruh terhadap terjadinya jatuh pada lansia.

5.1.6 Riwayat Penyakit

Tabel 5.6
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Riwayat Penyakit, April 2012 (n=143)

Penyakit Saat Ini	Penyakit Saat Ini			
	Ya		Tidak	
	Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah (n)	Persentase (%)
Osteoporosis	19	13,3	124	86,7
Hipertensi	44	30,8	99	69,2
TBC / Asma	3	2,1	140	97,9
Post-Stroke	15	10,5	128	89,5
DM	13	9,1	130	90,9
Osteoarthritis	62	43,4	81	56,6
Katarak	30	21,0	113	79,0

Tabel 5.6 menjelaskan beberapa penyakit yang saat ini di derita oleh responden. Data riwayat penyakit diatas didapatkan dengan cara wawancara langsung dengan responden atau bertanya langsung kepada caregiver. Belum adanya data rekam medis penyakit responden di PSTW menyebabkan peneliti tidak dapat menggunakan data sumber utama untuk mengetahui riwayat penyakit responden. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden menderita penyakit osteoarthritis yaitu sebanyak 62 orang (43,4%) responden. Hal ini sejalan dengan *WHO-community study of the elderly central java* yang menyatakan bahwa arthritis merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh lansia (Darmojo et al, 2004). Osteoarthritis adalah suatu penyakit gangguan pada pada sendi yang bergerak. Sendi yang paling sering terserang oleh osteoarthritis adalah sendi yang harus memikul beban tubuh, antara lain lutut, panggul, vertebra lumbal dan servikal, dan sendi-sendi pada jari. Penyakit ini menyebabkan gangguan pada sistem muskuloskeletal karena seseorang yang terserang penyakit ini mengalami nyeri dan kekakuan pada sendi. Hal ini menyebabkan pergerakan menjadi terbatas karena menurunnya fungsi tulang rawan untuk menopang badan (Price & Wilson, 2006). Hal ini dapat mengganggu produktivitas seseorang dan memungkinkan untuk terjadinya perubahan gaya berjalan yang normal

menjadi tidak normal. Perubahan gaya berjalan yang tidak normal dapat meningkatkan resiko untuk jatuh. (Morse, 1997).

Tabel 5.7
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Total Riwayat Penyakit, April 2012 (n=143)

Total Riwayat Penyakit	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak Ada Penyakit	35	24,5
Satu Diagnosa Penyakit	46	32,2
Lebih dari Satu Diagnosa Penyakit	62	43,4

Tabel 5.7 menjelaskan tentang total riwayat penyakit yang diderita responden. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia memiliki riwayat penyakit lebih dari satu penyakit yaitu sebanyak 62 orang (43,4%) responden. Semakin banyak riwayat penyakit yang diderita lansia maka akan mempengaruhi tingkat kemandirian dan resiko jatuh (Lueckenotte, 1996; Morse,1997).

5.2 Tingkat Kemandirian

Pengukuran tingkat kemandirian responden dengan menggunakan *Katz Index* meliputi kemampuan mandiri klien untuk mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, mempertahankan inkontinensia, dan makan. Pengukuran tingkat kemandirian responden dengan cara melakukan wawancara, obeservasi responden, dan menanyakan langsung ke *caregiver*. Skala yang ditetapkan pada *Katz Index* terdiri dari tujuh skala A sampai dengan G. *Katz Index* A yaitu kemandirian dalam 6 aktivitas yaitu makan, kontinen, berpindah, kamar kecil, berpakaian, dan mandi. *Katz Index* B yaitu kemandirian dalam 5 aktivitas. *Katz Index* C yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan. *Katz Index* D yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan. *Katz Index* E yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian,

Universitas Indonesia

ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan *Katz Index F* yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. *Katz Index G* yaitu ketergantungan terhadap keenam fungsi tersebut (Katz et al, 1970). Dalam penelitian ini *Katz Index* dalam *activity of daily living* (ADL) dibagi menjadi kelompok yaitu kemandirian tinggi (Indeks Katz A, B, C, D) dan kemandirian rendah (Indeks Katz E, F, G) (Kobayashi, 2009).

Tabel 5.8
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Tingkat Kemandirian, April 2012 (n=143)

Tingkat Kemandirian	Jumlah (n)	Peresentase (%)
Kemandirian Tinggi (Indeks Katz A, B, C, D)	140	97,9
Kemandirian Rendah (Indeks Katz E, F, G)	3	2,1

Tabel 5.8 menjelaskan tingkat kemandirian lansia di PSTW Budi Mulia 01 Cipayung dan 03 Ciracas berdasarkan Indeks Katz. Sebanyak 140 orang (97,9%) responden memiliki tingkat kemandirian yang tinggi dalam aktivitas kemandirian. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden di PSTW Budi Mulia 01 Cipayung dan 03 Ciracas memiliki tingkat kemandirian tinggi di enam aktivitas kemandirian yaitu makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi. Tingkat kemandirian yang tinggi pada lansia di panti disebabkan karena kondisi panti dengan latar belakang panti sosial dan minimnya jumlah *caregiver* di panti tersebut. Terbatasnya bantuan yang diterima lansia dari petugas panti atau *caregiver* memaksa lansia untuk tetap harus mandiri dalam memenuhi aktivitas kemandiriannya dalam *activity of daily living* (ADL). Berdasarkan observasi peneliti banyak ditemukan lansia tetap memaksa untuk memenuhi aktivitas ADL-nya secara mandiri misalnya lansia tetap berusaha mandiri untuk pergi ke toilet walaupun sudah tidak mampu untuk berjalan dengan normal. Pada beberapa lansia, mereka tetap berusaha untuk makan secara

mandiri walaupun mereka sudah tidak mampu untuk memasukkan lebih banyak nasi ke mulut karena penyakit dan kelemahan yang mereka miliki.

Tabel 5.9
Distribusi Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Aktivitas Kemandirian, April 2012 (n=143)

Aktivitas Kemandirian	Mandiri	Dibantu
	n (%)	n (%)
Mandi	138 (96,5)	5 (3,5)
Berpakaian	137 (95,8)	6 (4,2)
Ke Toilet	138 (96,5)	5 (3,5)
Berpindah	136 (95,1)	7 (4,9)
Kontinen	138 (96,5)	5 (3,5)
Makan	143 (100)	0 (0)

Tabel 5.9 menjelaskan distribusi lansia berdasarkan enam aktivitas kemandirian pada *Katz Index*. Sebagian besar lansia mandiri pada aktivitas makan yaitu 143 lansia (100%). Dapat disimpulkan bahwa lansia mandiri pada semua aktivitas kemandirian.

Tabel 5.10
Distribusi Tingkat Kemandirian Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Riwayat Penyakit, dan Total Riwayat Penyakit, April 2012 (n=143)

Karakteristik	Tingkat Kemandirian		Total
	Kemandirian Tinggi	Kemandirian Rendah	
	n (%)	n (%)	n (%)
Umur:			
60-74	92 (96,8)	3 (3,2)	95 (100)
75-90	40 (100)	0 (0)	40 (100)
>90	8 (100)	0 (0)	8 (100)
Jenis Kelamin:			
Laki-laki	59 (98,3)	1 (1,7)	60 (100)
Perempuan	81 (97,6)	2 (2,4)	83 (100)
Riwayat penyakit:			
Osteoporosis	19 (100)	0 (0)	19 (100)
Hipertensi	44 (100)	0 (0)	44 (100)
TBC / Asma	3 (100)	0 (0)	3 (100)
Post-Stroke	13 (86,7)	2 (13,3)	15 (100)
DM	13 (100)	0 (0)	13 (100)
Osteoarthritis	61 (98,4)	1 (1,6)	62 (100)
Katarak	30 (100)	0 (100)	30 (100)

Tabel 5.10 menjelaskan tentang distribusi tingkat kemandirian lansia berdasarkan umur, jenis kelamin, riwayat penyakit, dan total riwayat penyakit. Hasil analisa tingkat kemandirian lansia terhadap umur dapat disimpulkan bahwa responden lansia diatas umur 74 tahun memiliki tingkat kemandirian yang tinggi dalam aktivitas kemandirian yaitu makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi. Tingkat kemandirian yang

tinggi pada lansia di panti disebabkan karena kondisi panti dengan latar belakang panti sosial dan minimnya jumlah *caregiver* di panti tersebut. Terbatasnya bantuan yang diterima lansia dari petugas panti atau *caregiver* memaksa lansia untuk tetap harus mandiri dalam memenuhi aktivitas kemandiriannya dalam *activity of daily living* (ADL) meskipun lansia berada dalam keterbatasan kondisi. Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia adalah usia, imobilitas dan mudah jatuh (Lueckenotte, 1996). Berdasarkan hasil analisa riwayat penyakit terhadap umur, lansia usia 60-74 tahun banyak mengalami diasbilitas dan kelemahan disebabkan penyakit yang diderit sehingga tingkat kemandirian mereka menjadi berkurang.

Hasil analisa jenis kelamin terhadap tingkat kemandirian menunjukkan bahwa responden lansia laki-laki memiliki tingkat kemandirin yang lebih tinggi jika dibandingkan responden lansia perempuan yaitu sebanyak 59 orang (98,3%). Hal ini mungkin disebabkan karena responden lansia perempuan banyak mengalami kelemahan dan diabilitas sehingga mempengaruhi kemandirian mereka.

Hasil analisa riwayat penyakit terhadap tingkat kemandirian menunjukkan bahwa post-stroke merupakan penyakit yang paling dapat mempengaruhi tingkat kemandirian responden. Stroke adalah penyebab utama kecacatan pada orang dewasa (Price & Wilson, 2006).

5.3 Resiko Jatuh

Pengukuran tingkat resiko jatuh pada responden dengan menggunakan instrumen *Morse Fall Scale* (MFS) Penilaian dalam MFS terdiri dari enam item yaitu riwayat jatuh, diagnosis penyakit, bantuan berjalan, terapi intravena, gaya berjalan, dan status mental. Penilaian dan tingkat resiko jatuh pada instrumen ini terbagi menjadi tiga yaitu tidak ada resiko jatuh (skor MFS 0-24), resiko jatuh sedang (skor MFS 25-50), dan resiko jatuh tinggi (skor MFS \geq 51).

Tabel 5.11
Distribusi Lanjut Usia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan
Tingkat Resiko Jatuh pada MFS, April 2012 (n=143)

Resiko Jatuh	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak Ada Resiko	37	25.9
Risiko Rendah	43	30.1
Risiko Tinggi	63	44.1

Tabel 5.11 menjelaskan distribusi hasil pengukuran tingkat resiko jatuh pada responden dengan menggunakan skala MFS. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebanyak 63 orang (44,1%) responden memiliki resiko jatuh tinggi. Dapat disimpulkan bahwa lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Ciracas memiliki resiko tinggi jatuh.

Tabel 5.12
Distribusi Lanjut Usia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan
Item Pengkajian Resiko Jatuh pada FMS, April 2012 (n=143)

Item Pengkajian FMS	Item Pengkajian FMS	
	Ya	Tidak
	n (%)	n (%)
Riwayat Jatuh	33 (23,1)	110 (76,9)
Diagnosa Sekunder	84 (58,7)	59 (41,3)
Alat Bantu Jalan:		
• Tidak ada/bedrest/ dibantu perawat	51 (35,7)	
• Kruk/tongkat/ walker	27 (18,9)	
• Berpegangan furniture	65 (45,5)	
Terapi Intravena	1 (0,7)	142 (99,3)
Gaya Berjalan:		
• Normal/bedrest/ immobile	39 (27,3)	
• Lemah	68 (47,6)	
• Gangguan/tidak normal	36 (25,2)	
Status mental:		
• Lansia sadar	120 (83,9)	
• Keterbatasan daya ingat	23 (16,1)	

Tabel 5.12 menjelaskan tentang item resiko jatuh pada MFS. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki riwayat jatuh 3 bulan terakhir yaitu sebanyak 110 orang (76,9%) responden. Berdasarkan item diagnosa sekunder dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki diagnosa sekunder yaitu sebanyak 84 orang (58,7%) responden. Berdasarkan item alat bantu jalan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berjalan dengan berpegangan pada furnitur yang ada disekitar responden yaitu sebanyak 65 orang (45,5%) responden. Hampir semua responden tidak sedang menjalani terapi intravena yaitu

sebanyak 142 orang (99,3%) responden. Hal ini disebabkan karena petugas panti tidak bisa memberikan perawatan intensif seperti di rumah sakit. Berdasarkan item gaya berjalan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki gaya berjalan lemah yaitu sebanyak 68 orang (47,6%). Sebagian besar responden memiliki status mental yang baik yaitu sebanyak 120 orang (83,9%). Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden di PSTW Budi Mulia 01 Cipayang dan 03 Ciracas tidak memiliki riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir, memiliki diagnosa penyakit lebih dari satu, berjalan dengan berpegangan pada furnitur, gaya berjalan lemah, dan status mental yang baik.

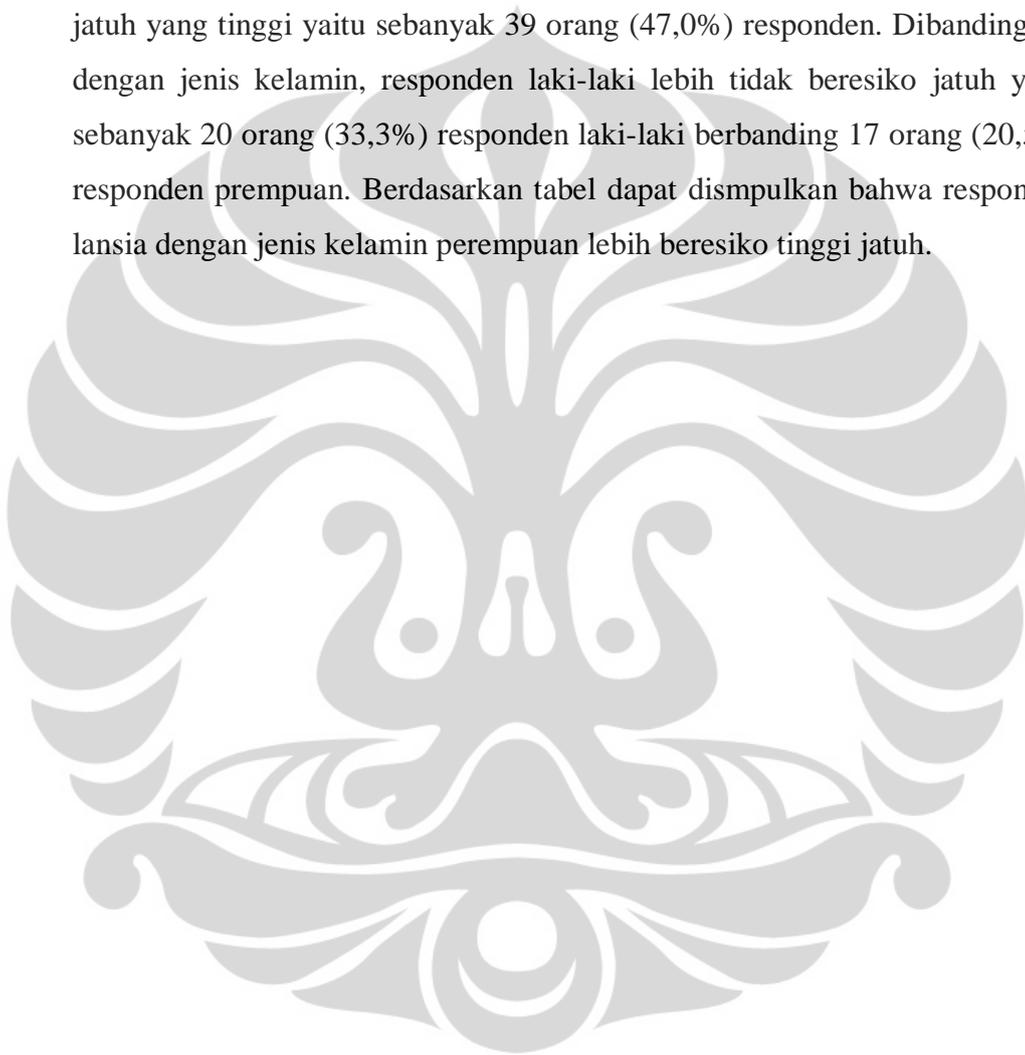
Tabel 5.13
Distribusi Tingkat Resiko Jatuh Pada Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03
Jakarta Timur Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, April 2012 (n=143)

Karakteristik	Tingkat Resiko Jatuh			Total
	Tidak Ada Resiko	Resiko Rendah	Resiko Tinggi	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Umur:				
60-74	29 (33,5)	29 (30,5)	37 (38,9)	95 (100)
75-90	8 (20,0)	12 (30,0)	20 (50,0)	40 (100)
>90	0 (0)	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (100)
Jenis Kelamin:				
Laki-laki	20 (33,3)	16 (26,7)	24 (40,0)	60 (100)
Perempuan	17 (20,5)	27 (32,5)	39 (47,0)	83 (100)

Tabel 5.13 menjelaskan tentang distribusi umur terhadap tingkat resiko jatuh. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebanyak 6 orang (75,0%) responden

lansia berumur >90 memiliki resiko jatuh tinggi. Berdasarkan tabel dapat disimpulkan bahwa semakin bertambah umur lansia maka resiko jatuh akan semakin tinggi.

Berdasarkan tingkat resiko jatuh terhadap jenis kelamin. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden perempuan memiliki resiko jatuh yang tinggi yaitu sebanyak 39 orang (47,0%) responden. Dibandingkan dengan jenis kelamin, responden laki-laki lebih tidak beresiko jatuh yaitu sebanyak 20 orang (33,3%) responden laki-laki berbanding 17 orang (20,5%) responden perempuan. Berdasarkan tabel dapat disimpulkan bahwa responden lansia dengan jenis kelamin perempuan lebih beresiko tinggi jatuh.



Tabel 5.14
 Distribusi Tingkat Resiko Jatuh Pada Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03
 Jakarta Timur Berdasarkan Riwayat Penyakit dan Total Riwayat Penyakit, April
 2012 (n=143)

Karakteristik	Tingkat Resiko Jatuh			Total
	Tidak Ada Resiko	Resiko Rendah	Resiko Tinggi	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Riwayat penyakit:				
Osteoporosis	2 (10,5)	3 (15,8)	14 (73,7)	19 (100)
Hipertensi	7 (15,9)	9 (20,5)	28 (63,6)	44 (100)
TBC / Asma	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)	3 (100)
Post-Stroke	2 (13,3)	2 (13,3)	11 (73,3)	15 (100)
DM	1 (7,7)	3 (38,5)	7 (53,8)	13 (100)
Osteoarthritis	15 (24,2)	19 (30,6)	28 (45,2)	62 (100)
Katarak	6 (20)	7 (23,3)	17 (56,7)	30 (100)
Total Riwayat Penyakit:				
Tidak Ada Riwayat Penyakit	14 (40,0)	17 (48,6)	4 (11,4)	35 (100)
Satu Riwayat Penyakit	13 (28,3)	14 (30,4)	19 (41,3)	46 (100)
Lebih dari Satu Riwayat Penyakit	10 (25,9)	12 (9,4)	40 (64,5)	62 (100)

Tabel 5.14 menjelaskan tentang distribusi tingkat resiko jatuh terhadap riwayat penyakit dan total riwayat penyakit. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa penyakit osteoporosis adalah penyakit yang paling besar menyebabkan resiko jatuh tinggi pada lansia yaitu sebanyak 14 orang (73,7%) responden.

Hasil analisa total jenis penyakit terhadap tingkat resiko jatuh dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki diagnosis penyakit lebih dari satu memiliki resiko jatuh yang tinggi yaitu sebanyak 40 orang (64,5%) responden. Dapat disimpulkan bahwa responden lansia dengan diagnosis penyakit lebih dari satu memiliki resiko jatuh yang tinggi.

Tabel 5.15
Distribusi Tingkat Resiko Jatuh Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur Berdasarkan Tingkat Kemandirian, April 2012 (n=143)

Tingkat Kemandirian	Tingkat Resiko Jatuh			Total
	Tidak Ada Resiko	Resiko Rendah	Resiko Tinggi	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kemandirian Rendah	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0)	3 (100)
Kemandirian Tinggi	35 (25,9)	42 (30,0)	63 (45,0)	140 (100)

Tabel 5.15 menjelaskan tentang distribusi tingkat kemandirian responden terhadap tingkat resiko jatuh. Hasil analisa dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki tingkat kemandirian yang tinggi memiliki resiko jatuh yang tinggi yaitu sebanyak 63 orang (45%) responden. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi lansia yang mampu melakukan ADL secara mandiri dan aktif di panti beresiko untuk mengalami jatuh karena kondisi lansia yang memiliki kelemahan dan keterbatasan fisik dan beraktivitas tanpa menggunakan alat bantu jalan sehingga responden lansia

dengan tingkat kemandirian tinggi dalam *activity of daily living* memiliki resiko jatuh yang tinggi.



BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini, peneliti membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan penelitian-penelitian terkait. Pembahasan ini menguraikan secara terstruktur berdasarkan tujuan penelitian dengan diawali penjelasan tema-tema yang didapatkan. Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut bagi institusi/ PSTW, pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Interpretasi dan diskusi dari hasil penelitian akan membahas mengenai karakteristik responden, tingkat kemandirian, dan tingkat resiko jatuh pada lansia di PSTW wilayah Jakarta Timur.

6.1.1 Karakteristik Individu

6.1.1.1 Umur

Hasil analisa karakteristik umur responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden termasuk dalam kategori usia lanjut 60-74 tahun (*elderly*) yaitu sebanyak 95 orang. Hasil analisa menunjukkan bahwa rata-rata umur responden adalah 72,21 tahun. Umur terendah 60 tahun dan umur tertinggi 99 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur responden adalah 70,66 tahun sampai 73,76. Data dari lembaga kesehatan dunia menyebut angka harapan hidup penduduk Indonesia setiap tahunnya terus meningkat. Apabila tahun 2010 angka harapan hidup usia diatas 60 tahun mencapai 20,7 juta orang kemudian naik menjadi 36 juta orang (WHO, 2010). Semakin tinggi usia seseorang akan lebih berisiko mengalami masalah kesehatan karena adanya faktor-faktor penuaan lansia akan mengalami perubahan baik dari

segi fisik, ekonomi, psikososial, kognitif dan spiritual. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2004) di wilayah Paroki Kristoforus Jakarta Barat, dimana jumlah lansia usia 60-74 tahun lebih banyak dibanding dengan lansia usia 75 tahun ke atas yaitu (73,9%). Penelitian Agustin (2008) yang dilakukan di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran menunjukkan hasil yang sejalan dimana sebagian besar lansia adalah usia 60-74 tahun (80,9%). Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rinajumita (2011) di wilayah kerja Puskesmas Lampasi, dimana sebagian besar lansia (52,2%) adalah lanjut usia tua usia 74 tahun ke atas.

6.1.1.2. Jenis Kelamin

Hasil analisa jenis kelamin menunjukkan bahwa sebagian besar responden lansia berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 83 orang. Jumlah lansia perempuan lebih tinggi dari pada jumlah lansia laki-laki. Hasil ini sebanding dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2004), dimana jumlah responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu (69,7%) dibanding responden yang berjenis kelamin laki-laki. Penelitian Agustin (2008) yang dilakukan di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran menunjukkan bahwa lansia perempuan (61,9%) lebih banyak dibandingkan lansia laki-laki (38,1%). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rinajumita (2011) menunjukkan hasil yang sama bahwa responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu (56,7%) dibanding dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki. Hal ini sesuai dengan usia harapan hidup perempuan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki, yaitu 71,74 tahun untuk usia harapan hidup perempuan dan 67,51 tahun untuk usia harapan hidup laki-laki (BPS, 2010). Hasil penelitian ini juga sebanding dengan hasil Susenas tahun 2009, menurut jenis kelamin jumlah lansia perempuan 10,44 juta orang atau 8,96 persen dari seluruh penduduk perempuan. Jumlah lansia perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki yang hanya 8,88 juta orang atau 7,76 persen dari seluruh penduduk laki-laki, hal ini

Universitas Indonesia

disebabkan karena usia harapan hidup lansia perempuan lebih tinggi dibandingkan lansia laki-laki (Susenas, 2009). Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhartini (2004), dimana jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dibanding dengan jumlah responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu 56 orang (53,8 %).

6.1.1.3. Tingkat Pendidikan

Hasil analisa tingkat pendidikan responden menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden sebagian besar tidak bersekolah yaitu sebanyak 56 orang (39,2%). Kualitas hidup penduduk lanjut usia umumnya masih rendah dapat terlihat dari pendidikan tertinggi yang ditamatkan dan angka buta huruf lanjut usia. Sebagian besar penduduk lanjut usia tidak/belum pernah sekolah dan tidak tamat SD. Hal ini sesuai dengan angka buta huruf penduduk lanjut usia masih tinggi, sekitar 30,62 persen pada tahun 2007 (BPS, 2007). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rinajumita (2011), yang menunjukkan bahwa pada umumnya responden berpendidikan rendah SMP ke bawah yaitu (71,1%). Hasil penelitian Kurniawan (2004) menunjukkan bahwa jumlah responden yang berpendidikan rendah SMP kebawah lebih banyak dibanding dengan responden yang berpendidikan tinggi (SMA keatas). Hasil penelitian ini juga sebanding dengan hasil Susenas tahun 2009, dimana pendidikan penduduk lansia yang relatif masih rendah, masih banyaknya lansia yang tidak/belum pernah sekolah dan tidak tamat SD. Penduduk lansia yang berpendidikan SMP kebawah sebanyak (90,66%) dan berpendidikan SMA ke atas hanya sebanyak (9,34%). Hasil ini juga di perkuat oleh penelitian yang dilakukan Darmojo (2004) di wilayah Jawa Tengah bahwa lanjut usia pada umumnya memiliki pendidikan yang rendah. Dari hasil wawancara dengan responden, rendahnya pendidikan mereka kebanyakan disebabkan karena tidak adanya biaya untuk melanjutkan pendidikan. Selain itu

adanya paham yang tidak mewajibkan anak perempuan untuk menempuh pendidikan yang tinggi.

6.1.1.4. Lama Tinggal di Panti

Hasil analisa lama tinggal menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah tinggal di panti selama lebih dari 1 tahun. Berdasarkan observasi peneliti, lansia yang telah lama tinggal dipanti telah mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitar. Mereka mampu beradaptasi dengan sedikitnya tenaga *caregiver* di panti, sehingga ketika responden mengalami sakit dan mengalami keterbatasan aktivitas mereka tetap berusaha untuk mandiri. Lansia yang telah lama tinggal dipanti dan mengalami gangguan misalnya penglihatan hingga kebutaan tetap berusaha untuk memenuhi kebutuhan aktivitas mereka secara mandiri misalnya berjalan dengan meraba dinding dan menghitung langkah untuk pergi ke kamar kecil. Hal ini sejalan dengan Hurlock (1999) yang menggambarkan bahwa seseorang tinggal di panti wredha apabila kesehatan, status ekonomi, atau kondisi lainnya tidak memungkinkan mereka untuk melanjutkan hidup di rumah masing-masing, dan jika mereka tidak mempunyai sanak saudara yang dapat atau sanggup merawat mereka. Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa panti wredha merupakan suatu panti yang di dalamnya adalah para lanjut usia yang kondisinya tidak memungkinkan mereka untuk melanjutkan hidup di rumah masing-masing. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Agustin (2008) bahwa 85,7 % responden telah tinggal di panti selama lebih dari 1 tahun.

6.1.1.5. Keluhan Kesehatan

Hasil analisa keluhan kesehatan yang dialami oleh lansia di panti menunjukkan bahwa keluhan kesehatan yang sebagian besar dialami responden adalah keluhan nyeri sendi yaitu sebanyak 77 orang. Hal ini sejalan dengan *WHO- community study of the elderly central java* yang menyatakan keluhan nyeri sendi merupakan keluhan yang paling banyak dialami oleh lansia yaitu sebanyak 49% dari total 1203 responden

Universitas Indonesia

(Darmojo et al, 2004). Data Susenas tahun 2009 mencantumkan jenis gangguan/kesulitan/kecacatan pada usia lanjut, yaitu penglihatan, pendengaran, sendi, sesak nafas dan pikun. Hasil penelitian profil penyakit lansia di 4 kota (Padang, Bandung, Denpasar, dan Makasar) masalah kesehatan yang banyak dialami lansia : sakit tulang dan sendi (69,39%), sakit kepala (51,15%), daya ingat menurun (30,08%), mual atau perut perih (26,66%), sulit tidur (24,88%), sesak nafas (21,28%). Menurut Depkes (2004) keluhan yang umum dialami Lanjut Usia: mudah jatuh atau sering jatuh berulang kali, mudah lelah, kekacauan pikiran (acute mental confusion), nyeri dada, sesak nafas pada waktu melakukan kerja fisik, berdebar-debar, pembengkakan pada kaki bagian bawah, nyeri pinggang atau punggung , nyeri pada sendi pinggul, berat badan menurun, sukar menahan kencing atau sering ngompol, sukar menahan buang air besar, gangguan pada ketajaman penglihatan, gangguan pada pendengaran, gangguan tidur/sulit tidur, keluhan pusing-pusing/sakit kepala, keluhan perasaan dingin-dingin dan kesemutan pada anggota badan, mudah gatal-gatal, adanya koreng atau borok yang tak mau sembuh. Terkait dengan keluhan yang dialami responden hal ini akan mempengaruhi tingkat kemandirian dan resiko jatuh pada lanjut usia. Faktor yang mempengaruhi kemandirian adalah imobilitas. Semakin banyak keluhan maka lansia akan mengalami imobilitas. Imobilitas adalah ketidak mampuan untuk bergerak secara aktif. Hal ini diakibatkan karena berbagai penyakit atau *impairment* (gangguan pada alat organ tubuh) yang bersifat fisik atau mental (Lueckenotte, 1996). Keluhan kesehatan nyeri sendi yang merupakan keluhan terbesar yang dialami lansia di panti berkaitan dengan penyakit pada sistem muskuloskeletal. Sistem muskuloskeletal merupakan sistem yang sangat berpengaruh terhadap terjadinya jatuh pada lansia. Peneliti ini tidak didukung dengan penelitian Rinajumita (2011) yang menyatakan keluhan yang paling banyak dialami lansia adalah gangguan penglihatan (78,8%). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Kurniawan (2004) yang mengatakan keluhan yang paling banyak dirasakan lansia adalah mudah lupa (76,1%).

Universitas Indonesia

6.1.1.6. Riwayat Penyakit

Hasil analisa riwayat penyakit yang dialami lansia menunjukkan bahwa sebagian besar responden menderita penyakit osteoarthritis yaitu sebanyak 62 orang. Hal ini sejalan dengan *WHO- community study of the elderly central java* yang menyatakan bahwa arthritis merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh lansia (Darmojo et al, 2004). Sejalan dengan penelitian Yenny (2006) tentang prevalensi penyakit kronis lanjut usia di Jakarta Selatan, menyatakan bahwa 61,4% lansia menderita penyakit persendian. Osteoarthritis adalah suatu penyakit gangguan pada pada sendi yang bergerak. Sendi yang paling sering terserang oleh osteoarthritis adalah sendi yang harus memikul beban tubuh, antara lain lutut, panggul, vertebra lumbal dan servikal, dan sendi-sendi pada jari. Penyakit ini menyebabkan gangguan pada sistem muskuloskeletal karena seseorang yang terserang penyakit ini mengalami nyeri dan kekakuan pada sendi. Hal ini menyebabkan pergerakan menjadi terbatas karena menurunnya fungsi tulang rawan untuk menopang badan (Carter, 2005). Hal ini dapat mengganggu produktivitas seseorang dan memungkinkan untuk terjadinya perubahan gaya berjalan yang normal menjadi tidak normal. Perubahan gaya berjalan yang tidak normal dapat meningkatkan resiko untuk jatuh. (Morse, 1997).

Penyakit muskuloskeletal dilaporkan merupakan penyakit yang paling banyak di temukan dan didapatkan merata pada setiap kelompok usia lansia (Taylor, 2000; Hoffman, 1996). Berdasarkan survei kesehatan, penyakit ini merupakan penyebab disabilitas populasi lansia di dunia (Ethgen, 2004). Pembatasan aktifitas fisik makin nyata bersamaan dengan penambahan usia. Berdasarkan laporan, 32% lansia berusia 70 tahun dan ke atas mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas fisik yang disebabkan penyakit muskuloskeletal (Yenny, 2006). Bahkan lansia yang berusia ≥ 85 tahun 2,6 kali lebih sering mengalami keterbatasan aktivitas fisik dibanding lansia berusia 70-74 tahun. Berdasarkan penelitian Yenny

Universitas Indonesia

(2006) diperoleh data keterbatasan fisik akibat penyakit muskuloskeletal terbanyak didapatkan kelompok usia yang jauh lebih muda yaitu pada kelompok usia 60-69 tahun sebesar 63%. Badan Organisasi Kesehatan dunia (World Health Organization/WHO) menyatakan bahwa tahun 2000-2010 disebut “Bone and Joint Decade” sehingga diperlukan perbaikan kesehatan guna meningkatkan kualitas hidup lansia. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh *Household survey on health (1996)* dalam pola penyakit diatas usia 55 tahun yang menyatakan bahwa penyakit osteoarthritis (14,5%) berada dalam urutan kedua setelah penyakit hipertensi (15,7%).

Hasil analisa total riwayat penyakit yang diderita responden menunjukkan bahwa sebagian besar lansia memiliki riwayat penyakit lebih dari satu penyakit yaitu sebanyak 62 orang. Meningkatnya prevalensi penyakit kronis terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Berdasarkan laporan laporan 50-80% lansia yang berusia 65 tahun ke atas rata-rata akan mempunyai lebih dari satu penyakit kronis (Taylor, 2000; Hoffman, 1996). Sifat penyakit dapat dimulai secara perlahan-lahan, seringkali tanpa tanda-tanda. Dapat pula pada lanjut usia mengalami beberapa penyakit secara bersamaan (Azizah, 2011). Semakin banyak riwayat penyakit yang diderita lansia maka akan mempengaruhi tingkat kemandirian dan resiko jatuh (Lueckenotte., Morse, 1996;).

6.1.2 Gambaran Tingkat Kemandirian

Hasil analisa pengukuran tingkat kemandirian responden dengan menggunakan *Katz Index* yang meliputi kemampuan mandiri klien untuk mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, mempertahankan inkontinensia, dan makan menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat kemandirian yang tinggi dalam ADL yaitu sebanyak 140 orang. Hampir seluruh responden pada penelitian ini mandiri dalam melakukan aktifitas dalam ADL seperti mandi (96,5%), berpakaian (95,8), buang air kecil/besar (96,5%), kamar mandi (96,5), makan (100%),

Universitas Indonesia

berpindah tempat/berjalan (95,1%). Sesuai dengan teori dimana lanjut usia sebagai individu sama halnya dengan klien yang digambarkan oleh Orem (2001), yaitu suatu unit yang juga menghendaki kemandirian dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejaterannya. Penelitian ini didukung oleh penelitian Kobayashi (2009) yang menyatakan bahwa 64% responden lansia di institusi memiliki tingkat kemandirian yang tinggi dalam ADL. Berdasarkan hasil penelitian Rinajumita (2011) yang dilakukan pada 90 responden di wilayah kerja Puskesmas Lampasi, menunjukkan bahwa sebagian besar responden dapat melakukan aktifitasnya sendiri / mandiri yaitu (87,78%). Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suhartini (2004) di Kelurahan Jambangan Jawa Timur, menunjukkan bahwa sebagian besar responden mandiri yaitu (73,1%). Suhartini (2004) menyatakan bahwa hampir seluruh responden mandiri dalam melakukan aktifitas dasar seperti bangun dari tempat tidur, berdandan, berkomunikasi (95,5%), buang air kecil/besar ke kamar mandi (95,5%), makan (94,4%), mandi (93,3%), berpindah tempat/berjalan (90%). Kemandirian pada lanjut usia tergantung pada kemampuan status fungsionalnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia adalah usia, imobilitas dan mudah jatuh (Lueckenotte, 1996). Tingkat kemandirian yang tinggi pada lansia di panti disebabkan karena kondisi panti dengan latar belakang panti sosial dan minimnya jumlah *caregiver* di panti tersebut. Terbatasnya bantuan yang diterima lansia dari petugas panti atau *caregiver* memaksa lansia untuk tetap harus mandiri dalam memenuhi aktivitas kemandiriannya dalam ADL. Berdasarkan observasi peneliti banyak ditemukan lansia tetap memaksa untuk memenuhi aktivitas ADL-nya secara mandiri misalnya lansia tetap berusaha mandiri untuk pergi ke toilet walaupun sudah tidak mampu untuk berjalan dengan normal. Pada beberapa lansia, mereka tetap berusaha untuk makan secara mandiri walaupun mereka sudah tidak mampu untuk memasukkan lebih banyak nasi ke mulut karena penyakit dan kelemahan yang mereka miliki.

6.1.3 Gambaran Tingkat Resiko Jatuh

Hasil analisa tingkat resiko jatuh menunjukkan sebanyak 63 orang lansia di PSTW memiliki resiko jatuh tinggi. Menurut Miller (2004) resiko lansia untuk mengalami jatuh meningkat seiring dengan bertambahnya faktor resiko jatuh yaitu usia, kondisi patologis dan faktor lingkungan. Lansia mengalami kemunduran atau perubahan morfologis pada otot yang menyebabkan perubahan fungsional otot, yaitu terjadi penurunan kekuatan dan kontraksi otot, elastisitas dan fleksibilitas otot, serta kecepatan dan waktu reaksi. Penurunan fungsi dan kekuatan otot akan mengakibatkan penurunan kemampuan mempertahankan keseimbangan postural atau keseimbangan tubuh lansia. Lansia merupakan kelompok umur yang paling beresiko mengalami gangguan keseimbangan postural (Ceranski, 2006). Ada beberapa hal yang dapat menyebabkan gangguan keseimbangan postural, diantaranya adalah efek penuaan, kecelakaan, maupun karena faktor penyakit. Namun dari tiga hal ini, faktor penuaan adalah faktor utama penyebab gangguan keseimbangan postural pada lansia (Avers, 2007). Menurut Kane (1994) jika keseimbangan postural lansia tidak dikontrol, maka akan dapat meningkatkan resiko jatuh pada lansia. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Commodore (1995) tentang *falls in the elderly population* yang mengatakan bahwa lansia yang tinggal di institusi mengalami jatuh lebih sering daripada yang berada di komunitas karena mereka secara khas lebih rentan dan memiliki lebih banyak diabilitas.

Hasil analisa item resiko jatuh pada MFS menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki riwayat jatuh 3 bulan terakhir yaitu sebanyak 110 orang. Hasil penelitian ini didapatkan berdasarkan hasil wawancara dengan lansia sehingga mungkin mengecilkan masalah dan mengurangi kebenaran data karena kondisi lansia yang kadang lupa. Penelitian ini tidak didukung oleh penelitian Commodore (1995) yang menyatakan bahwa 50% lansia yang tinggal di institusi setiap tahun mengalami jatuh dan orang-orang ini mengalami jatuh beberapa kali.

Universitas Indonesia

Berdasarkan item diagnosa sekunder dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki diagnosa sekunder yaitu sebanyak 84 orang. Riwayat penyakit yang banyak dialami lansia di panti antara lain osteoarthritis, hipertensi, DM, Post-stroke, osteoporosis, dan katarak. Diagnosa sekunder yang sebagian besar dimiliki oleh lansia di PSTW merupakan gabungan dari penyakit-penyakit tersebut. Penelitian ini didukung oleh penelitian Tideiksaar (1997) yang menyatakan bahwa jatuh pada lansia sebagian besar disebabkan karena kombinasi dari berbagai penyakit dan faktor pengobatan.

Berdasarkan item alat bantu jalan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berjalan dengan berpegangan pada furnitur yang ada disekitar responden yaitu sebanyak 65 orang (45,5%) responden. Berdasarkan hasil wawancara peneliti, sebagian besar lansia mengatakan malu jika harus berjalan dengan menggunakan tongkat atau walker. Mereka merasa bahwa mereka masih mampu untuk berjalan tanpa menggunakan alat bantu jalan tersebut. Beberapa lansia mengatakan bahwa mereka tidak terbiasa dan tidak bisa menggunakan alat-alat bantu jalan tersebut sehingga mereka biasa berjalan misalnya dengan mendorong kursi atau berpegangan pada furnitur. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas alasan para lansia di panti tidak menggunakan alata bantu jalan dikarenakan keterbatasan panti dalam menyediakan alat bantu jalan yang sesuai dengan lansia tersebut.

Berdasarkan item gaya berjalan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki gaya berjalan lemah yaitu sebanyak 68 orang. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Rubenstein & Josephson (2002) yang menyatakan bahwa jatuh di institusi pada lansia lebih sering disebabkan karena kelemahan, gangguan keseimbangan dan gaya berjalan. Menurut Penelitian Basante & Colleagues (2001) pada fasilitas pelayanan jangka panjang untuk lansia menyatakan bahwa kelemahan ekstremitas, gangguan keseimbangan dan gaya berjalan, pengobatan dan kombinasi

Universitas Indonesia

dari berbagai faktor resiko tersebut merupakan faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya jatuh pada lansia. Gaya berjalan yang lemah pada lansia disebabkan karena menurunnya fungsi muskuloskeletal akibat proses penuaan. Kekuatan otot, ketahanan, dan koordinasi mengalami perubahan seiring dengan proses penuaan pada fungsi muskuloskeletal.

6.1.3.1 Gambaran Tingkat Resiko Jatuh Terhadap Umur

Hasil analisa tingkat resiko jatuh pada lansia berdasarkan umur menunjukkan bahwa lansia yang berumur >90 tahun memiliki resiko jatuh tinggi yaitu 75%. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Commodore (1995) yang mengatakan bahwa insiden jatuh pada lansia meningkat dari 25% pada usia 70 tahun menjadi 35 % setelah berusia lebih dari 75 tahun.

Perubahan karena proses penuaan dapat berkontribusi terhadap terjadinya jatuh pada lansia. Nokturia, osteoporosis, perubahan sensori, penurunan kekuatan otot, perubahan sistem saraf dapat meningkatkan resiko untuk jatuh (Miller, 2004). Seiring dengan bertambahnya umur terjadilah proses menua. Proses penuaan mengakibatkan menurunnya refleks stabilitas badan, otot-otot gravitasi berkurang kekuatannya serta adanya kelemahan otot berakibat melambatnya koreksi terhadap perubahan keseimbangan badan, ditambah dengan berkurangnya daya penglihatan dan melambatnya refleks vestibular, berakibat resiko terjadinya jatuh pada lansia menjadi meningkat (Brocklehurst et al, 1987; Tinetti, 1994; Andayani, 1999). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa semakin bertambah umur lansia maka resiko jatuh akan semakin tinggi.

6.1.3.2 Gambaran Tingkat Resiko Jatuh Terhadap Jenis Kelamin

Hasil analisa tingkat resiko jatuh terhadap jenis kelamin pada lansia menunjukkan bahwa lansia perempuan lebih beresiko tinggi untuk jatuh dibandingkan lansia laki-laki. Resiko jatuh yang tinggi pada lansia

Universitas Indonesia

perempuan sebanyak 39 orang dibandingkan dengan lansia laki-laki yaitu sebanyak 24 orang. Penelitian ini didukung oleh Kobayashi (2009) yang menyatakan bahwa lansia perempuan lebih sering mengalami jatuh dibandingkan lansia laki-laki dan beberapa diantaranya mengalami jatuh berulang. Hal ini disebabkan karena ketidakseimbangan gaya berjalan dan demensia pada lansia yang merupakan faktor resiko terhadap terjadinya jatuh (Kobayashi, 2009). Berbagai dampak perubahan pada proses penuaan terutama pada penuaan fungsi muskuloskeletal dan faktor resiko jatuh berkontribusi terhadap insiden terjadinya jatuh. Insiden terjadinya jatuh dialami oleh sebagian besar lansia perempuan (Tideiksaar, 1997).

6.1.3.3 Gambaran Tingkat Resiko Jatuh Terhadap Riwayat Penyakit

Hasil analisa tingkat resiko jatuh terhadap riwayat penyakit pada lansia menunjukkan bahwa lansia yang mempunyai riwayat penyakit memiliki tingkat resiko jatuh yang lebih tinggi. Kondisi patologis atau kelemahan fungsional merupakan faktor resiko terhadap terjadinya jatuh (Miller, 2004). Penyakit osteoporosis merupakan penyakit yang menyebabkan resiko tinggi jatuh pada lansia. Penyakit ini dialami sebanyak 19 orang lansia dan 14 orang diantaranya memiliki resiko jatuh yang tinggi. Menurut Miller (2004) osteoporosis dapat meningkatkan resiko untuk jatuh dan dapat meningkatkan resiko untuk mengalami cedera serius ketika lansia jatuh. Konsekuensi fungsional osteoporosis muncul karena kombinasi dari berbagai proses penuaan dan faktor resiko yang berkontribusi terhadap terjadinya jatuh pada lansia (Miller, 2004). Osteoporosis yang lebih banyak dialami lansia perempuan merupakan faktor penting yang turut berperan terhadap insidensi jatuh yang lebih tinggi (Cummings, 2002). Osteoporosis menyebabkan kerapuhan pada tulang dan resiko terjadinya fraktur. Osteoporosis paling sering terjadi pada tulang belakang dan menyebabkan kolaps vertebra disertai nyeri punggung, pengurangan tinggi badan, deformitas, dan fraktur (Price & Wilson, 2005). Hal ini dapat mengganggu produktivitas seseorang dan memungkinkan untuk terjadinya perubahan gaya berjalan yang normal menjadi tidak normal. Perubahan gaya berjalan

Universitas Indonesia

yang tidak normal dapat meningkatkan resiko untuk jatuh. (Morse, 1997). Berkurangnya kepadatan tulang pada lansia merupakan bagian dari fisiologis penuaan. Hal ini berkaitan dengan bertambahnya usia dan peningkatan hilangnya massa tulang secara linear. Tingkat hilangnya massa tulang ini sekitar 0,5 - 1% per tahun dari berat tulang pada wanita pasca menopause dan pria lebih dari 80 tahun. Seorang wanita selama kehidupannya akan kehilangan 40 – 50 % jumlah tulang secara keseluruhan. Sedangkan pada pria hanya sebesar 20 – 30 % (Reuben, 2002). Osteoporosis merupakan perubahan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal. Gangguan pada sistem ini mengakibatkan kelambanan bergerak, langkah yang pendek-pendek, penurunan irama, cenderung gampang goyah, terlambat mengantisipasi bila terjadi gangguan seperti terpeleat, tersandung sehingga mudah untuk jatuh (Rubenstein & Josephson, 2002; Basante & colleagues, 2001). Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa osteoporosis adalah penyakit yang dapat meningkatkan resiko jatuh pada lansia.

Hasil analisa tingkat resiko jatuh terhadap jumlah riwayat penyakit yang diderita lansia menunjukkan bahwa sebanding dengan bertambahnya jumlah penyakit yang dialami lansia resiko jatuh menjadi semakin tinggi yaitu 64,5% pada lansia dengan riwayat penyakit lebih dari satu. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Tideiksaar (1997) yang menyatakan bahwa resiko jatuh pada lansia merupakan akibat dari kombinasi berbagai penyakit. Menurut Miller (2004) jatuh merupakan kombinasi dari berbagai faktor yaitu penuaan dan kondisi patologis sehingga resiko untuk jatuh menjadi semakin meningkat sebanding dengan jumlah faktor resiko untuk terjadinya jatuh.

6.1.3.4 Gambaran Tingkat Resiko Jatuh Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia

Hasil analisa tingkat resiko jatuh terhadap tingkat kemandirian lansia menunjukkan bahwa lansia dengan tingkat kemandirian yang tinggi memiliki resiko jatuh yang tinggi yaitu sebesar 45%. Lansia dengan

tingkat kemandirian yang tinggi berusaha untuk memenuhi kebutuhan ADL-nya secara mandiri, sehingga resiko untuk terjadinya jatuh meningkat jika dibandingkan lansia yang kemandiriannya rendah atau dibantu. Tempat tidur dan kamar kecil merupakan tempat pertama dan kedua dimana lansia sering mengalami jatuh di institusi dan rumah sakit (Miller, 2004). Di tempat tidur, sebagian besar jatuh terjadi karena seseorang berusaha untuk keluar dari tempat tidur. Jatuh ketika berada di kamar kecil terjadi ketika lansia berpindah / *transferring* dari atau ke toilet duduk atau ketika berlari untuk eliminasi urin atau defekasi (Miller, 2004). Aktivitas dan lingkungan merupakan faktor yang berperan terhadap terjadinya jatuh. Ketika lansia berusaha memenuhi ADL-nya secara mandiri sedangkan lansia tersebut memiliki banyak faktor untuk terjadi jatuh misalnya penuaan, perubahan pada sistem muskuloskeletal dan kondisi patologis maka resiko jatuh akan semakin meningkat. Resiko untuk jatuh pada lansia dengan tingkat kemandirian yang tinggi di panti semakin meningkat karena faktor resiko untuk terjadinya jatuh juga meningkat, diantaranya lansia di panti yang sebagian besar berjalan dengan tidak menggunakan alat bantu jalan yang tepat, memiliki penyakit patologis, dan kelemahan pada ekstermitas.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam melakukan penelitian ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Dalam hal pelaksanaan penelitian ini masih memiliki keterbatasan antara lain dalam hal persiapan, pelaksanaan dan penyusunan laporan. Keterbatasan peneliti dalam melakukan penelitian yang hanya dilakukan pada beberapa PSTW yang terletak di Jakarta Timur menyebabkan penelitian ini belum mampu mewakili populasi lansia secara keseluruhan.

Instrumen yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini mengacu terhadap instrumen yang sudah baku. Peneliti tetap melakukan uji validitas terhadap instrumen akan tetapi nilai validitas dan reliabilitas dari instrumen

Universitas Indonesia

tersebut belum sepenuhnya memenuhi standar. Hal ini disebabkan karena kondisi panti dan pelayanan lansia yang sangat berbeda jika dibandingkan dengan negara lain.

Dalam hal pelaksanaan saat pengambilan sampel ternyata tidak semudah yang diharapkan terutama untuk karakteristik responden. Seharusnya untuk karakteristik riwayat penyakit bisa diukur oleh peneliti dengan menggunakan kartu status atau menanyakan pada perawat panti langsung, namun data ini diukur dengan menanyakan kepada responden. Hal ini memiliki keterbatasan kurang validnya data, karena berupa data yang hanya berdasarkan subjektivitas responden dan tidak dapat dipastikan kebenarannya oleh peneliti.

6.3 Implikasi Terhadap Pelayanan Dan Penelitian keperawatan

Lansia adalah masa dimana individu akan mengalami perubahan baik dari segi fisik, ekonomi, psikososial, kognitif dan spiritual. Lansia merupakan individu yang harus selalu mendapat perhatian khusus dari berbagai aspek termasuk pemerintah dan institusi kesehatan. Selama ini perhatian khususnya bagi lansia baik yang ada di masyarakat maupun di institusi cenderung masih sedikit. Hal ini dikarenakan negara kita masih berfokus untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Intervensi keperawatan mandiri harus ditingkatkan terutama untuk tetap mempertahankan kemandirian lansia dengan tetap memperhatikan aspek keamanan untuk mencegah terjadinya jatuh pada lansia. Hasil penelitian tentang teknik gambaran tingkat kemandirian dan resiko jatuh pada lansia ini dapat memperkuat informasi tentang gambaran kondisi lansia di Indonesia. Penelitian ini dapat dimanfaatkan dalam pengembangan praktek keperawatan secara mandiri terutama dalam hal tindakan-tindakan preventif untuk pencegahan jatuh sehingga kondisi keperawatan lansia di Indonesia akan mengalami kemajuan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- 7.1.1 Karakteristik lansia yang tinggal di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur menunjukkan rata-rata umur yaitu 72,21 tahun dalam rentang umur 60-99 tahun, jenis kelamin sebagian besar perempuan, pendidikan terakhir sebagian besar tidak bersekolah, sebagian besar telah tinggal di panti selama lebih dari 1 tahun, keluhan kesehatan yang sebagian besar dialami adalah keluhan nyeri sendi, dan riwayat penyakit yang paling banyak diderita responden adalah penyakit osteoarthritis.
- 7.1.2 Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur memiliki tingkat kemandirian tinggi dalam ADL. Kemampuan mandiri dalam ADL ini meliputi kemampuan untuk mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, mempertahankan inkontinensia, dan makan.
- 7.1.3 Lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur memiliki resiko jatuh tinggi. Berdasarkan poin resiko jatuh pada FMS dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir, memiliki diagnosa penyakit lebih dari satu, berjalan dengan berpegangan pada furnitur, gaya berjalan lemah, dan status mental yang baik. Lansia yang berumur >90 tahun memiliki resiko jatuh tinggi yaitu 75%. Lansia perempuan lebih beresiko tinggi untuk jatuh dibandingkan lansia laki-laki. Resiko jatuh yang tinggi pada lansia perempuan sebanyak 39 orang dibandingkan dengan lansia laki-laki yaitu sebanyak 24 orang. Lansia yang mempunyai riwayat penyakit memiliki tingkat resiko jatuh yang lebih tinggi. Penyakit osteoporosis merupakan penyakit yang menyebabkan resiko tinggi jatuh pada lansia. Penyakit ini dialami sebanyak 19 orang lansia dan 14 orang diantaranya memiliki resiko jatuh yang tinggi. Tingkat resiko jatuh terhadap jumlah riwayat penyakit yang diderita lansia menunjukkan bahwa sebanding dengan bertambahnya jumlah penyakit yang diderita lansia resiko jatuh menjadi semakin tinggi yaitu 64,5% pada lansia dengan riwayat penyakit lebih dari satu. Lansia dengan tingkat kemandirian tinggi memiliki resiko jatuh yang tinggi yaitu sebesar 45%.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi pelayanan keperawatan gerontik.

Keperawatan gerontik sebaiknya mulai mengembangkan dan mengaplikasikan teknik pencegahan jatuh tinggi sebagai intervensi keperawatan pada asuhan keperawatan lansia dan tetap mempertahankan kemandiriannya dalam memfasilitasi kebutuhan sehari-hari. Penggunaan alat bantu jalan yang tepat pada lansia harus diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh pada lansia di panti. Edukasi dan penyediaan alat bantu jalan yang tepat pada lansia harus dilakukan sebagai bentuk intervensi keperawatan mandiri untuk pencegahan jatuh pada lansia.

7.2.2 Bagi pengembangan penelitian keperawatan selanjutnya

Pengembangan penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan membuktikan hubungan tingkat kemandirian dengan resiko jatuh pada lansia, menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian dan resiko jatuh, dan mengurangi resiko jatuh dengan rancangan penelitian yang lain, misalnya eksperimen.

7.2.3 Bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Penelitian ini dapat digunakan sebagai gambaran bahwa angka resiko terjadinya jatuh tinggi pada lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta sehingga perlu dilakukan upaya berupa pemberian asuhan keperawatan yang optimal untuk menurunkan angka resiko jatuh. Perlu dilakukan asuhan keperawatan mandiri yang tepat untuk melakukan tindakan pencegahan jatuh pada lansia di panti tersebut. Perawat perlu tetap mempertahankan kemandirian pada lansia dengan tetap memperhitungkan aspek keamanan lansia agar tidak terjadi jatuh. Perlu dilakukan kerjasama antara institusi pendidikan keperawatan dengan panti.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin. (2008). Perbedaan tingkat depresi pada lansia sebelum dan sesudah dilakukan senam bugar pada lansia di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran. *Media Ners, Volume 2., Nomor 1 ., Mei 2008 hal. 1- 44.*
- Andayani. (1999). *Buku ajar geriatri*. Balai Penerbit FKUI.
- Avers. (2007). *What you need to know about balance and falls*. 28 Mei 2012. <http://www.apta.org/>.
- Azizah. (2011). *Keperawatan lanjut usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Badan Pusat Statistik. (2007). *Jumlah lansia di Indonesia*. BPS. Jakarta
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Statistik penduduk lanjut usia 2010*. Badan Pusat Statistik. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. (2007). *Statistik penduduk lanjut usia 2007*. Badan Pusat Statistik. Jakarta.
- Basante, J., Bentz, E., Heck-Hakley, J., Kenion, B., Young, D., & Holm, M. B. (2001). Fall risks among older adults in long-term care facilities: A focused literature review. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 19(2) 63-85.
- Biro Sensus Amerika. (2003). *Proceedings of the united nations experts meeting on world population 2300*. New York: United Nations.
- Brocklehurst, V. C., Allen,. S. C. (1987). *Falls in: geriatric medicine For Students (third ed)*. London: Churchill Living Stone.
- Ceranski, S. (2006). *Fall prevention and modifiable risk factor*. 28 Mei 2012. http://www.rfw.org/AgingConf/2006/Handouts/12_FallPrevention_Ceranski.pdf.
- Chen J. S., March L. M., Schwarz J., Zochling J., Makaroff J., Sitoh Y. Y., Lau T. C., Lord S. R., Cameron I. D., Cumming R. G., and Sambrook P. N. (2005). A multivariate regression model predicted falls in residents living in intermediate hostel care. *J Clinical EPidemiology*, 58, 503-508.
- Commodore. (1995). Falls in the elderly population:A look of incidence, risks, healthcare costs and preventative strategies. *Rehab Ners* 20(2):84.
- Cumming, R. G. (2002). Intervention strategies and risk factor modification for falls prevention studies. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 175-189.

- Darmojo & Martono, 2004. *Buku ajar geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut)*. Jakarta: FKUI p 9,22-29, 43
- Darmojo RB, Mariono, HH. (2004). *Geriatric: Ilmu kesehatan usia lanjut (Edisi ke-3)*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Departemen Kesehatan RI. (1998). *Program pokok kesehatan penduduk lansia panti wredha*. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. (2003) *Kemandirian lansia*. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. (2004). *Pedoman puskesmas santun usia lanjut bagi petugas kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Sosial RI, Direktorat Jenderal Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial, Direktorat Bina Pelayanan Sosial Lanjut Usia. (1999). *Definisi lansia*. Jakarta.
- Departemen Sosial RI, Direktorat Jenderal Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial, Direktorat Bina Pelayanan Sosial Lanjut Usia. (2002). *Standarisasi pelayanan kesejahteraan sosial panti sosial tresna werdha (PSTW)*. Jakarta.
- Departemen Sosial RI, Direktorat Jenderal Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial, Direktorat Bina Pelayanan Sosial Lanjut Usia. (2003). *Modul pendampingan pelayanan sosial lanjut usia berbasis masyarakat*. Jakarta.
- Ellis, A. A., & Trent, R. B. (2001). Do the risks and consequences of hospitalized fall injuries among older adults in California vary by type of fall? *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A, M686-M692.
- Ethgen, O., Reginsten, J. (2004). Degenerative musculoskeletal disease. *Ann Rheum Dis* ;63: 1-3.
- Furchan, A. (2004). *Pengantar penelitian dalam pendidikan*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
- Gallo. (1998). The driving habits of adults aged 60 years and older. *J am Geriatr Soc*.
- Gallo, J. J., Fulmer, T., Paveza, G. J., & Reichel, W. (2000). *Handbook of geriatric sssessment. (3rd ed.)*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Harrison, B., Booth, D., & Algae, D. (2001). Studying fall risk factors among nursing home residents who fell. *Journal of Gerontological Nursing*,

27(10), 26-34.

- Hardywinoto. (1991). *Panduan gerontologi: Tinjauan dari berbagai aspek*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Hoffman C, Rice D, Sung HY. (1996) Person with chronic conditions: their prevalence and costs. *JAMA* 276: 1473-9.
- Hurlock, E.B. (1999). *Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan (Edisi kelima)*. Jakarta: Erlangga.
- Kane, R. A., & Kane, R. L. (1981). *Assessing the elderly: a practical guide to measurement*, Lexington, MA: Lexington Books.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (1994). *Instability and Falls: Essentials of clinical geriatrics*. New York: Mc Graw Hill.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (2004). *Essentials of clinical geriatrics (3rd ed.)*. New York: Mc Graw Hill.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 31(12): 721-726.
- Katz S., Down, TD, Cash, HR, et al. (1970) *progress in the development of the index of ADL. Gerontologist* 10:20-30. Copyright The Gerontological Society of America. Reproduced by permission of the publisher.
- Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly (1987). *The prevention of falls in later life: a report of the Kellogg International Work Group on the prevention of falls by the elderly*. Danish Medical Bulletin, 34, 1-24
- Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. (2005). *Peraturan perundang-undangan tentang lanjut usia*. Mei 10, 2012. <http://oldkesra.menkokesra.go.id>
- Kobayashi, N., Nurviyandari, D., Yamamoto, M., Sugiyama, T., Sugai, Y., (2009). Severity of dementia as a risk factor for repeat falls among the institutionalized elderly in Japan. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 11, 388-396...3
- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010). *Profil penduduk lanjut usia 2009*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.
- Krispranarka. (1995). *Jatuh: kursus geriatri bagi perawat*. Semarang: Departemen Kesehatan RI.

- Kurniawan F Stefanus L. (2011). *Gambaran status kesehatan lansia: Studi kasus di Wilayah Paroki Kristoforus Jakarta Barat*. Jakarta: FKUI
- Lawton, H.P., and Brody, E. M. (1969). *Assesment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist* 9:179
- Lerner, I.M. and Libby, W.J. (1976). *Heredity, evolution and society*. (2nd ed.) Freeman, San Francisco.
- Lueckenotte, A. G., (1990). *Pocket guide to gerontologic assessment*. Philadelphia: Mosby.
- Lueckenotte, (1996). *Gerontologic nursing*. St Louis: Mosby Year Book
- Magaziner, J., Hawkes, W., Hebel, J. R., Zimmerman, S. I., Fox, K. M., Dolan, M., Felsenthal, G., & Kenzora, J. (2000). Recovery from hip fractures in eight areas of function. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55A, M498-M507.
- Maryam, R., Siti. (2008). *Mengenal usia lanjut dan perawatannya*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Meiner, Sue.E. (2006). *Gerontologic nursing*. St. Louis, Missouri : Mosby
- Miller, Carol A. 1999. *Nursing care of older adults: theory and practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Miller, Carol A. (2004). *Nursing for wellness in older adults: Theory & Practice*. Philadelphia: Lippincott
- Morse. (1997). *Preventing patient falls*. California: SAGE Publications Inc.
- Nugroho, Wahjudi. 2008. *Perawatan lanjut usia*. Jakarta : EGC
- Orem, D. E., (1985). *Nursing : Concept of practice*. (3rd Ed.). New York : McGraw-Hill.
- Orem, D. E., (2001). *Nursing : Concept of practice*. (6th Ed.). St. Louis : Mosby Inc.
- Potter & Perry. (2005). *Fundamentals of nursing: concept, process & practice*. St. Louis: Mosby-Year Book
- Price, Sylvia A., Wilson Lorraine M. (2006). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit*. Jakarta: EGC

- Rinajumita. (2011). *Faktor- faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia di Wilayah kerja Puskesmas Lampasi Kecamatan Payakumbuh Utara 2011*. Padan. FK Universitas Andalas.
- Reuben., Yoshikawa., Besdine.(1996). *Geriatrics review syllabus*. Iowa: Hunt Publishing Company.
- Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 141-158.
- Rubenstein, L. Z., Powers, K. R. (2002). *The epidemiology of falls and syncope*. Clinics in Geriatric Medicine, 18, 141-158.
- Stanley, Mickey, and Patricia Gauntlett Beare.2006. *Buku ajar keperawatan gerontik*, ed 2. Jakarta:EGC
- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian pendidikan: pendekatan kuantitatif, kualitatif, dan R & D*. (6th ed). Bandung: CV Alfabeta.
- Suhartini R. (2004). Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lanjut usia: Studi kasus di Kelurahan Jombang Tahun 2004. 28 Juni 2012. <http://www.damandiri.or.id>.
- Taylor R. (2000). *Measuring healthy days, population assessment of health-related quality of life*. CDC.
- Tideiksaar, R. (1997). *Falling in old age. Prevention and management (2nd ed.)*. New York: Springer
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 3, 119–126.
- Tinetti (1994). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. New York: Mc Graw Hill.
- Tinetti, M. E., Baker, D. I., Garrett, P. A., Gottschalk, M., Koch, M. L. and Horwitz, R. I. (1993). YALE FICSIT: risk factor abatement strategy for fall prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 315–320.
- Tinetti, M. E., Speechley, M. and Gibster, S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319, 1701–1707.
- Tinetti, M. E., Williams, T. F. and Mayewski, R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *American Journal of Medicine*, 80,429–434.

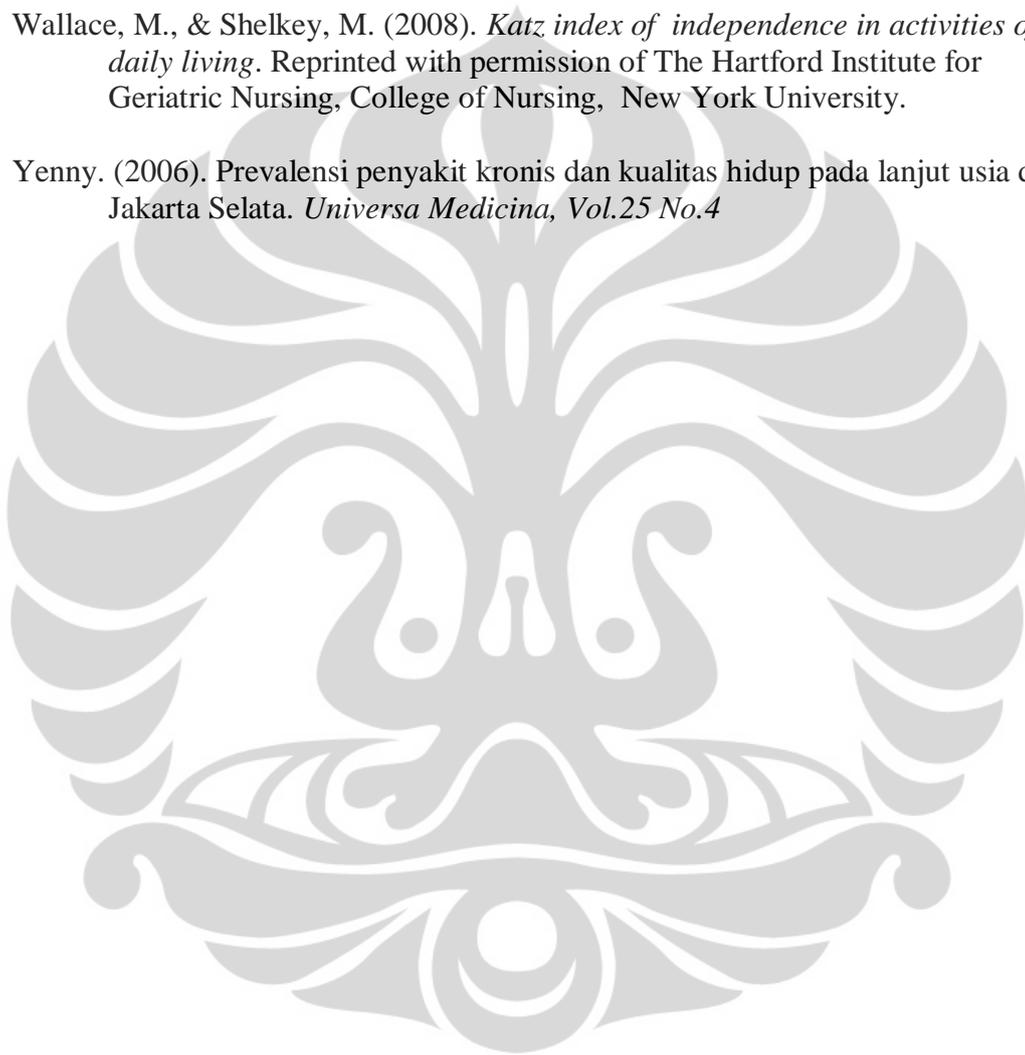
WHO (2010). *Definition elderly people*. 28 Mei 2012. <http://www.who.int/ageing>

World Health Organization. The bone and joint decade. Joint motion 2000-2010. Mei 10, 2012. <http://www.bonejointdecade.org>.

WHO. 2012. WHO : Angka harapan hidup Indonesia meningkat. Mei 10, 2012. <http://www.rri.co.id>

Wallace, M., & Shelkey, M. (2008). *Katz index of independence in activities of daily living*. Reprinted with permission of The Hartford Institute for Geriatric Nursing, College of Nursing, New York University.

Yenny. (2006). Prevalensi penyakit kronis dan kualitas hidup pada lanjut usia di Jakarta Selatan. *Universa Medicina*, Vol.25 No.4



PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian:

Gambaran Tingkat Kemandirian dan Resiko Jatuh pada Lanjut Usia (Lansia) di Panti Sosial Tresna Wredha (PSTW) Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur

Nama saya/peneliti adalah **Eka Ediawati**. Saya mahasiswa di **Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dengan NPM 0806319412**, bermaksud melakukan penelitian untuk memperoleh gambaran tingkat kemandirian dan resiko jatuh pada lansia di PSTW Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur. Penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk Program Pendidikan Sarjana saya di Universitas Indonesia di Depok. Pembimbing saya adalah Ns. Dwi Nurviyandari., Skep., M.N dari Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia di Depok, Jawa Barat.

Penelitian ini bermaksud menganalisis data yang didapatkan dari lansia mengenai tingkat kemandirian, dan resiko jatuh pada lansia. Secara langsung lansia akan dilakukan observasi dan wawancara mengenai tingkat kemandirian, resiko jatuh dan pemeriksaan fisik.

Hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan bagi lansia dimasa yang akan datang. Peneliti akan menghormati keputusan lansia sebagai partisipan serta akan merahasiakan setiap jawaban dan identitas partisipan. Semua data hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Melalui penjelasan ini peneliti sangat mengharapkan partisipasi Bapak/ Ibu/ Saudara untuk ikut secara aktif sebagai partisipan dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasi, peneliti ucapkan terimakasih.

Depok, April 2012

Peneliti,

Eka Ediawati

SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama :

Umur :

Alamat :

Saya telah membaca surat permohonan dan mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Eka Ediawati, Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan judul “Gambaran tingkat kemandirian dan resiko jatuh pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur”.

Saya telah mengerti dan memahami tujuan dan manfaat dari penelitian yang akan dilakukan. Saya mengerti dan yakin bahwa peneliti akan menghormati hak-hak saya dan menjaga kerahasiaan semua data penelitian yang diperoleh dari saya. Saya sebagai lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) memutuskan untuk bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Adapun bentuk kesediaan saya adalah:

1. Meluangkan waktu untuk wawancara.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang ditanyakan peneliti melalui wawancara.
3. Mengikuti petunjuk saat dilakukan pemeriksaan fisik

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui

Peneliti,

Eka Ediawati

Depok, 2012

Yang membuat pernyataan

Nama & Tanda tangan

LEMBAR KUISIONER

I. Profil Responden

Nama Lansia : No. ID Responden
Panti/ Wisma : (diisi oleh peneliti)
Tanggal Pemeriksaan : April 2012

Petunjuk Pengisian : Beri tanda (X) pada jawaban pilihan

1. Jenis Kelamin : () Laki-laki () Perempuan
2. Usia : () 45-59 tahun () 75-90 tahun
() 60- 74 tahun () diatas 90 tahun
3. Pendidikan Terakhir : () Tidak Sekolah () SD () SMP
() SMA () Diploma () PT
4. Lama di Panti : () <1 tahun
() 1- 3 tahun
() > 3 tahun
5. Keluhan Utama : () Nyeri Sendi
() Sesak
() Mudah kesemutan
() Sulit Melihat/ Mendengar
() Pusing
() Lainnya...

6. Riwayat penyakit : () Hipertensi
 () Atrithis
 () Stroke
 () Katarak
 () Diabetes Mellitus
 () Lainnya

II. Kusioner

Setiap pertanyaan akan ditanyakan oleh peneliti dan Anda hanya menjawab pertanyaan yang diberikan. Hasil nilai dari setiap pertanyaan dituliskan pada kotsk nilai yang disediakan.

A. Pengkajian Tingkat Kemandirian: Indeks Katz

Aktivitas Skor (1 atau 0)	Mandiri (Skor 1) Tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan orang lain.	Tergantung (Skor 0) Dengan Pengawasan, pengarahan, dan bantuan orang lain.
MANDI Skor: _____	(Skor 1) Melakukan mandi secara mandiri atau memerlukan bantuan hanya untuk bagian tertentu saja misalnya punggung atau bagian yang mengalami gangguan.	(Skor 0) Perlu bantuan lebih dari satu bagian tubuh, perlu bantuan total.
BERPAKAIAN Skor: _____	(Skor 1) Bisa memakai pakaian sendiri, kadang perlu bantuan untuk menalikan sepatu.	(Skor 0) Perlu bantuan lebih dalam berpakaian atau bahkan perlu bantuan total.
KE TOILET Skor: _____	(Skor 1) Bisa pergi ke toilet sendiri , membuka melakukan BAB BAK sendiri.	(Skor 0) Perlu bantuan dalam eliminasi
BERPINDAH Skor: _____	(Skor 1) Bisa berpindah tempat sendiri tanpa bantuan, alat bantu gerak diperkenankan	(Skor 0) Perlu bantuan dalam berpindah dari bed ke kursi roda, bantuan dalam berjalan.
KONTINEN Skor: _____	(Skor 1) Bisa mengontrol eliminasi	(Skor 0) inkontinensia sebagian atau total baik bladder maupun bowel.
MAKAN Skor: _____	(Skor 1) bisa melakukan makan sendiri. Makanan dipersiapkan oleh orang lain diperbolehkan.	(Skor 0) Perlu bantuan dalam makan, nutrisi parenteral

B. Pengkajian Resiko Jatuh: *Morse Fall Scale (MFS)* Skala Jatuh dari Morse

Pengkajian	Skala	Nilai	
1. Riwayat jatuh; apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ya	0 25	_____
2. Diagnosa sekunder; apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit	Tidak Ya	0 15	_____
3. Alat bantu jalan; - Bed rest/ dibantu perawat - Kruk/ tongkat/ walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		0 15 30	_____
4. Terapi intravena; apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak Ya	0 20	_____
5. Gaya berjalan/ cara berpindah - Normal/ bed rest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri) - Lemah (tidak bertenaga) - Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret)		0 10 20	_____
6. Status Mental - Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		0 15	_____
Total Skala			_____



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124
 Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Nomor : *956* /H2.F12.D1/PDP.04.04/2012

6 Maret 2012

Lamp : --

Perihal : Permohonan ijin penelitian

Kepada Yth.
 Kepala Dinas Sosial
 Provinsi DKI Jakarta
 Jl. Gunung Sahari II No.6
 Jakarta 10610

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) akan melakukan pengumpulan data penelitian sbb:

No.	Nama Mahasiswa	NPM	Judul Penelitian
1.	Eka Ediawati	0806319412	Gambaran Tingkat Kemandirian dan Risiko Jatuh pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Wilayah Jakarta Timur.
2.	Kartika Sari	0806334016	Gambaran Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Wilayah Jakarta Timur
3.	Oktariyani	0806334211	Gambaran Status Gizi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Wilayah Jakarta Timur

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu mengijinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data di PSTW **Budi Mulia 1 dan 3, Jakarta Timur** pada bulan Maret - April 2012.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,



[Signature]
 Dra. Junaiti Sahar, PhD
 NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan:

1. Kepala PSTW Budi Mulia 1, Cipayung, Jakarta Timur
2. Kepala PSTW Budi Mulia 3, Ciracas, Jakarta Timur
3. Dekan FIK-UI
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan & Riset FIK-UI

 **PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA**
DINAS SOSIAL
Jalan Gunung Sahari II No. 6 - Jakarta Pusat
Telp. (021) 4222497 - 4222498 Fax. 4253639
J A K A R T A
Kode Pos : 10610

Nomor : 053 /-1.785.4
Sifat : Biasa
Lampiran :
Hal : Permohonan Izin Penelitian

12 Maret 2012

Kepada
Yth. Wakil Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di
Jakarta

Menindaklanjuti surat Saudara tanggal 6 Maret 2012 nomor : 956/H2.F12.Di/PDP.04.04/2012 hal seperti tersebut pada pokok surat, pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin kepada Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta sebanyak 3 orang atas nama *Eka Widiawati (NIM 0806319412)*, *Kartika Sari (NIM 0806334016)* dan *Oktariyani (NIM 0806334211)*, yang akan melakukan penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 dan Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 3, mulai bulan maret s.d April 2012.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami minta Saudara melaporkan hasil kegiatan dimaksud kepada Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta cq Sub.Bag. Kepegawaian Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta.

Atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.


KERALA DINAS SOSIAL
PROVINSI DKI JAKARTA,
H. KIAN KELANA
NIP. 96011141982081001

Tembusan :

1. Ka. Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1
2. Ka. Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 3

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Diri

Nama : Eka Ediawati
TTL : Tanjung karang, 06 Mei 1990
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Perumahan PT Indolampung perkasa Blok E nomer
73 RT 02 / RW 01, Kecamatan Gedung Meneng
Kabupaten Tulang Bawang, Provinsi Lampung
Kebangsaan : Indonesia
Handphone : +628 5217425818
E-Mail : eka.ediawati@yahoo.co.id atau
eka.ediawati@ui.ac.id

II. Riwayat Pendidikan

2008 – 2012 : Universitas Indonesia
Fakultas Ilmu Keperawatan
2005 – 2008 : SMA Sugar Group Companies, Lampung Tengah
2002 – 2005 : SMP Abadi Perkasa, Tulang Bawang
1996 – 2002 : SD Abadi Perkasa, Tulang Bawang