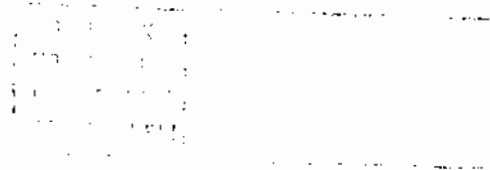


**NEEDS ASSESSMENT TINGKAT PERUBAHAN PERILAKU
AKTIFITAS FISIK : DALAM RANGKA PENERAPAN
SELF-MONITORING PROGRAM UNTUK LANJUT USIA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDHI DHARMA
BEKASI**

TUGAS AKHIR

**BUDI SARASATI
NPM : 0606014452**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM PASCA SARJANA
DEPOK
JULI 2008**

***NEEDS ASSESSMENT* TINGKAT PERUBAHAN PERILAKU
AKTIFITAS FISIK : DALAM RANGKA PENERAPAN
SELF-MONITORING PROGRAM UNTUK LANJUT USIA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDHI DHARMA
BEKASI**

TUGAS AKHIR

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelas Magister

BUDI SARASATI

NPM : 0606014452



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM PASCA SARJANA**

DEPOK

JULI 2008

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Budi Sarasati

NPM : 0606014452

Tanda tangan :

Tanggal : 8 Juli 2008

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis/Tugas Akhir ini diajukan oleh

Nama : Budi Sarasati

NPM : 0606014452

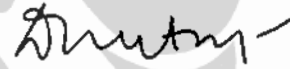
Program Studi : Psikologi

Judul Tugas Akhir : *Needs Assessment* Tingkat Perubahan Perilaku Aktifitas Fisik : Dalam Rangka Penerapan *Self-Monitoring Program* di Panti Tresna Werdha Budhi Dharma Bekasi.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Terapan pada Program Studi Pascasarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, pada hari Senin, 14 Juli 2008.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA, PhD



Penguji : Dra. Sugiarti A. Musabiq, MKes



Depok, 14 Juli 2008

Ketua Program Pascasarjana
Fakultas Psikologi UI,



Dra. Siti Purwanti Brotowasisto
NIP : 130 525 766



Dekan Fakultas Psikologi UI,

Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA, PhD
NIP : 130 540 026

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Illaahi Robb, karena atas kasih sayang dan rahmatNYA lah penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini. Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister pada Program Studi Pascasarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Berbagai hambatan dan rintangan telah penulis lalui dan ini adalah berkat doa, perhatian dari berbagai pihak, terutama orang-orang yang saya sayangi sepenuh hati. Mereka telah berkorban harta, waktu dan tenaga agar Tugas Akhir ini dapat selesai tepat waktu, untuk itu setulus hati saya ucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA, PhD, selaku dosen pembimbing. Ilmu yang telah ibu berikan pada saya tak terukur oleh apapun.
2. Orang tuaku tercinta dan suami terkasih, merekalah pelita hidup dan belahan jiwaku.
3. Anak-anakku tercinta, engkaulah penjaga hatiku.
4. Para staf pengajar selama penulis menjadi mahasiswa, atas pengabdian mulia mereka sebagai pendidik.
5. Pimpinan PSTW Budhi Dharma Bekasi dan staf, atas ijin dan partisipasinya dalam proses *needs assessment* dan penerapan program *self-monitoring*.
6. Bapak Tonny, ibu Min, teteh Dewi, mbak Umi serta mbak Yanti yang telah membantu saya selama proses pengambilan data.
7. Mbah putri dan mbah kakung tersayang di panti, yang telah mau menjadi responden.
8. Sahabat, teman seangkatan, dan semua pihak yang ikut serta berpartisipasi dalam pembuatan Tugas Akhir ini sampai selesai.

Akhir kata, hanya kepada GUSTI YANG MAHA PEMURAH saja kan kumohonkan doa, semoga kesuksesan serta kebahagiaan lahir dan batin selalu menyertai mereka dalam menjalani hidup sekarang dan di masa yang akan datang.

Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu psikologi di kelak kemudian hari.

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Budi Sarasati
NPM : 06060014452
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Psikologi
Jenis karya : Tugas Akhir

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

“NEEDS ASSESSMENT TINGKAT PERUBAHAN PERILAKU AKTIFITAS FISIK : DALAM RANGKA PENERAPAN *SELF-MONITORING PROGRAM* UNTUK LANJUT USIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDHI DHARMA BEKASI “

Beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Bekasi
Pada tanggal : 18 Juli 2008

Yang menyatakan



(Budi Sarasati)

ABSTRAK

Nama : Budi Sarasati
Program Studi : Psikologi
Judul : *Needs Assessment* Tingkat Perubahan Perilaku Aktifitas Fisik :
Dalam Rangka Penerapan *Self-Monitoring Program* Di Panti
Tresna Werdha Budhi Dharma Bekasi.

Fokus Tugas Akhir ini adalah *needs assessment* (pengkajian kebutuhan) akan aktifitas fisik bagi Lanjut Usia yang tinggal di panti tresna werdha. Pengkajian kebutuhan ini digolongkan sebagai penelitian survei eksplanatori, untuk melihat hubungan peubah independen terhadap peubah dependen. Model operasional pengkajian kebutuhan ini menggunakan beberapa alat ukur untuk mengukur tingkat aktifitas fisik, dukungan sosial dan *self-efficacy* responden. Sampel sebanyak 67 orang. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam dan FGD. Hasil pengolahan data terbukti ada hubungan antara peubah independen dengan peubah dependen. Terdapat faktor pengganggu yang mempengaruhinya. Kesimpulan penelitian adalah dapat diterapkan rancangan *self-monitoring* program tahap awal. Penulis menyaranaka agar penelitian selanjutnya memperhatikan jumlah sampel, alat ukur, dan penyempurnaan terus menerus bentuk program *self-monitoring*.

Kata Kunci : pengkajian kebutuhan, *self-efficacy*, dukungan sosial, tingkat aktifitas fisik, program *self-monitoring*.

ABSTRACT

Name : Budi Sarasati
Program : Psychology
Title : Needs Assessment of Behavioral Change Level of Physical Activity :
Application of Self-Monitoring Program for Older Adults in the charitable
institution of Tresna Werdha Budhi Dharma Bekasi.

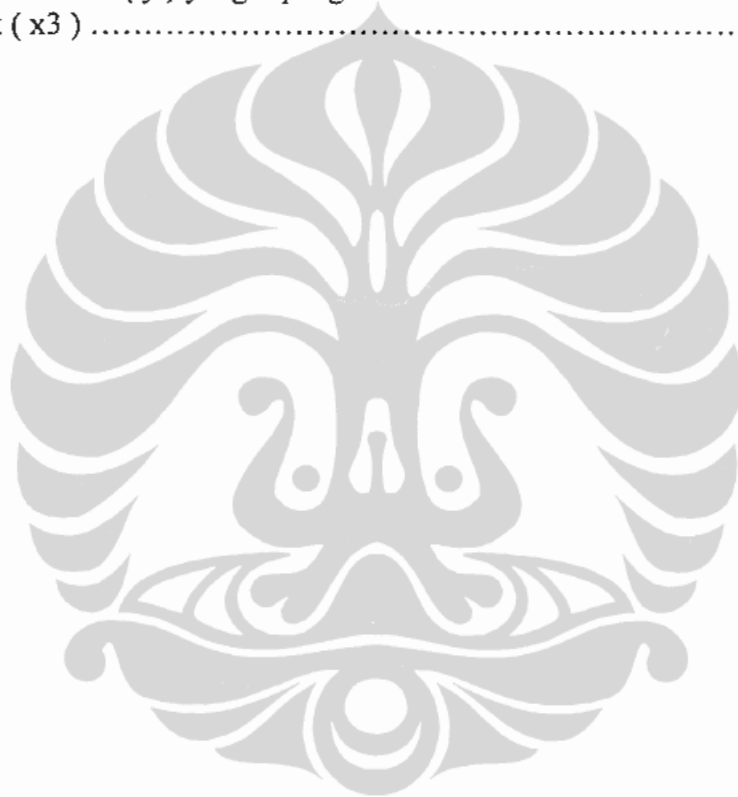
This focused of research is a physical activity needs for elders who lived in the charitable institution at Bekasi with objective to gain information regarding self-monitoring planning. This research are quantitative and qualitative research. It is categorized as explanatory survey, using hypothetical assessment that independent factors affected dependent factors. In the operational technique, this research used several methodological tools to assess subjects' physical activity level, social support, and self-efficacy. The samples are 67 persons. The data was collected using in-depth interview methods, and focus group discussion. The result showed that only social support factor could affect the level of elder's physical activity while self-efficacy was not affecting it. This study also found that physical health status of the respondent as confounding factor, which affecting social support factors in relation with physical activity level of the respondent. However qualitative methodology showed that both social support and self-efficacy affected physical activity level of the respondent. In conclusion, the self-monitoring program for elders could be implemented by taking social support and self-efficacy factors into consideration. For next research, it needs bigger sample size, sensitive tools of methodology, and developing the form of self-monitoring program.

Key words: Need assessment, self-efficacy, social support, physical activity level, self-monitoring program.

3. METODE PENELITIAN	23
3.1. Tempat penelitian	25
3.2. Partisipan	25
3.3. Pengukuran dan Alat Pengkajian	25
3.3.1. PACE (<i>Patient-Centered Assessment and Counseling for Exercise</i>) ..	25
3.3.2. Pengukuran <i>Self-efficacy</i>	26
3.3.3. Pengukuran dukungan sosial	26
3.3.4. Karakteristik sosiodemografik	27
3.4. Teknik Pengambilan Data	27
3.5. Prosedur Analisis Data	27
3.5.1. Analisis Deskriptif/Univariat	27
3.5.2. Analisis Bivariat	27
3.6. Teknik Pengolahan Data	28
4. ANALISA	29
4.1. Hasil Pengolahan Data	29
4.1.1. Persiapan	29
4.1.2. Pelaksanaan	29
4.1.3. Hasil, Interpretasi dan Analisa Data	31
4.1.3.1. Hasil Pengolahan Data Deskriptif	31
4.1.3.2. Hasil Pengolahan Data Inferensial	36
4.1.3.3. Hasil Pengolahan Data <i>Indepth Interview</i>	36
4.1.4.4. Hasil Pengolahan Data FGD	38
4.2. Pembahasan Hasil Pengolahan Data	40
4.2.1. Pembahasan dukungan sosial	41
4.2.2. Pembahasan <i>self-efficacy</i>	45
4.2.3. Implikasi pada rencana intervensi <i>self-monitoring program</i>	49
4.3. Diskusi	51
5. KESIMPULAN DAN SARAN	57
5.1. Kesimpulan	57
5.2. Saran	58
DAFTAR REFERENSI	59

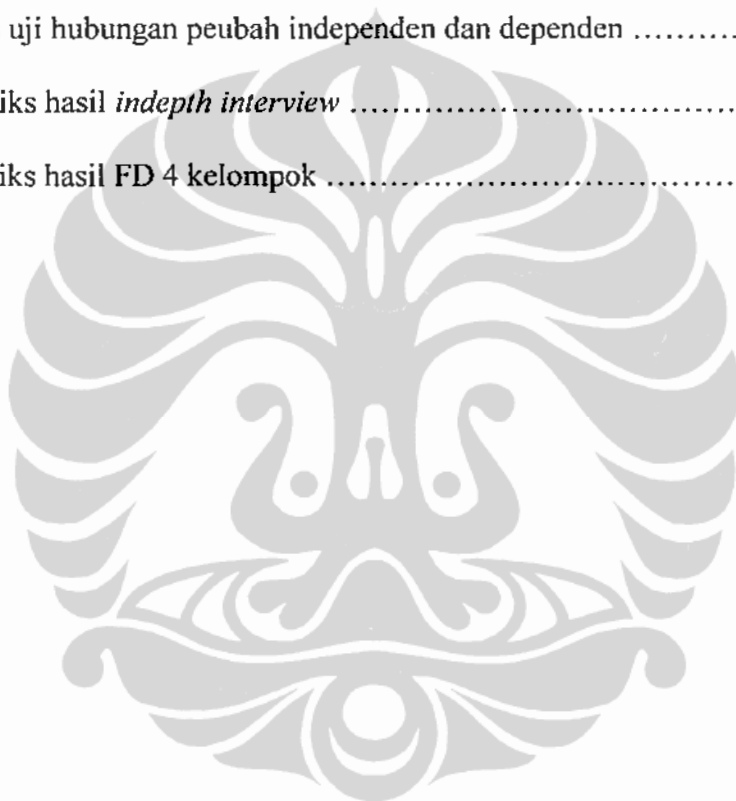
DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	x_1 dan x_2 sebagai variabel independen yang mempengaruhi variabel dependen y	23
Gambar 4.1	Skema hubungan langsung dan hubungan peubah x_1 sebagai mediator	35
Gambar 4.2	Skema hubungan peubah dukungan sosial (x_2) terhadap aktifitas fisik (y) yang dipengaruhi oleh status kesehatan fisik (x_3)	36



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Prosentasi kelompok Lanjut Usia di Indonesia tahun 1980 – 2000	1
Tabel 1.2	Proyeksi penduduk Lanjut Usia 60+ di Asia Tenggara dan Indonesia tahun 1970, 1995, 2025, 2050	1
Tabel 3.1	Pengelompokkan variabel, definisi, skala dan alat ukur	23
Tabel 3.2	Jenis uji hubungan peubah independen dan dependen	28
Tabel 4.1	Matriks hasil <i>indepth interview</i>	54
Tabel 4.2	Matriks hasil FD 4 kelompok	55



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal penelitian
- Lampiran 2 Profil PSTW Budhi Dharma
- Lampiran 3 Alat ukur untuk *need assessment*
- Lampiran 4 Daftar pertanyaan *indepth interview*
- Lampiran 5 Panduan FGD
- Lampiran 6 Draft Tahap Pertama : Panduan SMP



1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Penelitian

Kelompok Lanjut Usia adalah kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas. Kelompok ini memerlukan perhatian khusus karena secara biopsikosial mereka mengalami perubahan, baik fungsi, peran dan adaptasi terhadap lingkungan, yang secara potensial dapat menimbulkan permasalahan dari tingkat keluarga maupun masyarakat dan negara.

Pembahasan tentang kelompok Lanjut Usia menjadi isu yang populer sekarang ini. Indikator perubahan komposisi penduduk menurut tingkatan usia, ternyata menunjukkan peningkatan secara bermakna.

Hardywinoto dan Setiabudhi (1999) membuat tabel jumlah penduduk Lanjut Usia di Indonesia dari tahun 1980 sampai dengan 2000 (hal. 9 & 10).

Tabel 1.1 Prosentasi kelompok Lanjut Usia di Indonesia tahun 1980 – 2000

Tahun	Jumlah	Persentase
1980	7,99 juta	5,5 % dari jumlah penduduk
1985	9,44 juta	5,8 % dari jumlah penduduk
1990	11,28 juta	6,3 % dari jumlah penduduk
1995	13,60 juta	6,9 % dari jumlah penduduk
2000	15,88 juta	7,6 % dari jumlah penduduk

Sumber : Sensus Penduduk Indonesia tahun 1971, 1980, 1990.

Tabel 1. 2 Proyeksi penduduk Lanjut Usia 60+ di Asia Tenggara dan Indonesia Tahun 1970, 1995, 2025, 2050

Negara/ Kawasan	1970		1995		2025		2050	
	Wnt	Pria	Wnt	Pria	Wnt	Pria	Wnt	Pria
Asia Tnggr	5,7	4,9	7,2	6,0	13,3	10,9	21,7	18,3
Indonesia	5,5	4,9	7,2	6,3	13,8	11,6	23,1	20,0

Sumber : United Nations, World Demographic Estimates and Projections 1950-2050, New York, 1988

Bila diperhatikan kedua tabel tersebut maka pergeseran komposisi penduduk dunia menuju ke Kurun Penduduk Menua (*Era of Population Ageing*) terjadi secara bermakna, termasuk Indonesia. Pertambahan ini berbanding lurus dengan berbagai permasalahan sosial yang berkaitan dengannya.

Siklus hidup dalam proses menua mengakibatkan terjadi perubahan-perubahan fisik, mental maupun sosial. Perubahan fisik (biologis) yang terjadi meliputi penurunan fungsi organ tubuh, yang berakibat pada penurunan tingkat kesehatan. Bila hal ini tidak diatasi dengan cepat, maka akan terjadi gangguan sistem, timbulnya penyakit kronik (seperti stroke, osteoarthritis, diabetes) dan manifestasi klinik, serta menurunnya ADL (*Activity Daily Living*). ADL adalah kegiatan yang biasa dilakukan individu untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari meliputi makan, kebersihan (mandi), dan berpakaian. Selain itu kondisi patologi yang biasa terjadi pada Lanjut Usia (disebut sebagai *Geriatric Giant*) juga menjadikan kualitas hidup mereka menurun.

Fenomena perubahan pola penyakit pada lanjut usia yang bersifat kronik ini mengarah pada penurunan angka kesakitan akibat penyakit infeksi dan peningkatan angka kesakitan penyakit degeneratif. Penelitian Boedhi Dharmojo (1991) tentang penyakit/keluhan yang sering diderita oleh Lanjut Usia ($n = 1203$), di Jawa Tengah menunjukkan arthritis menduduki peringkat pertama (49 %), kemudian hipertensi dan penyakit kardiovaskuler 15,2 % dan ketiga adalah bronkhitis 7,4 %. Tahun 1996, Survei Kesehatan Rumah Tangga tentang pola penyakit penduduk usia di atas 55 tahun menemukan penyakit kardiovaskuler paling banyak (15,7 %), penyakit muskuloskeletal (14,5 %) urutan kedua dan tuberkulosis (13,6 %) pada urutan ketiga.

Salah satu intervensi yang tepat untuk memelihara kesehatan fisik para Lanjut Usia adalah dengan upaya promosi kesehatan. Promosi kesehatan menurut WHO adalah suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol terhadap diri sendiri dan memperbaiki kesehatan individu dan masyarakat (Ewles dan Simnett, 1994, hal. 29). Bidang kegiatan promosi kesehatan secara umum meliputi program pendidikan kesehatan (primer, sekunder dan tersier), pelayanan kesehatan preventif, kegiatan berbasis pada masyarakat, pengembangan organisasi, dan kebijakan publik yang menyangkut kesehatan (Emilia, 1994). Data menurut *Facts of Life* (October 2002), Kahana, dkk. (2003), dan Nichol, dkk. (2003), promosi kesehatan pada Lanjut Usia berfokus pada pelayanan

kesehatan preventif berupa pemeliharaan kesehatan seperti mengatur diet, mengupayakan sebuah kegiatan olah tubuh yang teratur, mengatur langkah untuk mengurangi kecelakaan, mengontrol konsumsi alkohol, mengurangi rokok, mengurangi penggunaan resep obat yang tidak tepat, mendapatkan vaksinasi untuk menghindari influenza (dalam Taylor hal. 53, 2006).

Pemerintah melalui Departemen Kesehatan bidang Promosi Kesehatan, sejak tahun 2006 telah mencanangkan program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). PHBS ini ditujukan pada setiap keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat, untuk melakukan perilaku sehat setiap saat. Perilaku sehat dimaksud ada 10 macam, dan salah satunya adalah anjuran melakukan aktifitas fisik setiap hari minimal 30 menit.

Kebijakan pemerintah itu berlaku juga bagi para lanjut usia yang tinggal di masyarakat maupun di panti. Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budhi Dharma Bekasi adalah salah satu panti yang menampung lanjut usia yang tidak mempunyai tempat tinggal, lanjut usia yang tidak mendapatkan perawatan yang baik dari keluarganya, dan lanjut usia yang memang ingin tinggal di panti dengan alasan tertentu. PSTW Budhi Dharma Bekasi adalah sebuah panti milik Departemen Sosial. Panti ini berdiri sejak tahun 1971, panti ini sekarang memiliki 111 klien lanjut usia, dengan usia berkisar antara 60 sampai dengan 90 tahun. Latar belakang kehidupan lanjut usia di panti ini berasal dari para veteran, pensiunan pegawai negeri dan umum (pekerja swasta dan para tuna wisma atau tidak ada keluarga yang mengakui mereka). Tingkat pendidikan mereka rata-rata 20 orang tidak sekolah, 45 orang berpendidikan SD, 19 orang pendidikan SMP, 22 orang pendidikan SMA, tiga orang Diploma dan dua orang Sarjana Strata satu. Rerata umur lebih dari 60 tahun berjumlah 107 orang, sedangkan sisanya kurang dari 60 tahun. Data tentang Status kesehatan para Lanjut Usia pada laporan triwulan bulan Maret 2008 dilaporkan terdapat lebih dari 50 % lanjut usia menderita hipertensi (61 orang), 46 orang menderita reumathoid arthritis, sisanya menderita penyakit lainnya seperti alergi, mialgia, gastritis, ISPA (Infeksi Saluran Napas Atas).

Salah satu kegiatan promosi kesehatan yang diterapkan oleh manajemen panti adalah pelayanan kebugaran. Pelayanan kebugaran ini berupa senam setiap dua kali dalam seminggu, selama satu jam dari pukul tujuh sampai dengan delapan, serta senam osteoporosis yang dilaksanakan sekali dalam satu minggu. Data tentang klasifikasi lanjut

usia berdasarkan hobi, minat dan bakat terdapat rata-rata peserta senam berdasarkan absensi kehadiran adalah 30 orang setiap kali datang, sedangkan lainnya memilih kegiatan di bidang kesenian, berkebun, mengaji dan ketrampilan. Absensi atau ketidakhadiran lanjut usia tersebut, berdasarkan wawancara dengan caregiver menyebutkan bahwa mereka tidak ikut senam karena malas, sedang tidak enak badan (nyeri tulang kambuh) dan bahkan tidak mau senam karena sudah melakukan aktifitas yang lain. Terdapat 15 orang yang yang tidak potensial mengikuti kegiatan tersebut karena tidak dapat melakukan aktifitas fisik atau menderita sakit yang parah.

Tentunya dengan jumlah lanjut usia yang cukup banyak, dan akan bertambah dari tahun ke tahun, tetapi tidak sebanding dengan jumlah petugas pelayanan perawatan dan kesehatan yang terbatas, maka perlu dilakukan cara yang efektif untuk mengontrol perilaku aktifitas fisik mereka. Cara tersebut haruslah efektif, mudah digunakan dan tidak memerlukan energi yang terlalu besar untuk melaksanakannya.

Salah satu pendekatan promosi kesehatan yang mudah dilakukan oleh Lanjut Usia, guna mengontrol tingkat aktifitas fisik Lanjut Usia adalah *Self-Monitoring Program* (selanjutnya penulis menggunakan istilah SMP). SMP adalah sebuah program untuk menolong diri sendiri secara mandiri, berupa upaya mempertahankan dan memonitor suatu kegiatan aktifitas fisik dan berisi pengkajian untuk menentukan tahapan perubahan perilaku (*readiness to change*) sampai dengan tahapan mempertahankan aktifitas fisik menjadi latihan yang bersifat rutin, sehingga tercapai suatu kebiasaan hidup sehat. SMP diadopsi dari metode *PACE (Patient-Centered Assessment and Counseling for Exercises)* yang dipakai oleh tim kesehatan di rumah sakit di Amerika Serikat. SMP lebih berupa *self-report*. Pedoman ini dapat dipergunakan oleh klien, keluarga dan *care giver* untuk membantu mempertahankan perilaku aktifitas fisik para Lanjut Usia.

1.2. Perumusan Masalah Penelitian

Kehidupan para lanjut usia di panti jompo, memiliki keunikan dan karakteristik tersendiri dalam hal hubungan antara individu-individu lanjut usia yang tinggal di dalamnya. Belum lagi keberadaan *care giver* atau petugas panti dalam memberikan pelayanan perawatan dan kesehatan, menjadikan kehidupan para lanjut usia dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan.

Guna memudahkan pencarian faktor-faktor yang berpengaruh pada pola aktifitas fisik lanjut usia di PSTW Budhi Dharma maka penulis menyusun beberapa pertanyaan penelitian dalam penulisan Tugas Akhir ini, yaitu :

Pertanyaan 1 : " *Faktor apakah yang paling besar pengaruhnya terhadap tingkat aktifitas fisik para lanjut usia di panti ?* "

Pertanyaan 2 : " *Apakah faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap aktifitas fisik tersebut dipengaruhi oleh faktor lain ?* "

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menerapkan self-monitoring program, yang merupakan salah satu upaya promosi kesehatan pada Lanjut Usia, agar tercapainya tingkat kesehatan yang optimal dari para Lanjut Usia di masa yang akan datang.

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah : 1) agar Lanjut Usia dapat mengetahui tingkat aktifitas fisik mereka saat ini, 2) agar diketahui faktor yang paling dominan mempengaruhi tingkat aktifitas fisik lanjut usia yang tinggal di panti, 3) agar dapat diketahui faktor pengganggu (*confounding*) yang mempengaruhi hubungan faktor dominan dengan tingkat aktifitas fisik para lanjut usia, 4) agar dapat disusun rancangan intervensi *self-monitoring* tahap awal yang nantinya dapat disempurnakan menjadi sebuah pedoman tetap yang cocok untuk para Lanjut Usia yang tinggal di Panti.

1.4. Manfaat Penelitian

Penulis berharap para lanjut usia di panti dapat menggunakan rancangan awal dari SMP yang sudah disusun oleh penulis, sehingga mereka dapat memonitor sendiri tingkat aktifitas fisiknya dengan mudah, efisien, dan murah. Selain itu dengan jumlah tenaga *care giver* yang terbatas, diharapkan rancangan awal SMP ini dapat memudahkan para petugas tersebut memantau perilaku aktifitas fisik para lanjut usia yang tinggal di panti.

1.5. Batasan masalah Penelitian

Fokus kajian penulis adalah masalah aktifitas fisik pada Lanjut Usia yang tinggal di panti. Data-data yang telah disebutkan dalam latar belakang, belumlah cukup untuk menggambarkan seberapa jauh tingkat aktifitas fisik dari para Lanjut Usia tersebut. Agar

dapat melakukan promosi kesehatan yang tepat, maka langkah pertama yang harus penulis lakukan adalah mengungkap segala permasalahan yang berkaitan dengan aktifitas fisik, dengan melakukan *needs assessment*. untuk mencari data sosiodemografik (umur, tingkat pendidikan, status kesehatan fisik), *self-efficacy*, dan *social support* (selanjutnya penulis akan menggunakan istilah dukungan sosial). Langkah kedua adalah mencari pola hubungan antara faktor-faktor tersebut dengan tingkat aktifitas fisik para lanjut usia, menggunakan uji statistik. Setelah itu langkah ketiga adalah membuat pokok pikiran untuk menyusun rancangan awal SMP, dan langkah terakhir menghasilkan rancangan awal pedoman SMP.

1.6. Model Operasional Penelitian

Penjabaran tulisan dari Tugas Akhir ini meliputi : BAB satu berupa pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang penelitian, perumusan masalah penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, batasan penelitian dan model operasional penelitian ; BAB dua berupa tinjauan pustaka, terdiri dari kumpulan teori untuk menganalisa permasalahan penelitian, terdiri dari kajian tentang *needs assessment*, aktifitas fisik, proses penuaan, kajian tentang model *transtheoretical*, *self-efficacy*, dukungan sosial dan program *self-monitoring* ; BAB tiga tentang metode yang dipakai dalam melakukan kegiatan *needs assessment*, mulai dari pemilihan tempat penelitian, partisipan, pengukuran dan alat ukur yang digunakan pada *needs assessment*, teknik pengumpulan data, prosedur analisa data, dan teknik pengolahan data ; BAB empat membicarakan tentang hasil pengolahan dan analisa data, pembahasan serta diskusi ; BAB lima berupa kesimpulan dan saran.

2. TINJAUAN PUSTAKA

Banyak hal mempengaruhi mengapa seseorang mau beraktifitas fisik sedangkan orang lain malas beraktifitas fisik.. Orang-orang yang mulai memasuki usia lanjut menyatakan begitu banyak kendala dalam berpartisipasi pada kegiatan fisik, seperti kekurangan waktu, motivasi rendah, kurang dukungan dari keluarga dan teman, cuaca buruk, dan ketidaknyamanan bila beraktifitas fisik. Kenyataannya, pengelompokan kebutuhan adalah sebagian alasan-alasan umum masyarakat untuk tidak beraktifitas fisik. Selain itu di jaman modern sekarang ini terdapat sedikit hal atau benda yang dapat mempromosikan aktifitas fisik, sehingga perubahan perilaku merupakan hal yang sulit dilakukan. Upaya sukses merubah pola aktifitas memerlukan *modifikasi personal, sosial dan faktor lingkungan*. Teori-teori perilaku diaplikasikan untuk mencari faktor determinan aktifitas fisik atau hal-hal yang berhubungan dengan perubahan perilaku.

2.1. Needs Assessment

Witkin (1984) mendefinisikan *needs assessment* sebagai segala pendekatan yang sistematis untuk menyusun prioritas kegiatan di masa depan. Csete (1996) menyamakan *needs assessment* dengan istilah lain yaitu *needs analysis, front-end analysis, goal analysis, task analysis* dan *strategic planning*. Penggunaan istilah ini meluas pada bidang kesehatan, bisnis, pemerintah dan politik (dalam Stewart, <http://frank.mtsu.edu/~itconf/proceed98/rstewart.html>, hal.2-3).

Needs assessment menurut Stoud (1985) mendefinisikannya sebagai sebuah langkah eksploratif yang sistematis yang dilakukan oleh individu atau organisasi, dan langkah tersebut adalah langkah yang seharusnya ditempuh (Rouda dan Kusy, 1995, http://alumnus.caltech.edu/~rouda/T2_NA.html, hal. 1).

Needs assessment, menurut *The Dictionary of Psychology* (Corsini, 2002, hal. 632) adalah suatu upaya untuk memprioritas persoalan yang dihadapi, dan kemudian mencari jalan keluar dari sekian kebutuhan.

National Institute for Clinical Excellence (2005), *health needs assessment* dijabarkan sebagai sebuah metode sistematis untuk mereviu persoalan-persoalan kesehatan yang muncul pada sebuah populasi, mengarah pada prioritas yang disetujui dan

alokasi sumber yang akan meningkatkan kesehatan dan mengurangi ketidaksamaan (dalam Jack dan Holt, 2008, hal. 2). *Needs assessment* bidang kesehatan membuka informasi pada sebuah kebutuhan dan masalah kesehatan masyarakat.

Secara umum, Rouda dan Kusy membagi *needs assesement* menjadi empat langkah, yaitu pertama menunjukkan sebuah analisa kesenjangan antara situasi dengan keinginan. Kedua adalah mengidentifikasi prioritas dan kepentingan. Ketiga adalah identifikasi penyebab dari masalah yang timbul, dan yang keempat adalah identifikasi kemungkinan pemecahan masalah. (http://alumnus.caltech.edu/~rouda/T2_NA.html, hal. 2-4).

Adapun langkah-langkah *needs assessment* menurut Patterson dan Czajkowski terdiri dari sepuluh, antara lain : merancang sebuah rencana tindakan, menyusun tujuan umum, memvalidasi tujuan, mengurutkan tujuan, menyiapkan indikator, identifikasi alat-alat pengkajian, menyusun tingkat kriteria, mengumpulkan data, menganalisa data karena ketidakcocokan, serta menjelaskan alasan-alasan yang mungkin karena adanya ketidakcocokan (dalam Rozycki, 2004, <http://www.newfoundations.com/EGR/Needs.html>, hal. 1-2).

Kegunaan dari *needs assessment* ini menurut *Health Ministries Network of Minnesota* (<http://www.healthministries.info/module8/introduction6.html>, hal.1-2) adalah membantu kita dalam menemukan : kebutuhan-kebutuhan spesifik dari suatu masyarakat, pengetahuan dan sikap yang dimiliki oleh masyarakat yang berkaitan dengan isu kesehatan, perbedaan antara apa yang dikatakan oleh masyarakat dengan apa yang mereka inginkan, perubahan apa yang ingin dihasilkan, serta bagaimana kita membawa perubahan yang lebih baik.

Berbagai teknik dapat ditempuh dalam melaksanakan *needs assessment* ini. Bila ingin mendapatkan gambaran lengkap tentang permasalahan, sebaiknya tidak menggunakan satu teknik saja, tetapi kombinasi lebih dari satu teknik. Teknik dipilih yang paling mungkin dilakukan dalam situasi dan kondisi di masyarakat. Adapun teknik tersebut antara lain : observasi langsung, menggunakan kuesioner, konsultasi dengan *key person* atau dengan orang yang mempunyai pengetahuan khusus, review literatur, interviu, *focus groups*, *test*, merekam dan mempelajari laporan, serta menggunakan sampel.

2.2. Aktifitas Fisik

Bouchard, Shepard, Stephens, Sutton dan McPerson (1990) mendefinisikan aktifitas fisik sebagai kegiatan tubuh termasuk setiap perpindahan massa tubuh yang dihasilkan oleh kontraksi dari otot dan tulang dan yang sangat substansial meningkatkan pengeluaran energi (dalam Pajares dan Urdan, 2006, hal. 162). Kegiatan yang termasuk aktifitas fisik ini antara lain olah raga (*exercise*), menari (*dance*) dan aktifitas fisik di waktu luang (PLTA = *Physical Leisure Time Activities*).

Studi dari Voorrips, dkk. (1991) menjelaskan aktifitas fisik sebagai semua kegiatan yang berhubungan dengan aktifitas kerumahtanggaan, aktifitas olah raga, dan aktifitas fisik lainnya yang lebih sebagai bentuk kegiatan mengisi waktu luang (dalam de Vreede, van Meeteren, Samson, Wittink, Duursma, dan Verhaar, 2006).

Aktifitas fisik menurut *Yale Physical Activity Survey* (YPAS) digolongkan menjadi 5 dimensi, yaitu : *vigorous activity, leisurely walking, moving on feet, standing* dan *sitting* (Riebe, dkk., 2005). Penulis lebih cenderung menggunakan pendekatan definisi aktifitas fisik menurut Pajares dan Urban (2006) dalam melakukan *needs assessment*.

Aktifitas fisik dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain : umur, keadaan status kesehatan individu seperti adanya penyakit kronis, keadaan psikososial, serta faktor mekanik seperti kekuatan tubuh, keadaan obesitas dan *Body Mass Index* (BMI) (Maly, Costigan dan Olney, 2007).

Sebuah studi oleh Mc Dermott dan Mernitz (2006) menyatakan bahwa latihan aktifitas fisik disebut efektif bila memperhatikan dan mempertahankan frekuensi, intensitas, tipe latihan, waktu dan kemajuan latihan. Studi ini juga mengatakan bahwa rekomendasi para ahli yang terbaru mendorong aktifitas fisik sesering atau setiap hari dalam satu minggu, namun hanya 31 % dari Lanjut Usia umur 65 – 74 tahun dilaporkan aktif/secara reguler mengikuti aktifitas fisik moderat untuk 20 menit atau lebih selama tiga hari dalam satu minggu; angka ini turun drastis ke 20 % pada Lanjut Usia umur 75 tahun. Wanita dilaporkan lebih banyak tidak terlibat dalam aktifitas fisik dibandingkan dengan pria. Penelitian tentang aktifitas fisik secara konsisten memperlihatkan bahwa pada Lanjut Usia yang memulai aktifitas fisik pada usia yang lebih muda atau sebelum memasuki usia lanjut dapat mengurangi secara signifikan faktor resiko terhadap kejadian

sakit. Mc Dermott dan Mernitz (2006) juga menyatakan bahwa kombinasi aktifitas aerobik, latihan berat dan olah raga yang fleksibel, ditambah peningkatan aktifitas sehari-hari yang umum, dapat mengurangi ketergantungan terhadap pengobatan sehingga menurunkan besarnya biaya yang digunakan untuk pengobatan, merawat fungsi mandiri (ADL) dan memperbaiki kualitas hidup pada Lanjut Usia.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHSS), (1996), menyatakan bahwa aktifitas fisik yang rutin dilakukan, akan memelihara kesehatan psikologis dan fisik, serta mencegah penyakit-penyakit kronik dan kematian dini. USDHSS (2004) membuktikan bahwa aktifitas fisik yang dilakukan secara teratur juga dapat menurunkan resiko individu terkena penyakit kronik, termasuk obesitas, beberapa jenis kanker tertentu, diabetes, serta masalah kesehatan lain seperti serangan jantung dan hipertensi (dalam Gorin dan Arnold, 2006). Kumpulan peneliti lain yaitu Knowler, dkk. (2002); Tuomilehto, dkk. (2001) menyatakan aktifitas fisik yang reguler dilakukan oleh penderita obesitas dapat meningkatkan massa otot dan pengeluaran energi serta menurunkan lemak tubuh. Studi intensif tentang intervensi perilaku, termasuk aktifitas fisik dan modifikasi diet, menunjukkan efek yang baik dalam peningkatan kesehatan pada beberapa orang yang beresiko mengidap diabetes tipe 2 dan signifikan dalam mengurangi insidens diabetes (dalam Gorin dan Arnold, 2006). Studi dari *The American College of Sports Medicine*, (2004); Chodzko-Zajko, (1998), membuktikan aktifitas fisik juga menurunkan tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi dan non hipertensi. (dalam Gorin dan Arnold, 2006).

Aktifitas fisik (*physical activity*) merupakan hal penting dalam perilaku sehat Lanjut Usia, karena membantu mempertahankan mobilitas dan memelihara kesehatan mereka. Glass, de Leon, Marottoli dan Berkman (1999) menjelaskan berpartisipasi dalam kegiatan sosial, terlibat dalam aktifitas sehari-hari yang mungkin hanya memberikan sedikit efek dalam seluruh olah tubuh, namun dapat mengurangi resiko kematian, dapat dilakukan untuk menjaga tubuh Lanjut Usia tetap sehat (dalam Taylor, 2006).

2.3. Proses Penuaan (*Ageing Process*)

2.3.1. Teori Biologis Tentang Penuaan

Pembahasan biologis tentang penuaan dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik maupun ekstrinsik akan mempengaruhi tingkat perubahan sel, sel otak dan syaraf, gangguan otak serta jaringan tubuh lainnya. Intrinsik berarti perubahan berkaitan dengan usia berasal dari dalam sel sendiri, sedangkan ekstrinsik menjelaskan bahwa perubahan yang terjadi diakibatkan faktor lingkungan.

Usia lanjut juga membawa konsekuensi pada perubahan kemampuan motorik, antara lain : kekuatan (*strength*) dan kecepatan (*speed*). Hal ini perlu mendapatkan perhatian bila penulis akan melakukan promosi kesehatan dalam bidang aktifitas fisik.

2.3.2. Pembagian Kelompok Umur Usia Tua

Pembagian kelompok umur pada tiap referensi berbeda-beda. Papalia (2006) membagi menjadi 2 yaitu *Middle Adulthood* (40 – 65 tahun), dan *Late Adulthood* atau Lanjut Usia (lebih dari 65 tahun). Oleh Papalia, *Late adulthood* dibagi lagi menjadi *young old* (65 – 74 tahun) yang masih aktif dan giat (penuh semangat) dalam kegiatan melakukan aktifitas sehari-hari, *the old old* (75 – 84 tahun), dan *oldest old* (lebih dari 85 tahun keatas). Proses penuaan merupakan hal yang alamiah terjadi pada setiap orang, tetapi dilihat dari umur fungsional, bisa berbeda-beda. Umur fungsional adalah seberapa baik fungsi tubuh Lanjut Usia dilihat secara fisik dan lingkungan sosial dibandingkan dengan orang lain yang juga mengalami proses penuaan. Sebagai contoh seseorang yang berusia 90 tahun yang masih memiliki tubuh yang sehat dibandingkan dengan usia 65 tahun yang kondisi tubuhnya tidak sehat, mungkin lebih dapat berfungsi seperti layaknya usia lebih muda dibanding usia sebenarnya. Usia fungsional juga dihubungkan dengan *subjectives age* atau Lanjut Usia yang merasa dirinya telah tua.

2.3.3. Aspek Kognitif

Setiap perkembangan menuju tua berakibat pada perkembangan kognitif yang berbeda-beda di setiap orang. Para ahli menggunakan cara yang berbeda dalam mengukur kemampuan kognitif Lanjut Usia. Papalia (2006) mengatakan studi *cross*

sectional lebih banyak menggunakan *Wechsler Adult Intelligence Scale*, yang lebih menekankan pada kemampuan verbal dan kinerja mulai dari dewasa muda. Ahli lain menggunakan *K. Warner Schaie's Seattle Longitudinal Study*, sedangkan Horn dan Cattell's lebih banyak mempelajari tentang *fluid and crystallized intelligence*. *Fluid intelligence* adalah kemampuan untuk mengatasi persoalan hidup sehari-hari. Jenis inteligensi ini tidak berhubungan dengan tingkat pendidikan dan pengaruh budaya. Sebaliknya dengan *chrystallized intelligence* sangat tergantung dari tingkat pendidikan dan pengaruh budaya, karena *chrystallized intelligence* digunakan untuk mengingat informasi dan menggunakannya seumur hidup. *Fluid intelligence* mengalami peningkatan sampai usia dewasa muda, sedangkan *crystallized intelligence* justru meningkat pada usia dewasa madya (*middle adulthood*) sampai dengan akhir hayat. Kedua jenis intelegensi ini berguna untuk merancang sebuah modul bagi Lanjut Usia dalam hal penggunaan perintah dan anjuran terhadap pesan kesehatan.

Hubungan antara status kognitif dengan status kesehatan dibuktikan oleh penelitian dari Fitti dan Kovar (1987) (dalam Bond, Cutler dan Grams, 1995), yang mengatakan bahwa kedua hal tersebut berhubungan erat secara signifikan. Penelitian mereka menunjukkan bahwa Lanjut Usia dengan minimal pendidikan sekolah menengah atas mempunyai status kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan Lanjut Usia yang mempunyai pendidikan di bawahnya. Para Lanjut Usia di atas 80 tahun yang mempunyai pendidikan minimal sekolah menengah atas menunjukkan kesehatan yang konsisten baik dibanding yang mempunyai pendidikan di bawahnya.

Dalam aspek kognitif terdapat beberapa hal pokok yang perlu diperhatikan. Aspek ini berguna bila penulis akan menerapkan *self-monitoring* untuk kegiatan aktifitas fisik, karena *self-monitoring* membutuhkan kemampuan atensi (perhatian) serta latihan ketrampilan menggunakan memori. Aspek tersebut yaitu :

2.3.3.1. *Skills Learning*

Secara alamiah perubahan pada lanjut usia terjadi pula pada ranah kemampuan mempelajari sesuatu yang baru (*learning new skills*). Meskipun para lanjut usia menyadari bahwa belajar sesuatu hal yang baru itu akan bermanfaat

bagi mereka, tetapi mereka belajar lebih pelan dari pada usia dewasa awal dan hasilnya mungkin hanya memberikan sedikit kepuasan.

Pada beberapa dekade, studi laboratorium menunjukkan bahwa Lanjut Usia dapat memperbaiki ketrampilan kognitif mereka. Zaks dan Labouvie-Vief (1980) (dalam Perlmutter dan Hall, 1985) memberikan suatu program training menggunakan teknik diskusi dan *role playing* selama tujuh minggu, ternyata menunjukkan peningkatan fungsi kognisi sosial.

2.3.3.2. Memori

Lanjut Usia tidak dapat memfokuskan atensinya pada tugas belajar, sehingga mereka tidak dapat lagi belajar banyak. Hal yang penting untuk tetap menjaga atensi Lanjut Usai agar tetap fokus pada tugas yang menjadi tanggung jawabnya disebut sebagai *sustained attention*. McDowd dan Birren (1990) meneliti bahwa atensi juga bisa dilakukan dengan cara memilih tanda-tanda penting dari stimulus (*selective attention*), melakukan dua tugas sekaligus (*divided attention*) dan memonitor salah satunya, kemudian ke tugas yang lain (*switching attention*).

2.3.4. Perubahan dalam minat (*interest*)

Seperti halnya perubahan secara fisik, psikologis dan gaya hidup serta perubahan dalam minat juga tak dapat dihindari. Secara umum terjadi hubungan yang erat antara peminatan di setiap siklus hidup dengan keberhasilan *adjustment* dari individu, artinya bahagia atau tidak bahagia akan mereka alami akibat dari proses *adjustment* tersebut. Beberapa keadaan berikut ini adalah kondisi yang menyebabkan perhatian para lanjut usia berubah, antara lain : kesehatan, status sosial, status ekonomi, tempat tinggal, seks, status pernikahan, dan nilai (*value*) yang mereka anut.

Akibat dari beberapa kondisi tersebut di atas menyebabkan minat golongan lanjut usia terbagi menjadi : perhatian pada diri sendiri (*personal interest*), perhatian pada rekreasi (*recreational interest*), perhatian pada bidang social (*social interest*), perhatian pada segi religius (*religious interest*), dan perhatian pada kematian (*interest in death*).

Hurlock (1986) menuliskan bahwa aktifitas rekreasi yang paling banyak dilakukan lanjut usia adalah sosialisasi dengan teman, berkebun, membaca, menonton televisi, duduk-duduk dan berpikir, serta kegiatan seperti pergi jalan-jalan, merawat anggota keluarganya yang lebih muda, berpartisipasi dalam kegiatan yang bersifat rekreasi dan hobi.

2.3.5. Aspek *Provision of Social Care*

Pembangunan di segala bidang menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang semakin membaik, usia harapan hidup meningkat, serta bertambahnya jumlah Lanjut Usia. Peningkatan kesejahteraan Lanjut Usia tersebut adalah tugas Pemerintah bersama dengan masyarakat, dengan cara meningkatkan perlindungan sosial, bantuan sosial, pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial, pelayanan kesehatan, pemberdayaan Lanjut Usia agar siap didayagunakan sesuai kemampuan masing-masing, serta mendorong Lanjut Usia bergabung dalam organisasi sosial dan organisasi kemasyarakatan lainnya (Hardhiwinoto dan Setiabudi, 1999).

2.3.6. Aspek *Informal Support system*

Cantor (1975b, 1979a) (dalam Binstock dan Shanas, 1985, hal 752) membagi tiga komponen yang berbeda dalam sistim pendukung informal ini, antara lain sanak famili, teman dekat (*intimate*) dan tetangga. Di dalamnya terdapat tujuh elemen pendukung secara terpisah, lima diantaranya adalah elemen primer atau hubungan kekerabatan seperti pasangan, anak, saudara kandung, paman, dan cucu, sedangkan dua elemen lainnya adalah teman-teman dan tetangga-tetangga

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa Lanjut Usia memberi perhatian paling besar kepada keluarga dibanding kepada teman dan tetangga. Pembahasan aspek ini perlu dipahami dengan benar sehubungan dengan pemberian perawatan jangka panjang pada mereka. Khususnya kedudukan anak dewasa adalah sentral dalam penyediaan perawatan sosial dan ini merupakan hal utama dalam kehidupan para Lanjut Usia. Hubungannya dengan program promosi kesehatan adalah mengikutsertakan anak dewasa tersebut sebagai *care giver* atau pendamping Lanjut Usia dalam pemeliharaan kesehatan mereka.

2.3.7. Aspek Pembinaan Kesehatan

Tujuan pembinaan kesehatan bagi Lanjut Usia adalah meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berguna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat. Hardywinoto dan Setiabudhi (1999) menggolongkan aspek pembinaan kesehatan ini menjadi beberapa kategori sesuai dengan kelompok umur :

- a. Mereka yang berusia 40-45 tahun memerlukan informasi pengetahuan sebagai berikut : Mengetahui sedini mungkin adanya akibat proses penuaan, misalnya : adanya keluhan mudah lelah, mudah jatuh atau jatuh berulang-ulang, nyeri dada, berdebar-debar, sesak nafas waktu melakukan kerja fisik dan lain-lain; Mengetahui pentingnya pemeriksaan kesehatan secara berkala; Melakukan latihan kesegaran jasmani; Melakukan diet dengan menu yang seimbang; Meningkatkan kegiatan sosial di masyarakat; Meningkatkan ketakwaan kepada Tuhan.
- b. Mereka yang berusia 55-64 tahun memerlukan informasi pengetahuan mengenai hal-hal sebagai berikut : Pemeriksaan kesehatan secara berkala; Perawatan gizi/diet menu seimbang; Kegiatan olahraga/kesegaran jasmani; Perlunya berbagai alat bantu untuk tetap berdaya guna; Pengembangan hubungan sosial di masyarakat; Peningkatan hubungan sosial di masyarakat; Peningkatan ketakwaan kepada Tuhan.
- c. Mereka yang berusia 65 tahun keatas dan kelompok resiko tinggi memerlukan informasi pengetahuan sebagai berikut : Pembinaan diri sendiri dalam hal pemenuhan kebutuhan pribadi, aktifitas di urmah maupun di luar rumah; Pemakaian alat bantu sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang ada pada mereka; Perawatan kesehatan secara berkala; Perawatan fisioterapi di rumah sakit terdekat; Latihan kesegaran jasmani; Meningkatkan ketakwaan kepada Tuhan.

Dalam setiap kelompok umur kegiatan aktifitas fisik berupa latihan kesegaran jasmani selalu diikut sertakan. Hal ini memberikan tanda bahwa aktifitas fisik merupakan salah satu upaya *Primary Prevention* dalam pemeliharaan kesehatan Lanjut Usia. *Primary Prevention* selanjutnya berguna untuk menentukan strategi pencegahan, khususnya menyangkut respons klien Lanjut Usia terhadap sebuah program kesehatan.

2.4. Model *Transtheoretical*

Model ini disebut sebagai *The Transtheoretical Model of Health Behavior Change*. Pada awalnya model ini digunakan untuk melihat perilaku merokok. Setelah 20 tahun berkembang, teori ini dipakai untuk melihat perubahan perilaku kesehatan yang lainnya, termasuk latihan (*exercise*). Konsep inti dari teori ini adalah sebuah tahap perubahan perilaku sehat seseorang. Individu berubah perilaku sehatnya melalui 5 tahap yaitu : (1) *Precontemplation*, jika seseorang tidak ikut serta dalam aktifitas fisik dan tidak tertarik untuk melakukannya dalam waktu dekat, (2) *Contemplation*, jika seseorang tidak ikut serta dalam aktifitas fisik (atau tidak teratur dalam melakukan aktifitas fisik) tetapi tertarik untuk menjadi lebih aktif, (3) *Preparation*, jika seseorang membuat sedikit perubahan dalam aktifitas fisik atau siap untuk memulai aktifitas fisik segera, (4) *Action*, jika seseorang baru mulai aktif melakukan program aktifitas fisiknya, (5) *Maintenance*, jika seseorang sudah melakukan secara aktif terus menerus selama lebih dari enam bulan (Riebe, dkk., 2005). Implikasi penting dalam model perubahan tingkat ini adalah klien membutuhkan intervensi dengan pesan-pesan yang berbeda, tergantung pada perubahan tingkat saat itu, atau kesiapan untuk berubah (*readiness to change*). Dengan pengkajian tingkat perubahan klien, tim kesehatan akan dapat mengidentifikasi pola-pola perilaku klien saat itu, dukungan-dukungan dan hambatan-hambatan untuk berubah, ketertarikan dalam merubah pola-pola, dan keinginan kuat individu yang sesungguhnya untuk merubah pola-pola tersebut (Gorin dan Arnold, 2006).

Beberapa metode mendukung perubahan perilaku lebih efektif dari pada yang lain, seperti pendekatan pendidikan kesehatan yang berfokus pada pemberian informasi ke klien. Cara ini mungkin dirasa perlu dan cocok, tetapi tidak cukup mampu merubah perilaku. Intervensi yang mengarah pada peningkatan ketrampilan berperilaku lebih disukai untuk mengarahkan perubahan perilaku itu sendiri. Sebagai contoh : membantu klien meningkatkan dukungan sosial mereka (dengan mengidentifikasi teman atau anggota keluarga yang akan mendorong klien) dan meningkatkan *self efficacy* mereka (dengan latar belakang tujuan yang terukur dan realistik), akan lebih meningkatkan aktifitas fisik dibandingkan dengan hanya sekedar memberitahu untuk lebih aktif. Penelitian dari Rovniak dkk. (2002); Giovannucci, dkk. (1998); Sallis, dkk. (1999)

(dalam Gorin dan Arnold, 2006) menunjukkan bahwa terdapat hubungan prospektif yang positif antara dukungan sosial, *self efficacy* dan aktifitas fisik.

2.5. *Self-efficacy*

Bandura (1986) mengemukakan dalam *Social Cognitif Theory* bahwa faktor faktor personal dan lingkungan saling berinteraksi untuk menentukan perilaku dan dapat mempengaruhi satu sama lain. Teori ini menekankan pada besarnya kompleksitas perilaku berpartisipasi dalam aktifitas fisik. Komponen kunci dalam teori ini adalah *self-efficacy*.

Definisi *Self-efficacy* menurut *The Dictionary of Psychology* (Corsini, 2002, hal. 877) adalah sebuah keyakinan seseorang akan kemampuan dirinya untuk menunjukkan sebuah perilaku yang diinginkan/diharapkan individu.

Bandura (1977) mengatakan bahwa *self-efficacy* adalah kemampuan subyektif seseorang dalam mengorganisasi dan memutuskan tindakan yang terbaik untuk dirinya, guna mencapai tujuan tertentu. Selanjutnya Bandura juga menyatakan bahwa *self-efficacy* adalah keyakinan seseorang pada diri sendiri untuk menunjukkan kemampuan melaksanakan tugas tertentu, meskipun mengalami rintangan dan hambatan. Individu dengan *self-efficacy* tinggi cenderung berkerja lebih giat, berusaha lebih keras dalam menyelesaikan tugas, dan secara terus menerus menyelesaikan tugas tersebut walaupun menghadapi rintangan (Smith, Payne, Mowen, Ho, dan Godbey, 2007)

Schunk (1995) dan Bandura (1997) menjelaskan bahwa *self-efficacy* terungkap pada manifestasi perasaan individu dalam pemilihan tugas, upaya, bersifat terus-menerus (menetap), dan prestasi. Penelitian *self-efficacy* pada Lanjut Usia berhubungan dengan konstruk tingkat perkembangan, keluarga/famili, teman, dan *care giver*.

Menurut Rovniak, Anderson, Winett dan Stephens, (2002); Sallis, dkk., (1989), untuk menentukan *self efficacy*, seseorang dapat bertanya kepada diri sendiri: " Bagaimana keyakinan dan perasaan sendiri tentang tujuan dari latihan ini setelah dua minggu ke depan? ". Bila klien menjawab dengan penuh percaya diri, kemudian dia mengalami/merasa lebih meningkat *self-efficacy* nya, itu berarti mereka mengalami " lebih menyukai aktifitas fisik ".

Studi dari Dishman dan Steinhardt (1990) menemukan bahwa pada saat yang sama penerimaan hambatan-hambatan untuk beraktifitas adalah negatif dihubungkan dengan aktifitas fisik. Penelitian Courneya dan Mc Auley (1994) menemukan bahwa kegembiraan adalah konsisten positif bila dihubungkan dengan aktifitas fisik. Penelitian Baranowski, Lin, Wetter, Resnicow dan Hearn (1997) membuktikan bahwa prediktor-prediktor aktifitas fisik dapat dimodifikasi dan seharusnya ditarget selama pengarahan intervensi, untuk meningkatkan ketaatan pada program aktifitas fisik (dalam Gorin dan Arnold, 2006).

Maly, Costigan dan Olney (2007) yang meneliti *self-efficacy* pada Lanjut Usia yang mengalami osteoarthritis daerah lutut, mengemukakan bahwa *self-efficacy* sebagai mediator untuk lanjut usia dalam melakukan aktifitas “ berjalan “ (*walking*). Artinya walaupun tergolong Lanjut Usia dengan keadaan sakit pada persendian dan menunjukkan gejala depresi akibat sakitnya, tetapi hambatan tersebut akan dapat diatasi bila individu mempunyai *self-efficacy* yang tinggi, sehingga individu tersebut tetap akan berlatih melakukan aktifitas berjalan.

Peran *self-efficacy* dalam promosi kesehatan sangat penting. Seseorang yang mempunyai *self-efficacy* yang tinggi, lebih mudah melakukan *self-regulation* (regulasi diri) untuk merubah diri sendiri dalam bentuk berperilaku yang kurang sehat menjadi melakukan perilaku sehat.

Bandura (1977, 1986) serta Wise dan Hale (1999) menjelaskan bahwa *self-efficacy* dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu : *vicarious experiences* (sebagai *role model*), *accomplishments* (kemampuan untuk melakukan tugas utama), *verbal persuasion* (dorongan dari orang lain berupa kata-kata), dan *physiological arousal* (peningkatan perhatian untuk sinyal-sinyal somatik) (dalam Richeson, N.E., Croteau, K.A., Jones, D.B., dan Farmer, B.C., 2006).

2.6. Dukungan Sosial

Menurut Rietschlin (1998), *Social Support* atau dukungan sosial adalah sebuah perlakuan dari orang-orang terdekat kita, berupa cinta, perhatian, penghargaan, dan penilaian, dan salah satu bagian dari komunikasi dan bentuk hubungan kewajiban dari orang tua, pasangan atau orang yang dicintai, famili lainnya, teman-teman, sosial dan

komunitas yang sering dijumpainya seperti kumpulan arisan atau anggota klub tertentu (Taylor, 2006, hal. 199). Orang-orang dengan dukungan sosial yang baik, akan mengalami stres lebih sedikit dibandingkan dengan mereka yang sedikit mempunyai dukungan sosial.

Definisi lain dari Gentry dan Kobasa (1984); Wallston dkk., (1983); Wills dan Fegan (2001), mengatakan bahwa *Social Support* merujuk pada penerimaan rasa nyaman, perhatian, penghargaan atau bantuan dari seseorang yang diterima oleh orang lain atau kelompok. (dalam Sarafino, 2006, hal. 87). Taylor (2006) membagi beberapa bentuk dukungan sosial, yaitu :

1. *Tangible assistance*, artinya dukungan sosial berupa benda/materi bersifat fisik atau kebendaan, seperti : bantuan uang, barang-barang kebutuhan pokok.
2. *Informational support*, artinya dukungan informasi yang dapat membantu individu memahami kejadian stres dengan lebih baik dan menjelaskan sumber-sumber daya dan strategi koping yang digunakan untuk beradaptasi dengan stres tersebut.
3. *Emotional support*, artinya dukungan sosial berupa sentuhan hangat, perhatian, dan kasih sayang, yang berasal dari keluarga, teman dan orang terdekat, dengan jaminan pernyataan bahwa individu tersebut adalah orang yang sangat berarti bagi keluarga atau teman.

Sarafino (2006) menyebutnya sebagai *Companionship support*, yaitu kesediaan seseorang atau kelompok untuk meluangkan waktu, membagi kasih sayang atau perhatian kepada yang lain, dalam aktifitas-aktifitas sosial.

Pernyataan dari Dowda, dkk., (2003); Giles-Corti dan Donovan, (2002), Sallis, dkk., (1999) (dalam Gorin dan Arnold, 2006) bahwa faktor-faktor lain yang menentukan aktifitas fisik adalah dukungan sosial, penerimaan hambatan dan keuntungan, serta kegembiraan. Mereka mengindikasikan bahwa dukungan sosial (contoh : latihan bersama teman, memberi hadiah teman yang mau aktif, atau membuat anggota keluarga meluangkan waktu untuk aktif) secara konsisten berhubungan dengan peningkatan aktifitas fisik. Studi dari Ali dan Twibell, (1995); Marcus dkk., (2000) (dalam Gorin dan Arnold, 2006) menjelaskan penerimaan keuntungan-keuntungan dari

aktifitas fisik (contoh : mendukung dengan pernyataan seperti : ” Saya tahu jika saya latihan pagi hari ini, saya akan merasa nyaman sepanjang hari ”) adalah konsisten positif dihubungkan dengan peran serta aktifitas fisik.

Tidak setiap orang mendapatkan dukungan sosial sesuai dengan yang diinginkannya. Demikian pula tidak setiap orang mau menerima dukungan sosial bila tidak diketahui siapa yang memberi dukungan sosial. Ada beberapa alasan mengapa seseorang menerima dukungan sosial, antara lain : ukuran (berapa banyak), bentuk dari dukungan sosial itu sendiri, *intimacy* (kedekatan) seperti keluarga atau teman dekat, dan frekuensi kontak individu terhadap jaringan sosialnya atau hubungan-hubungan dengan masyarakat di sekitarnya dan komunitas mereka (Schaefer, Coyne, dan Lazarus, 1981; Will dan Fegan, 2001, dalam Sarafino, 2006).

Efektifitas dari dukungan sosial tergantung dari individu dalam menggunakan jaringan dukungan sosial dengan baik, artinya bentuk dukungan sosial yang dibutuhkan dapat mengurangi stres yang dialami oleh individu. Contoh : *instrumental support* berguna pada situasi stres yang masih dapat terkontrol, sehingga kita masih dapat mencegah situasi menjadi lebih buruk. *Emotional support* dan *tangible support* berguna khususnya saat situasi menjadi tak terkontrol seperti kehilangan pekerjaan.

2.7. *Self-Monitoring Program* (SMP)

2.7.1. Definisi *Self-Monitoring*

Studi dari King (2001) menyatakan bahwa pendekatan personal dan interpersonal untuk aktifitas fisik lebih tepat menggunakan langkah-langkah seperti penentuan tujuan bersama, *self-monitoring*, *feedback*, *support*, *stimulus control*, dan *relapse-prevention training*, dari pada hanya pendidikan kesehatan, anjuran latihan dan sekedar instruksi saja.

Snyder (1974, dalam Toegel, Anand dan Kilduff, 2007) mengatakan bahwa teori *self-monitoring* memperhatikan sebuah pengawasan serta kontrol dari perilaku nyata. Graziano dan Bryant (1974) menyatakan bahwa perilaku nyata tersebut termasuk di dalamnya adalah penampilan emosi.

Merujuk pada pernyataan Snyder tersebut maka Snyder (1987) mendefinisikan :

“*Self-monitoring* sebagai “ *individuals’ ability to regulate their behavior to meet the demands of social situations* “ (dalam Hutchinson & Skinner, 2007, hal. 552).

2.7.2. Tipe-tipe individu yang berhubungan dengan *self-monitoring*.

Penelitian beberapa ahli tentang *self-monitoring* ini, membuat mereka membagi dua prototipe individu menjadi :

1. Individu *high in self-monitoring*

Ciri-ciri dari individu jenis ini adalah mereka menunjukkan respon yang baik pada kejadian di masyarakat dalam situasi sosial tertentu. Selain itu individu jenis ini juga berusaha untuk menyesuaikan perasaan dan perilaku mereka pada situasi tertentu yang tidak diharapkan. Ciri lain adalah individu mempunyai ketrampilan mengkomunikasikan perasaannya dengan tepat melalui bahasa verbal dan nonverbal.

2. Individu *low in self-monitoring*.

Kebalikan dari individu dengan *high self-monitoring*, individu tipe *low* mempunyai ciri-ciri memperlihatkan perhatian yang rendah terhadap situasi sosial, dan lebih perhatian terhadap diri sendiri. Mereka mengekspresikan perilaku sesuai dengan tingkat afeksi diri dan sikap pribadi atau pada apa yang dirasakannya.

2.7.3. Prinsip *Self-Monitoring Program* ini adalah :

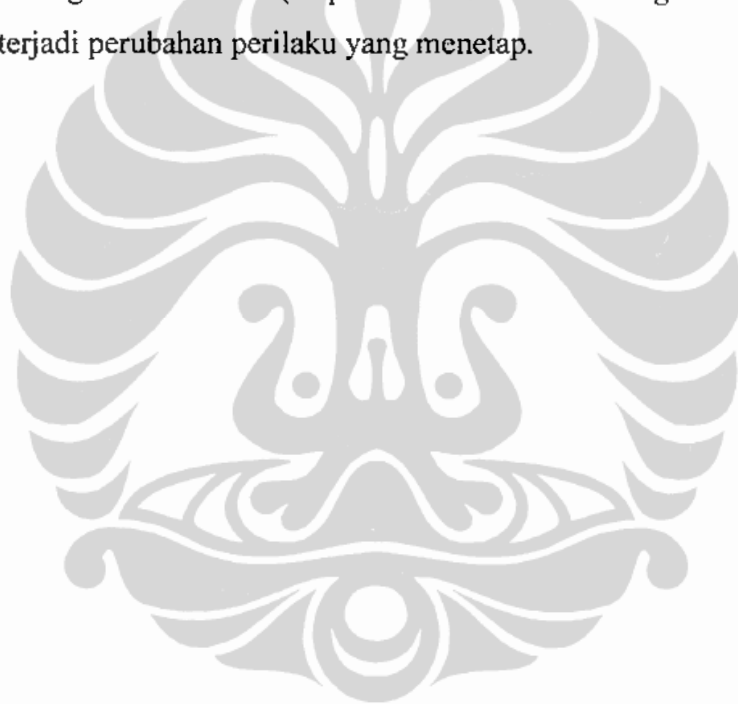
Prinsip SMP disesuaikan dengan karakteristik dari aspek-aspek yang terdapat pada tinjauan teoritis proses penuaan. Adapun prinsip tersebut adalah :

- a. *Time Efficiency*, artinya keluarga/*care giver* yang mempunyai Lanjut Usia dapat mengukur sendiri tingkat aktifitas klien.
- b. *Family support*, artinya klien Lanjut Usia akan lebih bergairah dalam melaksanakan aktifitas fisiknya karena ada perhatian dan dukungan keluarga.
- c. *Involve the client*, artinya penentuan tujuan melibatkan klien sepenuhnya. Klien dapat melakukan kegiatan aktifitas fisik yang disenangi dan yang mungkin dilakukan oleh mereka.

d. *The right message to the right person*, artinya alat ini hanya digunakan untuk Lanjut Usia yang tertarik untuk melakukan aktifitas fisik. Sedangkan bagi mereka yang belum siap atau tidak mau melakukan aktifitas fisik tidak dapat menggunakan alat ini.

(Gorin & Arnold, 2006).

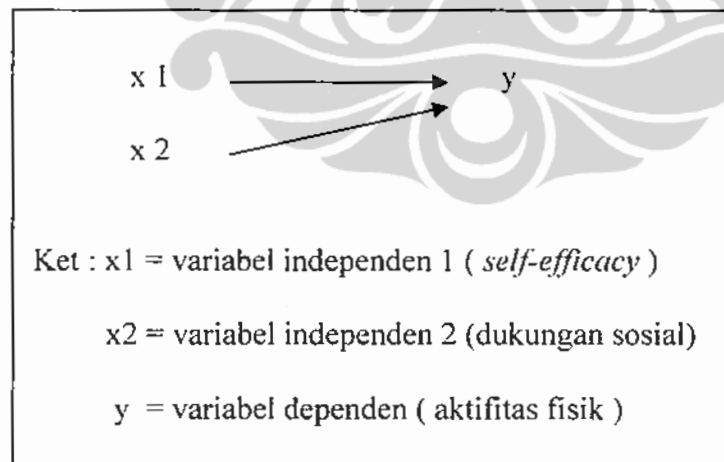
Abel, Rouleau, dan Coyne (1987); Thoresen dan Mahoney (1974) mengatakan bahwa *self-monitoring* merupakan langkah pertama dalam upaya perubahan perilaku. Cara ini dipakai untuk mengkaji frekuensi dari target perilaku dan peningkatannya, serta konsekuensi dari perubahan itu sendiri (dalam Taylor, 2006). Teknik ini perlu dikombinasikan dengan teknik lain (seperti *social skills training* atau *assertiveness training*) agar terjadi perubahan perilaku yang menetap.



3. METODE PENELITIAN

Masalah-masalah aktifitas fisik pada lanjut usia yang tinggal di panti telah disebutkan dalam bab pendahuluan. Terdapat 111 orang lanjut usia yang ada, tetapi yang rajin mengikuti aktifitas fisik berupa senam rata-rata 30 orang saja setiap kali kehadiran dengan berbagai alasan. Selain itu merujuk pada definisi dan langkah-langkah dalam *needs assessment*, maka penulis membuat Tugas Akhir ini berupa penelitian dalam rangka promosi kesehatan. *Needs assessment* ini lebih mengarah pada bentuk penelitian *survey explanatory*, dengan pengujian hipotesis korelatif untuk melihat fenomena aktifitas fisik para lanjut usia yang tinggal di panti. Penulis menggunakan pendekatan kuantitatif dan diperkaya dengan pendekatan kualitatif, untuk melihat secara lebih jelas korelasi antara variabel independen dan dependen.

Langkah awal sebelum pengkajian adalah menentukan kerangka pikir penelitian, dengan mengacu pada tujuan yang ingin dicapai dari Tugas Akhir ini. Kerangka pikir model konseptual akan memandu penulis dalam menjalani proses pengambilan data sampai dengan menyajikan hasil penelitian, sehingga dapat dipahami oleh pembaca. Konsep model dimaksud adalah berupa pola-pola hubungan antara variabel-variabel independen yang mempengaruhi variabel dependen, sebagai berikut :



Gambar 3.1 : x1 dan x2 sebagai variabel independen yang mempengaruhi variabel dependen y

Definisi operasional dari masing-masing variabel di atas adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 : Pengelompokan Variabel, Definisi, Skala dan Hasil Ukur

Variabel	Definisi Operasional	Skala	Hasil Ukur
<i>Self-efficacy</i>	Keyakinan seseorang pada diri sendiri untuk menunjukkan kemampuan melakukan tugas tertentu, meskipun mengalami rintangan dan hambatan	Ordinal	0 – 40 = rendah 50 – 70 = sedang 80 – 100 = tinggi
Dukungan sosial	Sebuah perlakuan dari orang-orang terdekat, berupa cinta, perhatian dan penilaian, dan salah satu bagian dari komunikasi dan bentuk hubungan kewajiban dari orang tua, pasangan, orang yang dicintai, famili, teman dan komunitas yang sering dijumpai	Ordinal	0 = tidak pernah 1 = jarang/ Kadang-kadang 2 = sering
Aktifitas fisik	Tingkatan dari kegiatan tubuh termasuk perpindahan massa tubuh yang dihasilkan oleh kontraksi otot dan tulang dan yang sangat substansial meningkatkan pengeluaran	Ordinal	1 = <i>precontemplation</i> 2 = <i>contemplation</i> 3 – 4 = <i>preparation</i> 5 – 7 = <i>active</i> 8 = <i>maintenance</i>

Setelah menentukan konsep model, selanjutnya adalah menentukan hipotesis penelitian. Adapun hipotesis ini merupakan pernyataan positif penelitian, berupa jawaban sementara atas pertanyaan penelitian. Hipotesis ini berguna untuk proses analisa data. Sebelum hipotesis disusun, penulis akan menyajikan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

Pertanyaan 1 : " *Variabel/Peubah independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel/peubah dependen ?* "

Pertanyaan 2 : " *Apakah hubungan diantara variabel/peubah independen dan variabel/peubah dependen dipengaruhi oleh variabel/peubah lain atau tidak ?* "

Penggunaan kata variabel selanjutnya bisa digantikan dengan kata peubah. Hipotesis yang penulis tegakkan untuk menjawab pertanyaan penelitian tersebut adalah :

Hipotesis 1 : “ Ada hubungan antara *self-efficacy* dan dukungan sosial dengan tingkat aktifitas fisik lanjut usia “

Hipotesis 2 : “ Ada pengaruh dari status kesehatan lanjut usia saat ini, yang mempengaruhi korelasi antara peubah independen dengan tingkat aktifitas fisik lanjut usia “

3.1. Tempat penelitian

Penelitian mengambil tempat di panti tresna werdha milik pemerintah kota Bekasi. Tempat ini dipilih dengan beberapa alasan, yaitu : mudah dicapai, mudah menghimpun bila diperlukan, karakteristik lanjut usia cenderung homogen, sarana dan prasarana untuk aktifitas fisik tersedia, terdapat *care giver* dari latar belakang kesehatan (dokter dan perawat) dan *social workers*. Selain itu jarang sekali (penulis belum menemukan referensi dari penelitian dimaksud) penelitian yang mengambil kehidupan Lanjut Usia di panti.

3.2. Partisipan

Pemilihan sampel ini menggunakan teknik *judgement sampling*, artinya memilih sampel dengan cara memakai proses seleksi bersyarat. Sampel yang digunakan adalah Lanjut Usia yang tinggal di panti, tidak mengalami gangguan pendengaran, dapat berkomunikasi (menggunakan bahasa Indonesia), jenis kelamin laki-laki maupun perempuan, tidak sedang menderita sakit yang parah sehingga tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari (seperti sedang dirawat atau *bed rest total*).

3.3. Pengukuran dan alat pengkajian

Penulis menggunakan alat ukur yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya, karena alat tersebut adalah orisinil yang dipakai oleh penemunya sendiri. Penulis menerjemahkan item alat ukur tersebut dari buku rujukan dan hasil penelitian di jurnal *on line*. Setelah diterjemahkan, kemudian penulis melakukan *face validity* dengan pembimbing TA.

Ada beberapa alat pengkajian yang digunakan, antara lain :

- a. PACE (*Patient-Centered Assessment and Counseling for Exercises*) yang dimodifikasi sesuai dengan aktifitas fisik yang biasa dilakukan oleh para Lanjut Usia di Indonesia secara umum. Format PACE ini terdiri dari dua buah yaitu : Format Status Aktifitas Fisik Klien Saat Ini, terdiri dari 8 item. Item pertama adalah tingkat *pre-contemplation*, item 2 adalah tingkat *contemplation*, item 3 dan 4 adalah tingkat aktifitas *preparation*, item 5,6 dan 7 adalah tingkat *active*, dan item 8 adalah *maintenance*. Format *Physical Activity Readiness Questionnaire* (PAR-Q) digunakan untuk melihat pengaruh status kesehatan terhadap *readiness to change* (kesiapan berubah) bagi klien, yang terdiri dari tujuh pertanyaan dengan jawaban ya atau tidak. Format hanya digunakan bagi responden yang saat dikaji tidak sedang dirawat, *bed rest*, menderita penyakit karena infeksi saluran pernapasan, pencernaan, dan organ dalam lainnya, dengan tujuan untuk mengurangi bias sampel. Peubah aktifitas fisik di atas merupakan peubah dependen yang dipengaruhi oleh peubah independen. Data status kesehatan, yang dikaji dengan menggunakan format PAR-Q, diduga merupakan faktor *confounding* para lanjut usia dalam melakukan aktifitas fisik mereka. Oleh karena itu adanya faktor ini menjadikan pembahasan tersendiri di dalam BAB IV, guna menjawab pertanyaan penelitian kedua.
- b. Pengukuran *Self-efficacy* menggunakan alat *The Self-Efficacy Scale for Exercise* (Bandura, 1997), Skala ini terdiri dari 18 item, dengan skor nilai dari nol sampai dengan 100. Skore 0 – 40 adalah kelompok *low self-efficacy*, skore 50 – 70 adalah kelompok *middle self-efficacy*, 80 – 100 adalah kelompok *high self-efficacy*. *Self-efficacy* ini merupakan peubah independen yang diduga mempengaruhi tingkat aktifitas fisik para lanjut usia.
- c. Pengukuran dukungan sosial menggunakan *The Social Support Scale* (Chogahara Makoto, 1999), terdiri dari 15 item. Item 1, 2, 3, dan 5 merupakan *companionship support*, item 4, 6, 7, 8, 9, dan 10 merupakan *informational support*, item nomor 11 sampai dengan 15 merupakan jenis *emotional support*. Dukungan sosial ini merupakan peubah independen yang juga mempengaruhi aktifitas fisik mereka. Skala dukungan sosial ini menggunakan range 0 – 2 menurut skala Likert, dengan nilai nol artinya tidak pernah sama sekali mendapatkan dukungan sosial, nilai satu artinya

jarang, dan nilai dua sering mendapatkan *social support* dari teman maupun petugas kesehatan.

- d. Karakteristik sosiodemografik, meliputi data tentang umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lama tinggal di panti. Karakteristik ini juga akan memberi gambaran tentang korelasi antara peubah-peubah tersebut dengan tingkat aktifitas fisik para lanjut usia. Peubah sosiodemografik merupakan peubah independen yang akan ikut mempengaruhi tingkat aktifitas fisik. Walaupun tidak termasuk dalam pembahasan konsep model, pengaruh ini tetap memberikan makna tersendiri dan akan dibahas dalam porsi kecil.

3.4. Teknik Pengambilan data

Teknik pengambilan data, penulis lakukan dengan menggunakan tiga cara, yaitu *indepth interview* pada para *care giver*, *Focus Group Discussion* (FGD) pada para lanjut usia, dan pengambilan data menggunakan alat ukur, seperti yang sudah penulis jabarkan sebelumnya.

3.5. Prosedur analisis data

3.5.1. Analisis deskriptif (univariat)

Tujuan dari analisis ini adalah untuk menjelaskan karakteristik masing-masing peubah yang diteliti, dengan mencari nilai prosentasi. Data yang dianalisis menggunakan cara ini antara lain data sosiodemografik berupa umur, jenis kelamin, tingkat pengetahuan, lama tinggal di panti.

3.5.2. Analisis bivariat

Setelah diketahui karakteristik masing-masing peubah maka analisis dilanjutkan dengan melihat hubungan masing-masing peubah independen dengan satu peubah dependen.

Bentuk dari hubungan peubah tersebut adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2 Jenis uji hubungan peubah independen dan dependen

Peubah independen	Peubah dependen	Jenis Uji
Peubah self-efficacy Ordinal – kategorik	Kategorik	Regresi Logistik
Peubah dukungan sosial Ordinal – kategorik	Kategorik	Regresi Logistik

Pengujian terakhir adalah analisa *Co-Variance* (ANCOVA) yang digunakan untuk menguji status kesehatan, dukungan sosial dan *self-efficacy* bersamaan, didasarkan pada perbedaan kondisi lanjut usia yang mengalami gangguan kesehatan seperti menderita arthritis rematoid, osteoporosis, hipertensi, atau penyakit kronis lain. Analisa ini untuk membuktikan pertanyaan penelitian bahwa peubah independen berhubungan langsung dengan peubah dependen dan tidak terdapat faktor *confounding* dan peubah mediator.

3.6. Teknik pengolahan data

Teknik pengolahan data kuantitatif menggunakan SPSS Versi 13.0, sedangkan. Adapun data kualitatif dari *indepth interview* dan FGD diolah menggunakan sistim IN VIVO Versi 2.0.

4. ANALISA

4.1. Hasil Pengolahan Data

4.1.1. Persiapan

Kegiatan *needs assessment* ini dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Juni 2008 (jadwal terlampir). Dimulai dari pengurusan *advocacy* dan surat-menyurat ke pihak PSTW Budhi Dharma Bekasi pada bulan April. Kemudian setelah disetujui oleh kepala PSTW, penulis mulai berkenalan dengan staf pekerja sosial yang berhubungan langsung dengan pelayanan perawatan lanjut usia.

Guna memperlancar jalannya pengkajian maka dibentuklah tim pengkajian yang terdiri dari lima orang, masing-masing bertanggung jawab terhadap alat ukur atau format. Mereka adalah para *care givers*, terdiri dari tim kesehatan dan *social workers* yang tugas sehari-hari mereka berhubungan langsung dengan pelayanan para lanjut usia.

Langkah selanjutnya adalah menentukan sampel. Pemilihan sampel berdasarkan *judgement sampling*, artinya sampel dipilih berdasarkan syarat tertentu. Terpilih sebanyak 67 orang lanjut usia dari 111 orang yang tinggal di panti, berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan, yang dapat diajak berkomunikasi.

Persiapan lain yang penulis lakukan adalah waktu pengkajian. Tim menentukan waktu pengkajian di pagi hingga siang hari menjelang makan siang, dengan alasan kalau pagi para lanjut usia tersebut masih dalam keadaan segar fisiknya. Kecuali bila dengan alasan tertentu seperti lanjut usia tersebut sedang pergi, sedang melakukan aktifitas keterampilan, tidak mau diganggu, atau salah seorang tim pengkajian sedang melaksanakan tugas yang lain, maka pengkajian dilakukan sore hari. Tim pengkajian mendatangi para lanjut usia tersebut satu persatu di wisma dimana mereka tinggal.

4.1.2. Pelaksanaan

Pelaksanaan *needs assessment* dimulai bulan Mei dan berakhir di bulan Juni tanggal 15 Juni 2008. Saat wawancara tim pengkajian harus menerangkan dengan pelan dan banyak menggunakan *probing*. *Rapport* dibina dengan cara bila lanjut usia

tidak mau diwawancarai pada saat tim pengkajian datang, maka saat itu diisi dengan bincang-bincang ringan yang sifatnya menghibur, seperti memberikan kesempatan kepada mereka untuk bercerita apa saja yang mereka ingin ungkapkan.

Panti tresna werdha merupakan salah satu panti yang sering digunakan untuk tempat praktek para mahasiswa keperawatan maupun dari jurusan lain, sehingga karena padatnya jadwal praktek oleh institusi pendidikan tersebut, maka jadwal pengambilan data menjadi memanjang. Selain itu juga target setiap hari 10 orang Lanjut Usia tidak dapat dilakukan sesuai rencana, karena kondisi tertentu.

Pada saat setelah mengkaji data tentang tingkat aktifitas fisik para lanjut usia, mereka langsung diberitahu bahwa aktifitas fisik mereka berada pada level tertentu (*precontemplation, contemplation, preparation, active* atau *maintenance*).

Indepth interview dilakukan pada lima orang petugas panti, yang terdiri dari satu orang *social workers* yang menjabat sebagai kepala seksi pelayanan klien, satu orang dokter, satu orang perawat, satu orang sarjana psikolog, dan satu orang *social workers* pelaksana. Wawancara dilakukan secara terpisah. Data yang ingin diungkap oleh penulis adalah persepsi petugas tentang aktifitas fisik, meliputi pengertian aktifitas fisik, manfaat, kendala yang dihadapi, faktor yang mendukung, dan upaya yang dilakukan oleh petugas serta kebijakan institusi terhadap kegiatan aktifitas fisik itu sendiri. Selain itu penulis juga ingin mengetahui lebih dalam dukungan sosial yang diberikan oleh petugas kepada para lanjut usia tersebut.

FGD dilakukan untuk mengetahui persepsi lanjut usia terhadap aktifitas fisik. Pelaksanaan FGD mengalami hambatan dalam hal pemilihan sampel dan pelaksanaan. Jadwal kegiatan penelitian penulis sering berbenturan dengan kesibukan panti seperti persiapan menyambut Hari Lansia, kedatangan tim inspektorat dan hal lainnya. Beberapa orang Lanjut Usia sempat mengundurkan diri dan tidak mau untuk menjadi peserta FGD. Selama FGD berlangsung penulis juga mengalami kesulitan dalam menggali persepsi mereka tentang Lanjut Usia karena faktor ketuaan tersebut.

Pada akhir pengumpulan data ternyata hanya terkumpul 43 format pengkajian yang terisi lengkap, karena di tengah jalan responden mengundurkan diri atau tidak bisa diwawancarai, dengan alasan sakit, tidak mau ditemui, dan pergi. Responden

tersebut dianggap gugur dan tidak diikuti sertakan dalam proses karena waktu pengkajian yang sudah selesai.

4.1.3. Hasil, interpretasi dan analisa data

4.1.3.1. Hasil pengolahan data deskriptif

Berikut ini adalah hasil data karakteristik klien :

- * Kelompok umur penghuni panti jompo yang paling dominan adalah kelompok umur 61-67 tahun sebesar 41,79 %, kemudian kelompok umur 68-74 tahun sejumlah 34,33% dan yang paling sedikit adalah kelompok umur 54-60 tahun serta 82-88 tahun.
- * *Pie chart* tentang agama yang dianut oleh Lanjut Usia ada dua agama, yaitu Islam sebanyak 86,57% dan Kristen sebanyak 13,43%.
- * Tingkat pendidikan para penghuni panti didominasi oleh lulusan SD (31,34%), SMP sebesar 17,91% namun ada juga yang sampai tingkat S2. Tidak sedikit pula penghuni panti yang tidak sekolah.
- * Responden terdiri dari berbagai etnis, tetapi etnis yang paling banyak adalah Jawa sebesar 26,87 % dan disusul kemudian Sunda (14,93 %), sedangkan etnis lainnya berasal dari Sumatra dan Kalimantan.
- * Latar belakang pekerjaan mereka sebelum tinggal di panti paling banyak adalah dari umum/swasta (seperti pedagang, buruh pabrik, pegawai kantor swasta, dan lain-lain) sebesar 73,13 %, dan veteran sejumlah 8,96 %. Menilik sejarah pendirian panti *tresna werdha* tersebut, memang awal mula didirikan panti adalah untuk menampung para veteran dan warakawuri. Dengan berkembangnya jaman panti menerima juga dari umum seperti lanjut usia yang diserahkan keluarganya ke panti, swasta dan mandiri (atas kemauan sendiri) dan tidak mempunyai tempat tinggal.
- * Para lanjut usia kebanyakan adalah janda dan dua. Bila ada yang menikah, status perkawinan para responden didapatkan setelah mereka tinggal di panti, dan pasangan mereka adalah sesama penghuni panti.
- * Data tentang lama tinggal di panti, kebanyakan responden yang paling lama tinggal di panti selama 16 tahun dan berasal dari veteran, tetapi jumlahnya

hanya 1,49% saja.

Berikut ini adalah hasil analisa deskriptif untuk menggambarkan karakteristik dukungan sosial, meliputi :

* Alasan tinggal di panti.

Hasil *pie chart* di lampiran memperlihatkan bahwa alasan para penghuni panti masuk ke panti cukup beragam, namun alasan yang paling dominan dari data yang diperoleh adalah karena para penghuni ingin bersama-sama tinggal dengan sesama lanjut usia (22,39%).

* Gambar di atas memperlihatkan anggota keluarga yang sering menjenguk adalah anak sebesar 26,87 %. Biasanya anak yang tinggal paling dekat dengan panti (dalam ukuran jarak).

* Frekuensi bertemu dengan keluarga yang paling sering adalah setiap sebulan sekali sebanyak 23,88 %. Tetapi tidak diketahui kualitas dari pertemuan itu sendiri. Bila dikaitkan dengan anggota keluarga yang sering menjenguk, maka terlihat bahwa anggota keluarga yang paling sering menjenguk adalah anak kandung.

* Sebanyak 52,24 % para lanjut usia yang tinggal di panti ditanggung oleh pemerintah. Sedangkan sebagian kecil saja (4,48 %) yang ditanggung oleh keluarga (anak) dengan mengikuti program mandiri (lihat Profil Panti).

* Sebagian besar (52,24%) responden Lanjut Usia mempunyai sahabat atau teman dekat di panti. Terdapat data *missing* cukup besar dikarenakan responden tidak mau menjawabnya.

* Hubungan yang tercipta antara responden Lanjut Usia dengan petugas/*care giver* terlihat 50,75 % baik, dan sisanya responden mengaku berhubungan baik sekali dan cukup baik.

4.1.3.2. Hasil pengolahan data inferensial

a. Model Regresi Logistik

Pengolahan data secara inferensial ini akan (analisa bivariat) menggunakan Regresi Logistik, yaitu suatu metode dasar untuk menganalisa peubah respon (variabel independen) yang terdiri dari dua data jenis

kategorik atau lebih dengan satu peubah penjelas (variabel dependen).

b. Model Regresi Logistik Ordinal

Jika terdapat beberapa kategori respon yang terurut atau skala ordinal maka dapat dibuat suatu model yang spesifik yang merupakan modifikasi dari model regresi logistik binary yaitu regresi logistik ordinal. Dalam kasus ini respon merupakan aktivitas fisik yang terbagi dalam 5 kategori terurut, yaitu *precontemplation* (1), *contemplation* (2), *preparation* (3), *active* (4), dan *maintenance* (5). Sedangkan peubah-peubah bebas yang akan diteliti adalah *self-efficacy* (x1) dan *social-support* (x2). Peubah bebas pertama (x1) dibagi menjadi 3 kategori :Rendah = 0, Sedang = 1, Tinggi = 2, sedangkan untuk peubah bebas kedua dibagi ke dalam 3 kategori yaitu : Tidak pernah =0, Jarang / kadang-kadang =1, Sering = 2. Berdasarkan karakteristik peubah bebas maupun peubah respon maka kasus ini digolongkan ke dalam model regresi logistik ordinal.

Berdasarkan tabulasi data tentang aktivitas fisik, dari 43 orang responden terdapat enam responden (14.0%) yang digolongkan ke dalam golongan *precontemplation*, 18 responden (41.9%) digolongkan ke dalam golongan *preparation*, delapan responden (18.6%) digolongkan menjadi golongan *active*, 11 responden (25.6%) digolongkan ke dalam golongan *maintenance*.

Berdasarkan tabulasi data tentang *self efficacy*, dari 43 orang responden, terdapat satu orang (2.3%) yang memiliki *self efficacy* rendah, 18 orang (41.9%) memiliki *self efficacy* sedang, dan 24 orang (55.8%) memiliki *self efficacy* tinggi.

Berdasarkan tabulasi data tentang dukungan sosial, dari 43 orang responden terdapat 12 orang (27.9%) yang jarang atau kadang-kadang mendapatkan dukungan sosial, dan 31 orang responden (72.1%) yang sering mendapatkan dukungan sosial..

Penjelasan dari kedua tabel di atas adalah bahwa nilai *threshold* ($y=1$), *threshold* ($y=3$), dan *threshold* ($y=4$) adalah nilai dugaan intersep untuk peluang kumulatif dari *precontemplation*, *preparation*, dan *active*, sedangkan *contemplation* tidak ada karena tidak ada responden yang termasuk dalam

golongan tersebut. Dan golongan *maintenance* tidak ada karena peluang kumulatifnya sebesar 1 sehingga tidak ditampilkan.

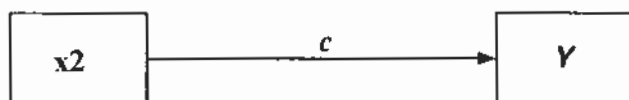
Berdasarkan uji signifikansi parameter secara serentak, didapatkan *p-value* sebesar 0.316, bila digunakan taraf alfa sebesar 15% maka kita tidak dapat menyimpulkan bahwa model regresi ordinal dengan peubah penjelas x_1 dan x_2 berpengaruh nyata terhadap y . Namun dengan menggunakan uji parsial dengan taraf alpha sebesar 15%, maka hanya peubah x_2 yang berpengaruh nyata terhadap peubah y . Sehingga langkah selanjutnya adalah membangun sebuah model regresi ordinal dengan hanya menggunakan peubah penjelas x_2 .

Proses selanjutnya adalah mengujikan lagi peubah x_2 dengan peubah y , untuk membuktikan bahwa x_2 berpengaruh terhadap peubah y . Nilai *threshold* ($y=1$), *threshold* ($y=3$), dan *threshold* ($y=4$) adalah nilai dugaan intersep untuk peluang kumulatif dari *precontemplation*, *preparation*, dan *active*, sedangkan *contemplation* tidak ada karena tidak ada responden yang termasuk dalam golongan tersebut. Dan golongan *maintenance* tidak ada karena peluang kumulatifnya sebesar 1 sehingga tidak ditampilkan.

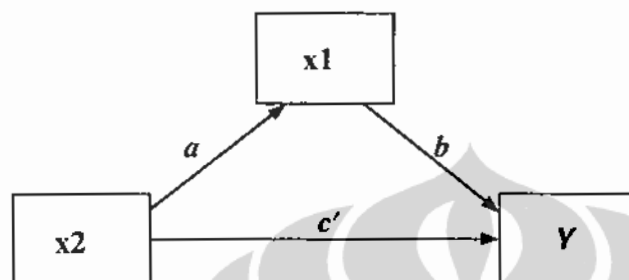
Berdasarkan uji signifikansi parameter secara serentak, didapatkan *p-value* sebesar 0.077, bila digunakan taraf alfa sebesar 10% maka kita dapat menyimpulkan bahwa model regresi ordinal dengan peubah penjelas x_2 berpengaruh nyata terhadap y . Karena kita sedang meneliti sebuah kasus pada bidang sosial maka digunakan ukuran kelayakan model yang tidak terlalu sensitif, yaitu metode *Pearson*.

Berdasarkan uji kelayakan model menggunakan metode *Pearson*, didapatkan *p-value* sebesar 0.130, sehingga dapat dikatakan model tersebut cukup layak dengan taraf nyata alpha sebesar 10%. Selain menggunakan model regresi logistik ordinal dengan respon y dan peubah bebas x_2 , dalam model ini juga ditambahkan sebuah peubah mediator x_1 . Penulis menggunakan sistim SAS (*Statistic Analyzing Software*) versi 9.1, dengan alasan sistim SPSS tidak cukup peka membuktikan hubungan yang terjadi antara y , x_1 dan x_2 . Guna mempermudah proses berpikir, maka penulis perlu memasukkan skema hubungan antar peubah, sebagai berikut :

Panel A



Panel B



Gambar 4. 1 Skema hubungan langsung dan hubungan peubah X1 sebagai mediator

Ilustrasi pada panel A adalah gambaran tentang model antara respon y dan peubah bebas x_2 secara langsung. Sedangkan pada panel B, ada sebuah peubah mediator yaitu x_1 yang memberikan efek secara tidak langsung terhadap y .

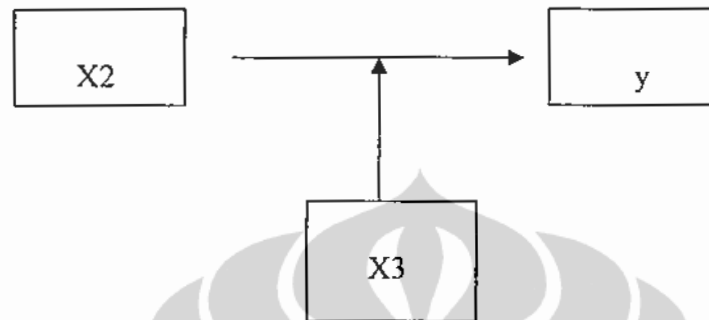
Pada panel B terdapat tiga hubungan antara respon (y), peubah bebas x_2 , dan peubah mediator x_1 . Lambang (a) di panel B adalah gambaran model yang menghubungkan antara x_2 dan x_1 . Lambang (b) di panel B adalah gambaran model yang menghubungkan antara peubah mediator x_1 dan respon (y). Lambang (c') di panel B adalah gambaran model yang menghubungkan antara x_2 dan y dengan peubah mediator x_1 .

Berdasarkan *output* SAS 9.1 menggunakan *Sobel Test* pada *Bootstrap distribution* untuk menguji apakah mediator memang berpengaruh nyata terhadap respon dengan peubah bebas x_2 , didapatkan hasil sebagai berikut :

$$H_0 : \beta(yx_1.x_2) = 0 \quad \text{vs} \quad H_1 : \beta(yx_1.x_2) \neq 0$$

Maka dengan *p-value* pada *Sobel Test* sebesar 0.6635, maka H_0 tidak dapat ditolak, sehingga x_1 kemungkinan besar bukan merupakan peubah mediator pada model dengan peubah respon y dan peubah bebas x_2 .

Langkah terakhir adalah pembuktian untuk menjawab pertanyaan penelitian kedua yaitu terdapat faktor lain yang mempengaruhi hubungan x_2 dengan peubah y . Data diolah menggunakan perangkat software SPSS versi 13.0. Skema hubungan kedua peubah adalah seperti panel berikut ini :



Gambar 4.2 Skema hubungan peubah dukungan social (x_2) terhadap aktifitas fisik (y) yang dipengaruhi oleh status kesehatan fisik (x_3)

Berdasarkan p -value sebesar 0.030 maka pada taraf alpha 10%, H_0 dapat kita tolak dan kita menyimpulkan bahwa x_3 berpengaruh nyata pada hubungan antara x_2 dengan y . Dengan kata lain x_3 adalah sebuah peubah *confounding* pada peubah respon y .

4.1.3.3. Hasil pengolahan data *indepth interview*

Indepth interview dilakukan pada lima orang petugas panti, yang terdiri dari satu orang *social workers* yang menjabat sebagai kepala seksi pelayanan klien, satu orang dokter, satu orang perawat, satu orang sarjana psikolog, dan satu orang *social workers* pelaksana. Wawancara dilakukan secara terpisah. Data yang ingin diungkap oleh penulis adalah persepsi petugas tentang aktifitas fisik, meliputi pengertian aktifitas fisik, manfaat, kendala yang dihadapi, faktor yang mendukung, dan upaya yang dilakukan oleh petugas serta kebijakan institusi terhadap kegiatan aktifitas fisik itu sendiri. Selain itu penulis juga ingin mengetahui lebih dalam dukungan sosial yang diberikan oleh petugas kepada para lanjut usia tersebut.

Hasil *indepth interview* pada para petugas memberikan hasil bahwa yang paling banyak melakukan aktifitas fisik adalah Lanjut Usia wanita, dibanding dengan laki-laki. Petugas panti juga melihat jenis aktifitas fisik mereka beragam, tergantung dari minat dan perhatian terhadap penggunaan waktu luang, misal jalan pagi, senam krida prana, lari-lari kecil dan berkebun. Lanjut Usia laki-laki banyak melakukan aktifitas fisik berupa menanam, berkebun, dan membersihkan wisma, sedangkan yang perempuan aktifitas fisik berupa senam dan membersihkan wisma.

Informasi dari petugas kesehatan tentang persepsi para lanjut usia tentang upaya mempertahankan kesehatan tubuh, ternyata para lanjut usia sebagian besar suka sekali datang ke klinik untuk sekedar minta obat. Macam obat bisa bermacam-macam, dari mulai obat kulit seperti bedak, balsam sampai dengan obat sakit kepala. Para lanjut usia merasa nyaman kalau dia sudah menyimpan obat. Bahkan yang tidak sakitpun bila melihat temannya datang dengan membawa obat dari klinik, maka lanjut usia tersebut juga berusaha untuk mendapatkan obat yang sama seperti yang diperoleh temannya tadi.

Para petugas di panti menganggap bahwa kegiatan yang mereka (para lanjut usia) lakukan sehari-hari selama ini adalah bentuk dari aktifitas fisik. Selain olah raga (jalan pagi, lari-lari kecil dan senam), berkebun, piket ruangan, mengepel, berkebun, menyapu halaman, dan membersihkan kamar mandi juga merupakan bentuk aktifitas fisik. Alasan para petugas adalah dengan aktifitas tersebut para lanjut usia sudah cukup mengeluarkan energi yang banyak.

Bagi para lanjut usia yang mengalami kelemahan fisik, para petugas berusaha meyakinkan mereka bahwa duduk di kursi dengan menggerak-gerakkan tangan dan anggota tubuh yang masih sehat pun sudah cukup. Kegiatan ini dapat dilakukan sambil tiduran, yang penting mereka tetap rutin melatih anggota tubuh mereka.

Penyebab responden tidak mau beraktifitas fisik antara lain masalah pribadi yang menyangkut keluarga, kepribadian (malas), masalah dengan

teman, sudah tua sekali, capek, merasa sudah bersih-bersih kamar sehingga tidak perlu senam serta kesehatan fisik. Menurut para petugas, latar belakang kehidupan para lanjut usia sebelum tinggal di panti mempengaruhi perilaku sehat mereka saat tinggal di panti. Contoh lanjut usia yang pada saat mudanya senang olah raga, walaupun hidup di panti dia tetap menjalankan kebiasaan dan hobinya tersebut dalam kadar tertentu sesuai dengan kekuatan tubuhnya. Upaya yang dilakukan oleh petugas dalam mengatasi hambatan ini adalah memberikan motivasi, sedangkan *reward* dan *punishment* kurang efektif dampaknya. Hal ini terlihat pada tingkat kehadiran senam yang dilaksanakan setiap dua kali dalam satu minggu adalah orang yang sama. Selain itu upaya para petugas adalah mengadakan piket di tiap-tiap wisma untuk menjaga kebersihan wismanya masing-masing. Selain itu dengan adanya piket dimungkinkan para lanjut usia tersebut bergerak secara fisik. Bila ada yang piket pada hari tersebut, tetapi dia menderita sakit, maka piket diganti oleh temannya yang lain.

Manajemen panti menyediakan sarana dan prasarana yang cukup memadai agar para Lanjut Usia dapat melakukan aktifitas fisik mereka, seperti *treadmill* dan sepeda statis. Hanya pemanfaatannya saja yang belum optimal, alasannya tidak ada pelatih yang khusus untuk memandu para lanjut usia tersebut. Para petugas menganggap ragam dari kegiatan aktifitas fisik yang diterapkan sekarang ini sudah cukup memadai.

Matriks tentang *indepth interview* dibuat di halaman tersendiri pada halaman terakhir dari bab ini.

4.1.3.4. Hasil pengolahan data FGD

Penulis mengalami sedikit hambatan dalam pemilihan responden, mengingat jumlah sampel yang kecil, terutama untuk sampel jenis kelamin laki-laki. Penulis hanya menggunakan empat kelompok. Seharusnya menggunakan delapan kelompok dengan perincian, empat kelompok wanita dan empat kelompok pria. Dari masing-masing kelompok wanita dan pria dibagi lagi menjadi dua kategori yaitu dua kelompok lanjut usia yang tidak

mengalami gangguan kesehatan, dan dua kelompok lanjut usia yang mengalami gangguan kesehatan.

Transkrip FGD juga diolah dengan menggunakan sistim IN VIVO 2.1. Penulis menggunakan empat kategori kelompok, yaitu dua kelompok putri dan dua kelompok putra. Kelompok tersebut dipilih berdasarkan latar belakang pendidikan dan bisa diajak komunikasi, dan tidak mengalami hambatan fisik berupa imobilisasi.

Kelompok satu FGD wanita terdapat satu orang yang berstatus menikah. Suaminya adalah lanjut usia yang tinggal di panti juga. Sedangkan pada kelompok satu FGD laki-laki terdapat dua orang yang berstatus menikah dengan sesama lanjut usia yang tinggal di panti. Proses FGD pada kelompok dua FGD laki-laki mengalami pengulangan, karena ada peserta yang mengundurkan diri saat FGD berlangsung.

Keempat kelompok mempunyai karakteristik yang berbeda-beda setelah mereka mengikuti sesi FGD. Kelompok pertama FGD wanita terlihat aktif, antusias, dan gembira. Kelompok ini menilai bahwa aktifitas itu wajib dilakukan tiap hari secara rutin. Aktifitas fisik bagi mereka sudah merupakan kebutuhan. Bila mereka meninggalkan satu hari tidak beraktifitas fisik, maka mereka merasa badan pegal-pegal dan berasa sakit semua. Oleh karena cara yang paling mereka yakini dapat mempertahankan tingkat aktifitas fisik mereka adalah dengan selalu memotivasi diri sendiri agar tetap giat dan semangat beraktifitas fisik.

Kelompok kedua FGD wanita mempunyai karakteristik bahwa aktifitas fisik dilakukan bila ada waktu luang. Mereka lebih sibuk untuk mengatur, membersihkan dan memelihara kebersihan wisma. Mereka juga berpendapat bahwa aktifitas fisik itu adalah kegiatan dari bangun tidur pagi sampai dengan malam menjelang tidur..

Peserta kelompok FGD ketiga putra saat diskusi paling susah mengeluarkan pendapatnya. Penulis banyak menggunakan kata tanya dengan " Apa ", " sebutkan ", selain itu penulis banyak menggunakan teknik *leading* dalam mengarahkan jawaban peserta diskusi. Hal ini mungkin disebabkan

karena peserta diskusi banyak yang berusia lebih dari 80 tahun, dan sudah 5 tahun lebih tinggal di panti. Mereka menganggap aktifitas fisik mereka adalah kegiatan harian atau tugas rutin sehari-hari seperti membersihkan wisma, membersihkan halaman dan kegiatan rutin sehari-hari lainnya.

Peserta kelompok FGD keempat lebih dinamis dibandingkan dengan kelompok tiga. Hal ini terlihat dari jawaban yang diberikan oleh mereka lebih beragam, dan penulis sedikit menggunakan teknik *leading* selama diskusi berlangsung. Pola aktifitas fisik di kelompok empat ini cenderung berkebun, membaca, dan beternak binatang dibandingkan dengan aktifitas fisik yang kearah latihan atau olah raga. Penulis belum bisa menggali persepsi peserta diskusi kelompok empat ini tentang akibat bila tidak beraktifitas fisik, karena peserta diskusi sudah mulai gelisah ingin selesai.

Matriks FGD untuk empat kelompok dibuat pada halaman tersendiri di halaman akhir dari bab ini.

4.2. Pembahasan Hasil Pengolahan Data

Dalam melakukan *needs assessment* ini penulis menggunakan berbagai teknik analisa kuantitatif dan kualitatif. Analisa kuantitatif digunakan dengan alasan penulis ingin melihat faktor apa yang paling berpengaruh terhadap tingkat aktifitas fisik para lanjut usia yang tinggal di panti. Dengan landasan tersebut diharapkan akan berguna dalam penyusunan rencana penyusunan *self-monitoring program*, terutama dipandang dari sudut faktor pendukung.

Analisa kualitatif berguna untuk mendukung analisa kuantitatif, terutama tentang apa yang paling dirasakan dan diinginkan oleh para lanjut usia. Diharapkan data kualitatif tersebut lebih menggali faktor internal (diri sendiri) para lanjut usia, khususnya tentang perilaku aktifitas fisik mereka selama hidup di panti.

Pemilihan tempat penelitian di panti menjadikan sampel bersifat homogen. Konsekuensinya adalah sampel mempunyai derajat keseragaman (*degree of homogeneity*) yang cenderung sama. sehingga makin seragam populasi makin kecil sampel yang dapat diambil (satu satuan elementer saja dari seluruh populasi sudah cukup representatif untuk diteliti) dan tingkat presisinya menjadi lebih kecil. Tingkat presisi berhubungan negatif

dengan tingkat kesalahan, artinya makin besar presisi maka makin kecil *error* atau kesalahan yang terjadi.

4.2.1. Pembahasan Dukungan Sosial

Mengacu pada studi Chogahara (1999), Wilcox, Bopp, Oberrecht, Kammermann dan McMurray (2003), serta studi Ortega-Smith, Payne, Mowen, Ho, Godbey (2007), penulis juga telah membuktikan bahwa dukungan sosial adalah prediktor utama yang mempengaruhi tingkat perilaku aktifitas fisik golongan lanjut usia yang hidup di lingkungan panti.

Penulis telah menjabarkan dalam kerangka teori bahwa individu dalam beraktifitas fisik, dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya *self-efficacy* (x_1) dan dukungan sosial (x_2) yang berada di lingkungannya. Uji statistik membuktikan bahwa dua faktor tersebut adalah yang paling berpengaruh pada lanjut usia dalam melakukan aktifitas fisik mereka. Hipotesis yang pertama dari penulis adalah bahwa terdapat hubungan antara peubah independen (*self-efficacy* dan dukungan sosial) yang mempengaruhi peubah dependen (aktifitas fisik). Tetapi setelah dilakukan uji statistik, hanya peubah dukungan sosial saja yang berpengaruh signifikan terhadap aktifitas fisik, sedangkan peubah *self-efficacy* kurang berpengaruh.

Bila dihubungkan dengan data kualitatif yang penulis dapatkan, ternyata para lanjut usia tersebut, terutama ketua wisma atau lanjut usia yang ditunjuk sebagai ketua senam selalu memberikan semangat agar mereka mau mengikuti aktifitas fisik (senam) yang diselenggarakan setiap hari Rabu dan Sabtu. Ini membuktikan bahwa teman sewisma (faktor dominasi) sangat mempengaruhi individu lanjut usia dalam melakukan aktifitas fisik mereka. Sebagian besar dari mereka lanjut usia, 52,24 % diantaranya mempunyai sahabat, dan hanya 4,48 % yang tidak mempunyai sahabat. Pembuktian lain melalui hasil FGD adalah sebagai berikut :

“ Ya kalau kita ya, apalagi saya sebagai pelatih senam, ya kalau pagi itu ya sudah saya umumkan, supaya untuk demi kesehatan mbah-mbah sendiri, ternyata yang pada bawa tongkat ya malah gerak-gerak, trus tangannya saya suruh kembang-kembangkan (sambil mencontohkan gerakan tangan meremas-remas) saya kasih bola biar tangannya dimekar-mekarkan gitu, untuk kesehatan. Ya Alhamdulillah pada nurut orang-orangnya sekarang, jadi banyak sekarang ya di saung itu. Malah justru yang gitu-gitu yang rajin (sambil mencontohkan gerakan berjalan pincang,

sambil tangannya seolah-olah memegang tongkat) “ (Passage 1 of 3 Section 1.1.1.1.17, Paras 45 to 46, 658 chars)

“ Ya tetap saja. Kita itu ya kan sudah tua, ya kalau kita cepet-cepet dipanggil sama ALLOH..lha kalau ada apa-apa mau manja sama sapa? Manja kok disini. Saya bilang, ayo cepet keluar kamar. Gerakkan saja tangannya, begini (sambil mencontohkan gerakan tangan membuka dan menutup). Nah itu kan kalau olah raga itu kan obat juga, kesehatan ibu sendiri, nyatanya mau keluar. Ya kalau dituruti sih memang, kita kan sudah tua, ya jangan merasa kita sudah tu. Malah saya dulu ikut sepak bola wanita juga. Kebetulan itu ya lucunya, saya kan anggota sepak bola wanita Tegal, trus bertanding ke Jakarta, ehh, malah ketemu temen-temen veteran juga di sini. Lucunya itu “. (Passage 2 of 3 Section 1.1.1.1.36, Para 99, 663 chars).

“ ...kebetulan ada teman sekamar, kita bertiga, saya, bu Mardiyah sama mbah Ragil, nanti siapa yang rada ketinggalan dipanggil, jadi kita selalu bertiga “. (Passage 3 of 3 Section 1.1.1.1.21, Paras 73 to 78, 740 chars).

Hal di atas tadi adalah dukungan sosial dari teman yang mempunyai dampak positif. Tetapi terdapat pula pengaruh teman yang menimbulkan dampak negatif, ketika responden ditanya oleh penulis mengapa mereka tidak mau beraktifitas fisik, seperti pernyataan dari responden berikut ini :

“ Sebetulnya gini ya, sebetulnya saya pribadi pengen punya aktifitas fisik, sebetulnya kepingin, dan kalau saya itu secara teratur, tetapi terus jadi bingung. Bingungnya begini terus ada persaingan. Nah, ada persaingan, sebab di sini ada orang yang terlalu aktif, ada yang terlalu pasif gitu lo. Nah orang yang punya gairah aktif itu kepingin secara kontinyu, karena kalau temannya kerja dia nggak kerja kan malu nah gitu. Akhirnya itu yang membikin jadi ragu-ragu. Karena ada persaingan itu. Ini yang saya alami sendiri ya, la terus ada saja hal yang keliwatan, misalnya kita ini semua orang sepuh, orang tua itu kan banyak yang lupa, nah tiap hari kita itu mandi, berak, pipis, nah terus lupa membersihkan barang kita sendiri, dan akhirnya WC itu jadi kotor, bau “ (Passage 1 of 5 Section 1.2, Para 10, 773 chars).

“ Kalau saya kan gini bu, disini itu kan ada yang tua ada yang muda, kita harus bisa bedakan, jadi kalau ada perbedaan itu ya kita mengalah saja, saling nrimo saja, jadi kita anggap itu biasa, karena kita pergaulan “ (Passage 2 of 5 Section 1.5, Paras 23 to 26, 708 chars).

Faktor stres akibat dari hubungan pertemanan juga dapat mempengaruhi kesehatan para Lanjut Usia tersebut. Penelitian membuktikan bahwa faktor psikologis seperti depresi, pertengkaran dengan sesama Lanjut Usia yang hidup di asrama/panti meningkatkan resiko terjadinya *Influenza-Like Symptom (ILS)* (Gidron, Hassid,

Yisrael, & Bideman, 2005). Selain itu pernyataan tersebut di atas membuktikan bahwa efektifitas sebuah dukungan sosial dipengaruhi pula oleh pada “ siapa “ (teman) yang memberikannya.

Selain dukungan sosial dari teman, petugas panti juga merupakan faktor yang penting. Deskripsi dari data kuantitatif membuktikan bahwa terdapat 50, 75 % responden lanjut usia mempunyai hubungan yang baik dengan petugas panti. Hal ini juga terbukti dari pernyataan responden sebagai berikut :

“ Enak. Badan selalu kliatan seger, waktu dulu jalan pagi sama bu Umi, saya selalu ikut, tapi setelah bu Umi hamil saya sudah nggak pernah lagi “ (Passage 1 of 2 Section 0, Paras 37 to 44, 912 chars).

Pernyataan di atas didukung oleh kebijakan dan perhatian yang diberikan oleh petugas panti, baik tim kesehatan maupun *social workers*. Berikut ini adalah pernyataan petugas kesehatan :

“ Oh ya, kita panggil instruktur senam khusus, dan jenis latihannya pun yang sangat *low impact*, jadi cocok untuk mereka “. (Passage 2 of 2 Section 1.9, Paras 32 to 33, 164 chars).

“ Kalau faktor lingkungan saya kira tidak ada ya, karena sebetulnya fasilitas sudah ada, hanya belum dimanfaatkan saja “. (Passage 3 of 3 Section 1.14, Paras 42 to 43, 272 chars).

“ Ya tetep kita motivasi, tetep kita ajak, kita dorong, jadi seperti setengah kita paksa jadinya, kalau nggak bergerak gimana coba, di kamar terus begitu, tapi alasannya ada juga, saya jalan-jalan kok nggak harus senam. Ya kita oke lah kadang-kadang kita tolerir, oke, ada yang memang nggak mau sama sekali, ya itu yang kadang-kadang kita agak memaksa “ (Passage 1 of 1 Section 1.8, Paras 29 to 30, 458 chars).

Berikut ini adalah pernyataan dari *social workers* :

“ Pertama kita memberi motivasi melalui penginformasian, yang ada berbentuk kelompok, *social group* nya gitu atau secara individu itu kita berikan semacam itu, nah itu kita berikan dalam bentuk bimbingan sosial, berbentuk di bidang kegiatan yang berkaitan dengan waktu kita melakukan informasi mengenai kegiatan agama juga, disitu terjadi komunikasi atau relasi atau penginformasian untuk memotivasi si klien itu sendiri ” (Passage 1 of 1 Section 1.4, Para 23, 416 chars).

“ Eee, kita ya sering sih ngasih motivasi berupa kata-kata. Ya paling tidak gerak-gerak lah supaya sehat, yang sesuai dengan kemampuan fisiknya sajalah. Gak usah yang lari-lari gitu ” (Passage 3 of 4 Section 1.34, Paras 80 to 81, 362 chars).

Berikut ini pernyataan petugas panti yang menempati paviliun di dalam lingkungan panti dimana para lanjut usia tersebut tinggal :

“ Ya kalau di panti sih ada *reward* nya bu, walaupun hanya sekedar roti atau biscuit. Saya bilang “ hayo mbah, olah raga yok olah raga, hayo, hayo ”. Tapi ya itu bu, yang datang ya itu-itu melulu. Kebetulan saya sama suami kan tinggal di wisma C. Wisma ini unik bu. Mereka punya kegiatan aktifitas fisik yang beragam, ada yang ngepel, ngosek kamar mandi, berkebun. Emang sih saya selalu ngoprak-ngoprak mereka. Hayo mbah mau senam pagi gak, tapi mereka bilang “capek mbak, saya kan sudah ngepel, nih liat sampai berpeluh “ . Saya juga gak bisa maksain sama mereka harus ikut bu. Saya liat mereka juga tiap hari kerjanya itu, yang penting saya tiap hari trus aja tuh memotivasi mereka “ (Passage 1 of 2 Section 1.9, Paras 36 to 37, 731 chars)

Pernyataan diatas membuktikan bahwa frekuensi dan bentuk dari dukungan itu sendiri belum tentu memberi dampak cukup kuat terhadap perilaku aktifitas fisik para lanjut usia.

Menurut teori, dukungan keluarga merupakan hal yang utama. Demikian juga para lanjut usia yang tinggal di panti. Walaupun mereka terpisah dari keluarga namun dukungan keluarga tetap perlu mendapatkan perhatian, mengingat terdapat lanjut usia yang masih menjadi tanggungan keluarga, terutama anak, sebesar 4, 48 % (sebagai penyokong keuangan responden) dan frekuensi kunjungan anak terhadap lanjut usia sebesar 26, 87 %. Wawancara dari petugas mendukung bahwa keluarga tetap mempunyai pengaruh yang cukup besar terhadap kehidupan para lanjut usia walaupun mereka hidup terpisah dengan keluarganya tersebut. Berikut ini hasil wawancara :

“ ...apalagi kalau ada masalah keluarga, pasti itu udah gak mau lagi kemana-mana, di wisma terus, murung “ (Passage 2 of 2 Section 1.13, Paras 44 to 45, 638 chars).

“ Oh ya, ya yang paling kelihatan parah ya pak Aceng. Anaknya jarang datang, padahal pak Aceng pengen pegang uang (diam sejenak) (Passage 1 of 1 Section 1.39, Paras 91 to 92, 196 chars).

“ ...Ada juga yang karena depresi, *with drawal* karena masalah pribadi dia sendiri dengan keluarganya. (Passage 3 of 3 Section 1.12, Paras 42 to 43, 486 chars).

Paparan di atas membuktikan bahwa faktor kedekatan (*intimacy*) sangat mempengaruhi tingkat aktifitas fisik lanjut usia di panti selain berdampak pada psikologis mereka juga.

Para lanjut usia khususnya menilai pertemanan dari segi emosional dan aspek personal, dengan kualitas dari pertemanan lebih penting dari pada frekuensi dari interaksi mereka bersama teman (*emotional support*). Beberapa studi membuktikan bahwa teman mereka memainkan peran lebih penting dari pada hubungan famili, dalam hal mencegah perasaan kesepian diantara para lanjut usia tersebut. (Perlman, Gerson dan Spinner, 1978) (dalam Atwater, 1983).

4.2.2. Pembahasan tentang *Self-efficacy*

Self-efficacy, dalam berbagai penelitian, dapat berfungsi sebagai prediktor, sebagai *outcome* dari sebuah latihan. Lebih spesifik lagi, penelitian dari Ewarr, Taylor, Reese, DeBusk (1983); Rejeski, Craaven, Ettinger, Mc-Farlane, dan Shumaker (1996), memandang *self-efficacy* sebagai prediktor tunggal ketidaknyamanan akut akibat program latihan, menggunakan alat tes untuk mengukur tingkat stres akibat latihan tersebut. Kemudian *self-efficacy* juga diuji sebagai sebuah mediator antara aktifitas fisik dan dukungan sosial pada studi Duncan dan McAuley (1993) (dalam Orsega-Smith, Payne, Mowen, Ho dan Godbey, 2007).

Hasil *needs assessment* dari penulis ternyata tidak membuktikan bahwa *self-efficacy* merupakan peubah independen yang mempengaruhi aktifitas fisik para lanjut usia di panti. Analisa statistik menilai bahwa sampel yang diambil penulis tergolong sedikit. Sehingga hasil penghitungan tidak signifikan untuk menyetujui hipotesis nol (H_0). Penggunaan *software* lain bernama SAS 9.1, digunakan untuk mencoba menganalisa kembali apakah peubah *self-efficacy* (x_1) merupakan mediator bagi pebuah dukungan sosial (x_2). Ternyata hasil *p-value* menunjukkan angka 0,6635, dengan taraf nyata 10 %, masih belum membuktikan bahwa x_1 merupakan peubah mediator terhadap hubungan x_2 dengan y .

Sayangnya, hasil kuantitatif tidak didukung oleh beberapa pernyataan dari para lanjut usia, yang mengatakan bahwa diri sendiri memegang kendali untuk mengusir rasa malas. Dengan kata lain kemauan yang kuat dari para lanjut usia untuk beraktifitas fisik berasal dari sendiri, dan itu yang utama (*self-efficacy* yang kuat pula). Berikut ini adalah data yang mendukung pernyataan tersebut:

74: A : Kalau saya sih kemauan sendiri, kadang-kadang belum ada panggilan sudah nongkrong duluan, kalau ke dapur saya paling duluan

75: M : Kalau saya waktu ada sepeda itu saya pernah naik lagi menggunakan, terus ada nyeletuk itu naek sepeda kok nggak-nggak nyampe nyampe gitu...lha terus saya terusin aja. Nggak ada yang nyuruh, semua dari sendiri.

76: S : Kalau saya ya diri saya sendiri

77: N : Diri sendiri.

78: K : Kemauan saya sendiri. Kebetulan ada teman sekamar, kita bertiga, saya, bu Mardiyah sama mbah Ragil, nanti siapa yang rada ketinggalan dipanggil, jadi kita selalu bertiga. (Passage 3 of 3 Section 1.1.1.1.21, Paras 73 to 78, 740 chars).

“ Nah saya sendiri punya inisiatif, kita ini kan sudah tua, masak ada barang kotor kok masih disuruh, harus punya inisiatif kan, lalu saya bersihkan, nah itu tiap hari” (Passage 1 of 6 Section 1.2, Para 10, 165 chars)

“ Kalau rasa males ya kadang-kadang timbul kalau lagi sakit aja. Paling-paling kalau sakit kepala itu, saya kerokin sendiri trus diurut.(Passage 4 of Section 1.23, Paras 60 to 61, 237 chars).

Status kesehatan fisik para lanjut usia selayaknya menjadi faktor yang menyebabkan mereka enggan atau bahkan mungkin malas melakukan aktifitas fisik. Logika berpikir mengarahkan kita bahwa para lanjut usia dengan dukungan sosial baik, apalagi mempunyai tingkat *self-efficacy* tinggi, seharusnya mempunyai tingkat aktifitas fisik yang tinggi pula. Tetapi bagaimana bila seorang lanjut usia mempunyai kedua hal tersebut, tetapi dia mengalami hambatan atau gangguan fisik berupa imobilisasi ? Pastilah hal ini berpengaruh terhadap tingkat aktifitas fisik mereka.

Pembuktian dengan analisa statistik regresi logistik, dengan *p-value* 10 % menghasilkan tingkat signifikansi 0,030, sehingga status kesehatan fisik adalah benar sebagai faktor *counfounding* atau peubah pengganggu seseorang lanjut usia untuk melakukan aktifitas fisiknya. Pembuktian lain berupa data kualitatif, menggunakan teknik FGD pada responden, menguatkan hasil *need assesment* ini, sebagai berikut:

“ Kalau udah sakit apa itu kayak kram gitu udah males saya “ (Passage 3 of 5 Section 1.6, Para 28, 56 chars).

“Kalau saya nggak bergerak biasanya karena pusing, jadi agak males gitu. Kayaknya agak payah sih, pusing saya sering soalnya “ (Passage 5 of 7 Section 1.1.1.1.13, Para 48, 131 chars).

“ Kalau saya nggak, soalnya lututnya nggak kuat “ (Passage 3 of 3 Section 1.1.1.1.37, Paras 103 to 104, 107 chars).

Adapun hasil *indepth interview* yang mendukung data di atas adalah dari perawat, sebagai berikut :

“ Kalau penyakit rata-rata lansia itu reumatik. Itu yang bisa bikin mereka enggan. Padahal kita kasih tau bahwa gerakannya itu nggak usah yang seperti senam aerobic gitu loh mbah, nggak kayak SKJ loh mbah, misalkan duduk pun nggak apa, yang penting lihat senam, trus gerak-gerakin tangannya, gitu aja ada aja alasannya “ (Passage 1 of 14 Section 1.12, Para 36, 319 chars).

Berbagai studi dalam tinjauan pustaka yang mengamati tentang aktifitas fisik pada lanjut usia mencatat bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi penyakit kronik lanjut usia (arthritis, hipertensi, diabetes dan penyakit jantung) dengan ketidakmampuan fungsional atau penampilan fisik. Sebuah studi pada lanjut usia etnis *Mexican-American* melaporkan bahwa sakit pada sendi tubuh, signifikan meningkatkan angka insiden gangguan fisik, hingga berakibat mengganggu aktifitas tubuh sehari-hari. (Bryant, Grigsby, Swenson, Scarbro dan Baxter, 2007). Bagi lanjut usia yang mengalami *Knee Osteoarthritis*, *self-efficacy* bahkan menjadi mediator penuh untuk melakukan kegiatan berjalan (*walking*) (Maly, Costigan, Olney, 2007).

Para lanjut usia di panti tresna werdha Budhi Dharma, dari 111 orang lanjut usia tersebut, terdapat 43 orang yang menjadi responden dan mengisi data tentang status kesehatan saat ini, terdapat 50 % atau 21 orang mengalami gangguan kesehatan, diantaranya menderita hipertensi dan penyakit sendi seperti arthritis. Maka sangat mungkin terjadi bahwa akibat dari rasa nyeri atau sakit yang diderita oleh mereka, menyebabkan mereka tidak mau untuk melanjutkan aktifitas fisik mereka. Data kualitatif menunjukkan bahwa terdapat sebagian responden yang tetap melakukan aktifitas fisik mereka walaupun timbul serangan, dengan cara mengatasi rasa sakit terlebih dulu, baru kemudian melanjutkan aktifitas mereka kembali. Sebagian yang lain memilih untuk memberhentikan sama sekali aktifitas mereka.

Hasil *indepth interview* pada para petugas, menunjukkan beberapa fakta, antara lain : belum diketahui secara tepat pengertian dan manfaat aktifitas fisik untuk lanjut usia, jenis aktifitas fisik yang tepat untuk para lanjut usia yang sakit, serta strategi yang tepat agar para lanjut usia tetap melakukan aktifitas fisik secara rutin. Hasil wawancara dengan petugas menunjukkan bahwa institusi panti tresna werdha masih kekurangan dalam segi SDM (Sumber Daya Manusia) yang berfungsi sebagai penyedia layanan dan perawatan untuk para lanjut usia tersebut.

Hasil analisa FGD pada empat kelompok lanjut usia wanita dan pria menunjukkan bahwa beberapa hal pokok belum mereka ketahui tentang aktifitas fisik itu sendiri. Pertama tentang pengertian aktifitas fisik itu sendiri. Semua peserta menjawab bahwa yang disebut sebagai aktifitas fisik adalah kegiatan mereka setiap hari dari mulai pagi sampai dengan malam hari. Hanya kelompok dua FGD wanita yang sudah menjurus bahwa aktifitas fisik lebih kepada kegiatan yang banyak mengeluarkan energi seperti senam. Selain itu mereka juga tidak mengetahui manfaat aktifitas fisik khususnya bagi peningkatan status kesehatan fisik mereka. Pada kelompok satu FGD wanita, yang pesertanya mempunyai latar belakang pendidikan SD, sangat terlihat bahwa mereka belumlah menyadari sepenuhnya akan manfaat aktifitas fisik bagi kesehatan. Peserta kelompok satu tersebut memandang aktifitas fisik bisa ditunda atau kalau perlu ditangguhkan bila ada kegiatan lain yang dipandang lebih utama. Penulis menilai kelompok satu FGD wanita ini tergolong *low self-monitoring*. Sebaliknya dengan kelompok dua FGD wanita termasuk ke dalam *high self-monitoring*. Kelompok dua FGD wanita berlatar belakang pendidikan SMP dan SMA. Tampak dalam mengikuti diskusi terarah ini, mereka antusias, berusaha untuk mengemukakan pendapatnya dan gembira.

Kelompok empat FGD laki-laki, yang mempunyai latar belakang pendidikan SMA semua tidak aktif dalam perkumpulan senam, dengan alasan bahwa mereka piket, lebih menyukai kegiatan keagamaan, melakukan kegiatan yang ringan-ringan seperti menyiram bunga, serta menekuni hobi sendiri yang menghasilkan uang. Berbeda dengan kelompok tiga FGD laki-laki, mereka tidak mau beraktifitas fisik karena dari dalam diri sendiri memang tidak menyukai (karena menyebabkan pusing) dan tidak mau mengikuti kegiatan yang lebih mengeluarkan banyak energi.

Penulis merasa bahwa jawaban responden masih kurang dalam tergal. Hal ini terjadi pada dua kelompok FGD laki-laki, kemungkinan karena para lanjut usia tersebut memang menyukai kegiatan yang sifatnya individual, tidak berkelompok dan mengganggu privasi mereka, ataupun juga dari latar belakang kehidupan mereka sebelum tinggal di panti (termasuk golongan sosial ekonomi menengah atau dari keluarga terhormat). Fakta terungkap dari hasil wawancara dengan psikolog sebagai berikut :

“ Ya jelas bu. Seperti mereka yang biasa kerja waktu muda, dia di sini istilahnya mereka menghabiskan masa tua, pengen istirahat, gak mau capek-capek lagi. Ada yang dari muda uda terbiasa menderita, jadi ya disini mereka tetap saja giat, trus ada yang dari keluarga agak priyayi yang biasa ada, di sini pasti dia ya manja gitu, gak mau aktifitas yang agak kasar dikit “. (Passage 1 of 1 Section 1.16, Paras 50 to 51, 511 chars).

“ Faktor teman bu. Seperti di wisma yang perempuan, itu ada yang dominan yang bisa mempengaruhi teman-temannya untuk ikut senam. Nah yang dominan biasanya kita tunjuk sebagai ketuanya gitu, tapi kalau yang laki-laki ini emang cenderung maunya sendiri-sendiri, gak mau bareng-bareng gitu. Entah kenapa tuh. Mungkin karena gengsi juga, tapi bisa juga persaingan diantara mereka. Kepribadian juga bu, seperti pak Dedi itu orangnya tertutup, apalagi kalau ada masalah keluarga, pasti itu udah gak mau lagi kemana-mana, di wisma terus, murung “ (Passage 2 of 2 Section 1.13, Paras 44 to 45, 638 chars).

“ Oh ada, banyak juga. Mereka malah lebih suka duduk-duduk, ngisi TTS sambil merokok, trus ada juga yang main catur. Yah beragam, tapi biasanya yang malas itu bapak-bapak “ (Passage 1 of 1 Section 1.11, Paras 36 to 37, 248 chars).

Secara umum kedua kelompok FGD laki-laki menurut penilaian penulis, mereka termasuk yang mempunyai *self-monitoring* rendah dalam hal aktifitas fisik.

4.2.3. Implikasi pada pembuatan rancangan tahap awal intervensi *self-monitoring program*

Langkah selanjutnya setelah penulis memaparkan hasil analisis data kuantitatif dan kualitatif, adalah penulis menyusun pokok-pokok pikiran. Pokok pikiran ini berupa rangkaian tahapan kegiatan yang memandu para lanjut usia membuat rancangan tahap awal dari rencana intervensi menggunakan *self-monitoring program* yang aplikatif dan mudah digunakan oleh mereka. Adapun pokok-pokok pikiran tersebut adalah :

- a. Memilah responden menjadi beberapa kelompok berdasarkan tingkat aktifitas fisik yang sudah terkaji. Terdapat 16 orang tingkat *precontemplation*, satu orang tingkat *preparation*, 19 orang tingkat *active*, dan dua orang tingkat *maintenance*.
- b. Menentukan tujuan berkala bersama-sama klien, *care giver* dan keluarga (bila memungkinkan).
- c. Menentukan beberapa alternatif aktifitas fisik yang dapat dilakukan oleh klien.
- d. Membuat *feed-back*.
- e. Analisa kuantitatif menunjukkan bahwa dukungan sosial lebih berpengaruh terhadap aktifitas fisik, dibandingkan dengan *self-efficacy*. Hal ini dapat dijadikan sebagai pedoman dalam menentukan *support group* mereka.
- f. Melibatkan peran dokter secara aktif menggunakan rumus " *the Five A's model* ", yaitu *Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange* (McDermott dan Mernitz, 2006)
- g. Membentuk latihan yang baik meliputi aspek : frekuensi, waktu, intensitas dan kemajuan latihan.

Penulis mencoba untuk membuat suatu pedoman berdasarkan pokok-pokok pikiran di atas. Pedoman tersebut diharapkan dapat dibuat sebagai acuan diberlakukannya program *self-monitoring* tahap awal untuk para lanjut usia.

Pedoman dimaksud terdapat dalam lampiran.

Adapun rangkaian kegiatan dalam rangka sosialisasi SMP ini meliputi beberapa tahap, yaitu :

- a. *Workshop* tentang aktifitas fisik (pengertian, tujuan dan manfaat, faktor-faktor yang mempengaruhi aktifitas fisik, jenis-jenis aktifitas fisik untuk lanjut usia, aktifitas fisik untuk lanjut usia yang sakit, mencapai aktifitas fisik yang optimal) kepada, pimpinan, pegawai dan *care giver*
- b. Pelatihan SMP untuk para Lanjut Usia yang tinggal di panti (pengertian, tujuan dan manfaat, kendala-kendala untuk beraktifitas fisik).
- c. Pendidikan kesehatan untuk keluarga Lanjut Usia yang sering menjenguk
- d. Uji coba penerapan SMP untuk Lanjut Usia selama enam bulan
- e. Evaluasi hasil uji coba penerapan SMP
- f. Memperbaharui SMP

- g. Menerapkan kembali SMP selama satu tahun, kemudian dievaluasi kembali.

4.3. Diskusi

Penelitian ataupun studi tentang aktifitas fisik, oleh ahli di luar negeri sudah banyak dilakukan. Mereka menggunakan pendekatan yang berbeda dalam melihat fenomena aktifitas fisik ini, khususnya yang terjadi pada lanjut usia.

Studi Van Heuvelen, Hochstenbach, Brouwer, de Greef dan Scherder, (2006), melakukan suatu *psychological* dan *physical activity training* pada 118 obyek lanjut usia berusia 65-92 tahun. Mereka menilai bahwa kesuksesan training atau latihan yang mereka selenggarakan dinilai dari prosentasi dan tingkat kehadiran para lanjut usia tersebut. Kemudian ternyata ditemukan bahwa tingkat kehadiran responden dipengaruhi oleh derajat keaktifan dari *Activity Daily Living* (ADL) mereka sehari-hari dimana para responden tersebut tinggal. Para lanjut usia yang mempunyai karakteristik berjalan dengan pelan mempunyai resiko lebih banyak tidak hadir dalam acara training. Selain itu ditemukan mereka yang tinggal bersama *partner* atau pasangan hidupnya lebih banyak tingkat kehadirannya dibandingkan dengan lanjut usia yang hidup sendiri atau terpisah dari keluarganya.

Penelitian oleh McAuley, Elavsky, Molt, Konopack, Hu dan Marquez, (2005), melihat hubungan antara aktifitas fisik dan *self-efficacy* yang mempengaruhi tingkat *self-esteem* lanjut usia. Sampel yang dipakai sebanyak 174 lanjut usia berusia antara 60-75 tahun, yang aktif mengikuti latihan selama enam bulan, tinggal menetap (tidak berpindah-pindah), termasuk lanjut usia yang ditemui pada satu dan lima tahun setelah mengikuti program latihan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa aktifitas fisik yang reguler dilaksanakan akan membuat tubuh menjadi lebih menarik, kuat dan tidak mudah jatuh sakit. Hal ini menyebabkan meningkatnya *physical self-esteem*, yang pada akhirnya akan mempengaruhi *global self-esteem* para lanjut usia dalam kehidupan mereka sehari-hari.

Richeson, Croteau, Jones dan Farmer, (2006), melakukan eksperimen pada lanjut usia, menggunakan sebuah alat berupa *Yamax Digi-Walker Sw-200*, yaitu pedometer elektronik yang dipasang pada responden lanjut usia. Alat ini untuk mengukur penampilan fisik (terdiri dari keseimbangan, gaya berjalan, dan kekuatan anggota gerak

bagian bawah). Alat tersebut dipasang di tubuh responden sepanjang hari selama tujuh hari. Setelah itu responden segera mengikuti program intervensi *social cognitive theory*, terdiri dari konseling, pedometer dan *self-monitoring*. Penelitian eksperimen ini menggunakan grup kontrol dan metode *pretest-posttest* terhadap 147 partisipan berumur 55-94 tahun dan masa intervensi selama 12 minggu. Hasil eksperimen menunjukkan grup intervensi lebih meningkat kecepatan alat pedometernya. Itu berarti mobilitas fisik responden yang mendapatkan intervensi lebih baik dibandingkan dengan grup kontrol yang tidak mendapatkan intervensi terlebih dulu (hanya dipasang alat pedometer saja). Mobilitas fisik yang baik menyebabkan *self-efficacy* para lanjut usia menjadi lebih meningkat.

Singh, (2002), meneliti tentang keharusan latihan untuk lanjut usia, agar dapat meminimalkan perubahan fisiologis. Perubahan fisiologis yang terjadi, diharapkan tidak mempengaruhi kesehatan mental dan kesejahteraan para lanjut usia. Hasil penelitian Singh ini berguna untuk memilih aktifitas fisik yang tepat bagi lanjut usia dengan berbagai kondisi fisik akibat menderita penyakit kronik. Latihan yang tepat dapat meningkatkan massa otot dan pergerakan tubuh, fungsi jantung, paru-paru, kerja hormon-hormon tubuh (*metabolic miscellaneous*) dan status gizi lanjut usia.

King, (2001), memberikan pandangan tentang pendekatan personal dan interpersonal guna melakukan intervensi aktifitas fisik adalah menggunakan strategi *cognitive-behavioral*. Cara ini lebih efektif dibandingkan dengan pendidikan kesehatan, latihan terstruktur atau perintah saja. Strategi tersebut meliputi : menentukan tujuan, *self-monitoring, feedback, support, stimulus control* dan *relapse-prevention training*.

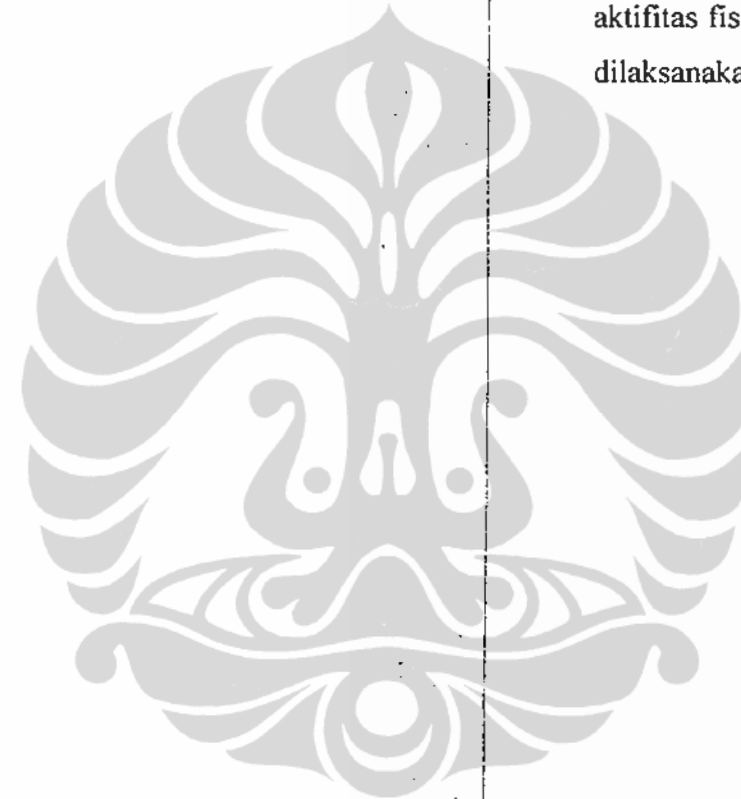
Kehidupan di panti tresna werdha memperlihatkan pola aktifitas fisik yang berbeda-beda bagi setiap lanjut usia yang tinggal di dalamnya. Walaupun tersedia sarana dan prasarana, atau perlakuan yang sama dari petugas/*care giver*, tetapi faktor individu, dan latar belakang kehidupan sebelum masuk tinggal di panti mempengaruhi perilaku aktifitas fisik mereka selama tinggal di panti.

Perlakuan yang seragam di panti membuat kemungkinan terjadinya *colective self-efficacy* pada lanjut usia yang tinggal di panti tersebut. Ballesteros, Nicolas, Caprara dan Barbaranelli, serta Bandura, (2002) membahas *Self-efficacy* kolektif akan terbentuk setelah lanjut usia tersebut tinggal di daerah yang sama, selalu melakukan kegiatan

bersama-sama, melakukan hobi bersama, dan dalam suatu komunitas yang sama. Prinsip dari *collective self-efficacy* ini adalah individu mana yang paling dominan tidak tampak lagi dan digantikan dengan perasaan senasib sepenanggungan.

Penelitian di atas menggambarkan bahwa dukungan sosial terutama dari orang terdekat (faktor kedekatan/*intimacy*) dengan lanjut usia tersebut, mempunyai pengaruh yang besar dalam aktifitas fisik mereka.

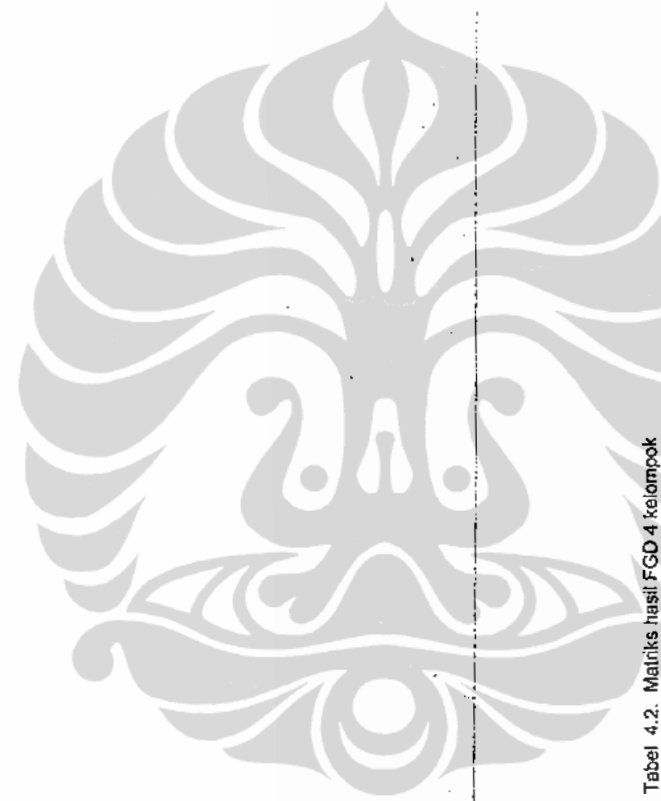
Berbagai teknik digunakan oleh para *care giver* untuk memberikan pelayanan perawatan dan kesehatan kepada para lanjut usia, agar mereka dapat mempertahankan aktifitas fisik dengan baik. Teknik yang digunakan yang paling murah dan mudah untuk dilaksanakan salah satunya *self-monitoring*.



TABEL 4.1. MATRIKS INDEPTH INTERVIEW

PTGS	PESERTA	PERSEPSI TTG AKTIFITAS FISIK	MANFAAT AKTIFITAS FISIK	JENIS AKTIFITAS FISIK YG COCOK	PENYEBAB TIDAK MAU AKTIFITAS FISIK	UPAYA AGAR LANSIA MAU BERAKTIFITAS FISIK	FAKTOR YG MEMPENGARUHI TINGKAT AKTIFITAS FISIK	AKTIFITAS FISIK UNTUK LANSIA YG LEMAH FISIK	KEBIJAKAN PANTI
1	---	- olah raga : senam, sepeda kayuh, gerak jalan, - jalan mengambil makanan di dapur	- badan segar - makan enak - tidur nyenyak	- kegiatan untuk mengisi waktu senggang - kegiatan yang menyenangkan - kegiatan yang membuat para mbah nyaman tinggal di panti - senam jantung sehat - jalan sehat - senam osteoporosis - senam biasa	- bertengkar dengan teman	- diberi reward dan punishment (reward berupa penghargaan bila mengikuti kegiatan, sedangkan punishment nya berupa penegasan - senam pakai musik dangdut, karena musik ini paling disukai oleh lansia	- latar belakang sebelum tinggal di panti - faktor diri sendiri yaitu motivasi yang kuat untuk tetap sehat - lansia merasakan keuntungan dari beraktifitas fisik seperti badan menjadi segar, sehat, makan enak tidur nyenyak, badan tidak loyo - memberikan motivasi terus-menerus melalui bimbingan sosial seperti menyelipkan pesan-pesan tertentu saat mengikuti ceramah keagamaan	---	- open system, artinya masyarakat luar boleh masuk ke dalam panti untuk melihat kehidupan di panti dan kegiatan yang dilakukan lansia - melibatkan masyarakat luar dlm kegiatan panti, misal saat merayakan hari kemerdekaan, membolehkan masyarakat luar ikut senam bersama lansia - belum ada rencana untuk menambah kegiatan aktifitas fisik untuk lansia, hanya mempertahankan kegiatan yang sudah ada saja
2	Banyak peserta wanita dibanding laki-laki	- gerak badan	- untuk menjaga kebugaran tubuh - menjaga kesehatan - supaya badan tidak loyo - tubuh supaya tidak kaku - kalau tubuhnya sehat jiwa nya juga ikut sehat	- jalan pagi - latihan gerak badan yang tidak melelahkan	- badan capek - sakit fisik, lemah - napas sesak	- diberi hadiah makanan kecil atau kacang hijau - diberi motivasi lewat mahasiswa Akademi Perawat yang sedang praktek di panti - dimotivasi dengan kata-kata - diikutkan dalam lomba menyambut hari lansia atau hari kemerdekaan	- faktor keluarga, terutama bila terdapat masalah dalam keluarga - petugas ikut dalam kegiatan senam bersama lansia	- gerak badan di tempat - gerakan senam lansia di tempat tidur	---
3.	Bapak-bapak lebih malas	- segala kegiatan yang disengaja agar tubuh menjadi bugar dan sehat, bisa senam, atau kegiatan lain yang banyak mengeluarkan energi	- memberikan perasaan segar	- senam low impact - jalan pagi - lari-lari kecil	- adanya penyakit seperti osteoarthritis, hipertensi - sudah renta sekali - gangguan psikologis seperti bertengkar dengan teman, persoalan pribadi	- upaya lebih bersifat individual dengan memberi motivasi - bila mau ikut senam diberi roti atau makanan kecil - senam pakai musik	- latar belakang kehidupan lansia sebelum masuk panti - faktor psikologis. - teman sekamar pengaruhnya sangat kuat - faktor keluarga, misal keluarga mengabaikan lansia tersebut	- kalau lagi kambuh tidak usah beraktifitas fisik dulu - kalau sudah sehat atau lagi dalam kondisi fit maka dianjurkan untuk berlatih menggerak-gerakkan anggota tubuhnya semampunya saja	---

PTGS	PESERTA	PERSEPSI TTG AKTIFITAS FISIK	MANFAAT AKTIFITAS FISIK	JENIS AKTIFITAS FISIK YG COCOK	PENYEBAB TIDAK MAU AKTIFITAS FISIK	UPAYA AGAR LANSIA MAU BERAKTIFITAS FISIK	FAKTOR YG MEMPENGARUHI TINGKAT AKTIFITAS FISIK	AKTIFITAS FISIK UNTUK LANSIA YG LEMAH FISIK	KEBIJAKAN PANTI
4	Laki-laki lebih males dari pada wanita	- kegiatan yang dilakukan oleh seseorang berhubungan dengan gerak-gerak tubuhnya	- bagi yang pasca sakit stroke malah menjadi lebih sehat - bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan mandiri tanpa bantuan - menjadi lebih sehat	- senam krida prana - kegiatan yang bisa dan murah dilakukan - jalan santai	- penyakit reumatik sedang kambuh - sedang mengerjakan pekerjaan rutin, seperti mencuci baju, masak, dll	- membentuk piket di tiap wisma, dengan harapan tiap orang beraktifitas fisik	- latar belakang sebelum tinggal di panti seperti riwayat pekerjaan, status sosial ekonomi - faktor psikis dan kejiwaan - faktor teman yang sehat - faktor dari pimpinan, dorongan dari pimpinan membuat lansia semangat - faktor diri sendiri, motivasi tinggi untuk beraktifitas fisik	- cukup menggerak-gerakkan tangan dan kakinya yang sehat - bagi yang berkursi roda, sambil melihat temannya senam, jari-jari tangan dan kakinya digerak-gerakkan	---
5	Laki-laki banyak yang tidak ikut senam, mereka lebih cenderung melakukan kegiatan lain seperti membersihkan wisma. Berkebun	- semua kegiatan sehari-hari di sekitar rumah seperti senam, olah raga, membersihkan rumah, nyapu halaman rumah, berkebun	- badan tidak pegel-pegel - untuk mengisi waktu luang	- kegiatan yang cukup menguras energi seperti berkebun, membersihkan kamar mandi, mengepel wisma.	- capek - pusing - tidak suka aktifitas fisik berupa senam - lemah fisik	- diberi hadiah berupa makanan - setiap hari memotivasi para lansia - memilih ketua wisma atau lansia yang dominan untuk dijadikan motivator bagi lansia yang lain yang kurang aktif	- latar belakang kehidupan sebelum masuk panti. - faktor teman yang dominan	---	---



Tabel 4.2. Matriks hasil FGD 4 kelompok

KLP FGD	PERSEPSI	MANFAAT	DUKUNGAN KELP	FAKTOR PENGHAMBAT	FREK	AKIBAT TIDAK BERAKTIFITAS FISIK	UPAYA AGAR MAU AKTIFITAS FISIK
I	<ul style="list-style-type: none"> - nyapu - ngpepi - beres-beres wisma - mengaji - menyiram bunga - jalan kaki - memasak - gerak jalan 	<ul style="list-style-type: none"> - badan jadi seger - penyakit rematik tidak sering kambuh - pegel-pegel hilang - badan jadi enteng 	<ul style="list-style-type: none"> - teman sekamar - dukungan peigs panti 	<ul style="list-style-type: none"> - kegiatan di luar panti - ngurusin rumah tangga - kegiatan rutin spt memasak - sakit, tidak enak badan - pusing kepala - tdk ada yang menyemangati 	<ul style="list-style-type: none"> - rutin - tiap hari - tidak tentu tergantung situasi 	<ul style="list-style-type: none"> - badan pegel-pegel - badan jadi kaku 	<ul style="list-style-type: none"> - ----
II	<ul style="list-style-type: none"> - senam - piket membersihkan wisma - jalan pagi - olah raga spt voli, bulutangkis, pingpong, sepak bola 	<ul style="list-style-type: none"> - supaya panjang umur - supaya sehat - supaya awet muda - melancarkan peredaran darah - badan supaya tdk kaku - melancarkan otot-otot yang kaku 	<ul style="list-style-type: none"> - teman sewisma - semangat dari diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> - merasa sudah tua - lutut tidak kuat untuk di gerakkan - sudah pakai tongkat kalau jalan 	<ul style="list-style-type: none"> - rutin - tiap hari 	<ul style="list-style-type: none"> - napsu makan menurun - badan terasa tidak enak - badan jadi loyo - tidak semangat 	<ul style="list-style-type: none"> - menyemangati diri sendiri - memberikan semangat kepada teman yang belum mau olah raga - jangan merasa tua walaupun umur sudah tua - olah raga bisa jadi obat - menggunakan teknik yang variatif, supaya tdk membosankan
III	<ul style="list-style-type: none"> - senam - menyiram bunga - menyapu halaman - lari-lari kecil - ibadah solat 	<ul style="list-style-type: none"> - asam urat jarang kambuh - menimbulkan kerukunan - asma jarang kambuh - mag jarang kambuh - tidur jadi enak - berat badan jd bertmbh 	<ul style="list-style-type: none"> - saling ngemong - saling menghargai - dukungan peigs panti 	<ul style="list-style-type: none"> - persaingan - badan kurang enak - banyak menderitaa gangguan fisik. 	<ul style="list-style-type: none"> - rutin - tiap hari 	<ul style="list-style-type: none"> - berat badan bertambah 	<ul style="list-style-type: none"> - menumbuhkan rasa tanggung jawab pada diri sendiri - merasa malu sama orang lain
IV	<ul style="list-style-type: none"> - menyiram bunga - menyapu halaman - beternak kelinci - kegiatan rutin harian - berkebun - lari-lari kecil 	<ul style="list-style-type: none"> - berat badan bertambah - pikiran tenang - badan jadi sehat - merasa senang 	<ul style="list-style-type: none"> - saling membantu 	<ul style="list-style-type: none"> - pusing disebabkan oleh gerakan senam - mata kabur, katarak 	<ul style="list-style-type: none"> - rutin - tiap hari 	<ul style="list-style-type: none"> - ---- 	<ul style="list-style-type: none"> - merasa bahwa dengan beraktivitas fisik bisa menghilangkan stres - dengan aktifitas fisik berkebun dapat mengumpulkan uang sebanyak-banyaknya untuk membeli buku-buku agama - selalu membaca isighlar kalau malas datang menyerang solat (senam otak)

5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Awal melakukan *needs assessment* yang digunakan pertama adalah format pengkajian tingkat aktifitas fisik lanjut usia. Hasil dari format tersebut sudah langsung dapat diketahui sampai dimana level dari aktifitas fisik para responden tersebut. Hasil yang didapat diberitahukan kepada para lanjut usia.

Berbagai literatur menyebutkan bahwa aktifitas fisik bagi para lanjut usia dipengaruhi oleh *self-efficacy* dan dukungan sosial dari keluarga atau teman. Hasil *needs assessment* yang penulis lakukan, ternyata tidak membuktikan hal tersebut. *Self-efficacy* dari sampel tidak menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap tingkat aktifitas fisik responden bila menggunakan penghitungan kuantitatif. Hubungan signifikan terjadi pada dukungan sosial dalam mempengaruhi tingkat aktifitas fisik responden. Penelusuran informasi menggunakan teknik kualitatif tentang *self-efficacy* ini berbeda hasilnya dengan penghitungan secara kuantitatif. Hasil menunjukkan bahwa mereka dapat melakukan kegiatan sehari-hari serta beraktifitas fisik rutin dengan baik karena terdapat *self-efficacy* yang cukup tinggi dalam diri mereka

Pertanyaan penelitian tentang faktor lain yang mempengaruhi peubah independen dalam berhubungan dengan peubah dependen dapat terbukti. Faktor tersebut adalah Status Kesehatan Fisik responden saat dikaji. Responden yang mengalami nyeri tulang atau merasakan pusing kepala, akan segera menghentikan kegiatan rutin mereka. Walaupun teman sewisma atau petugas panti memberikan motivasi dan dorongan positif, hal ini tidak berarti bila dibandingkan dengan rasa sakit dan ketidaknyamanan yang mereka alami.

Mengacu pada tujuan dari pembuatan Tugas Akhir ini, maka untuk tujuan pertama dan kedua, penulis telah dapat mencapai tujuan tersebut. Setelah kedua tujuan tercapai penulis merancang sebuah pedoman *self-monitoring program* tahap awal.

Rancangan tahap awal SMP yang ada berupa panduan bagi para lanjut usia yang tinggal di panti. Tentu saja rancangan tersebut masih perlu melalui beberapa tahapan kegiatan lagi untuk dapat diterapkan dan akhirnya dipakai sebagai panduan (berupa

modul) guna memelihara aktifitas fisik lanjut usia. Dengan demikian, tujuan ketiga dari TA ini telah tercapai.

5.2. Saran

Pengambilan sampel di satu tempat menyebabkan jumlah sampel menjadi kecil dan terbatas. Penelitian-penelitian yang penulis jumpai menggunakan jumlah sampel lebih dari 100 orang lanjut usia. Jumlah sampel kecil menyebabkan tingkat presisi menjadi lebih kecil, dan hal ini berdampak pada hasil pengolahan data. Makin besar sampel maka makin kecil kemungkinan terjadi error dan makin mendekati karakteristik populasi (yang dikehendaki oleh peneliti/penulis).Selain itu *Software* yang digunakan menjadi tidak peka terhadap hasil pengukuran, sehingga peneliti menggunakan *software* lain diluar perencanaan.

Tingkat aktifitas fisik responden tidak hanya dapat diukur dengan menggunakan format pengkajian *self-efficacy* dan dukungan sosial saja, tetapi sebaiknya diukur juga tingkat stres atau depresi yang mereka alami. Selain itu diukur pula keadaan kelemahan fisik mereka secara lebih mendalam, agar diketahui tingkat aktifitas fisik yang tepat untuk mereka. Hal ini menjadi kelemahan penulis, untuk menentukan program *self-monitoring* bagi mereka yang mempunyai kelemahan fisik.

Pendekatan *needs assessment* yang penulis lakukan mempunyai implikasi terhadap program *self-monitoring* yang akan diterapkan di panti. Oleh karena itu perlu digali lebih dalam lagi faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat aktifitas fisik para lanjut usia yang tinggal di panti, mengingat mereka terdiri dari berbagai latar belakang etnis, tingkat pendidikan yang berbeda, kepribadian yang berbeda, latar belakang pekerjaan dan keluarga yang berbeda pula. Pada akhirnya rancangan tahap awal dari *self-monitoring program* ini perlu dirancang sedemikian rupa dan dikombinasikan dengan teknik lain yang sesuai dengan karakteristik kehidupan panti, tetapi tetap memegang prinsip mudah digunakan dan tidak memakan biaya besar dalam mencapainya.

DAFTAR REFERENSI

- Atwater, E., (1983), *Psychology of Adjustment*, Second Edition, Prentice-Hall Inc, New Jersey
- Baban, A., & Craciun, C., (2007), *Changing Health-Risk Behaviors: A Review of Theory and Evidence-Based Interventions in Health Psychology*, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 7, No.1, March 2007, 45-47. <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Ballesteros, R.F., Nicolas, J.D., Caprara, G.V. and Barbaranelli, C., Bandura, A., (2002), *Determinants and Structural Relation of Personal Efficacy to Collective Efficacy*, (1), pg. 107-125, International Association for Applied Psychology, Blackwell Publishers.
- Binstock, R. H., & Shanas, E., (1985), *Handbook of Aging and The Social Science*, Second Edition, Van Nostrand Reinhold Company, New York.
- Boland, C.S., (2000), *dissertations : The Relationships Among Social Support, Spiritual Well-Being, Commitment and Health-Promoting Behavious in Older Adults*, Presented for the Doctor of Philosophy Degree, The University of Tennessee, Knoxville.
- Bond, L.A., Cutler, S.J., Grams, A., (Editor), (1995), *Promoting Successful and Productive Aging*, SAGE Publications, Thousand Oaks, California.
- Bryant, L.L., Grigsby, J., Swenson C., Scarbro, S., Dan Baxter, J., (2007), *Chronic Pain Increases the Risk of Decreasing Physical Performance in Older Adults: The San Luis Valley Health and Aging Study*, *The Journals of Gerontology*; Sept 2007; 62A, 9: Academic Research Library, pg. 989. Diambil 21 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Chandra, B., (1995), *Pengantar Statistika Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Chogahara, M., (1999), *A Multidimensional Scale for Assessing Positive and Negative Social Influences on Physical Activity in Older Adults*, *The Journals of Gerontology*; Nov 1999; 54B, 6; Academic Research Library, pg. S356. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Corsini, R., (2002), *The Dictionary of Psychology*, Brunner-Routledge. Taylor and Francis Group, United State of America.
- Dahlan, M.S., (2004), *Seri Statistik : Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan; Uji Hipotesis Dengan Menggunakan SPSS Program 12 Jam*, PT Arkans, Jakarta.

- De Vreede, P.L., Van Meeteren, N.L., Samson, M.M., Wittink, H.M., Duursma, S.A., Verhaar, H.J., (2006), The Effect of Functional Tasks Exercise and Resistance Exercise on Health-Related Quality of Life and Physical Activity, *Journal of Gerontology*; August 25, 53: 12-20. Diambil 21 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Ewles, L., & Simnett, I., (1994), Promosi Kesehatan ; Petunjuk Praktis, (Ova Emilia, Trans), Edisi kedua, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Gidron, Y., Hassid, A., Yisrael, H., & Biderman, A., (2005), Do Psychological factors predict occurrence of influenza-like symptom in vaccinated elderly residents of a sheltered home ?, *British Journal of Health Psychology*; Sept 2005; 10; Health & Medical Complete pg. 411. <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Gorin, S. S., & Arnold, J., (2006), Health Promotion in Practice, Jossey-Bass; A Wiley Imprint, San Francisco.
- Goodwin, C.J., (2005), Research in Psychology; Methods and Design, (fourth edition), John Wiley & Sons, Inc.
- Hardywinoto & Setiabudhi, T., (1999), Panduan Gerontologi; Tinjauan dari Berbagai Aspek, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Health Ministries Network of Minnesota, *Needs Assessment*, Diambil 19 juli 2008, <http://www.healthministries.info/module6/introduction6.html>.
- Hurlock, E. B., (1986), Developmental Psychology A life-span Approach, (fifth edition), Tata McGraw Hill Publishing Company Ltd., New Delhi.
- Hastono, S.P., (2001), Modul : Analisis Data, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Health Care Intervention, *Therapeutic Recreation Journal*; First Quarter 2006; 40, 1; Proquest Psychology Journals, pg. 18. <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Hutchinson, L. R., & Skinner, N. F., (2007), Self-Awareness and Cognitive Style : Relationships Among Adaption-Innovation, Self-Monitoring, and Self-consciousness, Social Behavior and Personality, 35, 4, *ProQuest Psychology Journals*, pg. 551. <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Jack, K., & Holt, M., (2008), Community Profiling as Part of a Health Needs Assessment, *Nursing Standard*. Harrow-on-the-Hill: Jan 9-Jan 15, 2008, Vol. 22, Iss. 18; pg. 51. Diambil 6 Februari 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Kemm, J., & Close, A., (1995), Health Promotion ; Theory and Practise, MacMillan Press Ltd., London.

- King, A. C., (2001), Interventions to Promote Physical Activity by Older Adults, *The Journals of Gerontology*; Oct 2001; 56A, Academic Research Library. Pg. 36. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Kruger, R.A., (1988), Focus Groups A Practical Guide for Applied Research, SAGE Publication, Inc., Newbury Park, California.
- Lueckenotte, A. G., (2000), Gerontologic Nursing, Second Edt., Mosby Inc., St. Louis.
- Maly, M.R., Costigan, P.A., Olney, S.J., (2007), Self-Efficacy Mediates Walking Performance in Older Adults with Knee Osteoarthritis, *The Journal of Gerontology*, Oct 2007; 62A, 10; Academic Research Library, pg. 1142. Diambil 21 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- McAuley, et. al., (1999), Mode of Physical Activity and Self-Efficacy in Older Adults: A Latent Growth Curve Analysis, *The Journals of Gerontology*; Sept 1999; 54B, 5; Academic Research Library, pg. P283. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- McAuley, E., Elavsky, S., Motl, R.W., Konopack, J.F., Hu, L., Marquez, D.X., Physical Activity, Self-Efficacy, and Self-Esteem: Longitudinal Relationships in Older Adults, (2005), *The Journals of Gerontology*; Sept 2005; 60B, 5; Academic Research Library, pg. P268. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- McAuley, et. al., (2006), Physical Activity and Functional Limitations in Older Women: Influence of Self-Efficacy, *The Journals of Gerontology*; Sept 2005; 61B, 5; Academic Research Library, pg. P270. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- McDermott, A. Y., & Mernitz, H., (2006), Exercise and Older Patients : Prescribing Guidelines, *American Family Physician*, Volume 74, Number 3, August 1. Diambil 23 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- McLeod, J., (2006), Edisi Ketiga, Pengantar Konseling; Teori dan Studi Kasus, Tri Wibowo B.S. (Editor), Kencana Prenada Media Group, Jakarta.
- Nugroho, W., (2000), Keperawatan Gerontik, Edisi kedua, Penerbit EGC, Jakarta.
- Orsega-Smith, E.M., Payne L.L., Mowe, A.J., Ho, Ching-Hua, Godbey, G.S., The Role of Social Support and Self-Efficacy in Shaping the Leisure Time Physical Activity of Older Adults, (2007), *Journal of Leisure Research*; Fourth Quarter 2007; 39, 4; ABI/INFORM Global, pg. 705. Diambil 21 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Pajares, F., dan Urdan, T., (Eds), (2006), Self-efficacy Beliefs of Adolescents, Informational Age Publishing, Greenwich, Connecticut.

- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D., (2007), Tenth Ed., Human Development, Mc Graw Hill International, New York.
- Perlmutter, M., & Hall, E., (1992), Adult Development and Aging, Second Ed., John Wiley & Sons, Inc., Canada.
- Prohaska, T., et. al., (2006), Physical Activity, Public Health, and Aging: Critical Issues and Research Priorities, *The Journals of Gerontology*; Sept 2006; 61B, 5; Academic Research Library, pg. S267. Diambil 23 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Richeson, N.E., Croteau, K.A., Jones, D.B., & Farmer, B.C., (2006), Effect of a Pedometer-Based Intervention on the Physical Performance and Mobility-Related Self-Efficacy of Community-Dwelling Older Adults; An Interdisciplinary Prevention, *Therapeutic Recreation Journals*; First Quarter 2006; 40, 1; ProQuest Psychology Journals pg. 18. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Riebe, D., et. al., (2005), Physical Activity, Physical Function, and Stages of Change in Older Adults, *American Journal of Health Behavior*, Jan/Feb 2005,; 29, 1; Proquest Health and Medical Complete, pg. 70. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>
- Rouda, R.H., dan Kusy, M.E., (1995), *Needs Assessment: the first step*, the Technical Association of the Pulp and Paper Industry, Diambil 19 Juli 2008. http://alumnus.caltech.edu/~rouda/T2_NA.html.
- Rozycki, E.G., (2004), *Needs Assessment : A Fraud ?*, Edt. November 14, 2005, Diambil 19 Juli 2008. <http://www.newfoundation.com/EGR/Needs.html>
- Santrock, J. W., (2006), Life-Span Development, Tenth Ed., Mc Graw Hill, New York.
- Sarafino, E. P., (2006), Health Psychology; Biopsychosocial Interactions, Fifth Ed., John Wiley & Sons, Inc., United State of America.
- Seeman, Teresa, & Chen, Xinguang, (2002), Risk and Protective Factors for Physical Functioning in Older Adults With and Without Chronic Conditions: MacArthur Studies of Successful Aging, *The Journals of Gerontology*; May 2002; 57B,3; Academic Research Library, pg. S135. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.
- Singarimbun, M., dan Effendi, S., (Eds), (1995), Metode Penelitian Survey, LP3ES, Jakarta
- Singh, M. A. F., (2002), Exercise Comes of Age: Rationale and Recommendations for a Geriatric Exercise Prescription, *The Journals of Gerontology*; May 2002; 57A, 5; Academic Research Library, pg. M262. Diambil 24 Maret 2008, <http://www.proquest.com/pqdwb>.

Steward, R.G., *Needs Assessment : A Systematic Approach for Successful Distance Education*, Diambil 19 Juli 2008.

<http://frank.mtsu.edu/~itconf/proceed98/rstewart.html>.

Taylor, S. E., (2006), *Health Psychology, Sixth Ed.*, Mc Graw Hill International, New York.

Toegel, G., Anand, M., & Kilduff, Martin, (2007), *Emotion Helpers: The Role of High Positive Affectivity and High Self-Monitoring Managers*, *Personnel Psychology*, Summer, 60, 2, ABI/INFORM Global, pg 37.

<http://www.proquest.com/pqdweb>.

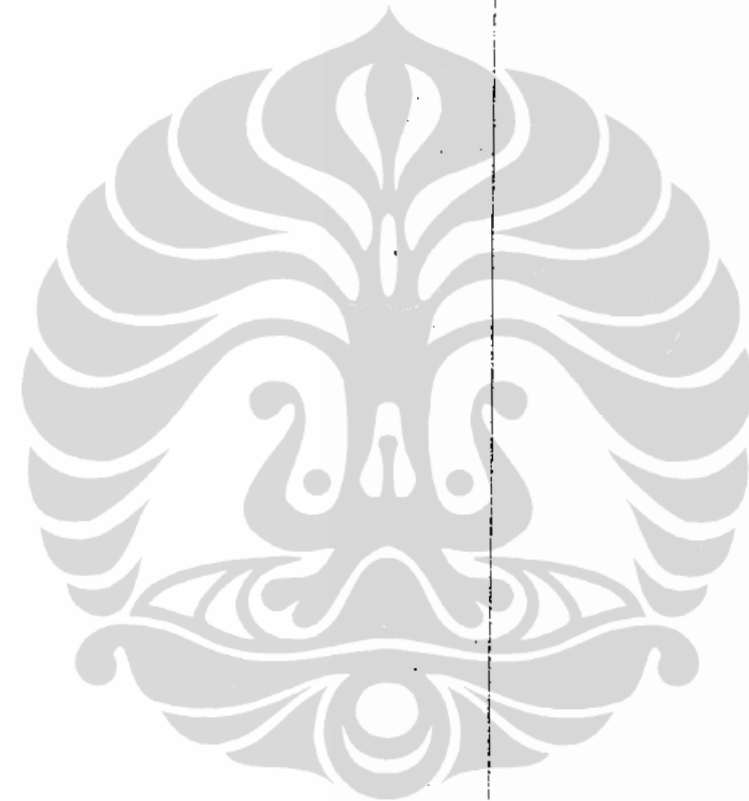
vanHeuvelen, M.J.G., Hochstenbach, Brouwer, deGreef, M.H.G., dan Scherder, E., (2006), *Psychological and Physical Activity Training for Older Persons: Who Does Not Attend?*, *The Journals of Gerontology*; August 2006; 52; Behavioural Science Section, pg. 366-375. Diambil 21 Maret 2008,

<http://www.proquest.com/pqdwb>.

Wright, C. C., Barlow, J. H., Turner, A. P., & Bancroft, G. V., (2003), *Self-management Training for People with Chronic Disease: An Explanatory Study*, *British Journal of Health Psychology*; Nov 2003; 8, Health & Medical Complete pg. 465. <http://www.proquest.com/pqdweb>.

Wilcox, S., Bopp, M., Oberrecht, L., Kammermann, S. K., dan McElmurray, C. T., (2003), *Psychosocial and Perceived Environmental Correlates of Physical Activity in Rural and Older African American and White Women*, *The Journals of Gerontology*, Nov 2003; 5B, 6; Academic Research Library, pg. P329. Diambil 1 April 2008, <http://www.proquest.com/pqdweb>.

LAMPIRAN



JADUAL KEGIATAN PENGKAJIAN DI PSTW BUDHI DHARMA BEKASI 2008

JENIS KEGIATAN	W A K T U	KETERANGAN
1. Pengurusan administrasi dan surat	1 - 10 Mei 2008	
2. Sosialisasi program pada tim kesehatan dan asisten lapangan	10 Mei 2008	
3. Pengkajian data untuk aktifitas fisik	13 Mei-13 Juni 2008	
4. FGD (Focus Groups Discussion) pada petugas Panti tentang Pentingnya aktifitas fisik	21 Mei, 22 Mei 2008	Mundur, diganti tgl 17 dan 18 Juni 2008
4. FGD pada petugas Panti tentang Self-Monitoring	29 Mei-31 Mei 2008	Tidak jadi, diganti dengan In Depth Interview pada 5 care giver, topik ttg aktifitas fisik
5. Pengkajian data untuk self-efficacy	13 Mei-13 Juni 2008	
6. Pengambilan data untuk social support	13 Mei-13 Juni 2008	
7. Pengolahan data	1 Juni-7 Juni 2008	Mundur, tgl 6 sampai dengan 13 Juni 2008
8. Analisa data	7 Juni-14 Juni 2008	Mundur, tgl 14 sampai dengan 23 Juni 2008
9. Interpretasi data	14 Juni-21 Juni 2008	Dilakukan setelah analisa data selesai
10. Penyusunan rencana intervensi bersama dengan petugas panti	22 Juni 29 Juni 2008	Mundur, diganti tgl 24 dan 25 Juni 2008
11. Editing terakhir laporan TA	30 Juni-7 Juli 2008	Berubah :Tgl 27 Juni 2008
12. Permintaan formulis pengusulan ujian	1 Juli-7 Juli 2008	Tgl 28 Juni 2008
13. Laporan ditandatangani oleh Pembimbing TA	9 Juli 2008	Tgl 30 Juni 2008
14. Laporan siap diserahkan ke Akademik	11 Juli 2008	Berubah : Tgl 7 Juli 2008

PROFIL PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDHI DHARMA BEKASI

A. LATAR BELAKANG

Panti Sosial Tresna Werdha Budhi Dharma Bekasi, berdiri pada tahun 1971 di jalan Fatmawati Jakarta Selatan, dengan Surat Keputusan (SK) Menteri Sosial RI Nomor 3-2-4/115 tahun 1971. Pada saat itu klien masih terbatas dari anggota perintis kemerdekaan dan veteran. Daya tampung saat itu 40 orang, luas lahan 43.172 M2 dan luas bangunan 4143 M2. Dalam upaya peningkatan pelayanan, pada tanggal 2 Nopember 1992 PSTW Budhi Dharma dipindahkan ke jalan H. M. Djoyomartono No. 19 Bekasi Timur Jawa Barat, dengan daya tampung 111 orang.

B. VISI & MISI

Visi dari Panti adalah : “ Menuju Lanjut Usia Bahagia dan Sejahtera di Hari Tua “. Adapun Misi nya adalah : 1). Meningkatkan pelayanan kepada Lanjut Usia melalui pemenuhan sandang, pangan dan papan, 2). Meningkatkan jaminan sosial dan perlindungan kepada Lanjut Usia, 3). Meningkatkan hubungan yang harmonis antar sesama Lanjut Usia, Lanjut Usia dan Pegawai, dan Lanjut Usia dengan masyarakat.

C. MAKSUD

Pelayanan kesejahteraan sosial yang diberikan kepada Lanjut Usia melalui keempat program tersebut dimaksudkan agar dapat merespon berbagai permasalahan-permasalahn Lanjut Usia baik yang berasal dari keluarga mampu, maupun dari keluarga yang tidak mampu.

D. TUJUAN

1. Membantu keluarga dalam memenuhi kebutuhan Lanjut Usia baik secara fisik, mental dan sosial.
2. Membantu Lanjut Usia agar dapat berfungsi sosial secara wajar.
3. Agar Lanjut Usia dapat saling berinteraksi antara yang satu dengan yang lain.

E. PROGRAM

Ada beberapa program pelayanan yang diselenggarakan oleh Panti, yaitu :

1. Program Reguler

Program ini merupakan program pokok dari Departemen Sosial RI, yaitu program untuk keluarga tidak mampu tanpa dipungut biaya. Selanjutnya para Lanjut Usia di tampung di asrama dan tinggal di asrama tersebut tanpa batas waktu.

2. Program Subsidi Silang.

Program ini diberlakukan untuk keluarga yang mempunyai Lanjut Usia, yang mampu secara ekonomi, tetapi karena mengalami ketelantaran perhatian dalam keluarganya, maka para Lanjut Usia tersebut dititipkan di Panti oleh keluarga mereka. Lanjut Usia tersebut tinggal di Panti dan dikenakan biaya perawatan dan tempat tinggal.

3. Program Pelayanan Harian Lanjut Usia (*Day Care Service*).

Pelayanan ini ditujukan pada para Lanjut Usia yang saat siang ingin mengisi waktu luang mereka dengan kegiatan yang bermanfaat atau melakukan hobi mereka. Mereka ditarik bayaran sesuai dengan jumlah kegiatan yang diikuti, dan kesepakatan antara keluarga dan pihak Panti.

4. Program Pendampingan dan Perawatan Lanjut Usia di lingkungan keluarga (*Home Care*).

Program ini berupa pelayanan di luar Panti, berupa pendampingan dan perawatan kesehatan Lanjut Usia, terutama bagi keluarga tidak mampu.

F. JENIS PELAYANAN

Jenis pelayanan di PSTW terdiri dari pelayanan fisik, keagamaan, sosial, keterampilan, psikologis (konsultasi dan terapi kelompok), kesehatan (pemeriksaan kesehatan rutin dan perawatan sakit, pendampingan, rekreasi dan pelayanan kematian (pengurusan jenazah dan pemakaman).

G. TENAGA PELAYANAN

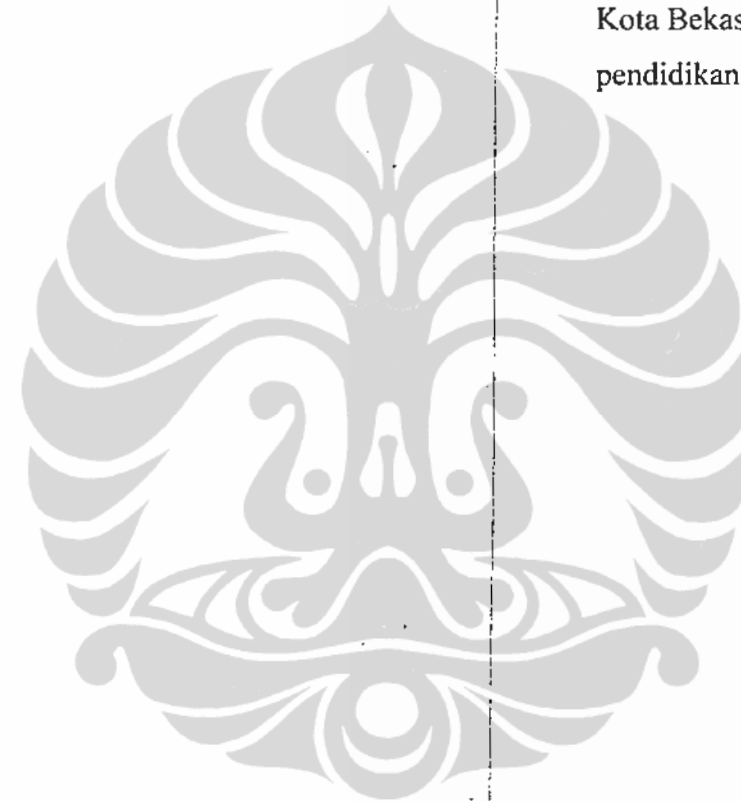
Tenaga yang ada di Panti terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, antara lain : pekerja sosial, psikolog, dokter, perawat, dan rohaniwan. Sedangkan tenaga honorer sebagai pramuwerdha, juru masak, tukang cuci, supir, *cleaning service*, tukang kebun, instruktur musik dan Satpam.

H. SARANA & PRASARANA

Sarana yang tersedia dari PSTW ini antara lain : bangunan kantor, bangunan asrama, gedung pusat kegiatan, ruang poliklinik dan rawat inap sementara, lapangan tenis, taman, bangunan dapur dan tempat cuci, bis, dan *ambulance*.

I. KERJASAMA

PSTW telah melakukan kerjasama dengan berbagai instansi pemerintahan (RSUD Kota Bekasi, K3S Kabupaten Bekasi) dan swasta (seperti Gabungan Organisasi Wanita Kota Bekasi, para donatur instansi/perusahaan maupun individu) serta institusi pendidikan negeri maupun swasta.



PENDAHULUAN

Nama Klien :

Tanggal :

Petunjuk :

Format ini akan membantu dokter memahami tingkat aktifitas BAPAK/IBU. Bacalah format yang ada dan kemudian pilihlah SATU NOMOR yang paling tepat menggambarkan tingkat aktifitas fisik BAPAK/IBU saat ini atau kesiapan BAPAK/IBU untuk melakukan lebih banyak aktifitas fisik, tetapi TIDAK TERMASUK aktifitas yang BAPAK/IBU lakukan sebagai bagian dari tugas atau mata pencaharian BAPAK/IBU.

Jenis aktifitas fisik dibagi menjadi :

- a. **Latihan giat** : Kegiatan yang dilakukan paling sedikit 30 menit, tetapi tidak rutin setiap hari, contoh : Jogging, berlari, sepeda cepat, aerobik/senam pagi, berenang, tenis single, badminton.
- b. **Latihan giat rutin** : Kegiatan seperti pada LATIHAN GIAT, yang dilakukan paling sedikit 30 menit setiap hari dan paling sedikit 3 hari dalam seminggu.
- c. **Latihan sedang** : Kegiatan paling sedikit 10 menit setiap kali kegiatan, dan tidak rutin setiap hari, contoh : Jalan cepat, berkebun, sepeda lambat, menari/dansa, tenis ganda, dan bekerja sekitar rumah/asrama/panti.
- d. **Latihan sedang rutin** : Kegiatan seperti pada LATIHAN SEDANG, yang paling sedikit dilakukan 30 menit sehari dan paling sedikit 5 hari dalam seminggu.

STATUS AKTIFITAS FISIK SAAT INI

Lingkari HANYA SATU NOMOR

1. Saya tidak melakukan latihan giat atau latihan sedang sekarang, dan saya tidak bermaksud untuk memulainya dalam waktu 6 bulan ke depan.
2. Saya tidak melakukan latihan giat rutin atau latihan sedang sekarang, tetapi saya sedang memikirkan untuk memulainya dalam waktu 6 bulan ke depan.
3. Saya mencoba untuk mulai melakukan latihan giat atau latihan sedang, tetapi saya tidak melakukan secara tetap.
4. Saya melakukan latihan giat kurang dari 3 kali setiap minggu atau latihan sedang kurang dari 5 kali setiap minggu.
5. Saya melakukan latihan sedang 30 menit setiap hari selama lima hari atau lebih setiap minggu untuk paling sedikit 1 – 5 bulan.
6. Saya melakukan latihan sedang 30 menit dalam sehari selama lima hari atau lebih setiap minggu untuk paling sedikit 6 bulan atau lebih.
7. Saya melakukan latihan giat 3 hari atau lebih setiap minggu untuk paling sedikit 1 – 5 bulan.
8. Saya melakukan latihan giat 3 hari atau lebih setiap minggu untuk paling sedikit 6 bulan atau lebih.

 Hasil :

Bila memilih no 1 : Tingkat Precontemplation/belum sadar
 Bila memilih no 2 : Tingkat Contemplation/sadar dan mulai berpikir
 Bila memilih no 3 - 4 : Tingkat Preparation/persiapan
 Bila memilih no 5 - 7 : Tingkat Active/sudah aktif tetapi belum rutin
 Bila memilih no 8 : Tingkat Maintenance/sudah aktif

Sumber : Gori & Arnold, 2006, hal 204

KUESINER KESIAPAN AKTIFITAS FISIK

Kuesiner ini akan membantu menolong diri bapak/ibu sendiri, untuk meningkatkan jumlah aktifitas fisik dalam kehidupan sehari-hari.

Kuesiner ini didisain untuk membantu bapak/ibu yang mempunyai masalah kesehatan, sehingga anda dapat memilih aktifitas fisik yang cocok.

Petunjuk :

1. Isilah dengan APA ADANYA sesuai dengan yang dirasakan oleh bapak/ibu
2. Mohon dibaca dengan teliti
3. Coretlah YA atau TIDAK pada tempat isian disamping pernyataan
4. Jika bapak/ibu sedang sakit, seperti flu, atau merasa tidak enak badan saat ini, abaikan/jangan diisi.

YES NO

- | | | |
|------|------|--|
| .... | .... | 1. Apakah dokter pernah meminta bpk/ibu untuk memperhatikan kondisi jantung bpk/ibu dan seharusnya hanya melakukan aktifitas fisik yang direkomendasikan oleh dokter ? |
| .... | .... | 2. Apakah bpk/ibu merasakan sakit di dada saat melakukan aktifitas fisik ? |
| .... | .... | 3. Dalam 1 bulan terakhir, apakah bpk/ibu merasakan sakit di dada saat Bpk/ibu sedang tidak melakukan aktifitas fisik ? |
| .... | .... | 4. Apakah bpk/ibu kehilangan keseimbangan karena pusing atau pernahkah bapak/ibu kehilangan kesadaran ? |
| .... | .... | 5. Apakah bpk/ibu mempunyai masalah dengan tulang atau persendian yang mungkin dapat bertambah buruk oleh perubahan aktifitas fisik bpk/ibu ? |
| .... | .... | 6. Adakah dokter bpk/ibu memberikan resep obat saat ini (pil, kapsul) untuk tekanan darah atau kondisi jantung bpk/ibu ? |
| .... | .... | 7. Apakah bpk/ibu mengetahui alasan lain mengapa bpk/ibu seharusnya tidak melakukan aktifitas fisik ? |

Sumber : Gorin & Arnold, 2006 hal. 205

KUESIONER SOSIODEMOGRAFIK

A. KARAKTERISTIK KLIEN

1. NAMA :
2. UMUR :
3. PENDIDIKAN TERAKHIR :
4. ETNIS/SUKU :
5. JENIS KELAMIN :
6. AGAMA :
7. STATUS PERNIKAHAN :
8. LAMA TINGGAL DI PANTI :
9. ALASAN MASUK KE PANTI :
-

B. KARAKTERISTIK DUKUNGAN SOSIAL

1. ANGGOTA KELUARGA YANG SERING MENJENGUK :
.....
2. FREKUENSI BERTEMU DENGAN KELUARGA :
.....
3. KELUARGA YANG MENANGGUNG KLIEN :
.....
4. PUNYA TEMAN DEKAT/SAHABAT DI DALAM/LUAR PANTI :
.....
5. HUBUNGAN DENGAN PETUGAS PANTI (SOCIAL WORKERS) :
.....
6. HUBUNGAN DENGAN PETUGAS KESEHATAN (DOKTER & PERAWAT) :
.....

C. MANAJEMEN KONFLIK

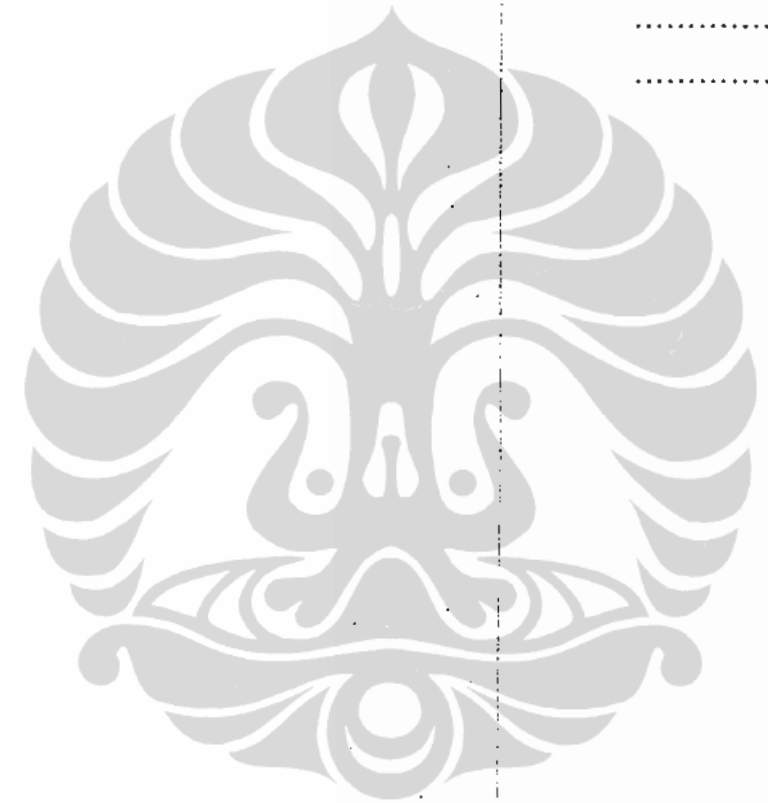
1. KALAU ADA MASALAH PRIBADI (KELUARGA) APA YANG
DILAKUKAN ?
.....
.....

2. KALAU ADA MASALAH DENGAN TEMAN SEPANTI APA YANG
DILAKUKAN ?

.....
.....

**D. KEGIATAN BPK/IBU/SDR DALAM MENGGISI WAKTU LUANG
(LEISURE TIME)**

.....
.....



SKALA DUKUNGAN SOSIAL

Nama klien :

Tgl pengkajian :

APAKAH TEMAN DAN ATAU PETUGAS KESEHATAN BPK/IBU
MELAKUKAN HAL SEPERTI TERSEBUT DI BAWAH INI :

NO	PERNYATAAN	SERING	JARANG	TDK PERNAH
1.	Membuat perencanaan bersama teman untuk melakukan aktifitas fisik bersama			
2.	Berkelompok dalam melakukan aktifitas fisik			
3.	Berjanji kepada bpk/ibu untuk melakukan aktifitas fisik bersama			
4.	Mengingatkan kepada bpk/ibu untuk melakukan aktifitas fisik bersama teman bpk/ibu tersebut			
5.	Rela berkorban mengubah jadwal rutin mereka agar dapat melakukan aktifitas fisik bersama			
6.	Memberitahu kepada bpk/ibu tentang efek positif yang diharapkan dari aktifitas fisik untuk kesehatan			
7.	Menjelaskan kepada bpk/ibu mengapa aktifitas fisik penting untuk meningkatkan kesehatan			
8.	Menjelaskan pada bpk/ibu bagaimana bpk/ibu dapat mencapai tujuan kesehatan melalui aktifitas fisik			
9.	Menyarankan sebuah program aktifitas fisik atau fasilitas yang dapat menunjang kesehatan bpk/ibu			
10.	Menjelaskan pada bpk/ibu tentang jumlah atau intensitas aktifitas fisik yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan			
11.	Memuji bpk/ibu bahwa tingkat aktifitas fisik bpk/ibu yang bpk/ibu kuasai			
12.	Memuji bpk/ibu bahwa tingkat aktifitas fisik bpk/ibu lebih baik dari pada orang lain seusia bpk/ibu			

NO	PERNYATAAN	SERING	JARANG	TDK PERNAH
13.	Menegaskan bahwa bpk/ibu melakukan aktifitas fisik dengan sangat baik			
14.	Memperlihatkan penghargaan mereka atas keahlian Bpk/ibu di bidang aktifitas fisik			
15.	Mengatakan kepada bpk/ibu bahwa seharusnya bpk/ibu bangga terhadap keterampilan aktifitas fisik bpk/ibu			

Sumber : Chogahara, Makoto, 1999, hal. 5361

Ket : Item pada *Social Support Scale* ini dikembangkan oleh Makoto Chogahara. Diadopsi oleh penulis dengan mengambil item Positif Social Influences.

SKALA SELF-EFFICACY UNTUK LATIHAN RUTIN

Nama klien :

Tgl pengkajian :

DI BAWAH INI ADALAH SITUASI YANG DAPAT MENJELASKAN MENGAPA BPK/IBU MENJADI SULIT MELAKUKAN LATIHAN SECARA RUTIN.

MOHON DIISI PADA KOLOM YANG KOSONG DENGAN BESARAN ANGKA YANG DAPAT MENGGAMBARAKAN SEBERAPA KUAT BPK/IBU TETAP MELAKSANAKAN LATIHAN RUTIN.
(LATIHAN RUTIN ADALAH 3 KALI ATAU LEBIH DALAM SEMINGGU)

SKALA INI BERADA PADA 0 SAMPAI DENGAN 100.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
-----					=====			*****		
Tdk dpt melakukan sama sekali					Melakukan tetapi tdk harus			Pasti/Tetap melakukan		

NILAI

Contoh : Ketika saya merasa lelah
Artinya bpk/ibu melakukan tetapi tidak harus/lihat situasi/
kalau bpk/ibu mau saja.

70

Berikut ini adalah pernyataan diri bapak/ibu

NILAI

- | | |
|---|-------|
| 1. Ketika saya merasa lelah | ..... |
| 2. Ketika saya merasa tertekan akibat pekerjaan | ..... |
| 3. Selama cuaca buruk | ..... |
| 4. Sesudah pemulihan dari luka yang menyebabkan saya harus menghentikan latihan | ..... |
| 5. Selama atau sesudah mengalami persoalan pribadi | ..... |
| 6. Ketika saya merasa depresi/tertekan | ..... |
| 7. Ketika saya merasa cemas | ..... |
| 8. Sesudah pemulihan dari penyakit yang menyebabkan saya harus menghentikan latihan | ..... |

9. Ketika saya merasa ngilu atau tidak enak badan saat latihan
10. Sesudah liburan
11. Ketika banyak pekerjaan yang harus saya kerjakan di rumah
12. Ketika ada tamu datang
13. Ketika ada hal lain yang lebih menarik perhatian saya untuk saya kerjakan
14. Jika saya gagal meraih tujuan dari latihan saya
15. Tanpa perhatian dan dukungan dari keluarga atau teman saya
16. Selama liburan
17. Ketika saya mempunyai janji dengan orang lain
18. Setelah saya mengalami persoalan keluarga

Sumber : Pajares, Frank & Urdan Tim, 2006, hal. 321

Ket : Alat ini dikembangkan oleh Bandura (1997)

DAFTAR PERTANYAAN

TOPIK : PERSEPSI TENTANG PENTINGNYA AKTIFITAS FISIK

Hari, Tgl & Jam :
Pewawancara : Budi Sarasati
Responden :

PERTANYAAN

1. Menurut bpk/ibu/sdr apa artinya aktifitas fisik ?
2. Menurut bpk/ibu/sdr apa tujuan dan manfaat anda melakukan aktifitas fisik ?
3. Menurut bpk/ibu apakah aktifitas fisik perlu dilakukan secara rutin ?
Jelaskan jawaban bpk/ibu/sdr
4. Menurut bpk/ibu/sdr kalau sudah usia lanjut perlukah tetap melakukan aktifitas fisik secara rutin ?
Jelaskan jawaban bpk/ibu/sdr
5. Menurut bpk/ibu/sdr apa tujuan dan manfaat usia lanjut tetap melakukan aktifitas fisik ?
6. Menurut bpk/ibu/sdr program aktifitas fisik apa yang cocok untuk usia lanjut ?
7. Menurut bpk/ibu/sdr bagi usia lanjut yang hidup tinggal di panti, aktifitas fisik apa yang cocok untuk mereka ?
8. Kebijakan apa yang bpk/ibu/sdr terapkan dalam rangka penyelenggaraan aktifitas fisik di panti ini ?
9. Sudah berapa lama program aktifitas fisik ini diselenggarakan ?
10. Menurut bpk/ibu/sdr hal-hal apa yang menyebabkan para lanjut usia menjadi tidak mau beraktifitas fisik di panti ? (fisik, psikologis, lingkungan fisik, pelayanan kesehatan, petugas).
11. Menurut bpk/ibu/sdr upaya apa (secara individu maupun institusi) yang bisa bpk/ibu/sdr lakukan dalam rangka meningkatkan aktifitas fisik di panti ?
12. Menurut bpk/ibu/sdr jenis olah raga apa yang cocok untuk para lanjut usia yang tinggal di panti ?

TOPIK : AKTIFITAS FISIK**TUJUAN UMUM :**

Ingin mengetahui lebih dalam tentang persepsi lanjut usia yang tinggal dip anti tresna werdha Budhi Dharma Bekasi tentang aktifitas fisik

TUJUAN KHUSUS :

1. Ingin mengetahui persepsi para lanjut usia tentang pengertian aktifitas fisik
2. Ingin mengetahui persepsi para lanjut usia tentang manfaat aktifitas fisik
3. Ingin mengetahui persepsi para lanjut usia tentang hal-hal yang dapat meningkatkan aktifitas fisik
4. Ingin mengetahui persepsi para lanjut usia tentang kendala-kendala yang dapat menghambat aktifitas fisik

DAFTAR PERTANYAAN :

1. Saya sebutkan satu –persatu kegiatan ini, Menurut mbah, mana saja dari peragaan ini yang termasuk aktifitas fisik ?
 - Lari-lari kecil keliling wima
 - nyapu wisma
 - ngepel wisma
 - senam krida prana
 - jalan tiap pagi hari
 - bersepeda
 - senam osteoporosis, senam aeorobik
 - berkebun
2. Menurut mbah, apa manfaat atau faedah dari beraktifitas fisik buat mbah ?
3. Menurut mbah, hal apa yang membuat mbah itu tidak mau beraktifitas fisik ?
(PROB : alasan dari diri sendiri, alasan dari petugas, kaki pegal atau badan sakit, alasan lain)
4. Menurut mbah, kalau mbah-mbah ini tidak beraktifitas secara rutin, bisa mengakibatkan apa saja ?

(PROB : Mbah yang suka pegal-pegal, mbah yang giat)

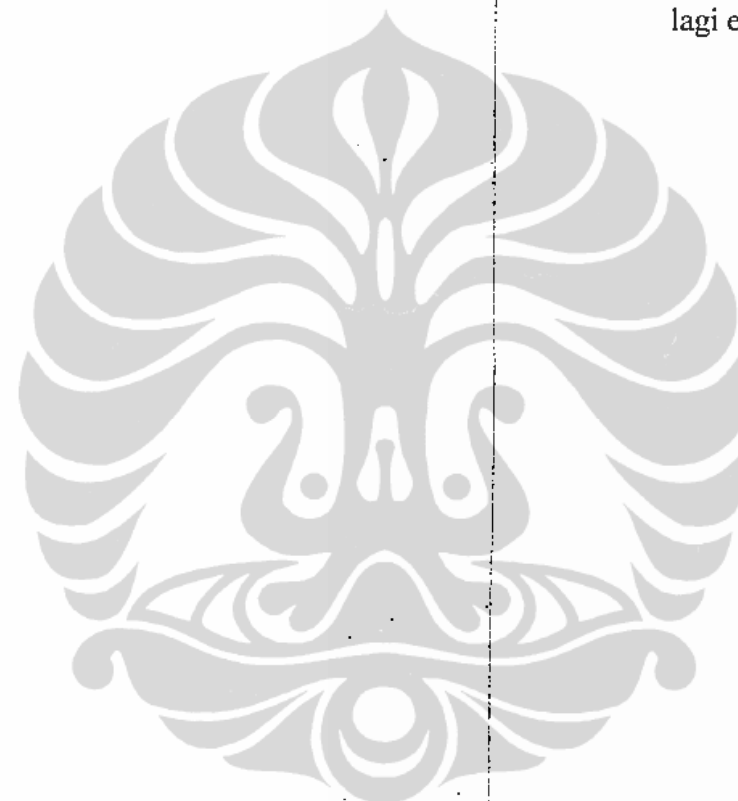
5. Menurut mbah, bagi mbah-mbah yang ada sakit jantung, sakit tulang, aktifitas fisik apa yang cocok untuk mereka ?

(PROB : perlu/tidak beraktifitas fisik)

6. Ada alat-alat seperti tread mill, sepeda statis, tapi jarang digunakan, menurut mbah apa yang menyebabkan mbah tidak mau menggunakan alat ini ?

7. Hal-hal apa yang membuat mbah menjadi giat melakukan aktifitas fisik ?

(PROB : gali apakah diberi hadiah, ada petugas yang mendukung, perasaan/mood lagi enak)



Kelompok II Putri

1. Tasripah
2. Musriatin
3. Sri Muwarni
4. Rosliana
5. Nurisah

Kelompok II Putra

1. Abdullah
2. Pendi
3. Yohanes
4. Hilaludin
5. Ali Hasan



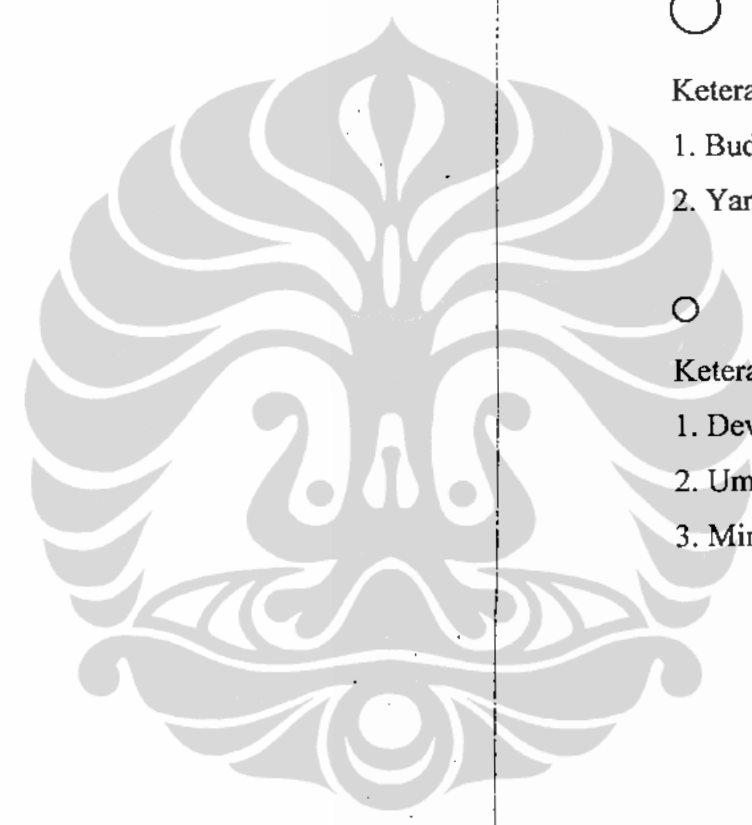
Keterangan

1. Budi Sarasati (Pemimpin FGD)
2. Yanti (Notulen)



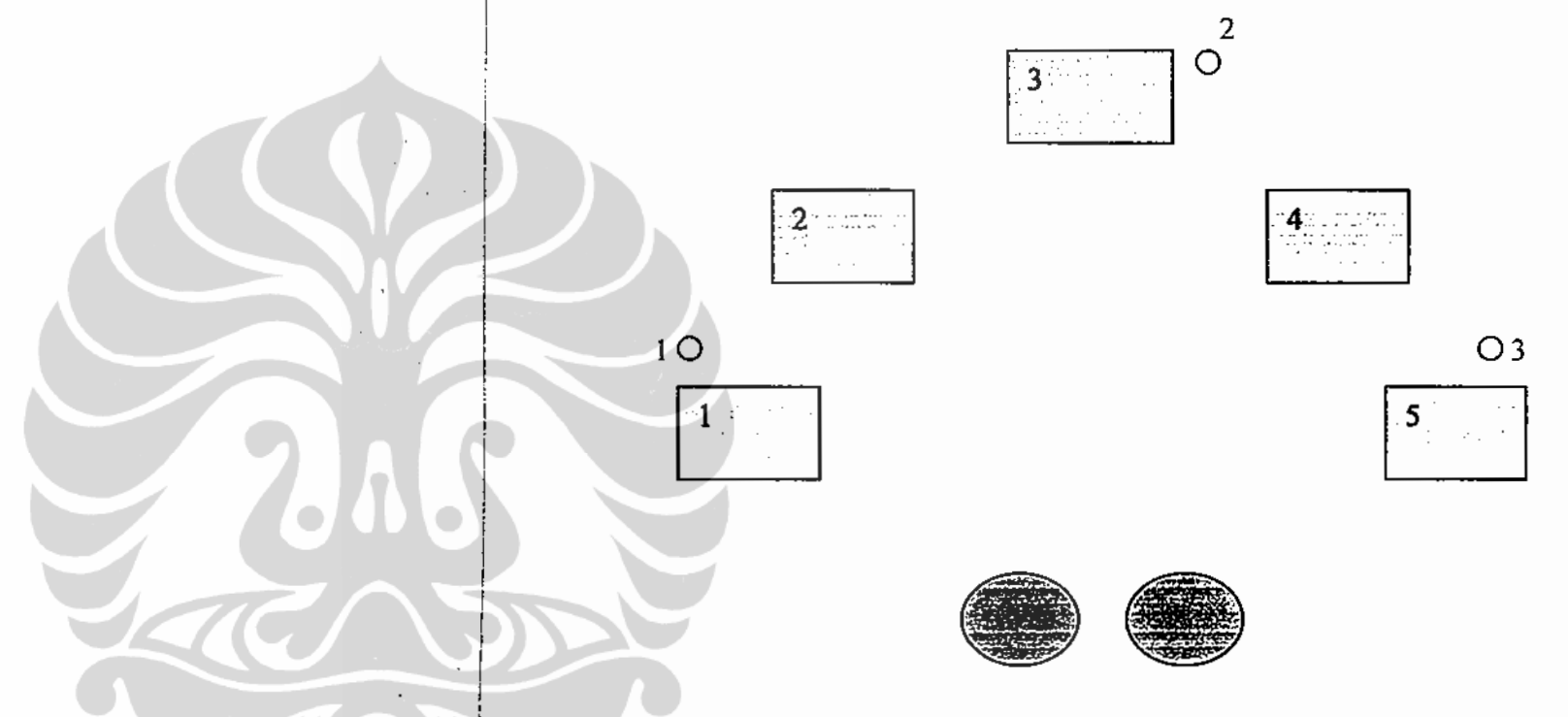
Keterangan :

1. Dewi
2. Umi
3. Mindasah



- c. Peserta diminta saling menghargai pendapat peserta lainnya dan berdiskusi/berargumentasi dengan cara yang elegan, tidak emosional atau menyerang peserta lainnya.
- d. Peserta berbicara secara bergantian, tidak saling berebut.

DENAH TEMPAT DUDUK FGD (*Focus Group Discussion*)



KETERANGAN :

- Kelompok I Putri
- 1. Khodijah
- 2. Nuraini
- 3. Sartiyah
- 4. Mantati
- 5. Atikah

- Kelompok I Putra
- 1. Mustarik
- 2. Ridwan
- 3. Purwanto
- 4. Masduki
- 5. Parman

PERSIAPAN :

1. Menentukan jumlah kelompok (setiap kelompok terdiri dari 5 orang lanjut usia, yang diambil dari masing-masing perwakilan wisma).
2. Menentukan komposisi kelompok
 - 2 kelompok laki-laki dan 2 kelompok wanita
 - Syarat peserta : dapat berkomunikasi dengan baik, tidak mengalami gangguan pendengaran, tidak mengalami gangguan penglihatan, tidak mengalami gangguan pergerakan, bukan pasangan suami istri di panti
3. Menentukan tempat diskusi (di aula panti)
4. Menentukan pengaturan tempat duduk
5. Menyiapkan undangan (identifikasi peserta, meminta kesediaan peserta).
6. Menyiapkan peralatan perekam yang digunakan (tape recorder, buku catatan)
7. Menyiapkan konsumsi dan uang transport untuk responden.

PEMBUKAAN :

1. Fasilitator memperkenalkan diri dan saling berkenalan dengan peserta diskusi.
2. Fasilitator menjelaskan tujuan diskusi dan lembaga yang menyelenggarakan. Pertemuan ini untuk mengumpulkan pendapat, bukan ceramah/evaluasi
3. Fasilitator menyebutkan lama diskusi.
4. Diskusi akan dicatat dan direkam.
5. Fasilitator meminta kesediaan peserta untuk berpartisipasi.
6. Fasilitator menjelaskan tata cara diskusi yaitu:
 - a. Pendapat semua peserta penting. Fasilitator ingin belajar dari peserta.
 - b. Peserta bebas mengemukakan pendapat, tidak ada penilaian terhadap jawaban/pendapat peserta diskusi.

DAFTAR HADIR

Hari dan Tanggal :

No	Nama Peserta	Tanda Tangan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hari dan Tanggal :

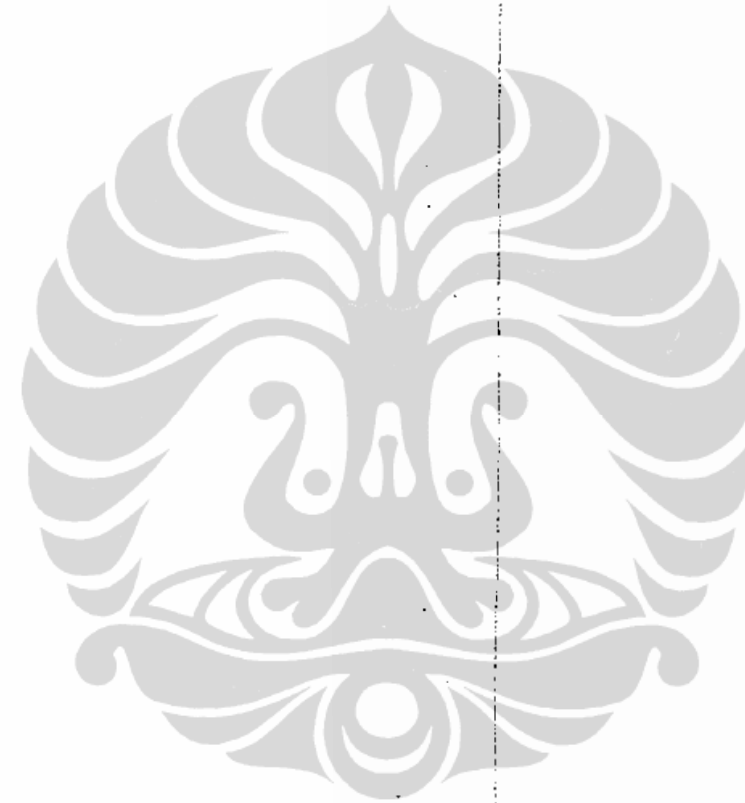
No	Nama Peserta	Tanda Tangan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Hari dan Tanggal :

No	Nama Peserta	Tanda Tangan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

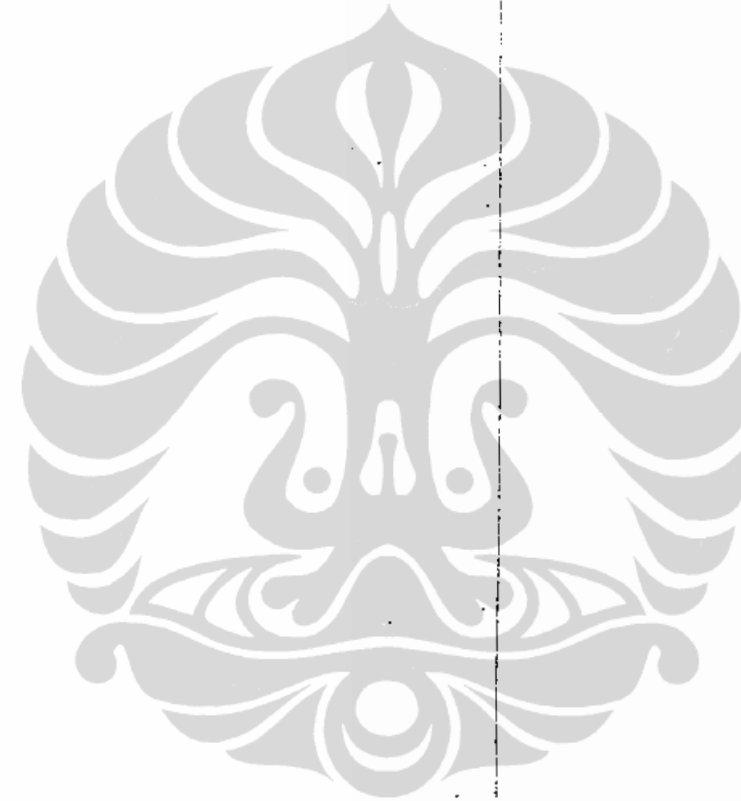
Hari dan Tanggal :

No	Nama Peserta	Tanda Tangan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



DRAFT TAHAP PERTAMA

**PANDUAN
SELF-MONITORING PROGRAM**



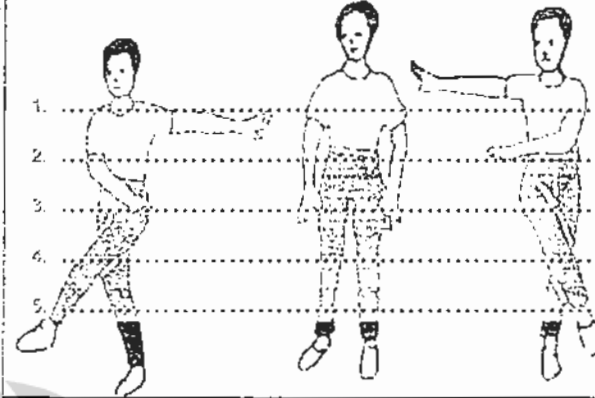
FITT - PRO
 OLEH
 SAYA
 nama :

MOTTO
 OLAH RAGA TIDAK MENGENAL UMUR
 SETIAP ORANG HARUS OLAH RAGA
 OLAH RAGA TERATUR MENINGKATKAN
 KESEHATAN TUBUH
 OLAH RAGA TERATUR MEMILIKI BADAN TIDAK
 MUDAH SAKIT
 OLAH RAGA TERATUR MEMBUAT HIDUP LEBIH
 BERLANGSAT.....

**KATAKAN KEPADA TEMAN
 SEKAMAR IBU/BAPAK**
 OLAH RAGA MEMBUAT:-
 Badan sehat dan kuat
 Tidak mudah sakit
 Makan enak
 Hati riang
 Hidup tenang
 Panjang umur



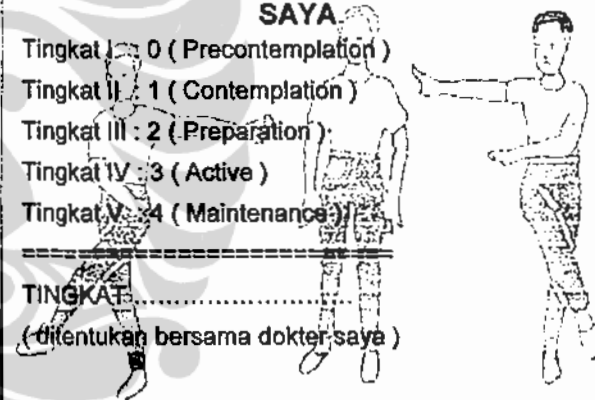
TUJUAN SAYA BEROLAH RAGA



TINGKAT AKTIFITAS FISIK SAYA

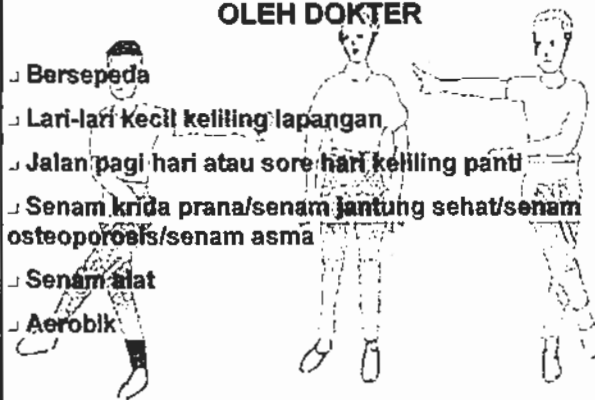
- Tingkat I : 0 (Precontemplation)
- Tingkat II : 1 (Contemplation)
- Tingkat III : 2 (Preparation)
- Tingkat IV : 3 (Active)
- Tingkat V : 4 (Maintenance)

TINGKAT.....
(ditentukan bersama dokter saya)



AKTIFITAS FISIK YANG DIANJURKAN OLEH DOKTER

- ▣ Bersepeda
- ▣ Lari-lari kecil keliling lapangan
- ▣ Jalan pagi hari atau sore hari keliling pantai
- ▣ Senam krida prana/senam jantung sehat/senam osteoporosis/senam asma
- ▣ Senam alat
- ▣ Aerobik



SAYA MEMILIH JADWAL OLAH RAGA

- ✓ SETIAP HARI, SELAMA 30 MENIT
- ✓ 3 SAMPAI 7 HARI SETIAP MINGGU, SELAMA 20-60 MENIT
- ✓ 2 ATAU 3 HARI SETIAP MINGGU, SETIAP GERAKAN DIULANG 7-10 KALI
- ✓ 2 ATAU 3 HARI SETIAP MINGGU, SETIAP GERAKAN DIULANG 3-4 KALI



SETELAH OLAH RAGA SAYA AKAN MEMERIKSA SENDIRI

- ✓ DENYUT NADI
- ✓ DENYUT JANTUNG
- ✓ PERNAPASAN
- ✓ TANGAN DAN KAKI
- ✓ CARA JALAN DAN PERGERAKAN



KEGIATAN SAYA SEHARI-HARI

- ✓ MENGAJ
- ✓ MEMBACA
- ✓ KURSUS KETRAMPILAN
- ✓ BETERNAK BINATANG
- ✓ MEMASAK, MEMBUAT KUE/MAKANAN
- ✓ BERKEBUN/MENANAM BUNGA DAN MENYIRAM TANAMAN
- ✓ MEMBERSIHKAN LINGKUNGAN WISMA

