

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT  
KETERGANTUNGAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) LANSIA  
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA NIRWANA PURI SAMARINDA**

**SKRIPSI**



**Disusun oleh :**

**RAHMAT RIZALDI**

**NIM : B1738216401**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2019**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT  
KETERGANTUNGAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) LANSIA  
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA NIRWANA PURI SAMARINDA**

**SKRIPSI**

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan

(S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2019**

HALAMAN PENGESAHAN

FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT KETERGANTUNGAN  
*ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL)* LANSIA DI PANTI SOSIAL  
TRESNA WERDHA NIRWANA PURI SAMARINDA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

**RAHMAT RIZALDI**

B1738216401

Telah dipertahankan di depan dewan penguji

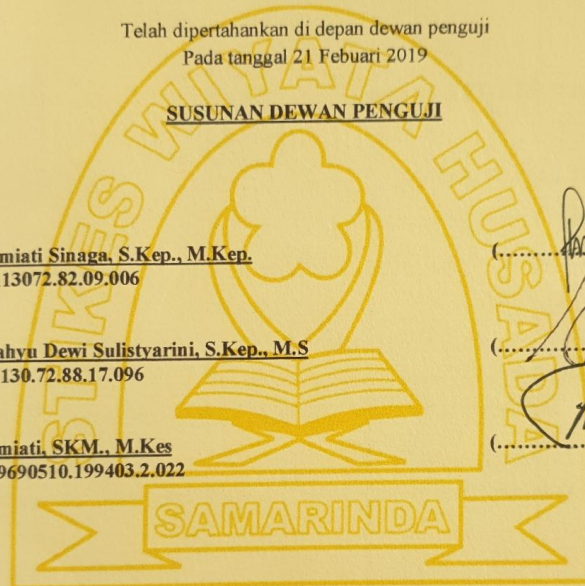
Pada tanggal 21 Februari 2019




**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

1. **Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep.**  
NIK. 113072.82.09.006

2. **Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S**  
NIK. 1130.72.88.17.096

3. **Hj. Sumiati, SKM., M.Kes**  
NIP. 19690510.199403.2.022

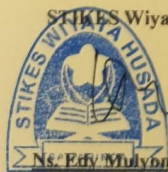


(.....)   
(.....)   
(.....) 

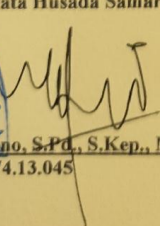
Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda



**Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep**  
NIK : 113072.74.13.045



Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan  
STIKES Wiyata Husada Samarinda



**Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep**  
NIK : 113072.86.14.071

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rahmat Rizaldi

NIM : B1738216401

Program Studi : Program S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada  
Samarinda

Judul Laporan Tugas : Faktor –Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat  
Ketergantungan *Activity Of Daily Living* (ADL)  
Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana  
Puri Samarinda

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 7 Februari 2019

Yang membuat pernyataan,

Rahmat Rizaldi  
NIM. B1738216401

## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rahmat Rizaldi

NIM : B1738216401

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyatakan dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas Skripsi saya yang berjudul :

**Faktor –Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Ketergantungan *Activity Of Daily Living* (ADL) Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 7 Februari 2019

Yang menyatakan

(Rahmat Rizaldi)

## KATA PENGANTAR

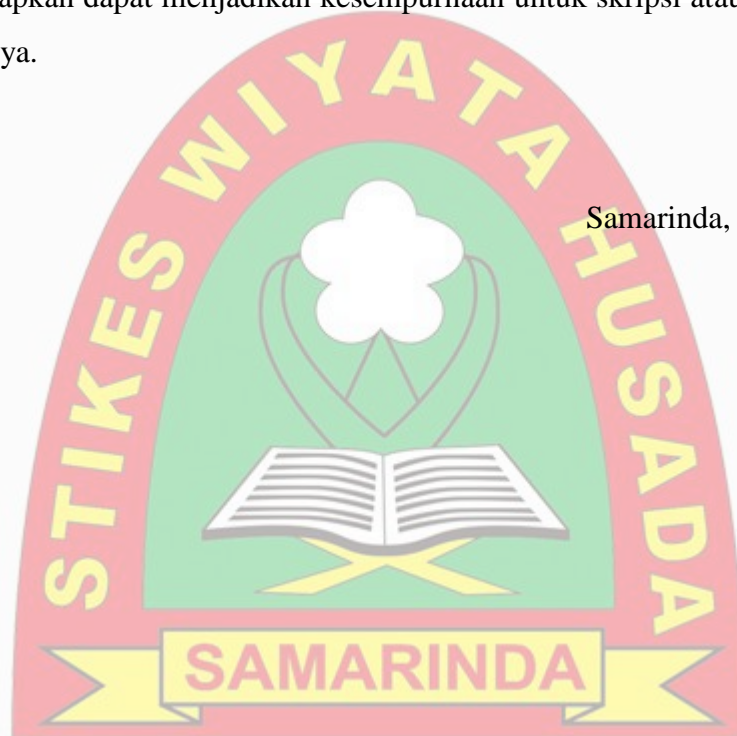
Alhamdulillah, Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat ALLAH SWT, berkat rahmat dan petunjuk-Nya saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul Faktor – faktor yang Mempengaruhi Tingkat Ketergantungan *Activity of Daily Living (ADL)* Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda. Laporan tugas akhir merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ilmu Keperawatan (S.Kep) pada program studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersama dengan ini perkenankan saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku ketua yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono, S. Pd., S. Kep., M. Kep. Selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Rusdi, S. Kep., M. Kep selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Kepala UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.
5. Ns. Wahyu Dewi, MS selaku pembimbing I yang sudah meluangkan banyak waktu di sela-sela kesibukannya untuk mengarahkan dan memberikan masukan kepada saya selama proses penyusunan proposal.
6. Hj. Sumiati, SKM., M.Kes selaku pembimbing II yang juga sudah banyak meluangkan waktunya untuk membimbing dan memotivasi saya selama penyusunan proposal.
7. Ns. Sumiati Sinaga., S.Kep. M.Kep selaku penguji utama yang selalu memberikan masukan demi perbaikan terhadap penulisan penelitian saya.
8. Seluruh staff pengajar dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
9. Kepada kedua orang tua saya yang sudah banyak mendidik saya, memberikan dukungan, doa yang tak pernah terhitung untuk kesuksesan dan keberhasilan saya selama ini. Untuk keluarga dan saudara saya yang turut ambil adil dalam memberikan dukungan serta doa dalam kehidupan saya.

10. Untuk teman-teman saya yang rasanya tak cukup adil untuk saya sebutkan namanya satu-satu dalam tulisan ini. Kalian semua sudah memberikan banyak energy positif kepada saya.

Semoga arahan, motivasi, serta energy dan bantuan yang telah diberikan selama ini kepada saya menjadi amal ibadah yang terus mengalir pahalanya untuk keluarga, bapak, ibu serta rekan-rekan semuanya dan memperoleh balasan yang lebih baik dari ALLAH SWT. Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih cukup jauh dari kata sempurna, oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun kami harapkan dapat menjadikan kesempurnaan untuk skripsi atau tulisan peneliti selanjutnya.



Samarinda, 7 Februari 2019

Rahmat Rizaldi

## ABSTRAK

### FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT KETERGANTUNGAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA NIRWANA PURI SAMARINDA

Rahmat Rizaldi<sup>1</sup>, Wahyu Dewi<sup>2</sup>, Sumiati<sup>3</sup>

**Latar Belakang :** Untuk dapat hidup secara mandiri lansia harus mampu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi. Dalam penelitiannya ada beberapa faktor yang berhubungan dengan kemandirian pada lansia yaitu kondisi kesehatan, kondisi sosial, kondisi ekonomi, dan kondisi stress. Lansia dapat mandiri jika kondisi kesehatan dalam keadaan baik. Secara sosial, lansia yang mandiri itu melakukan aktivitas sosial, memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan mendapat dukungan dari keluarga dan masyarakat. Bila terjadi penurunan kemampuan dalam melakukan ADL lansia akan merasa tidak berguna dan menjadi semakin terpuruk apalagi dukungan keluarga ini kurang, maka lansia akan menjadi depresi dan terlantar apabila hal ini berlanjut terus menerus lansia dapat meninggal karena tidak ada yang membantu kebutuhannya. **Tujuan :** untuk mengetahui faktor apa yang mempengaruhi tingkat ketergantungan ADL lansia. **Metode :** Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan total populasi di panti sebanyak 96 lansia, untuk pengambilan sampel ini menggunakan rumus *Rule Of Thumb*, dengan perhitungan  $10 \times 5 \text{ variabel} = 50 \text{ sampel}$ . dengan menggunakan analisa *regresi linear*, **Hasil :** faktor yang paling dominan tingkat ketergantungan ADL lansia adalah status mental dengan nilai  $ADL = -3,586 + 1,655 \cdot (R^2 = 0,841)$  dan dengan nilai determinasi 78 %. **Kesimpulan :** Faktor yang paling mempengaruhi tingkat ketergantungan ADL lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda yaitu status mental.

Kata Kunci : Lansia, tingkat ketergantungan

---

<sup>1</sup>Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Dosen program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

## ABSTRACT

### **THE FACTORS INFLUENCING THE DEPENDENCY LEVEL OF THE ELDERLY'S ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) INPANTI SOSIQL TRESNA WERDHA NIRWANA PUTRI SAMARINDA**

Rahmat Rizaldi<sup>1</sup>, Wahyu Dewi<sup>2</sup>, Sumiati<sup>3</sup>

**Background:** To be able to live independently, the elderly must be able to adjust to changes that occur. In this research, there are several factors related to independency of the elderly, namely health conditions, social conditions, economic conditions, and stress conditions. Elderly people can be independent if the health condition is in good condition. Socially, the independent elderly do social activities, have good relationships with their families and receive support from family and society. If there is a decrease in the ability to do ADL, the elderly will feel useless and the condition can become worse, especially if the family support is lacking. The elderly will also become depressed and will feel being abandoned and if this continues, the elderly can die because no one helps their needs. **Objective:** to find out what factors influence the level of dependency on elderly's ADLs. **Method:** This study used purposive sampling with a total population of 96 elderly people, and this sampling was taken by the formula of the Rule Of Thumb, with a calculation of  $10 \times 5$  variables = 50 samples by using linear regression analysis. **Results:** the most dominant factor in the level of dependency on elderly's ADL was the mental status with the value of  $ADL = -3.586 + 1.655$ , ( $R^2 = 0.841$ ) and with a determination value of 78%. **Conclusion:** The factor that most influenced the level of dependency of the elderly's ADL in the Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda Retirement Home was mental status.

Key Words: The Elderly, Level of Dependency

---

<sup>1</sup>Nursing Study Program Student, Health Science Institute of Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Nursing Study Program Lecturer, Health Science Institute of Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Nursing Study Program Lecturer, Health Science Institute of Wiyata Husada Samarinda

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	ii
Lembar Pernyataan Keaslian.....	iii
Lembar Pernyataan Persetujuan Publikasi.....	iv
Lembar Persetujuan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Skema.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat.....	6
E. Penelitian Terkait.....	8

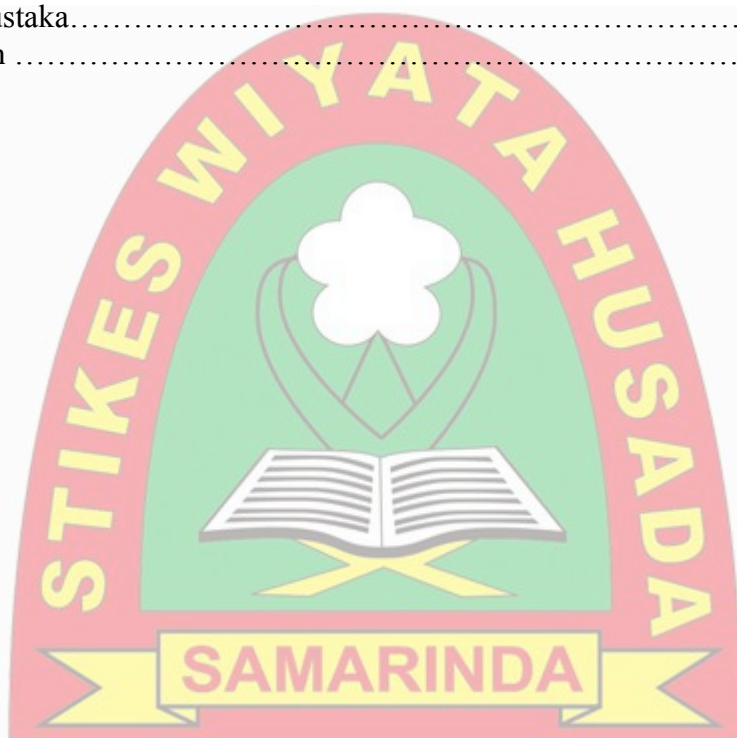
### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lanjut Usia (Lansia).....	10
1. Pengertian Lansia.....	10
2. Batasan Lansia.....	10
3. Kebutuhan hidup lansia.....	10
B. <i>Activity of Daily Living</i> (ADL).....	12
1. Pengertian.....	12
2. Penilaian <i>Activity of Daily Living</i> (ADL).....	14
3. Alat ukur untuk ADL.....	15
C. Faktor – faktor yang mempengaruhi <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) Lansia.....	16
1. Status Gizi.....	16
2. Status Mental.....	19
3. Status Kesehatan.....	20
4. Dukungan Keluarga.....	22
D. Teori Keperawatan.....	24
E. Kerangka Teori Penelitian.....	26
F. Kerangka Konsep Penelitian.....	27
G. Hipotesis Atau Pernyataan Penelitian.....	28

### BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	29
B. Populasi dan Sampel.....	29
C. Teknik Pengambilan Sampel.....	30
D. Definisi Operasional.....	31
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	31
F. Sumber Data Dan Instrumen Penelitian.....	32

G. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.....	34
H. Analisa Data.....	35
I. Etika Penelitian.....	37
J. Prosedur Pengumpulan Data.....	38
K. Alur Penelitian.....	39
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian.....	41
B. Pembahasan.....	47
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	52
B. Saran.....	52
Daftar pustaka.....	53
Lampiran .....	56



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT.....	18
Table 3.1 Definisi Operasional.....	31
Tabel 3.2 Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT .....	33
Tabel 4.1 Distribusi kareteristik responden.....	41
Tabel 4.2 Distribusi Variabel independen dan dependen.....	42
Tabel 4.3 Tes normalitas data Kolmogorov- Smirnov.....	43
Tabel 4.4 Variabel yang masuk dan hilang.....	43
Tabel 4.5 Ringkasan model untuk melihat determinasi.....	44
Tabel 4.6 Uji Untuk melihat asumsi multikolineariti.....	45
Tabel 4.7 Kesimpulan hasil.....	46



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 kerangka teori .....	26
Skema 2.2 kerangka konsep penelitian.....	27
Skema 3.1 Alur Penelitian.....	39



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 2	: Surat Penelitian
Lampiran 3	: Kuisisioner <i>Activity of Daily Living</i> (ADL)
Lampiran 4	: Kuisisioner HARS
Lampiran 5	: Menghitung IMT
Lampiran 6	: Kuisisioner Apgar Keluarga
Lampiran 7	: Scater Plot
Lampiran 8	: Histogram dan Normal P-plot
Lampiran 9	: Jadwal kegiatan



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Usia harapan hidup yang semakin meningkat membawa konsekuensi tersendiri bagi semua sektor yang terkait dengan pembangunan. Tidak hanya sektor kesehatan tetapi juga sektor ekonomi, sosial budaya, serta sektor lainnya. Oleh sebab itu, peningkatan jumlah penduduk lansia perlu diantisipasi mulai saat ini yang dapat dimulai dari sektor kesehatan dengan mempersiapkan layanan keperawatan yang komprehensif bagi lansia (Efendi dan Makhfudli, 2009).

Fenomena populasi penduduk lansia 60 tahun ke atas pada saat ini dinegara-negara dunia diprediksikan akan mengalami peningkatan. Jumlah penduduk lanjut usia di dunia saat ini diperkirakan ada 500 juta dengan usia rata-rata 60 tahun dan diperkirakan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 milyar. Antara tahun 2007 dan 2050, presentasi jumlah penduduk lansia di Amerika Afrika diperkirakan mengalami peningkatan dari 8,3% mencapai 11%, sementara itu perkiraan peningkatan jumlah populasi lansia juga terjadi di Asia antara tahun 2007 dan 2050 dari 2,3% mencapai 7,8% (Meiner, 2011). Berdasarkan data Statistik Penduduk Lanjut Usia di Indonesia khususnya Provinsi Kalimantan Timur (2010) terdapat lansia usia > 60 tahun sebanyak 698.071 jiwa untuk lansia perempuan sedangkan lansia laki-laki terdapat lansia sebanyak 38.111 jiwa.

Pertambahan usia pada seseorang dapat menyebabkan perubahan dalam bentuk fisik, kognitif dan dalam kehidupan psikososialnya. Pada usia, lansia banyak yang merasakan kesepian, sosial ekonomi sangat kurang diperhatikan, kesejahteraanya berkurang, dan munculnya beberapa penyakit pada lansia yang dapat menyebabkan produktivitas menurun sehingga dapat mempengaruhi kehidupan dan kualitas hidup lansia itu sendiri (Anis, 2012). Fungsi dan aktivitas individu yang biasanya dilakukan tanpa bantuan orang lain juga dapat dikatakan sebagai *activity daily living* (Trisnawandari, 2008).

Usia lanjut/senja merupakan fas kehidupan yang dilalui oleh setiapindividu. Kondisi kesehatan pada tahap ini sangat ditentukan oleh kualitas dan kuantitas asupan gizi. Gizi yang baik akan berperan dalam upaya penurunan persentase timbulnya penyakit dan angka kematian di usia lanjut. Di lain pihak kemunduran biologis, adaptasi mental yang menyertai proses penuaan seringkali menjadi hambatan bagi para usiaa lanjut. Masalah fisiologis seperti terjadi gangguan pencernaan penurunan sensitivitas indera perasa dan penciuman, malabsorsi nutrisi serta beberapa kemunduran fisik lainnya dapat menyebabkan rendahnya asupan zat gizi (Emma Wirakusumah, 2002).

Kurangnya asupan nutrisi akan berakibat pada timbulnya berbagai penyakit atau permasalahan kesehatan pada lansia. Berbagai masalah keshatan yang dihadapi usia lanjut terkait dengan kurangnya pemenuhan nutrisi adalah diabetes melius, hipertensi, jantung coroner, rematik dan asma sehingga menyebabkan aktivitas bekerja terganggu (Ilyas, 1997), sehingga hal tersebut dapat menurunka kemampuan ADL pada lanjut usia (Siburian,2005)

Bila terjadi penurunan kemampuan dalam melakukan ADL lansia akan merasa tidak berguna dan menjadi semakin terpuruk apalagi dukungan keluarga ini kurang, maka lansia akan menjadi depresi dan terlantar apabila hal ini berlanjut terus menerus lansia dapat meninggal karena tidak ada yang membantu kebutuhannya. Hal ini mengisyaratkan bahwa lansia membutuhkan bantuan untuk menjaga kesehatan baik fisik maupun kejiwannya, oleh kaena itu lansia justru hars melakukan aktifitas yang berguna bagi kehidupannya (Arimurti, 2006)

Menurut Ambarwati (2014) semakin tua umur seseorang, maka akan semakin menurun kemampuan fisiknya, hal ini dapat mengakibatkan kemunduran pada peran sosialnya dan juga akan mengakibatkan gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya. Meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain dengan kata lain akan menurunkan tingkat kemandirian lansia tersebut. Maslow (1962, dikutip oleh Ambarwati 2014) menyebutkan teori tentang hierarki kebutuhan, tingkatan

yang tertinggi (ke-5) adalah kebutuhan aktualisasi diri (*need for self Actualization*) yang terkait dengan tingkat kemandirian, kreatifitas, kepercayaan diri dan mengenal serta memahami potensi diri sendiri.

Kemandirian sangat penting dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Dengan pemikiran para lansia, diakui sebagai individu yang mempunyai karakteristik yang unik. Kemandirian pada lanjut usia dapat dinilai dari kemampuannya dalam melakukan aktivitas kesehariannya atau yang sering disebut dengan *Activity of daily living* (ADL), sehingga meminimalkan morbiditas para lanjut usia. Salah satu ukuran penting pada morbiditas adalah kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, *toileting*, dan makan. Ketika tidak dapat melakukan *self-care*, maka akan menjadi tergantung dengan bantuan (Dunlop, Hughes, dan Manheim, 1997; Sari, 2013).

Kehidupan sehari-hari mereka yang harus memerlukan bantuan dalam menjalankan aktifitasnya. Semakin lanjut usia seseorang maka kemampuan fisiknya akan semakin menurun, sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran sosialnya. Hal ini mengakibatkan pula timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya, sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain (Tamher, dkk, 2011). Dikelurahan Karangasem kecamatan Laweyan Surakarta terdapat tujuh posyandu binaan dari puskesmas wilayah Laweyan, total dari lansia di Kelurahan tersebut yaitu 334 lansia yang mengalami masalah *Activity of Daily Living* (ADL). Apabila ketergantungan tidak segera diatasi, maka akan menimbulkan beberapa akibat seperti gangguan sistem tubuh, yaitu penyakit menurunnya "*Activity of Daily Living* (ADL)". Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian lansia dalam melakukan *Activity of Daily Living* (ADL) adalah faktor usia, immobilisasi, dan mudah terjatuh (Nugroho, 2008). Dari berbagai studi disimpulkan bahwa status fungsional *activity daily living* terkait erat bukan hanya dengan usia, tetapi juga penyakit, sehingga para praktisi di klinik perlu menguasai "seni"

menangani lansia agar dapat memulihkan atau memaksimalkan serta memelihara status fungsional selama mungkin (Tamher, dkk, 2011).

Penurunan fungsi tubuh pada lansia yang dapat mengakibatkan kondisi fisik lansia mengalami perubahan dari waktu ke waktu seperti penurunan jumlah sel, sistem pernafasan terganggu, sistem pendengaran terganggu, sistem gastrointestinal mengalami penurunan, hilangnya jaringan lemak dan kekuatan otot yang dimiliki lansia berkurang dapat mengakibatkan *activity daily living* mereka terganggu (Nugroho, 2008). Perubahan kehidupan sosial pada lansia, ekonomi kurang memadai, kesemangatan hidup mereka akan menurun sehingga *activity daily living* (ADL) mereka akan berubah dan mungkin tidak memiliki semangat menjalani kehidupannya. Perubahan lingkungan dengan kurangnya rekreasi, transportasi yang tidak memadai, juga dapat berpengaruh kepada *activity daily living* (ADL) lansia itu sendiri (Pulkeliene, 2011).

Masalah gizi akibat perilaku makan yang salah lebih peka terjadi pada lansia dibandingkan usia dewasa. Nafsu makan lansia umumnya mulai menurun karena semakin berkurangnya fungsi pengecap pada lidah. Hilangnya selera makan menjadi salah satu fenomena yang dapat memperburuk kondisi lansia seperti kurang gizi, defisiensi beberapa unsur zat gizi atau obesitas yang dapat memicu timbulnya penyakit degeneratif (Wirakusumah, 2001).

Perubahan mental pada lansia ditandai dengan sikap yang semakin *egosentrik*, mudah tersinggung, dan mudah depresi. Untuk dapat hidup secara mandiri lansia harus mampu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi. Suhartini (2004) dalam penelitiannya ada beberapa faktor yang berhubungan dengan kemandirian pada lansia yaitu kondisi kesehatan, kondisi sosial, dan kondisi ekonominya. Lansia dapat mandiri jika kondisi kesehatannya dalam keadaan baik. Secara sosial, lansia yang mandiri itu melakukan aktivitas sosial, memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan mendapat dukungan dari keluarga dan masyarakat. Secara ekonomi memiliki penghasilan dan dapat memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

Manfaat keterlibatan keluarga akan meningkatkan kesehatan/kesejahteraan anggota termasuk lansia. Kemampuan lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari jika dukungan keluarga optimal diberikan maka lansia terdorong untuk mandiri dalam aktivitas sehari-hari, sehingga status kesehatannya meningkat (Freidman,1998). Namun kenyataannya banyak di temukan penurunan kemandirian pada lansia yang tinggal dengan keluarga, hal ini karena banyak keluarga lansia sibuk dengan pekerjaan mereka masing-masing disamping itu meningkatnya kebutuhan ekonomi membuat semua anggota keluarga bekerja diluar rumah, sehingga menyebabkan keluarga yang mempunyai lansia kurang memperhatikan atau memberi dukungan yang optimal kepada lansia (Watson,2003). Lansia yang tidak mandiri dan tidak mendapat dukungan keluarga maka lansia akan tergantung dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari, sehingga berdampak pada status kesehatannya dan lebih rentan terhadap serangan penyakit. Salah satu solusi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kemandirian lansia dalam aktivitas sehari-hari yakni dengan dukungan keluarga. Dukungan tersebut dapat berasal dari anggota keluarga (anak, istri, suami dan kerabat). Dukungan tersebut dapat berupa anjuran yang bersifat mengingatkan lansia untuk tidak bekerja berlebihan (jika lansia masih bekerja), memberikan kesempatan kepada lansia untuk melakukan aktivitas yang menjadi hobinya, memberi kesempatan kepada lansia untuk menjalankan ibadah dengan baik, dan memberikan waktu istirahat yang cukup kepada lansia agar tidak mudah stress dan cemas (Ismayadi,2004). Sehingga diharapkan lansia tetap mendapatkan kualitas hidup yang baik, tetap melakukan aktivitas hidup sehari-hari dengan mandiri serta tetap menjaga kesehatannya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Panti Sosial Werdha Nirwana Puri pada Senin, 15 Oktober 2018 hasil wawancara dari 5 orang lansia mengatakan bahwa ADL terganggu dikarenakan faktor tidak sehat, cemas, dan kurangnya dukungan keluarga.

Berdasarkan hasil tersebut peneliti tertarik meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan ADL di panti sosial Tresna Werdha Nirwana Puri.

## B. Rumusan Masalah

Perumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi tingkat ketergantungan *Activity of Daily Living* (ADL) lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi tingkat ketergantungan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari kehidupan *activity of daily living* (ADL) lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

### 2. Tujuan Khusus

- a) Untuk mengetahui distribusi frekuensi tingkat ketergantungan dalam *activity of daily living* (ADL) lansia.
- b) Untuk mengidentifikasi status gizi, status mental, status, kesehatan dan dukungan keluarga.
- c) Untuk mengetahui faktor yang dominan terhadap ADL tingkat dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari ketergantungan lansia

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini mengetahui bahwa faktor apa saja yang dominan yang mempengaruhi tingkat ketergantungan *activity of daily living* (ADL) pada lansia

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri

hasil penelitian ini sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan dan memberikan data tentang Faktor –faktor yang

mempengaruhi tingkat ketergantungan *activity of daily living* (Adl) lansia sehingga pemberian pelayanan jadi maksimal.

b. Bagi Peneliti

- 1) Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk melaksanakan penelitian yang lebih besar dan memberikan pelayanan nyata tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan *activity of daily living* (Adl) lansia.
- 2) Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai pengalaman dan pengetahuan dalam melakukan penelitian tentang Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari ADL lansia.

c. Bagi Profesi Keperawatan

- 1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas pada lansia dengan gangguan ADL dan faktor faktor yang mempengaruhinya.
- 2) Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan *evidence base* khususnya bagi bidang keperawatan sehingga dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam mengatasi masalah terkait kemandirian lansia.
- 3) Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan dalam upaya meningkatkan kesehatan lansia khususnya pengembangan program *health promotion* mengenai kemandirian lansia.

d. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai bahan kajian pustaka, terutama karena pertimbangan tertentu ingin melakukan penelitian lanjutan atau penelitian yang sejenis.

## E. Penelitian Terkait

Penelitian ini sebelumnya belum pernah dilakukan, namun terdapat beberapa penelitian yang mendukung dan dapat dijadikan sumber penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Oleh karena itu, keaslian penelitian ini dapat dibuktikan dengan adanya beberapa contoh penelitian yang berbeda namun memiliki terdapat sumber informasi yang dapat memperkuat penelitian yang akan dilakukan.

1. Rinajumita (2011) dalam penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lampasi Kecamatan Payakumbuh Utara”. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional* studi populasi penelitian ini adalah penduduk usia lanjut yang berjumlah 107 orang, pengambilan sampel menggunakan metode multi stage random sampling dengan kriteria lansia yang sudah berumur 60 tahun ke atas, sampel yang didapat berjumlah 90 orang. Hasil dari penelitian ini terdapat hubungan antara kondisi kesehatan, kondisi ekonomi, kehidupan beragama dan dukungan keluarga dengan kemandirian lansia.

Perbedaan dengan penelitian ini yaitu lokasi, tempat dan waktu pengambilan sampel, jumlah sampel, dan variabel penelitian

2. Suwarti (2012) melakukan penelitian dengan judul “ Kemandirian Lanjut Usia Di Tinjau Dari Dukungan Sosial. Penelitian ini dilakukan di posyandu lansia di Purwosari, Kecamatan Baturaden, Kabupaten Banyumas “. Pengambilan data menggunakan skala kemandirian dan skala dukungan sosial yang sudah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas jumlah sampel pada penelitian ini adalah 68 orang usia lanjut yang terdiri dari 35 orang laki-laki dan 33 orang wanita. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan positif yang signifikan antara dukungan sosial dengan kemandirian lanjut usia.

Perbedaan dengan penelitian ini yaitu lokasi, tempat dan waktu pengambilan sampel, serta yang diteliti hanya dukungan sosialnya.

3. Nopriadi (2011) dalam penelitian yang berjudul “ Faktor Intrinsik dan Ekstrinsik Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Melakukan Aktivitas Sehari-hari”. Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Meranti Pandak, provinsi Riau. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif korelatif, yaitu untuk mengetahui hubungan faktor intrinsik dan ekstrinsik dengan tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Jumlah penduduk lansia yaitu berjumlah 477 orang, pengambilan sampel menggunakan metode *cluster sampling* dan didapatkan sampel sebanyak 79 orang. Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara faktor usia, mengkonsumsi obat-obatan dan lingkungan dengan tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari .  
Perbedaan dengan penelitian ini yaitu lokasi, tempat dan waktu pengambilan sampel, jumlah sampel, teknik sampling, dan variabel penelitian.
4. Mahfiroh (2013 ) dalam penelitian “Hubungan Pola Aktivitas Pemenuhan Kebutuhan Dasar Dengan Tingkat Stress Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha Mulia Dharma Kabupaten Kubu Raya Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Kabupaten Kubu Raya. Jenis penelitian ini yaitu Kuantitatif dengan pendekatan observasional analitik melalui pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel pada menggunakan metode *purposive sampling* dengan jumlah sampel 43 orang dengan kriteria sampel lansia dengan usia 65 tahun ke atas dan bersedia mengisi *inform consent*. Hasil dari penelitian ini adalah tidak ada hubungan yang bermakna antara pola aktivitas dengan tingkat stres pada lansia  
Perbedaan dengan penelitian ini yaitu lokasi, tempat dan waktu pengambilan sampel, jumlah sampel, dan variabel penelitian.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Lanjut Usia (Lansia)

#### a. Pengertian lansia

Menurut WHO dan Undang Undang No.13 Tahun 1998 tentang lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 yang menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menurut Depkes RI tahun 2005 dalam Puspitasari (2014) lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, yang secara fisik terlihat berbeda dengan kelompok umur lainnya. Menua bukanlah suatu penyakit, akan tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Padila, 2013).

#### b. Batasan Lansia

Menurut *World Health Organisation* (WHO) dalam Maryam (2008), ada tiga tahap lansia meliputi :

- 1) Usia pertengahan (*Middle Age*) = kelompok usia 45–59 tahun.
- 2) Lanjut usia (*Elderly*) = antara 60–74 tahun.
- 3) Lanjut usia tua (*Old*) = antara 75-90 tahun
- 4) Lansia sangat tua (*Very Old*) = diatas 90 tahun.

#### c. Kebutuhan hidup lansia

Setiap orang memiliki kebutuhan hidup. Lansia juga memiliki kebutuhan hidup yang sama agar dapat hidup sejahtera. Kebutuhan hidup lansia antara lain kebutuhan akan makanan bergizi seimbang, pemeriksaan kesehatan secara rutin, perumahan yang sehat dan kondisi rumah yang tentram dan aman, kebutuhan sosial seperti bersosialisasi dengan semua orang dalam segala usia, sehingga mereka mempunyai banyak teman yang dapat diajak berkomunikasi, membagi pengalaman, memberikan pengarahan untuk kehidupan yang baik.

Kebutuhan tersebut diperlukan oleh lansia agar dapat mandiri.

Kebutuhan tersebut sejalan dengan pendapat Maslow dalam Potter dan Perry (2005) yang menyatakan bahwa kebutuhan manusia meliputi:

- a) Kebutuhan fisiologis, memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang perlu atau penting untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut antara lain oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat, dan seks.
- b) Kebutuhan keselamatan dan rasa aman adalah kebutuhan akan rasa keamanan dan ketentraman, seperti kebutuhan akan jaminan hari tua, kebebasan, kemandirian. Orang dewasa secara umum mampu memberikan keselamatan fisik mereka, tetapi yang sakit dan cacat membutuhkan bantuan.
- c) Kebutuhan cinta dan rasa memiliki adalah kebutuhan dimana manusia secara umum membutuhkan perasaan bahwa mereka dicintai oleh keluarga mereka dan bahwa mereka diterima oleh teman sebaya dan oleh masyarakat.
- d) Kebutuhan harga diri adalah kebutuhan akan harga diri untuk diakui akan keberadaannya. Kebutuhan harga diri berhubungan dengan keinginan terhadap kekuatan, pencapaian, rasa cukup, kompetensi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan.
- e) Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan tingkat kebutuhan yang paling tinggi dalam hirarki Maslow. Menurut teori, pada saat manusia sudah memenuhi seluruh kebutuhan pada tingkatan yang lebih rendah, hal tersebut melalui aktualisasi diri dikatakan bahwa mereka mencapai potensi mereka yang paling maksimal.

Jika kebutuhan–kebutuhan tersebut tidak terpenuhi akan timbul masalah – masalah dalam kehidupan orang lanjut usia yang akan menurunkan kemandiriannya. Kemandirian lanjut usia dapat

dilihat dari kemampuan untuk melawan aktivitas normal sehari-hari (*Activity of Daily Living*). Kemandirian lansia tidak hanya diukur dari kemampuan mereka dalam beradaptasi dan beraktivitas normal sehari-hari, tetapi juga dari kondisi tubuh ataupun kesehatan lansia. Semakin lemah kondisi kesehatan lansia semakin berkurang pula tingkat kemampuan mereka dalam beraktivitas (Yunita, 2010).

## B. *Activity of Daily Living* (ADL)

### a. Pengertian *Activity of Daily Living* (ADL)

Suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *activity of daily living* secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam, 2008). Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif. Seseorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu. Kemandirian adalah kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain (Maryam, 2008).

Kemandirian bagi lansia juga dapat dilihat dari kualitas hidup. Kualitas hidup lansia dapat dinilai dari kemampuan melakukan *activity of daily living*. Menurut Setiati (2000) *Activity of Daily Living* (ADL) ada 2 yaitu, ADL standar dan ADL instrumental. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi. Sedangkan ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang.

Menurut Agung (2006), *Activity of Daily Living* adalah pengukuran terhadap aktivitas yang dilakukan rutin oleh manusia setiap hari. Aktivitas tersebut antara lain: memasak, berbelanja,

merawat/mengurus rumah, mencuci, mengatur keuangan, minum obat dan memanfaatkan sarana transportasi. Skala ADL terdiri atas skala ADL dasar atau *Basic Activity of Daily Living* (BADLs), *Instrumental or Intermediate Activity of Daily Living* (IADLs), dan *Advanced Activity of Daily Living* (AADLs). Skala ADL dasar mengkaji kemampuan dasar seseorang untuk merawat dirinya sendiri (*self care*), dan hanya mewakili rentang (*range*) yang sempit dari kinerja (*performance*).

Skala ADL dasar ini sangat bermanfaat dalam menggambarkan status fungsional dasar dan menentukan target yang ingin dicapai untuk pasien-pasien dengan derajat gangguan fungsional yang tinggi, terutama pada pusat-pusat rehabilitasi. Terdapat sejumlah alat atau instrument ukur yang telah teruji validitasnya untuk mengukur ADL dasar salah satunya adalah indeks ADL *Katz*. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi defisit status fungsional dasar dan mencoba memperoleh cara mengatasi dan memperbaiki status fungsional dasar tersebut. Skor ADL dasar dari setiap pasien lansia harus diikuti dan dipantau secara berkala/periodik untuk melihat apakah terjadi perburukan atau perbaikan.

Pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian ADL akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan.

**b) Penilaian *Activity of Daily Living* (ADL)**

1. Indeks Katz

Menurut Maryam (2008) dengan menggunakan indeks kemandirian *Katz* untuk ADL yang berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam hal makan, mandi, *toileting*, kontinen (BAB/BAK), berpindah ke kamar mandi dan berpakaian. Penilaian dalam melakukan *Activity of Daily Living* sebagai berikut:

2. Mandi

- a. Mandiri : bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.
- b. Bergantung : bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.

3. Berpakaian

- a. Mandiri : mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing / mengikat pakaian.
- b. Bergantung : tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.

4. *Toileting*

- a. Mandiri : masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri.
- b. Bergantung : menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.

5. Berpindah

- a. Mandiri : berpindah dari tempat tidur, bangkit dari kursi sendiri.
- b. Bergantung : bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan sesuatu atau perpindahan.

6. Kontinen

- a. Mandiri : BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri.
- b. Bergantung : inkontinesia persial atau total yaitu menggunakan kateter dan pispot, enema dan pembalut/*pampers*.

## 7. Makanan

- a. Mandiri : mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri.
- b. Bergantung : bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral atau melalui *Naso Gastrointestinal Tube* (NGT).

Dari kemampuan melaksanakan 6 aktivitas dasar tersebut, kemudian di klasifikasikan menjadi 7 tahapan, dan disebut sesuai dengan aktivitas yang bias dikerjakan sendiri. Tahapan aktivitas diatas kemudian disebut dengan

- a) Indeks *Katz* secara berurutan adalah sbb:
  - a. Indeks Katz A : mandiri untuk 6 aktivitas
  - b. Indeks Katz B : mandiri untuk 5 aktivitas
  - c. Indeks Katz C : mandiri, kecuali bathing dan satu fungsi lain
  - d. Indeks Katz D : mandiri, kecuali bathing, dressing dan 1 fungsi lain
  - e. Indeks Katz E : mandiri, kecuali bathing, dressing, toileting dan satu fungsi lain
  - f. Indeks Katz F : mandiri, kecuali bathing, dressing, toileting, transferring dan satu fungsi lain
  - g. Indeks Katz G : tergantung pada orang lain untuk 6 aktivitas

### b) Indeks Barthel

Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan. Dalam hal ini peneliti menggunakan *barthel index* dengan 10 kriteria dengan hasil pengkategorian 3 kategori yaitu mandiri, ketergantungan sebagian dan ketergantungan total. Adapun index ADL barthel yaitu dengan 10 kriteria dan 5 kategori yaitu mandiri, ketergantungan ringan, ketergantungan sedang, ketergantungan berat dan ketergantungan total. (Collin C., Wade D.T.,

Davies S., and Horne V., 1988). Pada penelitian ini menggunakan indeks Barthel.

**c) Faktor –faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan *Activity of Daily Living* (ADL) lansia**

**a. Status Gizi dengan menggunakan IMT**

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Listriana membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan ADL lansia (Listriana, 2010). Lansia membutuhkan nutrisi untuk mempertahankan kesehatan dan memperlambat timbulnya penyakit degeneratif. Pemberian nutrisi yang seimbang pada lansia dapat menjaga status gizinya, dengan status gizi yang baik lansia diharapkan tetap memiliki kemampuan untuk melakukan ADL (*Activity of Daily Living*) secara mandiri.

Terjadinya penurunan fungsi-fungsi organ tubuh dapat menjadikan lansia merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas sehari-hari (*Activity of Daily Living*) sehingga menjadikan lansia membutuhkan bantuan dari orang lain untuk melakukan aktifitas sehari-harinya. Gizi adalah suatu proses menggunakan makanan yang di konsumsi secara normal melalui digesti, absorpsi transportasi, penyimpanan metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ serta menghasilkan energi. (Supriasa 2002).

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan penggunaan zat-zat gizi yang dibedakan antara status gizi kurang, baik, dan lebih. (Almatsier, 2004). Penilaian status gizi pada dasarnya merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang dengan cara mengumpulkan data penting, baik yang bersifat objektif maupun subjektif, untuk kemudian dibandingkan dengan baku yang telah tersedia. Data objektif dapat diperoleh dari data pemeriksaan laboratorium perorangan serta sumber lain (Arisman, 2009).

Penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Penilaian secara langsung dapat dibagi menjadi empat, yaitu antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik sedangkan secara tidak langsung dibagi menjadi tiga, yaitu survei konsumsi pangan, statistika vital dan faktor ekologi (Supariasa *et al.* 2001).

Pemeriksaan antropometri adalah pengukuran variasi berbagai dimensi fisik dan komposisi tubuh secara umum pada berbagai tahapan umur dan derajat kesehatan. Pengukuran yang dilakukan meliputi berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkaran lengan atas (LILA) dan tebal lemak di bawah kulit dan khusus pada lansia adalah pola distribusi lemak (Muis, 2006). Penilaian status gizi lansia diukur dengan antropometri atau ukuran tubuh, yaitu berat badan dan tinggi badan. Namun, pada usia lanjut terjadi penurunan tinggi badan karena kompresi vertebrata, kifosis dan osteoporosis. Pengukuran tinggi badan pada usia lanjut harus dilakukan dengan teliti dalam posisi berdiri tegak. Bila hal ini tidak dapat dilakukan maka dapat digantikan dengan pengukuran tinggi lutut atau pengukuran rentang lengan (Muis, 2006).

Tinggi lutut memiliki korelasi yang tinggi dengan tinggi badan dan mungkin digunakan untuk memprediksi tinggi badan seseorang dengan kifosis atau seseorang yang tidak mampu berdiri (Gibson, 2005). Tinggi lutut direkomendasikan oleh WHO (1995) dalam Fatmah (2010) untuk digunakan sebagai prediktor tinggi badan pada seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih. Tinggi lutut diukur dengan sebuah caliper berupa tongkat pengukur yang dilengkapi dengan papan kayu untuk membentuk sudut  $90^{\circ}$ . Tinggi lutut terlentang diukur pada kaki kiri yang dibengkokkan pada lutut. Salah satu ujung caliper diposisikan di bawah, di bagian tumit, sedangkan yang satu lagi diposisikan di bagian atas bagian lutut.

Pengukuran status gizi bisa dilakukan dengan menggunakan pengukuran antropometri atau yang biasa disebut Indeks masa tubuh (IMT) merupakan alat sederhana untuk memantau status gizi orang

dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan, maka mempertahankan berat badan normal memungkinkan seseorang dapat mencapai usia harapan hidup lebih panjang. Penggunaan IMT hanya berlaku bagi orang dewasa berumur di atas 18 tahun. Indeks masa tubuh (IMT) tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil, dan olahragawan. Selain itu, IMT juga tidak bisa diterapkan pada keadaan khusus (penyakit) lainnya seperti adanya edema, asites dan hepatomegalia (Supariasa *et al.* 2001). Nilai IMT diperoleh dengan membagi berat badan dalam kilogram dengan kuadrat tinggi badan dalam meter.

Alat ukur indeks massa tubuh adalah timbangan berat badan orang dewasa dan meteran dinding. Cara kerja menentukan IMT: sampel diukur terlebih dahulu berat badannya dengan timbangan kemudian diukur tinggi badannya dan dimasukkan ke dalam rumus di bawah ini:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m}^2\text{)}}$$

b) Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT pada populasi Asia

**Tabel 2.1 Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT pada populasi Asia Pasific**

Klasifikasi	IMT (Kg/M <sup>2</sup> )
Berat Badan kurang	<18,5
Berat badan normal	18,5-22,9
Berat badan berlebih	23-29,9
Obesitas	>30

**Sumber: WHO (2000) dalam PDGKI (2008)**

Menurut Riyadi (2003) status gizi merupakan keadaan kesehatan seseorang atau sekelompok orang yang diakibatkan oleh konsumsi, penyerapan (*absorpsi*), dan penggunaan (*utilization*) zat gizi makanan masa lalu. Status gizi seseorang dipengaruhi oleh asupan zat gizi dari makanan dan penyakit infeksi yang mengganggu proses metabolisme,

penyerapan, dan penggunaan zat gizi oleh tubuh. Dengan kata lain status gizi merupakan keadaan kesehatan akibat proses interaksi antara makanan, tubuh dan lingkungan hidup manusia.

## b) Status Mental

Berdasarkan penelitian yang dilakukan sebelumnya, Lilis Murtutik menunjukkan ada hubungan yang sangat kuat dan signifikan serta berlawanan arah antara tingkat depresi dengan tingkat kemampuan aktivitas dasar sehari-hari lansia, jadi semakin tinggi tingkat depresi semakin turun kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Murtutik, 2008)

Perubahan mental pada lansia ditandai dengan sikap yang semakin *egosentrik*, mudah tersinggung, dan mudah depresi. Depresi adalah gangguan afek yang sering terjadi pada lansia dan merupakan salah satu gangguan emosi. Gejala depresi pada lansia ditunjukkan dengan lansia menjadi kurang bersemangat dalam menjalani hidupnya, mudah putus asa, aktivitas menurun, kurang nafsu makan, cepat lelah, dan susah tidur di malam hari. Lansia yang mengalami depresi akan mengakibatkan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya. Depresi merupakan gangguan mental yang paling banyak menimbulkan beban disabilitas, meningkatkan *morbiditas*, *mortalitas*, dan resiko bunuh diri (Palestin, 2006).

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan – kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007).

Status mental bisa dikenal menggunakan HARS, HARS adalah untuk menilai tingkat keparahan gejala kecemasan seperti suasana hati, ketegangan, gejala fisik dan kekhawatiran. Kuesioner terdiri dari 14 kelompok gejala kecemasan yang dijabarkan secara lebih spesifik. Kuesioner ini menggunakan skor dengan rentang skala likert 0-4, yang terdiri dari: 0= tidak ada; 1= ringan; 2= sedang; 3= berat; 4= berat sekali. Hasil pengukuran menurut Nursalam (2013) adalah skor < 14 tidak ada kecemasan, 14-20 kecemasan ringan, 21-27 kecemasan sedang, 28-41 kecemasan berat dan 42-56 kecemasan berat sekali (Lestriana, 2012).

### c. Status kesehatan

Berdasarkan penelitian sebelumnya Rinajumita menunjukkan bahwa sebagian respondennya memiliki kondisi sehat sebesar (86,7%) dan selebihnya memiliki kondisi kesehatan yang tidak sehat. Dimana kondisi kesehatan ini diperoleh berdasarkan keluhan berupa, gangguan penglihatan, nyeri pada sendi pinggul, nyeri pinggang atau punggung, mudah lelah dan susah tidur (Rinajumita, 2011).

Menurut Nugroho (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya proses menua adalah herediter, genetik, nutrisi atau makanan, status kesehatan fisik dan mental, pengalaman hidup, lingkungan, stress, tipe kepribadian, dan filosofi hidup seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya proses penuaan seseorang tidak sama pada setiap orang sehingga mengakibatkan status kesehatan dan pola penyakit pada lansia berbeda satu dengan yang lain. Hal ini dapat dibedakan berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, sosial ekonomi seseorang lansia tersebut. Secara individu pengaruh proses penuaan dapat menimbulkan berbagai masalah atau kemunduran dalam berbagai aspek, baik fisik, biologis, psikologis, sosial, spiritual maupun ekonomis.

Menurunnya kondisi dalam diri seseorang lanjut usia secara otomatis akan menimbulkan kemunduran fisik sebagai faktor

kemunduran kesehatan pada lanjut usia. Salah satu penyebab menurunnya kesehatan fisik ditandai dengan penurunan fungsi kognitif dan psikomotorik (Suhartini, 2007). Lanjut usia akan mengalami penurunan fungsi fisik yang akan memberikan kontribusi terhadap kemandirian seorang lansia. Perilaku kemandirian dinyatakan dengan adanya kemampuan untuk mengambil inisiatif, kemampuan mengatasi masalah, penuh ketekunan, memperoleh kepuasan dari usahanya serta berkeinginan mengerjakan sesuatu tanpa bantuan orang lain (Spencer & Ross, 1970 dalam Darmodjo, 2004).

Secara umum kondisi fisik seseorang yang telah memasuki masa lanjut usia mengalami penurunan. Hal ini dapat dilihat dari beberapa perubahan : (1) perubahan penampilan pada bagian wajah, tangan, dan kulit (2) perubahan bagian dalam tubuh seperti sistem saraf : otak, isi perut: limpa, hati (3) perubahan panca indra : penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan (4) perubahan motorik antara lain berkurangnya kekuatan, kecepatan dan belajar keterampilan baru. Perubahan-perubahan tersebut pada umumnya mengarah pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang akhirnya akan berpengaruh juga pada aktivitas ekonomi dan sosial mereka. Sehingga secara umum akan berpengaruh pada aktivitas kehidupan sehari-hari (Suhartini, 2007).

Pada penelitian sebelumnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia yang dilakukan oleh Ratna Suhartini pada tahun 2006, Ada pengaruh secara signifikan antara faktor kesehatan terhadap kemandirian orang lanjut usia. Pada kelompok mandiri sebagian besar responden mempunyai kondisi kesehatan baik 87,7%. Responden yang memiliki kesehatan baik akan dapat melakukan aktivitas apapun tanpa minta pertolongan orang lain. Sedangkan responden yang tidak mandiri cenderung berada pada kondisi kesehatan sedang dalam melakukan aktivitas masih memerlukan bantuan orang lain

#### d) Dukungan Keluarga

Berdasarkan penelitian sebelumnya Rinajumita ada hubungan yang signifikan dengan dukungan keluarga (Rinajumita, 2011). Saat memasuki usia tua, para lansia memiliki perubahan struktur otak yang menyebabkan kemunduran kualitas hidup yang berimplikasi pada kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Nugroho, 2008). Dukungan keluarga yang optimal mendorong kesehatan para lansia meningkat, selain itu kegiatan harian para lansia menjadi teratur dan tidak berlebihan. Bagian dari dukungan sosial adalah cinta dan kasih sayang yang harus dilihat secara terpisah sebagai bagian asuhan dan perhatian dalam fungsi efektif keluarga (Stanley dan Beare, 2006).

Kemandirian lansia dalam ADL didefinisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi kehidupan harian yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Kane, 1981 dalam Sari, 2013). Penelitian dari Shalindra (2013) menunjukkan, bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di Desa Tualango Kecamatan Tilango Kabupaten Gorontalo.

Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stress yang buruk (Kaplan & Sadock, 1998). Ikatan kekeluargaan yang kuat sangat membantu ketika lansia menghadapi masalah, karena keluarga adalah orang yang paling dekat hubungannya dengan lansia. Dukungan keluarga akan berpengaruh pada lansia, hal tersebut disebabkan oleh berbagai hal, diantaranya kesibukan dari anggota keluarga, kemiskinan dan tingkat pendidikan yang rendah anggota keluarga, tidak mau direpotkan dengan berbagai permasalahan dan penyakit yang umumnya diderita oleh lansia (Friedman, 1998).

Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh

dari sakit dan dikalangan kelompok lansia dapat meningkatkan fungsi kognitif, fisik dan emosional. Pengaruh positif dari dukungan ini akan memudahkan seseorang (lansia) menyesuaikan terhadap kejadian dalam kehidupan di kondisi stres (Friedman, 1998). Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan dari orang-orang terdekat dapat memberikan suatu tenaga untuk melawan tekanan dan stres. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah suatu bentuk dukungan berupa dukungan berupa tindakan ataupun sikap yang diberikan keluarga kepada lansia untuk memotivasi lansia dalam melakukan suatu kegiatan.

Pengukuran fungsi keluarga, dikenal dengan APGAR (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) keluarga. Skor APGAR ini diukur dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 5 pertanyaan yang mengandung 3 kategori jawaban dan responden hanya memilih salah satu kategori jawaban, yang mana dianggap paling sesuai dengan responden. Setiap pertanyaan dari kuesioner mempunyai nilai yang sesuai dari jawaban responden, nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi adalah 2. Apabila responden menjawab pertanyaan dengan kata “sering/selalu/hampir selalu” maka nilai untuk jawaban tersebut adalah 2 dan apa bila responden menjawab pertanyaan dengan kata “kadang-kadang” maka nilai untuk jawaban tersebut adalah 1, sedangkan untuk jawaban “hampir tidak pernah/tidak pernah” maka nilai dari jawaban tersebut adalah 0. Skor APGAR keluarga dari tiap pertanyaan dijumlahkan kemudian diinterpretasikan. Jika didapatkan jumlah skor APGAR 7-10 menunjukkan fungsi keluarga yang baik, 4-6 menunjukkan disfungsi keluarga sedang, dan 3-0 menunjukkan disfungsi keluarga berat.

### C. Teori Keperawatan terkait pemenuhan ADL pasien

Pandangan Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Konsep keperawatan Orem (2001) mengembangkan tiga bentuk teori self care, diantaranya

#### a. Teori perawatan diri sendiri (Self Care Theory)

Dalam teori self care, Orem mengemukakan bahwa self care meliputi : pertama; self care itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan. Kedua; self care agency, merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat di pengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain. Ketiga; adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan. Keempat; kebutuhan self care merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyedia dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan sehari-hari (ADL) dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya.

#### b. Teori defisit perawatan diri (Defisit Self Care Theory)

Merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Dalam pemenuhan perawatan diri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain.

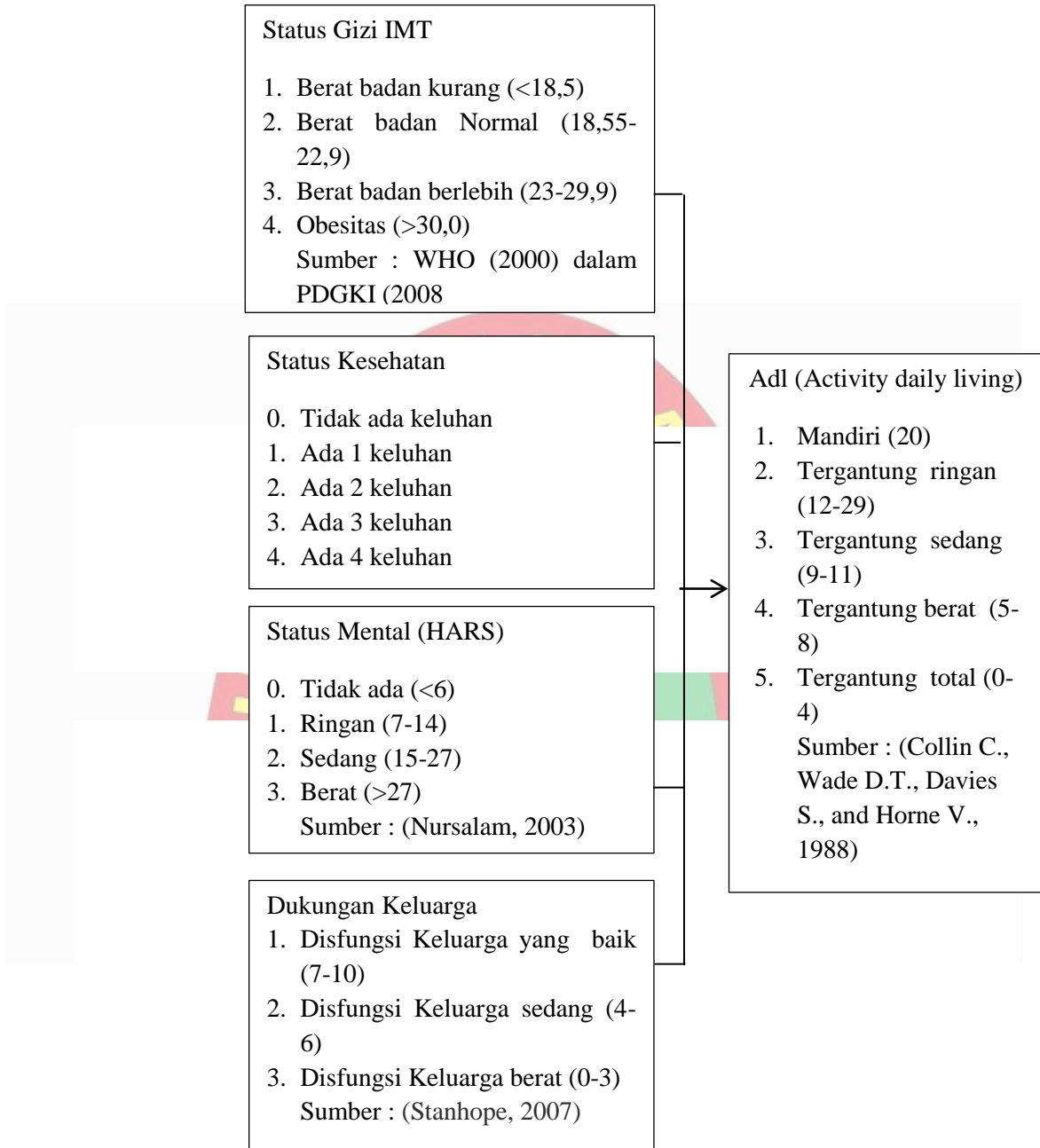
Dalam praktek keperawatan Orem melakukan identifikasi kegiatan praktek dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam pemecahan

masalah, menentukan kapan dan bagaimana pasien memerlukan bantuan keperawatan, bertanggung jawab terhadap keinginan, permintaan, serta kebutuhan pasien, mempersiapkan bantuan secara teratur bagi pasien dan mengkoordinasi serta mengintegrasikan keperawatan dalam kehidupan sehari-hari pada pasien dan asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan sosial.



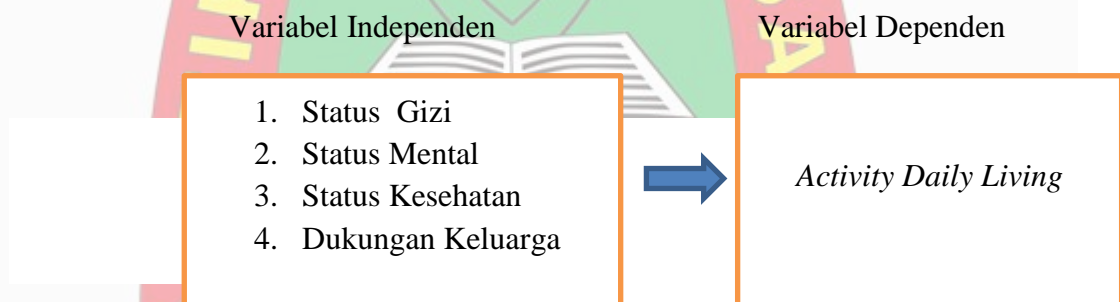
#### D. Kerangka Teori

Kerangka teori disusun sebagai landasan berpikir yang menunjukkan dari sudut mana peneliti menyoroti masalah yang akan diteliti.



### E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah bentuk konseptual yang menggambarkan proses interaksi dari beberapa variabel yang diteliti sehingga akan memberikan hubungan sebab akibat secara terpisah atau bermakna (Burn,2009). Kerangka konsep penelitian ini mencantumkan dua variabel penelitian (*bivariat*), yaitu variabel independen dan dependen. Variabel independen (variabel bebas) merupakan variabel yang menjadi sebab timbulnya variabel lain atau sering disebut dengan variabel yang dapat berdiri sendiri (Hidayat, 2009). Variabel independen dalam penelitian ini adalah status gizi, status mental, status kesehatan dan dukungan keluarga. Variabel lain yang diukur yaitu variabel dependen. Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi dan tergantung dari variabel independen. Pada penelitian ini *Activity of Daily Living* (ADL). yang berperan sebagai variabel dependen. Penelitian ini juga memiliki variabel perancu yaitu umur, jenis kelamin,. Variabel perancu merupakan variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan variabel terikat, tetapi bukan variabel antara (Nursalam, 2009).



Keterangan :

□ : Variabel yang diteliti

→ : Berpengaruh

## F. Hipotesis

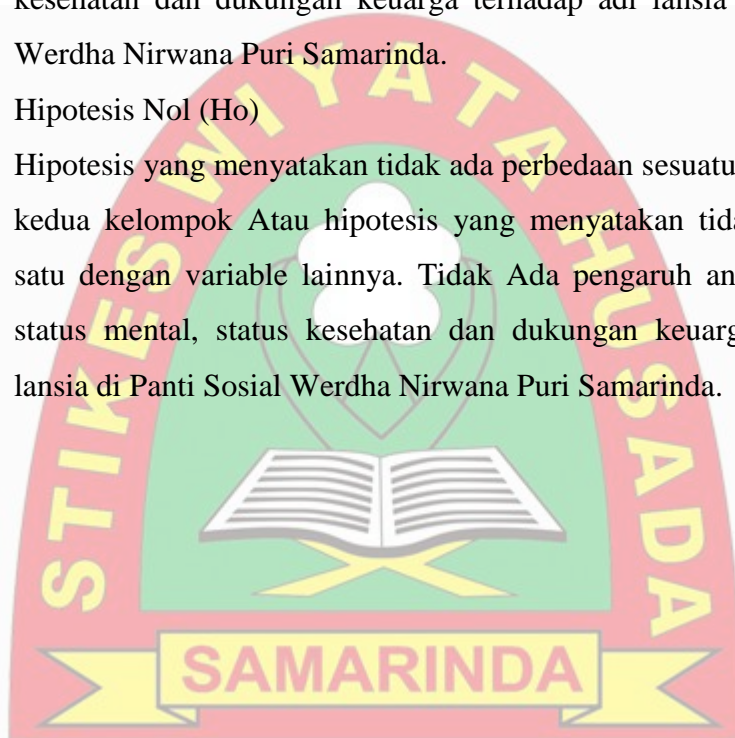
Hipotesis adalah merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2011). Ada dua jenis hipotesis yang digunakan dalam penelitian.

### a. Hipotesis Alternatif ( $H_a$ )

Hipotesis yang menyatakan ada perbedaan suatu kejadian antara kedua kelompok atau hipotesis yang menyatakan ada hubungan variabel 1 dan yang lain. Ada pengaruh antara status gizi, status mental, status kesehatan dan dukungan keluarga terhadap adl lansia di Panti Sosial Werdha Nirwana Puri Samarinda.

### b. Hipotesis Nol ( $H_0$ )

Hipotesis yang menyatakan tidak ada perbedaan sesuatu kejadian antara kedua kelompok Atau hipotesis yang menyatakan tidak ada variable satu dengan variable lainnya. Tidak Ada pengaruh antara status gizi, status mental, status kesehatan dan dukungan keluarga terhadap adl lansia di Panti Sosial Werdha Nirwana Puri Samarinda.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Dan Rancangan Penelitian**

Metode penelitian ini bersifat deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian deskriptif bertujuan menggambarkan variabel penelitian dengan cara mengamati, menjelaskan dan mendokumentasikan aspek tertentu yang terjadi secara alami dan diawali oleh perumusan suatu hipotesis. Rancangan deskriptif korelasional ini mengidentifikasi hubungan antara variabel penelitian pada satu waktu tertentu (Hidayat,2009). Penelitian dengan pendekatan *cross sectional* merupakan penelitian yang dilakukan dengan cara mengukur variabel penelitian dalam sekali waktu atau pada saat bersamaan (Sastroasmor dkk, 2010). Pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui ada Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan *activity of daily living* (ADL) lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

#### **B. Populasi Penelitian dan sampel penelitian**

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

Populasi adalah wilayah generalisasi yang meliputi objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari (Nursalam, 2009). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah 96 lansia.

##### **2. Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi yang dianggap mewakili populasinya (Notoatmodjo,2010). Sampel ini ditentukan dalam kriteria berikut :

##### **a. Kriteria inklusi**

Kriteria inklusi yang dipakai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1) Lansia yang bersedia menjadi responden
- 2) Mampu berkomunikasi dengan baik

3) Lansia yang koperatif

b. Kriteria eklusi

Kriteria eklusi dalam penelitian ini adalah :

Lansia yang tidak hadir dalam pengambilan data

3. Sampling

Jika ditentukan bahwa penelitian akan dilakukan dengan pengambilan sampel, maka penelitian tersebut dapat mewakili populasi dan menghasilkan penelitian yang valid perlu dilakukan cara teknik tertentu yang disebut metode atau teknik sampling (Sunyoto, 2011). Teknik sampling dalam penelitian ini adalah teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang didasarkan atas pertimbangan peneliti sendiri.

Untuk melakukan sampel pada penelitian ini maka digunakan rumus *Role Of Tumb*, menurut sugiyono (2011), bila menggunakan uji statistik multivariat maka jumlah anggota sampel yang diperlukan minimal 10 kali dari jumlah variabel yang diteliti. Variabel penelitian ini adalah 5 variabel, untuk penelitian ini maka jumlah anggota sampel  $10 \times 5 = 50$ .

**C. Teknik Pengambilan Sampel**

Teknik sampling adalah proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari total populasi yang ada untuk mewakili keseluruhan populasi (Hidayat, 2009). Teknik sampling yang digunakan adalah teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang didasarkan atas pertimbangan peneliti sendiri.

#### D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pengertian atau batasan-batasan yang berguna untuk membatasi ruang lingkup variabel yang akan diteliti.

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Status Mental	menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Apakah dia cemas dan depresi	Wawancara dan kuisioner	(<6 - >27) (Nursalam, 2003)	Numerik
2.	Status Gizi	sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient	Wawancara dan kuisioner	<18,5 - >30,0 Sumber : WHO (2000) dalam PDGKI (2008)	Numerik
3.	Status Kesehatan	Menandakan kesehatan fisik lansia	Wawancara dan observasi	0 keluhan – 4 keluhan penyakit atau gangguan	Numerik
4.	Dukungan keluarga	suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stress	Wawancara dan observasi	(0 -10) Sumber : (Stanhope, 2007)	Numerik
5.	Tingkat Kemandirian	Bentuk pengukuran kemampuan seseorang melakukan <i>activity of daily living</i>	Kuisioner dan observasi	(0 – 20) Sumber: (Collin C., Wade D.T., Davies S., and Horne V., 1988)	Numerik

#### E. Tempat dan Waktu Penelitian

##### a) Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda

##### b) Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan September 2018 – Februari 2019

## F. Sumber Data dan Instrument penelitian

### 1. Sumber Data

#### a) Data Primer

Data primer adalah data yang diberi respondennya langsung melalui wawancara, angket, observasi atau gabungan ketiganya (Sugiyono, 2015). Untuk mengukur faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan ADL pada lansia di Panti Sosial tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda yang menggunakan Indeks Barthel Hars, Imt, Apgar Keluarga.

#### b) Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data atau peneliti misalnya lewat orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2015). Data sekunder melalui studi pendahuluan data yang diperoleh yaitu jumlah lansia yang berada di Panti Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda sejumlah 101 orang lansia.

### 2. Instrumen penelitian

Instrumen atau alat penelitian adalah alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaan lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam artian lengkap dan sistematis sehingga mudah diolah (Suharsimi, Arikunto, 2006: 151). Untuk melakukan pengumpulan data, peneliti menggunakan kuisioner.

#### a. Kuisioner

Kuisioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang dibaca dan dijawab oleh responden penelitian. Peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan kuisioner Indeks Barthel, Hars, Imt dan Apgar Keluarga berikut :

##### 1) Kuisioner Indeks Barthel

Dalam hal ini peneliti menggunakan *barthel index* Adapun index ADL barthel yaitu dengan 10 kriteria dan 5 kategori yaitu mandiri, ketergantungan ringan, ketergantungan sedang,

ketergantungan berat dan ketergantungan total. Semakin tinggi hasil kemandiriannya maka semakin baik ADLnya. (Lueckenotte, 2008).

## 2) Kuisoner Hars

Untuk mengetahui kecemasan Lansia kuisoner yang di gunakan adalah kuisoner yang sudah baku yaitu HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Menurut Nursalam (2013) HARS adalah untuk menilai tingkat keparahan gejala kecemasan seperti suasana hati, ketegangan, gejala fisik dan kekhawatiran. Kuisoner terdiri dari 14 kelompok gejala kecemasan yang dijabarkan secara lebih spesifik. Kuisoner ini menggunakan skor dengan rentang skala likert 0-4, yang terdiri dari: 0= tidak ada; 1= ringan; 2= sedang; 3= berat; 4= berat sekali. Hasil pengukuran menurut Nursalam (2013) adalah skor < 14 tidak ada kecemasan, 14-20 kecemasan ringan, 21-27 kecemasan sedang, 28-41 kecemasan berat dan 42-56 kecemasan berat sekali. Semakin tinggi hasil dari kecemasan maka semakin tinggi kecemasannya. (Lestriana, 2012).

## 3) IMT (Indeks Massa Tubuh)

Alat ukur indeks massa tubuh adalah timbangan berat badan orang dewasa dan meteran dinding.

Cara kerja menentukan IMT: sampel diukur terlebih dahulu berat badannya dengan timbangan kemudian diukur tinggi badannya dan dimasukkan ke dalam rumus di bawah ini:

Berat badan (Kg)

IMT =  $\frac{\text{Berat badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m}^2\text{)}}$

Tinggi Badan (m<sup>2</sup>)

Dengan Kategori status gizi :

Klasifikasi	1MT (Kg/M <sup>2</sup> )
Berat Badan kurang	<18,5
Berat badan normal	18,5-22,9
Berat badan berlebih	23-29,9
Obesitas	>30

Sumber : WHO (2000) dalam PDGKI (2008)

#### 4) Kuisoner Apgar Keluarga

Penelitian ini menggunakan metode sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi keluarga, dikenal dengan APGAR (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) keluarga. Skor APGAR ini diukur dengan menggunakan kuisoner yang terdiri dari 5 pertanyaan yang mengandung 3 kategori jawaban dan responden hanya memilih salah satu kategori jawaban, yang mana dianggap paling sesuai dengan responden. Setiap pertanyaan dari kuisoner mempunyai nilai yang sesuai dari jawaban responden, nilai terendahnya adalah 0 dan nilai tertingginya adalah 2. Apabila responden menjawab pertanyaan dengan kata “sering/selalu/hampir selalu” maka nilai untuk jawaban tersebut adalah 2 dan apa bila responden menjawab pertanyaan dengan kata “kadang-kadang” maka nilai untuk jawaban tersebut adalah 1, sedangkan untuk jawaban “hampir tidak pernah/tidak pernah” maka nilai dari jawaban tersebut adalah 0. Skor APGAR keluarga dari tiap pertanyaan dijumlahkan kemudian diinterpretasikan. Jika didapatkan jumlah skor APGAR 7-10 menunjukkan fungsi keluarga yang baik, 4-6 menunjukkan disfungsi keluarga sedang, dan 3-0 menunjukkan disfungsi keluarga berat. Semakin tinggi hasilnya maka semakin tidak ada disfungsi keluarga.

### G. Uji Validitas dan Reabilitas

#### 1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan apakah alat ukur itu mampu mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas pada penelitian ini tidak digunakan karena menggunakan kuisoner sudah baku/terstandar sehingga hasil ukur dapat dipercaya. Kuisoner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisoner yang sudah

tervalidasi tentang HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale, IMT (Indeks Massa Tubuh), Apgar Keluarga, Indeks Barthel.

## 2. Uji Realibitas

Uji reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Saryono, 2008). Uji reliabilitas dilakukan hanya pada soal yang telah dinyatakan valid. Uji reliabilitas menggunakan alpha Cronbach, dimana instrumen penelitian dinyatakan reliabel bila diperoleh nilai alpha minimal 0,60. Pada penelitian ini kuisioner sudah baku sehingga tidak uji reliabilitas berarti kuisioner layak untuk digunakan.

## H. Analisa Data

### 1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses yang sangat penting, maka harus dilakukan dengan baik dan benar, kegiatan dalam proses pengolahan data terdiri dari :

#### a. *Editing*

Untuk meneliti kelengkapan data dengan cara mengoreksi data yang telah diperoleh, sehingga dapat dilakukan perbaikan data yang kurang. Peneliti telah mengoreksi data yang diperoleh, dengan hasil semua data lengkap dan dapat digunakan dalam penelitian ini.

#### b. *Coding*

Setelah semua lembar observasi diedit dan disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding*, yakni mengubah data berbentuk kalimat tata huruf menjadi angka atau bilangan. Pada karakteristik responden jenis kelamin : Laki-laki = 1, perempuan = 2, pada umur usia pertengahan = 1, lanjut usia = 2, lanjut usia tua = 3, dan lansia sangat tua = 4 pada karakteristik responden pendidikan tidak sekolah = 1, SD = 2, SMP = 3 dan SMA = 4

c. *Skoring*

Digunakan untuk menentukan skor dari penelitian suatu instrument penelitian dimana untuk status mental skorya 0-56, status kesehatan 0-4 , status gizi <18,5->30, dan dukungan keluarga 0-10.

d. *Entry*

Data yang diperoleh menggunakan fasilitas komputer dengan sistem program *Statistical Product and Service Solution* (SPSS). Penelitian ini menggunakan sistem SPSS dengan langkah pertama data kemudian dilanjutkan dengan uji wilcoxon.

e. *Tabulating*

Digunakan untuk penyusunan data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan disajikan serta dianalisis. Peneliti melakukan tabulating data dengan cara menghitung skor masing – masing variabel.

2. Analisa data

Analisa data secara umum dilakukan/ diolah secara statistik melalui analisa secara univariat dan bivariat. Penelitian ini menggunakan analisa univariat dan multivariat, dimana data yang telah dikumpulkan melalui wawancara, dan Kuisiornda Indeks Barthel, HARS, IMT dan Apgar keluarga akan diolah menjadi analisa univariat dan mulivariat.

a. Analisa Univariat

Analisa ini dilakukan terhadap tiap variabel penelitian dan pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiapkareteristik responden.

Panti Werdha variabel (Notoatmodjo,2012). Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsika. Data yang telah didapatkan saat penelitian akan diolah menggunakan perangkat lunak komputer dengan aplikasi *Statistical Product and Service Solution* 20

(SPSS) dan akan ditampilkan dalam bentuk table data. Tujuan analisis univariat adalah untuk menerangkan karakteristik masing–masing variabel, baik variabel bebas maupun terikat. Dengan melihat distribusi mean, range, dan standar deviasi pada setiap variabel

b. **Analisa Multivariat**

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Analisis multivariat yang digunakan adalah multiple linear regresi

## **I. Etika Penelitian**

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat ijin dari Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda, setelah mendapat persetujuan barulah melakukan penelitian dengan menekankan etika meliputi :

### **1. Otonomy**

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berfikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri, peneliti akan menghargai hak hak responden dalam membuat keputusan untuk setuju ikut serta dalam penelitian yang akan dilakukan.

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti memberikan informed concent terlebih dahulu untuk memastikan apakah responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan jika responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian tidak terpaksa untuk mengikuti penelitian dan tetap menghormati haknya.

### **2. Anonimity (Tanpa Nama)**

Setiap responden memiliki hak hak dasar individu termasuk privasi dan kebiasaan individu, oleh sebab itu dalam penelitian ini digunakan *anonimity* karena tidak semua responden bersedia atau informasi yang berkaitan dengan dirinya diketahui secara orang banyak. Nama responden tidak dicantumkan pada lembar penilaian fungsi kognitif setiap responden hanya mencantumkan inisial saja.

### 3. *Confidentiality (Kerahasiaan)*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok tertentu saja yang akan dijadikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

### 4. *Non-maleficienci*

Prinsip ini mengutamakan untuk menghindari atau tidak menimbulkan bahaya baik berupa cedera fisik maupun psikologis, sehingga penelitian yang akan dilakukan tidak menimbulkan kerugian fisik maupun psikologi bagi responden.

### 5. *Veracity*

Berkaitan dengan kewajiban untuk mengatakan sesuatu dengan benar, tidak berbohong, atau menipu. Peneliti harus menjelaskan tentang proses penelitiannya dengan benar dan jujur.

### 6. *Justice*

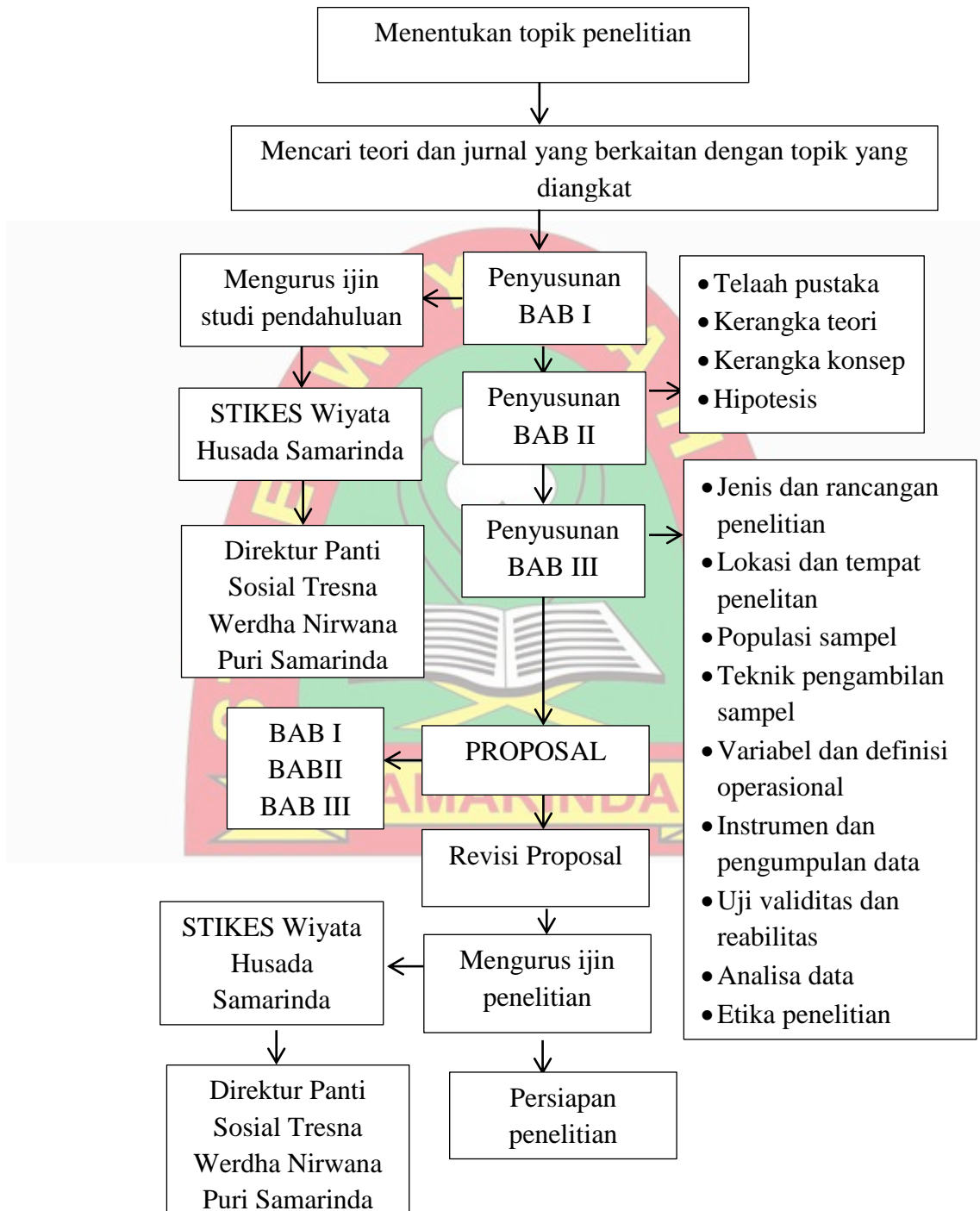
Prinsip ini mengutamakan keadilan, dalam penelitian ini tidak akan membedakan observasi pada satu responden dengan responden lainnya, tidak ada diskriminasi dan membeda bedakan, semua diperlakukan yang sama, meliputi prosedur yang berlaku bagi setiap responden.

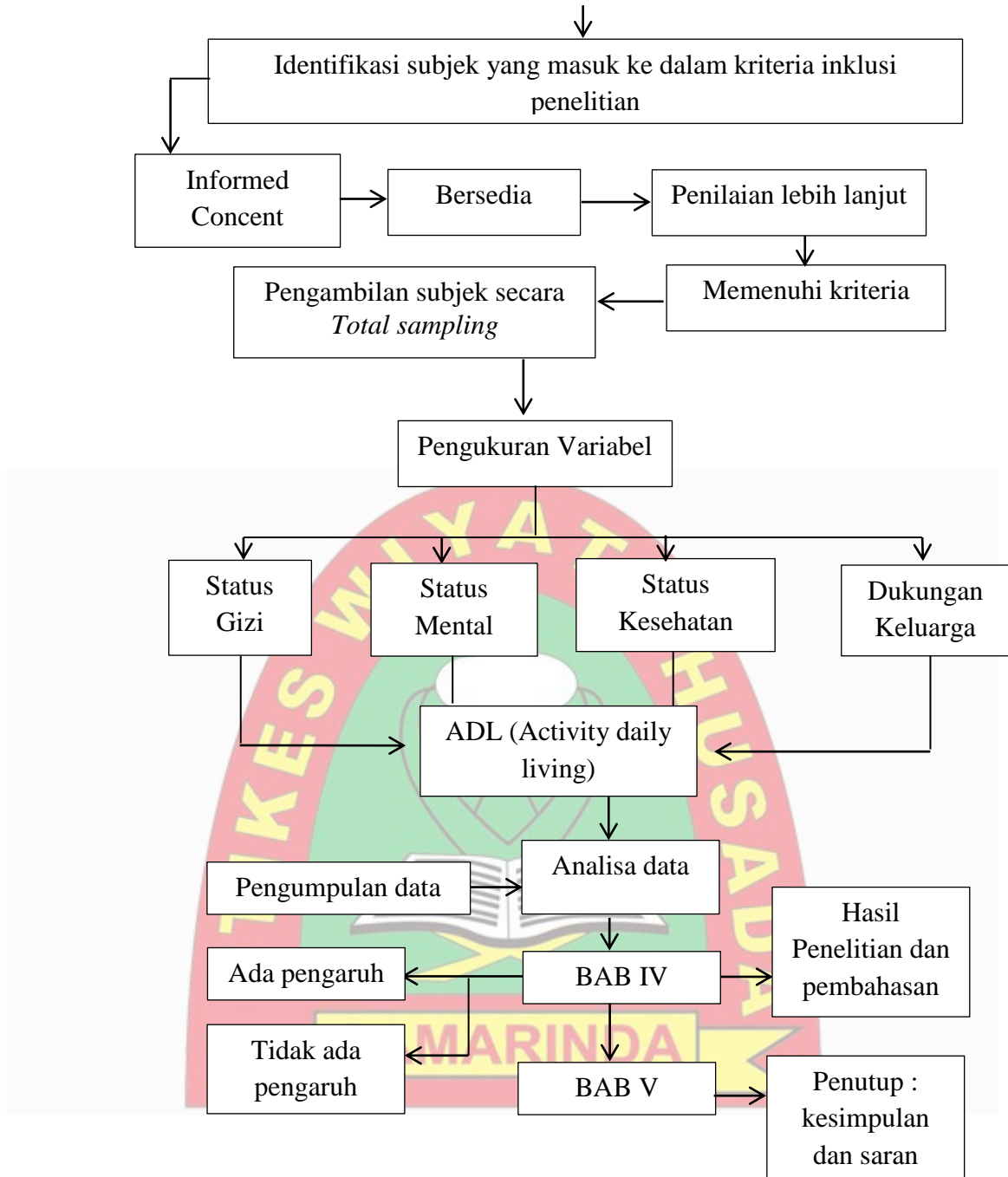
## J. **Prosedur pengumpulan Data**

Prosedur dan pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi prosedur administrasi dan proses teknis. Secara administrasi peneliti meminta surat pengantar untuk pengambilan data dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda dan diserahkan kepada pihak managen UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda. Peneliti mengambil data setelah surat ijin balasan pengambilan data diberikan, peneliti meminta ijin dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda dan diserahkan kepada pihak mangemen UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda, dengan mendapatkan ijin penelitian peneliti mulai melakukan proses penelitian dengan terlebih dahulu menetapkan jumlah calon

responden, dan diambil dengan cara yang memenuhi syarat. Peneliti mendatangi setiap wisma di tentukan dan meminta ijin kepada pengasuh panti untuk melakukan penelitian.

### K. Alur Penelitian





Skema 3.1 Alur Penelitian

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Penelitian

#### a. Profil Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda

UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda yang terletak di jalan Mayjend Sutoyo (ex. Jl. Remaja) Samarinda. Merupakan satu-satunya panti jompo yang berada di Samarinda. Yang terletak cukup strategis sehingga mudah dijangkau. Dipanti saat ini mempunyai 15 wisma dengan jumlah lansia yang berada dipanti yaitu 97 orang lansia. Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda mempunyai luas area kurang lebih 20.850 m<sup>2</sup> serta dilengkapi sarana dan prasarana memiliki bangunan 37 buah dan SDM sebanyak 49 orang, serta dapat melayani jumlah lansia 97 orang sesuai yang dengan daya tampung yang ada.

#### b. Karakteristik Responden

Analisis ini untuk melihat karakteristik responden faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan ADL yang ada di Panti Werdha adapun bisa dilihat di table berikut :

**Tabel 4.1 Distribusi Kuisioner Berdasarkan Karakteristik Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda tahun 2019**

Karakteristik Responden	Jumlah (n)	Persentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	31	62%
Perempuan	19	38%
Total	50	100%
<b>Usia</b>		
Usia Pertengahan 45-59 tahun	9	18%
Lanjut Usia 60-74 tahun	33	66%
Lanjut Usia Tua 75-90	8	16%
Lansia sangat tua >90 tahun	0	0%
Total	50	100%
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	5	10%
SD	22	44%
SMP	15	30%
SMA	8	16%
Total	50	100%

*Sumber data : Primer (2019)*

Berdasarkan data kuisioner diatas didapatkan mayoritas sample berjenis kelamin laki-laki sebanyak 31 orang (62%), dengan rentang usia rata-rata 60-74 tahun sebanyak 33 orang (66%), dan tingkat pendidikan SD sebanyak 22 orang (44%).

## B. Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk melihat distribusi variabel yang diujikan. Analisis tersebut disebut analisis univariat dimana analisa variabel meliputi variabel independen dan dependen yang meliputi ADL, Status gizi, Status Mental, Status kesehatan, Dukungan keluarga. Adapun variabel tersebut dapat dilihat dari data-data berikut:

**Tabel 4.2 Distribusi Variabel independen dan dependen Berdasarkan di Pantii Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda tahun 2019**

Variabel	N	Range	Mean	Std.Deviation
Variabel Dependen				
ADL	50	2-20	16,20	5,245
Variabel Indpenden				
Status Mental	50	2-25	9,82	5,982
Status Kesehatan	50	0-3	1,04	0,880
Status Gizi	50	17-33	23,20	3,563
Dukungan Keluarga	50	2-10	7,34	2,200
Valid N (Listwise)	50			

*Sumber data: Primer (2019)*

Berdasarkan variabel independen dan dependen diatas didapatkan ADL dengan mean 16,20 dan standar deviasi 5,245, Status mental dengan mean 9,82 dan standar deviasi 5,982, status gizi dengan mean 23,30 dan standar deviasi 3,563, status kesehatan dengan mean 1,04 dan standar deviasi 0,88 dan dukungan keluarga dengan mean 7,34 dan standar deviasi 2,200

### C. Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan analisis yang bertujuan untuk mempelajari hubungan beberapa variabel ( lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen.pada penelitian ini menggunakan multiple linear regresi, model multiple linear regresi dengan melibatkan lebih dari satu variabel bebas atau predictor.

Sebelum melakukan multiple linear regresi dilakukan uji normalitas data, kemudian melakukan analisis multivariat, dan melakukan resume analisis.

**Table 4.3 Tes normalitas data Kolmogorov-Smirnov**

	Status Mental	Status Kesehatan	Status Gizi	Dukungan Keluarga
N	50	50	50	50
Mean	9,82	1,04	23,30	7,34
Std. Deviation	5,982	,880	3,563	2,200
Absolte	,181	,238	,078	,175
Positive	,181	,238	,078	,136
Negative	-,107	-,182	-,049	-,175
Kolmogorov-Smirnov	1,282	1,684	,552	1,235
Asymp.Sig(2-tailed)	,075	,007	,921	,094

Menurut buku Kelvin & Pilkhta (2013) untuk memenuhi analisis multiple linear regresi diharuskan data independen normal dan dalam bentuk numeric. Dari berdasarkan data diatas diperoleh bahwa status mental,stats kesehatan ,status gizi, dan dukungan keluarga didapatkan nilai  $>0.05$  maka data normal, sehingga dapat dilakukan multiple linear regresi.

#### Hasil Analisa Uji Regresi Linear

**Table 4.4 Variabel yang masuk dan Variable yang hilang**

Model	Variables Masuk	Variables Hilang	Metode
1	Status kesehatan, status gizi Dukungan keluarga, Status mental		Enter
2		Dukungan keluarga	Backward (criterion: Probability of F-to-remove $\geq$ ,100).
3		Status gizi	Backward (criterion: Probability of F-to-remove $\geq$ ,100).
4		Status kesehatan	Backward (criterion: Probability of F-to-remove $\geq$ ,100).

Tabel Variabel yang masuk/ keluar memberikan informasi jumlah model yang dibuat, variabel yang masuk model, dan variabel dan variabel yang di keluarkan dari model. Dengan metode backward, ada model pertama dimasukan empat variabel status, kesehatan, status gizi, dukungan keluarga, status mental. Variabel dukungan keluarga tidak dikut sertakan dalam model 2 karena variabel tersebut adalah variabel yang paling banyak dikeluarkan. Selanjutnya, variabel status gizi tidak terlihat lagi pada model 3 karena variabel tersebut layak dikeluarkan. Selanjutnya status kesehatan tidak terlihat lagi pada model 4 kaena variabel tersebut layak untuk dikeluarkan. Proses berhenti pada model 4 karena model 4 dianggap model yang paling baik. Dimana hanya variabel status mental yang memakai paling baik.

**Tabel 4.5 ringkasan model untuk melihat determinasi seberapa pengaruh ADL terhadap status gizi, status mental, status kesehatan dan dukungan keluarga**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	R	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,847 <sup>a</sup>	,717	,692		,619	
2	,847 <sup>b</sup>	,717	,698		,613	
3	,845 <sup>c</sup>	,714	,701		,609	
4	,841 <sup>d</sup>	,706	,780		,610	1,923

Pada ringkasan model, kita memperoleh informasi seberapa besar variabel-variabel bebas dapat menjelaskan variabel terikat. Model 1 mempunyai koefisien determinasi sebesar 69,2%, model ke dua 69,8%, model ke tiga sebesar 70,1 % dan model ke empat 78%. . tampak bahwa model empat, yaitu mempunyai determinasi yang baik sebesar 78 %.

a. Uji Koefisien Determinasi

Tabel 4.6 untuk melihat asumsi multikolinieriti

Variabel	Unstandardized koefisien		Std. koefisien	T	Sig	Colinerity statistik	
	B	Std. Error				Tolerance	Vif
Con stant	-2,390	1,355		-1,765	,085	,459	2,181
Status mental	1,494	,233	,759	6,411	,000	,899	1,112
Status gizi	-,090	,134	,057	-,673	,504	,609	1,641
Dukungan keluarga	-0,70	,215	-,033	-,326	,746	,613	1,631
Status kesehatan	-111	,130	-,088	-,885	,397		
Con stant	-2,676	1,023		-2,616	,012		
Status mental	1,536	,192	,780	7,981	,000	,659	1,517
Status gizi	-,093	,132	-,059	-,703	,486	,903	1,107
Status kesehatan	-,110	,129	-,086	-,852	,399	,614	1,629
Con stant	-2,885	,973		-2,966	,005		
Status mental	1,535	,191	,779	8,019	,000	,659	1,517
Status kesehatan	-,134	,124	-1,05	-1,080	,286	,659	1,517
Con stant	-3,586	,726	,841	-4,938	,000		
Status Mental	1,655	,156		10,5635	,000	1,000	1,000

Koefisien, kita dapat melihat asumsi multikolinerti serta proses pengeluaran variabel pada setiap tahap analisis . nilai tolerance tiap variabel pada tiap model lebih besar dari 0,4. Artinya, asumsi tidak ada multikolinieriti terpenuhi . dengan metode backward, pada model pertama dimasukan empat variabel, status mental, status gizi, status kesehatan, dan dukungan keluarga . dalam model duadukungan keluarga tidak diikut sertakan, karena variabel tersebut yang layak dikeluarkan, variabel dukungan keluarga mempunyai nilai p yang paling besar. 0,746 selanjutnya variabel ketiga status gizi tidak terlihat lagi karena variabel tersebut mempunyai nilai p yang besar .variabel keempat status kesehatan tidak terlihat lagi, karena nilai p tersebut memiliki nilai yang paling besar. Proses terhenti pada model empat karena dianggap sebagai model yang paling baik yang terdiri status mental. Persamaan regresi linear yang diperoleh dengan demikian adalah  $ADL = -3,586 + 1,655$ , koefisien korelasi status mental adalah 0,841.

**Tabel 4.7 kesimpulan hasil**

Parameter	Hasil	Keterangan
Model	Didapatkan model yang terdiri dari status mental	Model ini diperoleh setelah variabel dukungan keluarga, status gizi, dan status kesehatan dikeluarkan secara bertahap dengan metode backward
Asumsi	Linearitas: terpenuhi	Scatter memberikan kesan linear
	Normalitas: Terpenuhi	Grafik histogram dan plot normal
	Rerata residu nol: terpenuhi	Rerata=0
	Rerata residu constant : Terpenuhi	Grafik tidak membentuk pola tertentu
Independen	Terpenuhi	Nilai Durbin-Watson mendekati 2
	Toleransi >0,4	
	Tidak ada kolineariti : Terpenuhi	
Persamaan Adjusted R <sup>2</sup>	ADL= -3,586+1,655, koefisien korelasi status mental adalah 0,841.	Kemampuan status kecemasan untuk menjelaskan ADL sebesar 78 %
Koefisien Korelasi	Status mental = 0,841	Kekuatan korelasi positif sangat kuat

Setelah melakukan analisis bivariate semua variabel (dukungan keluarga, status gizi, status kesehatan, status mental) memenuhi kriteria untuk masuk kedalam analisis multivariat. Dengan analisis multivariate regresi linear metode backward peroleh persamaan  $ADL = -3,586 + 1,655$ , ( $R^2 = 0,841$ ) semua asumsi regresi linear ( yaitu linearitas, normalitas, residu nol, residu tidak outlier independen konstan, dan homoskedisiti) terpenuhi.

## B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa tingkat ketergantungan ADL lansia dengan mean 16,20. Dimana nilai 16,20 termasuk dengan kategori ringan Dengan kondisi yang ketergantungan ringan mereka dapat melatih mandiri total lakukan aktivitas apa saja tanpa meminta bantuan orang lain, atau sesedikit mungkin tergantung kepada orang lain. Hasil penelitian yang mendukung yaitu penelitian Praditya (2017) dimana didapatkan tingkat kemandirian lansia dibantu sebesar 41 orang (43%).

ADL adalah Suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *activity of daily living* secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam, 2008).

### a. Tingkat ketergantungan ADL Status Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian status kesehatan lansia mean didapatkan 1,04. hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lansia mengalami rata 1 ganggusn organ yaitu seperti gangguan sendi yang nyeri peniltian yang dilakukan Rinajumita (2011) didapatkan rata-rata lansia mengalami keluhan berupa gangguan penglihatan (78,8%), nyeri sendi pinggul (70%).

Menurunnya kondisi dalam diri seseorang lanjut usia secara otomatis akan menimbulkan kemunduran fisik sebagai faktor kemunduran kesehatan pada lanjut usia. Salah satu penyebab menurunnya kesehatan fisik ditandai dengan penurunan fungsi kognitif dan psikomotorik (Suhartini, 2007). Lanjut usia akan mengalami penurunan fungsi fisik yang akan memberikan kontribusi terhadap kemandirian seorang lansia. Perilaku kemandirian dinyatakan dengan adanya kemampuan untuk mengambil inisiatif, kemampuan mengatasi masalah, penuh ketekunan, memperoleh kepuasan dari usahanya serta berkeinginan mengerjakan sesuatu tanpa bantuan orang lain (Spencer & Ross, 1970 dalam Darmodjo, 2004).

Pada status kesehatan didapatkan tidak ada hubungan dengan tingkat ketergantungan ADL lansia hasil ini berbeda dengan diapat Rinajumita (2011). Yang mengatakan terdapat hubungan signifikan dikarenakan lansia yang mengalami 1 keluhan penyakit hanya gangguan kecil sehingga dapat melakukan ADL nya secara mandiri.

Kemandirian yang kurang dapat disebabkan karena kurangnya aktivitas pada lansia dalam kehidupan sehari-hari, hal ini bisa dikarenakan lansia yang jarang melakukan aktivitas dan cenderung kurang aktif sehingga menimbulkan kekakuan otot. Lansia kurang memahami pentingnya latihan keseimbangan karena latihan keseimbangan akan menurunkan insiden jatuh pada lansia dan memberikan manfaat bagi penguatan otot penyangga keseimbangan tubuh. Rendahnya rasa keberdayaan diri pada lansia yang dapat menurunkan kemauan lansia dalam beraktivitas, sehingga lansia merasa takut untuk mencoba hal baru atau takut akan tidak berhasil. Hal ini menunjukkan lansia yang tingkat kemandiriannya tinggi adalah mereka secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima. Dengan kesehatan yang baik lansia bisa melakukan aktivitas apa saja dalam kehidupannya sehari-hari

**b. Tingkat ketergantungan ADL dengan Dukungan Keluarga**

Berdasarkan hasil penelitian Dukungan keluarga lansia didapatkan hasil mean 7,34, dimana menunjukkan hasil itu tidak ada disfungsi keluarga. Penelitian Yang mendukung Rinajumita (2011) didapatkan memiliki dukungan keluarga baik (77,8%). Menurut Nugroho Saat memasuki usia tua, para lansia memiliki perubahan struktur otak yang menyebabkan kemunduran kualitas hidup yang berimplikasi pada kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Dukungan keluarga yang optimal mendorong kesehatan para lansia meningkat, selain itu kegiatan harian para lansia menjadi teratur dan tidak berlebihan. Bagian dari dukungan sosial adalah cinta dan kasih sayang yang harus dilihat secara terpisah sebagai bagian asuhan dan perhatian dalam fungsi efektif keluarga (Stanley dan Beare, 2006).

Pada Dukungan keluarga didapatkan tidak ada hubungan signifikan dengan ADL lansia, hasil ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Rinajumita (2011) dimana mengatakan terdapat hubungan yang signifikan. Maka hasil penelitian yang didapat berbeda dan tidak mempengaruhi dengan kemandirian lansia, dimana bagi mereka keluarga tidak harus hubungan darah, para sesama lansia dan pengasuh juga disebut keluarga dan selalu memberikan motivasi serta membantu disaat susah, dukungan keluarga bagi lansia bisa berupa materi dan motivasi.

### c. Tingkat Ketergantungan ADL dengan Status Gizi

Status gizi yang baik diharapkan tetap memiliki kemampuan untuk melakukan ADL lansia secara mandiri. Berdasarkan hasil penelitian dilakukan didapatkan status gizi didapatkan mean 23,30. Yaitu menunjukkan lansia memiliki berat badan berlebih. Penelitian lain menunjukan Listriana (2010) didapatkan rata-rata berdasarkan tinggi badan sebagian besar memiliki tinggi badan 151-160 cm, dan berdasarkan berat badan sebagian besar mempunyai berat badan 50-59 kg, dan berdasarkan IMT (Indeks Massa Tubuh) sebagian besar mempunyai  $IMT > 18,5-25,0$ .

Lansia membutuhkan nutrisi untuk mempertahankan kesehatan dan memperlambat timbulnya penyakit degeneratif. Pemberian nutrisi yang seimbang pada lansia dapat menjaga status gizinya, dengan status gizi yang baik lansia diharapkan tetap memiliki kemampuan untuk melakukan ADL (Activity of Daily Living) secara mandiri. Terjadinya penurunan fungsi-fungsi organ tubuh dapat menjadikan lansia merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas sehari-hari (Activity of Daily Living) sehingga menjadikan lansia membutuhkan bantuan dari orang lain untuk melakukan aktifitas sehari-harinya (Almatsier,2004).

Gizi adalah suatu proses menggunakan makanan yang di komsumsi secara normal melalui digesti, absorpsi transportasi, penyimpanan metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi

normal dari organ-organ serta menghasilkan energi. (Supriasa 2002). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan penggunaan zat-zat gizi yang dibedakan antara status gizi kurang, baik, dan lebih. (Almatsier,2004). Pada status gizi terdapat tidak ada hubungan dengan ADL lansia hasil ini berbeda dengan hasil Suhartini (2006) karena dijelaskan status gizi kurang atau berat badan kurang akan menimbulkan beberapa penyakit sehingga keadaannya tidak prima dalam melakukan ADL status gizi disini yang membuat berat badan kurang karena kesalahan dalam pola makan. Karena penelitian didapatkan berat badan berlebih dimana lansia selama di panti jarang melakukan aktivitas sehingga itu yang membuat berat badannya menjadi berlebih, dan mempengaruhi tingkat ketergantungan ADLnya.

#### **d. Pengaruh Status Mental Terhadap Tingkat Ketergantungan ADL Pada Lansia**

Didapatkan penelitian ini tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan ADL lansia hanya status mental yang memiliki hubungan yang signifikan dikarenakan Persamaan regresi linear yang diperoleh dengan demikian adalah  $ADL = -3,586 + 1,655$ , koefisien korelasi status mental adalah 0,841. Dengan ditermanasi paling baik sebesar 78%. Hasil ini memiliki hasil yang sama dengan penelitian Lestrari, Wihastuti & Rahayu (2016) dimana terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dan tingkat kemandirian lansia. Berdasarkan hasil penelitian yang didapat menyebutkan bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan semakin tinggi juga memiliki tingkat ketergantungan dan sebaliknya apabila seseorang lansia tidak mengalami tingkat kecemasan tinggi dakan dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Karna apabila lansia memiliki tingkat kecemasan yang tinggi akan menimbulkan beberapa penyakit sehingga mempengaruhi aktivitas lansia. Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang

dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan – kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007).

Hasil penelitian cahyono (2013) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari dengan tingkat kecemasan. Seseorang lansia dengan tingkat kecemasan yang tinggi cenderung mengalami ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Seiring bertambahnya usia seseorang, semakin terjadi penurunan pada fungsi-fungsi tubuh tidak hanya penurunan pada fungsi fisik saja tetapi pada penurunan mental. Semakin tua seorang lansia akan banyak memiliki beban pikiran. Mereka cenderung memikirkan masa depan mereka, masa depan anak-anak, cucu dan keluarga mereka. Seperti halnya khawatir akan masa depan, takut pada kematian, memikirkan nasib mereka yang tidak memiliki pekerjaan karena sudah pensiun. Banyaknya beban yang ada dalam pikiran seseorang lansia akan mengakibatkan terganggunya pikiran, semakin tinggi kecemasan maka semakin terganggu ADL lansia (Azizah, 2011).

Proses menua yang terjadi pada lansia mengakibatkan terjadinya penurunan termasuk juga masalah mental seperti kecemasan dan depresi. Hal ini didukung oleh penelitian Lestari et al. (2013) dimana terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dan tingkat kemandirian pada lansia. Hasil penelitian cahyono (2013) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari dengan tingkat kecemasan. Seseorang lansia dengan tingkat kecemasan yang tinggi cenderung mengalami ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

## BAB V PENUTUP

### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat ketergantungan ADL lansia di Panti Werdha Nirwana Puri Samarinda didapatkan hasil faktor yang paling dominan didapatkan Status mental dengan Persamaan regresi linear yang diperoleh dengan  $ADL = -3,586 + 1,655$ , koefisien korelasi status mental adalah 0,841. Dengan nilai determinasi sebesar 78%.

### B. Saran

#### 1. Bagi Panti Werdha

Perawat dan pengasuh panti diharapkan lebih meningkatkan lagi perhatian pada lansia sehingga dapat meningkatkan kesehatan lansia dan mempertahankan kemandirian *Activity Daily living* (ADL) pada lansia dengan cara mengikut sertakan lansia dalam kegiatan sehari-hari untuk melatih aktifitas untuk mempertahankan kemandirian dalam ADL

#### 2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data dasar dan tambahan informasi untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut dan serta dapat menghubungkan kevariabel lainnya khususnya untuk faktor-faktor yang lain mempengaruhi tingkat ketergantungan ADL lansia .

#### 3. Bagi Lansia

Diharapkan lansia dapat mengikuti kegiatan yang ada dipanti untuk mengatasi kecemasan atau depresi sehingga dapat mengatasi ADL/ kemandiriannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agung I. (2006). Uji Keandalan dan Kesahihan Indeks Activity of Daily Living untuk Mengukur Status Fungsional Dasar pada Usia Lanjut di RSCM. Tesis. Jakarta: Program Studi Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Almatsier,S. (2004.) Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Umum
- Arikunto, S. (2010). Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arisman. 2009. Gizi dalam Daur Kehidupan. EGC.Jakarta :193 - 195
- Bandiyah, S. (2009). Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika
- Dahlan, S. (2009). Besar sampel penelitian. Jakarta: Salemba Medika
- Darmajo. (2009). GERIATRI (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Efendi, F., Makhfudi. (2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas Teoridan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: SalembaMedika.
- Fidment, S. (2013) The Objective Structured Clinical Exam (OSCE): A Qualitative Study exploring the Healthcare Student's Experience. Research Article. Student Engagement and Experience Journal. Volume 1, Issue 1 ISSN (online) 2047-9476
- Hardywinoto & Setiabudhi, T. (2007). Panduan Gerontologi. Jakarta: Pustaka Utama
- Hidayat.A.A. (2009). Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika
- Maryam, Siti. 2008. "Menengenal Usia Lanjut dan Perawatannya". Jakarta: Salemba Medika
- Meiner, Sue E. (2011). Gerontology Nursing, Fourth Edition. America : The United States of America
- Notoatmodjo. (2010) . Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : PT.Rineka Cipta
- Nugroho, W. (2008). Keperawatan Gerontik. Jakarta : EGC

- Nursalam. (2009). Proses Dan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2013. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis : Jakarta : SalembaMedika.
- Padila. (2013). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Puspitasari, D. (2014). Hubungan tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga dengan keaktifan lanjut usia dalam mengikuti kegiatan posyandu lansia desa gajahan kecamatan colomadu.  
Diakses <http://v2.eprints.ums.ac.id/archive/etd/30908/1/> diakses pada tanggal 19 Oktober 2018
- Potter, P.A, Perry, A.G.(2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4.Volume 2.Alih Bahasa : Renata Komalasari,dkk. Jakarta: EGC.
- Rinajumita. (2011). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lampasi Kecamatan Payakumbuh Utara Tahun 2011. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- Saryono. (2008). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jogjakarta: Mitra Cendikia Press.
- Sastroasmoro, dan Sofyan Ismel. (2010). Dasar – dasar Metodologi Penelitian Klinis, edisi ketiga in: Pemilihan Subjek Penelitian dan Desain Penelitian. Jakarta : Sagung Seto
- Sugiyono. (2011). Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D. Alfabeta
- Sugiyono (2015). Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods). Bandung: Alfabeta.
- Sunyoto, Suyanto. (2011). Analisis Regresi dan Uji Hipotesis. Yogyakarta: Caps
- Supariasa, I.D.N. dkk. (2013). Penilaian Status Gizi (Edisi Revisi). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC
- Tamher, S. & Noorkasiani. 2009. Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.
- Triswandari, B.T. 2008. Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di wilayah kerja puskesmas mojolangu malang. Malang: Skripsi. Universitas Brawijaya, diakses dari <http://www.repository.unbraw.ac.id>.

Wirakusumah. (2001). Konsumsi Karbohidrat, Lemak, Dan Protein. Depkes : Jakarta



## Lampiran 1

### PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

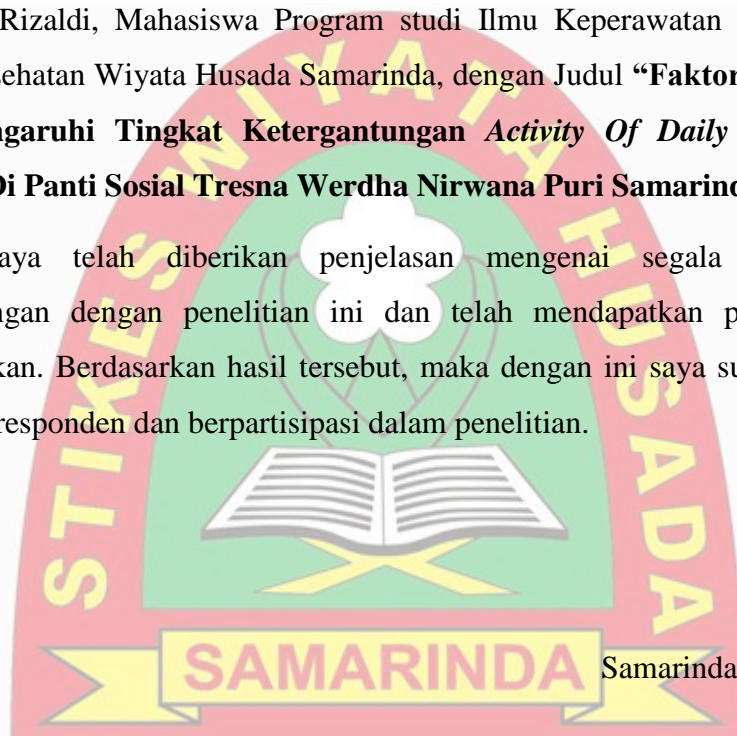
Setelah mendapat penjelasan dari peneliti maka saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Wisma :

Menyatakan bersedia sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh Rahmat Rizaldi, Mahasiswa Program studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, dengan Judul **“Faktor –Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Ketergantungan *Activity Of Daily Living* (ADL) Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda “**

Saya telah diberikan penjelasan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian ini dan telah mendapatkan penjelasan yang memuaskan. Berdasarkan hasil tersebut, maka dengan ini saya sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian.



Samarinda, Januari 2019

Responden

(.....)

Nama & Tanda tangan/ cap jari

### Lampiran 3

#### *Activity of Daily Living (ADL)*

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1	Makan ( <i>Feeding</i> )	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll. 2 = Mandiri	
2	Mandi ( <i>Bathing</i> )	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	
3	Perawatan diri ( <i>Grooming</i> )	0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	
4	Berpakaian ( <i>Dressing</i> )	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 = Mandiri	
5	Buang air kecil ( <i>Bowel</i> )	0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih	

		dari 7 hari)	
6	Buang air besar <i>(Bladder)</i>	0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema)  1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu)  2 = Kontinensia (teratur)	
7	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain  1 = Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri  2 = Mandiri	
8	Transfer	0 = Tidak mampu  1 =Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang)  2 = Bantuan kecil (1 orang)  3 = Mandiri	
9	Mobilitas	0 =Immobile (tidak mampu)  1 =Menggunakan kursi roda  2 =Berjalan dengan bantuan satu orang  3=Mandiri  (meskipun menggunakan alat bantu	

		seperti tongkat)	
10	Naik turun tangga	0=Tidak mampu 1 =Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 =Mandiri	

Interpretasi hasil :

- 20 : Mandiri
- 12-19 : Ketergantungan Ringan
- 9-11 : Ketergantungan Sedang
- 5-8 : Ketergantungan Berat
- 0-4 : Ketergantungan Total



**Lampiran 4**

**KUISONER HARS**

***HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY***

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2	- Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3	Ketakutan - Pada gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal sendiri - Pada Binatang Besar - Pada keramaian lalu lintas - Pada kerumunan orang banyak					
4	- Gangguan Tidur - Sukar masuk tidur - Terbangun malam hari - Tidak nyenyak - Bangun dan lesu - Banyak mimpi – mimpi - Mimpi buruk - Mimpi menakutkan					
5	Gangguan kecerdasan - Sukar konsentrasi - Daya ingat buruk					
6	- Perasaan depresi - Hilangnya minat - Berkurangnya kesenangan pada Hobi - Sedih - Bangun dini hari - Perasaan berubah – ubah sepanjang hari					

7	<p>Gejala Somatik (Otot)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit dan nyeri di otot – otot</li> <li>- Kaku</li> <li>- Kedutan otot</li> <li>- Gigi gemurutuk</li> <li>- Suara tidak stabil</li> </ul>					
8	<p>Gejala Somatik (Sensorik)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinitus</li> <li>- Penglihatan kabur</li> <li>- Muka merah atau pucat</li> <li>- Merasa lemah</li> <li>- Perasaan ditusuk - tusuk</li> </ul>					
9	<p>Gejala Kardiovaskuler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Takhikardia</li> <li>- Berdebar</li> <li>- Nyeri di dada</li> <li>- Denyut nadi mengeras</li> <li>- Perasaan lesu/ lemas seperti mau pingsan</li> <li>- Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)</li> </ul>					
10	<p>Gejala Respiratori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasa tertekan atau sempit di dada</li> <li>- Perasaan tercekik</li> <li>- Sering menarik napas</li> <li>- Napas pendek/sesak</li> </ul>					
11	<p>Gejala Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulit menelan</li> <li>- Perut melilit</li> <li>- Gangguan pencernaan</li> <li>- Nyeri sebelum dan sesudah makan</li> <li>- Perasaan terbakar di perut</li> <li>- Mual</li> <li>- Muntah</li> <li>- Buang Air Besar Lembek</li> <li>- Kehilangan Berat Badan</li> <li>- Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)</li> </ul>					
12	<p>Gejala Urogenital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sering Buang Air Kecil</li> <li>- Tidak dapat menahan air seni</li> <li>- Amenorrhoe</li> <li>- Menorrhagia</li> <li>- Menjadi dingin (frigid)</li> <li>- Ejakulasi Praecoeks</li> <li>- Ereksi hilang</li> <li>- Impotensi</li> </ul>					
13	<p>Gejala Otonom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulut kering</li> <li>- Muka merah</li> <li>- Mudah berkeringat</li> </ul>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pusing, sakit kepala</li> <li>- Bulu – bulu berdiri</li> </ul>					
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tingkah laku pada saat wawancara</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Tidak tenang</li> <li>- Jari gemetar</li> <li>- Kerut kening</li> <li>- Muka tegang</li> <li>- Tonus otot meningkat</li> <li>- Napas pendek dan cepat</li> <li>- Muka merah</li> </ul>					
<b>Skor Total</b>						

Total Skor : kurang dari 14 = Tidak ada kecemasan

14 – 20 = Kecemasan ringan

21 – 27 = Kecemasan sedang

28 – 41 = Kecemasan berat

45 – 56 = Kecemasan berat sekali



## Lampiran 5

### IMT (Indeks Massa Tubuh)

IMT = Berat badan (dalam Kg)

---

Tinggi <sup>2</sup> (meter)

Jika total :

1. Berat Badan kurang (<18,5)
2. Normal (18,55-22,9)
3. Berat badan berlebih (23-29,9)
4. Obesitas (>30)

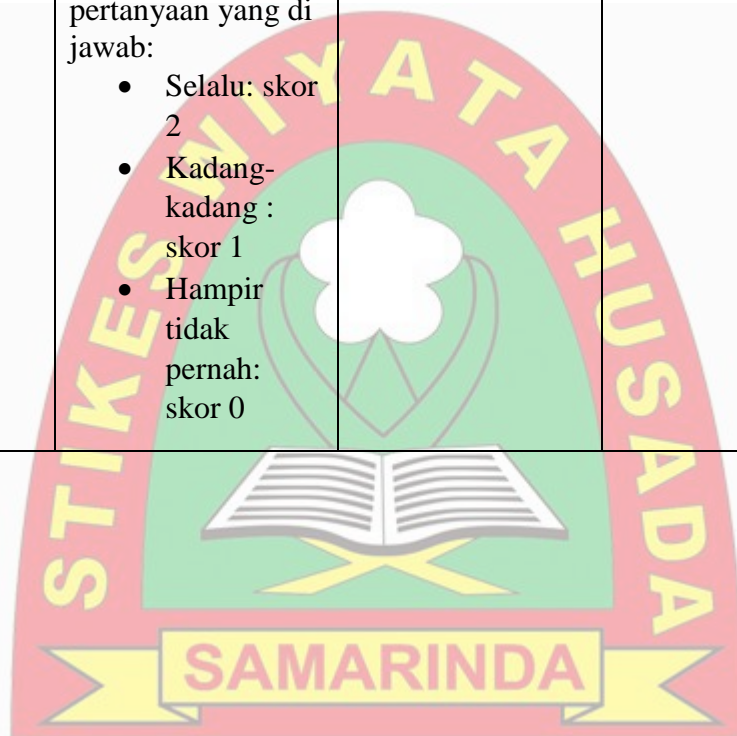


## Lampiran 6

### Apgar Keluarga

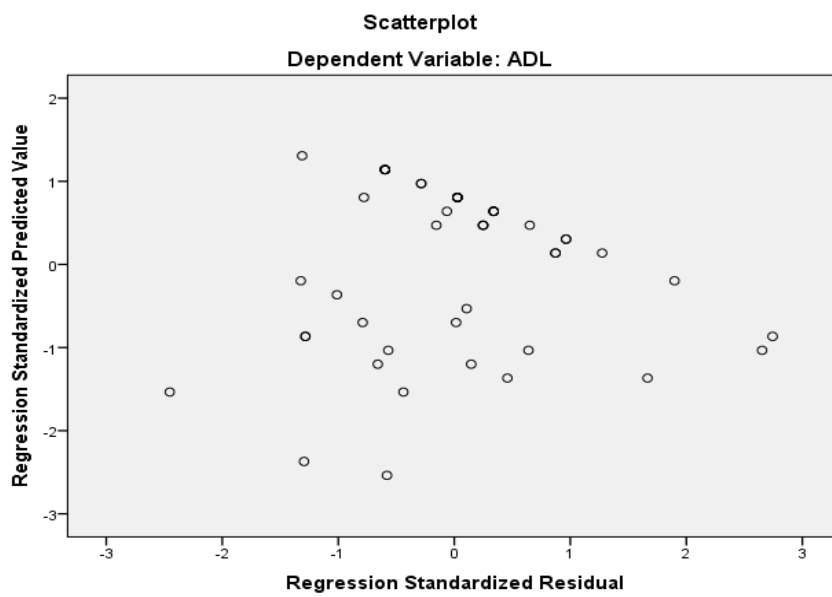
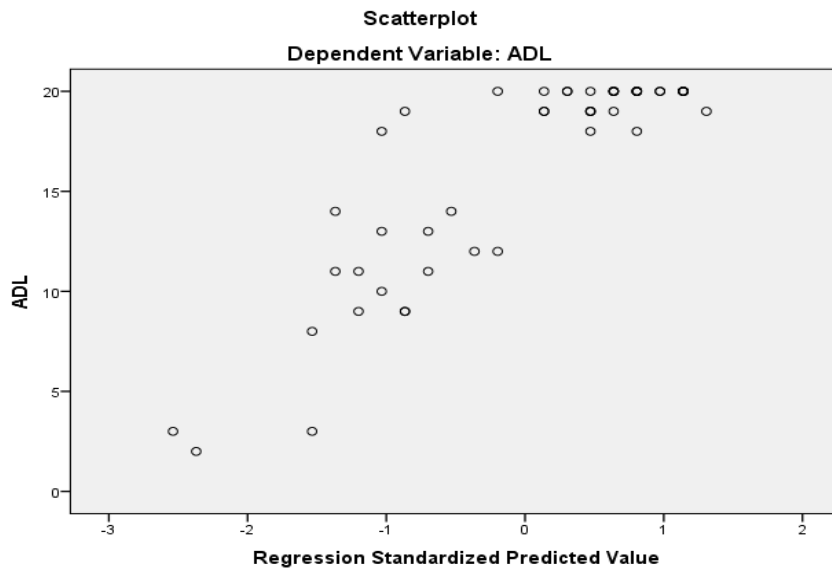
No	Uraian	fungsi	skore
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	Adaptation	
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya & mengungkapkan masalah dengan saya	Partner ship	
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	Growth	
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek & berespons terhadap emosi-emosi saya seperti marah,	Affection	

	sedih / mencintai.		
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya & saya menyediakan waktu bersama-sama.	Resolve	
	Penilaian: Pertanyaan-pertanyaan yang di jawab: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selalu: skor 2</li> <li>• Kadang-kadang : skor 1</li> <li>• Hampir tidak pernah: skor 0</li> </ul>	total	



## Lampiran 7

### ScaterPlot



## Lampiran 8

### Histogram dan Normal p-Plot

