

**PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT LANSIA  
KETERGANTUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING*  
(ADL)DIRUMAH DI DESA JEMBAYAN  
KUTAI KARTANEGARA**

**SKRIPSI**

Untuk memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

(S.Kep)



Di susun Oleh :

**Savitri Nielvana Damayanti**

**NIM : 14.1200.432.01**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA  
2018**

HALAMAN PENGESAHAN

PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT LANSIA KETERGANTUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DI RUMAH DI DESA JEMBAYAN  
KUTAI KARTANEGARA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

SAVITRI NIELVANA DAMAYANTI

14.1200.432.01

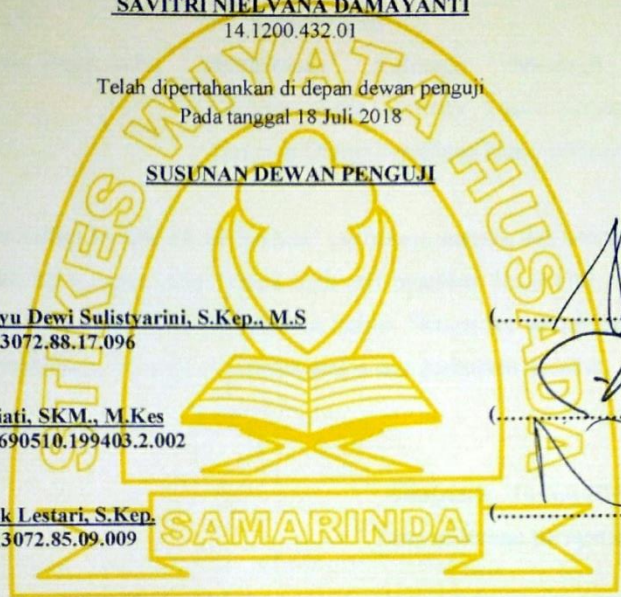
Telah dipertahankan di depan dewan penguji  
Pada tanggal 18 Juli 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S  
NIK : 113072.88.17.096

2. Hi. Sumiati, SKM., M.Kes  
NIP : 19690510.199403.2.002


3. Ns. Nanik Lestari, S.Kep.  
NIK : 113072.85.09.009



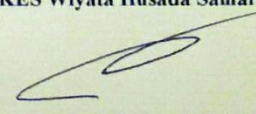
(.....)  
(.....)  
(.....)

Mengetahui,

Ketua  
STIKES Wiyata Husada Samarinda

  
Ns. Edy Mulvono, 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

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Savitri Nielvana Damayanti

NIM : 14.1200.432.01

Program Studi : S1. Keperawatan

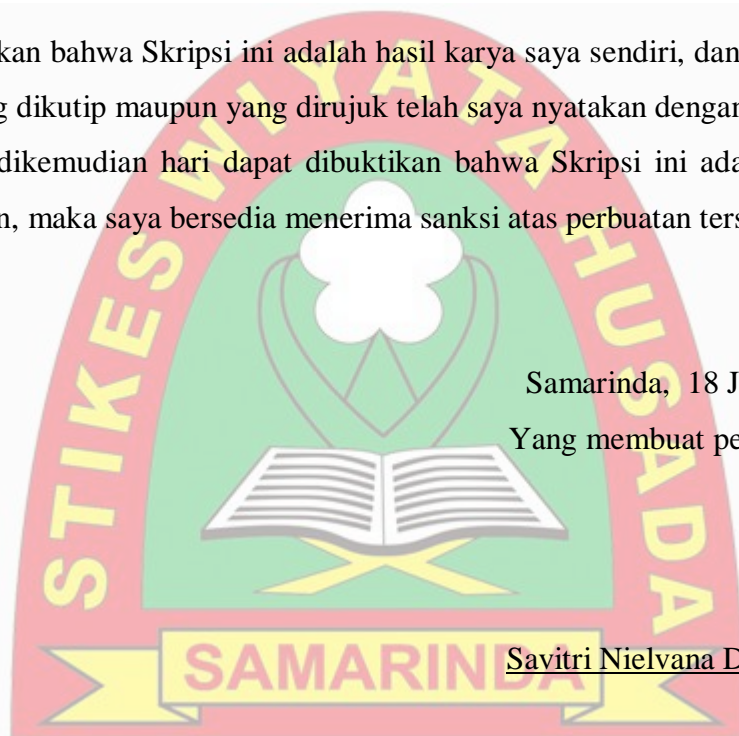
Judul Laporan Tugas Akhir :Pengalaman Keluarga Merawat Lansia  
Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL)  
Dirumah Didesa Jembayan Kutai Kartanegara

Menyatakan bahwa Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Skripsi ini adalah hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 18 Juli 2018

Yang membuat pernyataan,

Savitri Nielvana Damayanti



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan *Actiity Daily Living* (ADL) Dirumah Didesa Jembayan Kutai Kartanegara”**. Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S.1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

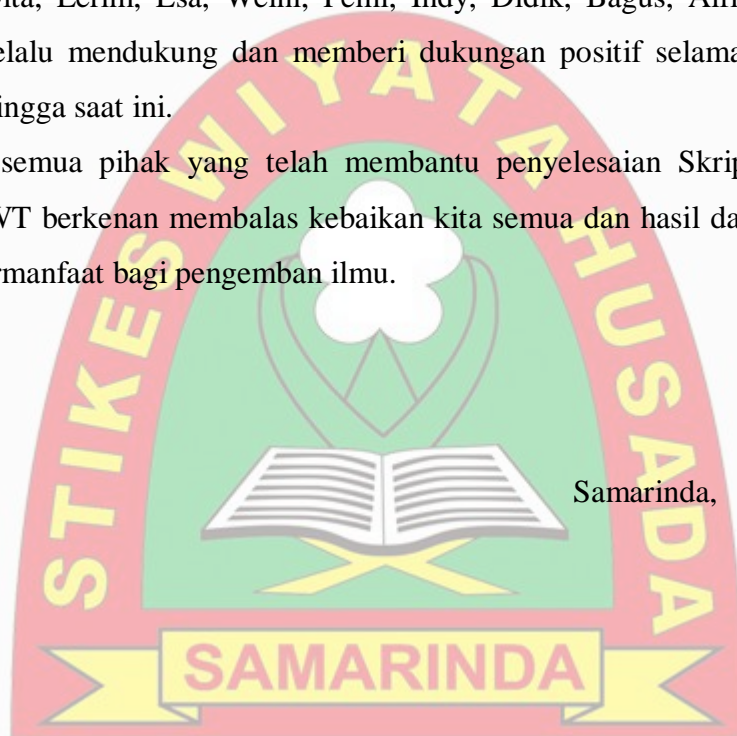
Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Skripsi, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ibu Hj. Sumiati, SKM., M.Kes., selaku Dosen dan Pembimbing 1 STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta semua ilmu yang telah diberikan sebagai dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Ibu Ns. Nanik Letari, S.Kep, selaku Dosen dan Pembimbing 2 STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta semua ilmu yang telah diberikan selama masa bimbingan sebagai bentuk dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
6. Ibu Ns. Wahyu Dewi S.Kep, M.S., selaku penguji dan Dosen STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas bimbingan serta ilmu yang telah diberikan sebagai dedikasin

7. Terima kasih kepada Dosen dan Tenaga Kependidikan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
8. Terima kasih kedua OrangTua yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan anak tercintanya.
9. Terima kasih kepada teman-teman bimbingan seperjuangan Program Studi S.1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
10. Terima kasih kepada teman-teman PSIK 2014 khususnya kelas B yang telah mengajarkan saya arti kebersamaan dan solidaritas.
11. Terima kasih kepada teman, sahabat, keluarga baru ku Alpida, Risa, Nuri, Dita, Lerim, Esa, Welni, Femi, Indy, Didik, Bagus, Alfi, Kiding. Yang selalu mendukung dan memberi dukungan positif selama proses belajar hingga saat ini.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Skripsi ini, semoga Allah SWT berkenan membalas kebaikan kita semua dan hasil dari penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengemban ilmu.

Samarinda, 18 Juli 2018



Savitri Nielvana Damayanti

## LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Savitri Nielvana Damayanti

NIM : 14.1200.432.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

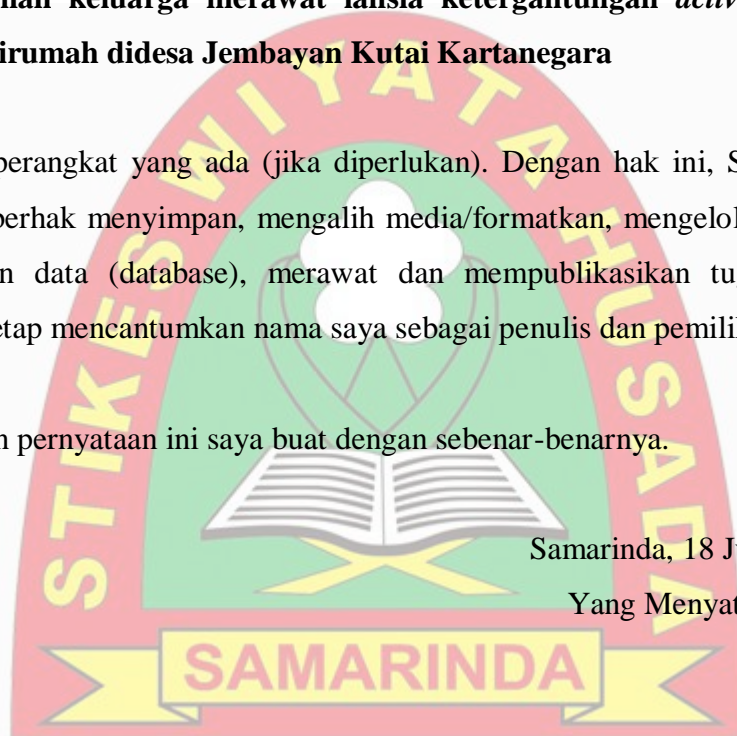
**Pengalaman keluarga merawat lansia ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah didesa Jembayan Kutai Kartanegara**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalih media/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, 18 Juli 2018

Yang Menyatakan



Savitri Nielvana Damayanti

## ABSTRAK

### **Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) Dirumah Di Desa Jembayan Kutai Kartanegara**

Savitri Nielvana Damayanti<sup>1</sup>, Sumiati<sup>2</sup>, Nanik Lestari<sup>3</sup>

Penelitian fenomenologi deskriptif ini bertujuan untuk menganalisis pengalaman keluarga dalam merawat lansia ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah, didesa Jembayan Kutai Kartanegara. Data dikumpulkan dari 4 orang anggota keluarga pemberi asuhan utama pada lansia di keluarga dan dianalisis dengan metode *Colaizzi*. Hasil penelitian menggambarkan tanggung jawab keluarga dalam merawat lansia, merawat orangtua didasari dengan kasih sayang, kebingungan yang dihadapi keluarga dalam waktu yang sempit, merawat orangtua membuat sikap sabar, usaha keluarga dalam memenuhi kebutuhan orangtua, kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan dalam merawat lansia ketergantungan ADL dirumah. Perawat keluarga perlu mempertimbangkan keuangan, persepsi keluarga, dan tingkat keparahan. Penelitian selanjutnya dapat mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga untuk merawat lansia ketergantungan ADL.

Kata Kunci: Lansia ketergantungan ADL, Merawat, Pengalaman Keluarga

<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

### **Family Experience Caring for Elderly Reliance Activity Daily Living (ADL) At Home in the Village of Jembayan Kutai Kartanegara**

Savitri Nielvana Damayanti<sup>1</sup>, Sumiati<sup>2</sup>, Nanik Lestari<sup>3</sup>

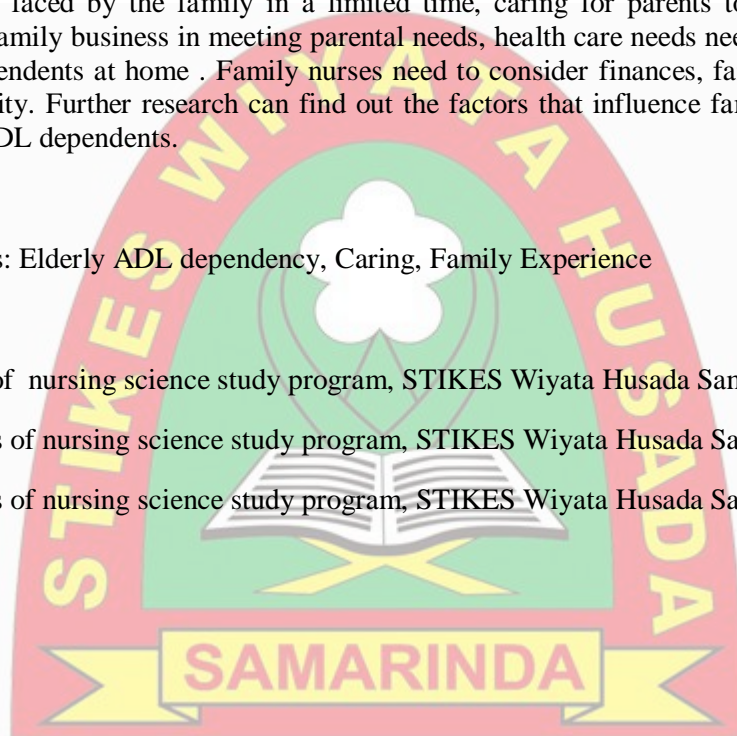
This descriptive phenomenology study aims to analyze family experience in caring for elderly dependency activity daily living (ADL) at home, in the village of Jembayan Kutai Kartanegara. Data were collected from 4 family members of primary care givers in the elderly in the family and analyzed by the Colaizzi method. The results of the study describe family responsibilities in caring for the elderly, caring for parents based on love, confusion faced by the family in a limited time, caring for parents to make a patient attitude, family business in meeting parental needs, health care needs needed in caring for ADL dependents at home. Family nurses need to consider finances, family perceptions, and severity. Further research can find out the factors that influence families to care for elderly ADL dependents.

Keywords: Elderly ADL dependency, Caring, Family Experience

<sup>1</sup>Student of nursing science study program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Lecturers of nursing science study program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

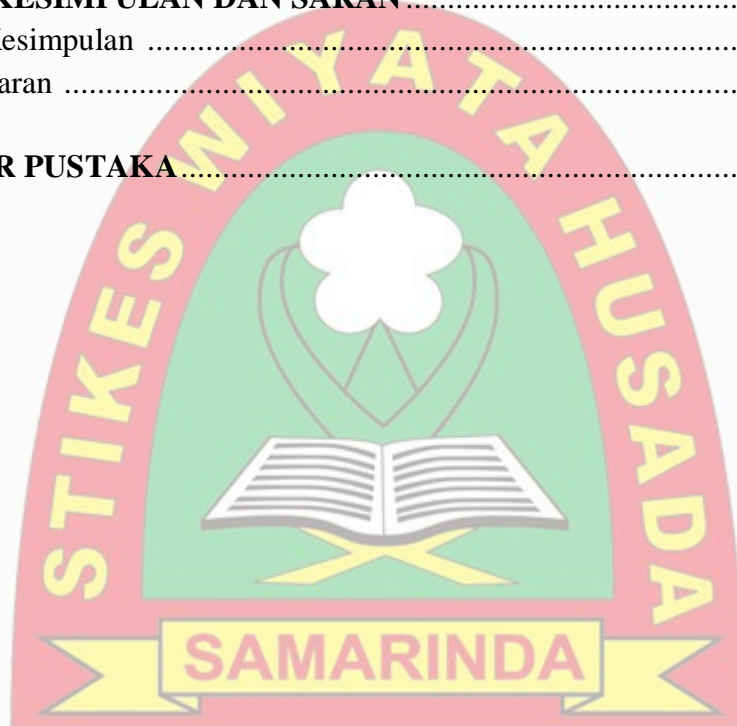
<sup>3</sup>Lecturers of nursing science study program, STIKES Wiyata Husada Samarinda



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Penelitian Terkait.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
A. Telah Pustaka.....	9
1. Konsep Lanjut Usia.....	9
2. Konsep Keluarga.....	17
3. Dukungan Keluarga.....	21
4. Hubungan Lanjut Usia dengan Keluarga.....	25
5. Penyebab Masalah Kesehatan.....	28
6. Penurunan ADL.....	29
7. Keperawatan Keluarga.....	31
8. Model Self Care Dorothea E. Orem.....	32
B. Kerangka Teori.....	36
C. Pertanyaan penelitian.....	37
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>38</b>
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	38
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	38
C. Subjek Penelitian.....	38
D. Pemilihan Subjek Penelitian.....	39
E. Sumber data dan Instrumen Penelitian.....	40
F. Teknik Pengumpulan Data.....	41
G. Prosedur pengumpulan data.....	42
H. Analisis Data.....	43
I. Keabsahan Data.....	45

J. Etika Penelitian .....	46
K. Alur Penelitian .....	48
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>49</b>
A. Hasil penelitian .....	49
B. Gambaran Lokasi dan Objek Penelitian .....	49
C. Gambaran Karakteristik Partisipan Peneliti .....	49
D. Profil Partisipan.....	50
E. Tema Hasil Analisis Penelitian .....	52
F. Pembahasan .....	64
G. Keterbatasan Penelitian .....	69
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>71</b>
A. Kesimpulan .....	71
B. Saran .....	72
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>73</b>



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Teori Dorothea Orem.....	35
Skema 2.2 Kerangka Teori.....	36
Skema 3.1 Alur penelitian .....	48
Skema 4.1 Tema 1 .....	52
Skema 4.2 Tema 2 .....	54
Skema 4.3 Tema 3 .....	56
Skema 4.4 Tema 4 .....	58
Skema 4.5 Tema 5 .....	60
Skema 4.6 Tema 6 .....	62



## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik Responden.....	50
--	----



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Biodata
- Lampiran 2 *Informed Consent*
- Lampiran 3 Pedoman Pertanyaan
- Lampiran 4 Surat Ijin Pengambilan Data
- Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 6 Surat Balasan Penelitian
- Lampiran 7 Dokumentasi Penelitian



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Dampak kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK), terutama dibidang kedokteran, berdampak pada kualitas hidup meningkat, akibatnya jumlah penduduk lanjut usia semakin bertambah banyak, bahkan cenderung lebih cepat dan pesat (Nugroho, 2008). Usia harapan hidup penduduk Indonesia semakin meningkat dan diperkirakan akan mengalami *aged population boom* pada dua dekade permulaan abad 21 ini (kementrian koordinator bidang pembangunan manusia dan kebudayaan).

Menurut data yang didapat dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur (2016) Usia Harapan Hidup (UHH) lansia dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 mengalami peningkatan yang signifikan. Pada tahun 2012 UHH lansia berusia 71,58 tahun, pada tahun 2013 UHH lansia mengalami peningkatan dengan usia 71,78 tahun, tahun 2014 UHH lansia stabil dengan UHH lansia pada tahun 2013 dengan usia 71,78 tahun, pada tahun 2015 dan 2016 UHH lansia meningkat menjadi 73,65 tahun. Data tersebut dapat diketahui bahwa usia harapan hidup lansia dari tahun-ketahun mengalami peningkatan yang sangat berarti. Jumlah lansia di Kalimantan Timur pada tahun 2016 berjumlah 722.100 jiwa, sedangkan di Kabupaten Kutai Kartanegara jumlah kunjungan lansia pada tahun 2015 berdasarkan Usia lansia (60-69 tahun) berjumlah 15.278 jiwa dan lansia beresiko (>70 tahun) berjumlah 8.593 jiwa.

Berdasarkan data proyeksi penduduk, diperkirakan tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%). Diprediksi jumlah penduduk lansia tahun 2020 (27,08 juta), tahun 2025 (33,69 juta), tahun 2030 (40,95 juta) dan tahun 2035 (48,19 juta) (Kementrian Kesehatan RI). Di negara maju, pertambahan populasi/penduduk lanjut usia telah diantisipasi sejak awal abad ke-20. Tidak heran bila masyarakat di negara maju sudah lebih siap menghadapi pertambahan populasi lanjut usia dengan aneka tantangannya. Namun, saat ini, negara berkembang pun mulai menghadapi

masalah yang sama. Fenomena ini jelas mendatangkan sejumlah konsekuensi, antara lain timbulnya masalah fisik, mental, sosial, serta kebutuhan pelayanan kesehatan keperawatan, terutama kelainan degeneratif.

*Aging Process* (proses penuaan) dalam perjalanan hidup manusia merupakan suatu hal yang wajar, dan ini akan dialami oleh semua orang yang dikaruniai umur panjang, hanya cepat dan lambatnya proses tersebut bergantung pada masing-masing individu. Secara teori perkembangan manusia yang dimulai dari masa bayi, anak, remaja, dewasa, tua dan akhirnya akan masuk pada fase usia lanjut dengan umur diatas 60 tahun. Pada usia ini terjadilah proses penuaan secara alamiah. Perlu persiapan untuk menyambut hal tersebut agar nantinya tidak menimbulkan masalah fisik, mental, sosial ekonomi bahkan psikologis. (Constantinides, 1994 dalam Nugroho, 2000)

Aktivitas kehidupan sehari-hari atau *activity daily living* (ADL) merupakan istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan performans dalam kemampuan lansia melakukan *activity daily living* (ADL) secara mandiri dan tanpa bantuan dari orang lain. Tetapi banyak ditemukan lansia yang dalam melakukan *activity daily living* (ADL) mengalami hambatan dikarenakan fungsi kemandirian yang menurun sehingga lansia sering lupa, sulit untuk berkonsentrasi dan sulit untuk mengetahui benda atau situasi dalam melakukan kegiatan yang dilakukan sehari-hari. Kurangnya kemandirian lansia didalam kegiatan akan membuat lansia meminta bantuan pada orang lain untuk aktivitasnya, seperti meminta bantuan untuk membawanya ke toilet, memakaikan pakaian, mencuci pakaian, menyiapkan makanan dan berjalan (Dorothy et al, dalam primadayanti 2011).

Dukungan sosial secara alamiah diterima lansia dari interaksi sosial dengan orang-orang disekitarnya. Misalnya anggota keluarga, teman dekat, tetangga, ataupun relasi. Lansia di Indonesia umumnya tinggal dirumah bersama keluarga, sehingga keluarga sebagai salah satu sumber dukungan sosial memberikan arti penting bagi kehidupan lansia. Dukungan keluarga kepada lansia dapat diberikan dalam empat bentuk, yaitu dukungan emosional, instrumental, informasional, dan penghargaan. (Johnston et al, 2011 dalam Meka Yusselda et al, 2016)

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan lansia yang tinggal di rumah. Penelitian yang dilakukan oleh putra, Hidayat, dan Aisyah (2010, dalam Danang 2013) menyatakan peran keluarga sangat mempengaruhi terhadap status kesehatan lansia, jika peran keluarga itu baik maka diharapkan status lansia juga baik dan sebaliknya jika peran keluarga kurang, maka status kesehatan pada lansia juga buruk.

Keluarga sebagai pemberi asuhan informal, dalam melaksanakan fungsi memberikan perawatan pada lansia melibatkan seluruh aspek yaitu fisik, psikologis, emosional, sosial, dan finansial. Berbagai dampak dapat timbul sebagai respon dari interaksi keluarga dengan lansia ketika pemberian asuhan (Friedman, 2003; Potter & Perry, 2005).

Setiap respon perubahan emosi dan perilaku yang ditunjukkan keluarga (*caregiver*) dalam merawat lansia akan mempengaruhi perlakuan keluarga yang merawat terhadap lansia yang dirawat. Respon ini muncul berupa perubahan emosi dan juga perilaku pada lansia. Kelelahan selama masa perawatan memberikan pengaruh munculnya respon negatif selama perawatan lansia. Perubahan perilaku keluarga (*caregiver*) yang merawat akan memberikan dampak pada kesehatan fisik dan mentalnya. (Meka Yusselda et al, 2016)

Beban *caregiver* merupakan respon multidimensi terhadap stresor fisik, psikologis, sosial, dan finansial yang dihubungkan dengan pengalaman *caregiver* dalam merawat klien (Maryam, et al 2012). Didukung oleh penelitian Michon et al (2005) yang menyampaikan bahwa beban merawat terkait masalah fisik (kelelahan, gangguan tidur), masalah psikologis seperti cemas, khawatir, pesimis, depresi, masalah sosial karena keterbatasan berhubungan dengan masyarakat sosial dan masalah finansial.

Pemahaman keluarga dalam merawat lansia sangat penting untuk diketahui perawat karena partisipasi dari keluarga dalam merawat lansia diperlukan untuk mencapai hasil yang optimal dari intervensi keperawatan. Keluarga sebagai pemberi asuhan dalam merawat lansia dengan ketergantungan di rumah, harus memahami dan memiliki pengetahuan yang

memadai untuk merawat lansia (Gaugler at al., 2002 dalam Sebern, 2005; Tyson, 1999)

Studi fenomenologi yang dilakukan oleh Joko Wiyono, et al (2008) didapatkan bahwa alasan keluarga merawat lansia ketergantungan tinggi dirumah disebabkan oleh ekonomi keluarga, memenuhi kebutuhan dasar manusia, menjadi lebih sabar. Peneliti menyarankan adanya jaminan pelayanan kesehatan masyarakat khusus lansia untuk memperpendek alur administrasi serta penyediaan transportasi ke pelayanan kesehatan.

Studi fenomenologi yang dilakukan oleh Ninda Ayu Prabasari, et al (2017) didapatkan bahwa hambatan yang dialami keluarga selama merawat lansia yaitu tuntutan perawatan lansia, beban yang dirasakan (*caregiver*) dalam merawat lansia.

Fenomena pemberian asuhan pada lansia dirumah sangat penting untuk dipahami guna merencanakan dan memberikan pelayanan lansia khususnya kebutuhan pemberi asuhan. Kebutuhan keluarga menjadi perhatian utama karena dalam merawat lansia biasanya memerlukan waktu yang panjang dan melibatkan seluruh aspek kehidupan keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah, di desa Jembayan, Kutai Kartanegara.

Terkait hal tersebut peneliti kemudian melakukan observasi diwilayah kerja puskesmas Jembayan yang memiliki posyandu lansia yang berjumlah 233 lansia, dan lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah berjumlah 20 lansia, kemudian peneliti melakukan observasi ataupun wawancara kepada 5 partisipan yang berada di desa Jembayan yang merupakan keluarga yang merawat lansia yang memiliki ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah. Dari 5 partisipan yang peneliti wawancara 3 diantaranya menyatakan bahwa alasan keluarga merawat lansia dirumah dikarenakan lebih leluasa dalam merawat lansia, kewajiban sebagai seorang keluarga, serta harus merawat dengan sabar dan ikhlas.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga yang merawat lansia sangatlah penting, maka perlu untuk menggali lebih dalam

tentang pengalaman keluarga merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada latar belakang, maka dirumuskan masalah penelitian “Bagaimana Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) Dirumah, di desa Jembayan, Kutai Kartanegara ?”.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengalaman keluarga dalam merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah, di desa Jembayan, Kutai Kartanegara.

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah:

- a. Untuk mengetahui alasan keluarga merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah.
- b. Untuk mengetahui respon keluarga selama merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah.
- c. Untuk mengetahui dampak terhadap keluarga selama merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah.
- d. Untuk mengetahui makna dari pengalaman merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah.
- e. Untuk mengetahui proses keluarga dalam merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah.
- f. Untuk mengetahui kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan dalam merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah.

#### D. Manfaat Penelitian

Penelitian nantinya diharapkan dapat memberikan manfaat baik secara teoritis maupun secara praktis.

##### 1. Manfaat Teoritis:

###### a. Bagi Puskesmas

Bagi puskesmas hasil penelitian yang dilakukan dapat memberikan gambaran kepada puskesmas tentang pengalaman keluarga merawat lansia yang ketergantungan *activity daily living* (ADL) di rumah.

###### b. Bagi pendidikan Keperawatan

Diharapkan dapat menjadi sumber informasi tambahan bagi pendidikan keperawatan dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan pendidikan khususnya yang berkaitan dengan Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) Di rumah, di desa Jembayan, Kutai Kartenegro

##### 2. Manfaat Praktis:

###### a. Bagi peneliti

Menambah pengalaman yang sangat berharga dalam rangka memperoleh wawasan dan pengetahuan tentang “pengalaman keluarga merawat lansia yang ketergantungan ADL di rumah”.

###### b. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bisa menjadi bahan penelitian selanjutnya, misalnya meneliti faktor yang mempengaruhi keluarga merawat lansia yang ketergantungan ADL.

#### E. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Joko Wiyono, Junaiti Sahar, Wiwin Wiarsih (2008). Yang berjudul “Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Dengan Tingkat Ketergantungan Tinggi Di rumah, Kota Malang Jawa Timur Studi Fenomenologi” Bertujuan mendapatkan gambaran arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan ketergantungan tinggi di rumah, di kota Malang. Data dikumpulkan dari 8 anggota keluarga pemberi asuhan utama pada lansia di keluarga dan

dianalisis dengan metode *Colaizzi*. Hasil penelitian menggambarkan alasan keluarga merawat lansia dirumah, alasan utama merawat, alasan penunjang merawat, masalah selama merawat, upaya selama merawat: perubahan dalam keluarga berupa perubahan peran, fungsi keluarga dan tugas keluarga, dan dampak pada pemberi asuhan informal.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan saya lakukan ialah perbedaan pada variabel *activity daily living* (ADL), pada penelitian yang dilakukan oleh Joko Wiyono melakukan penelitian dengan tingkat ketergantungan tinggi.

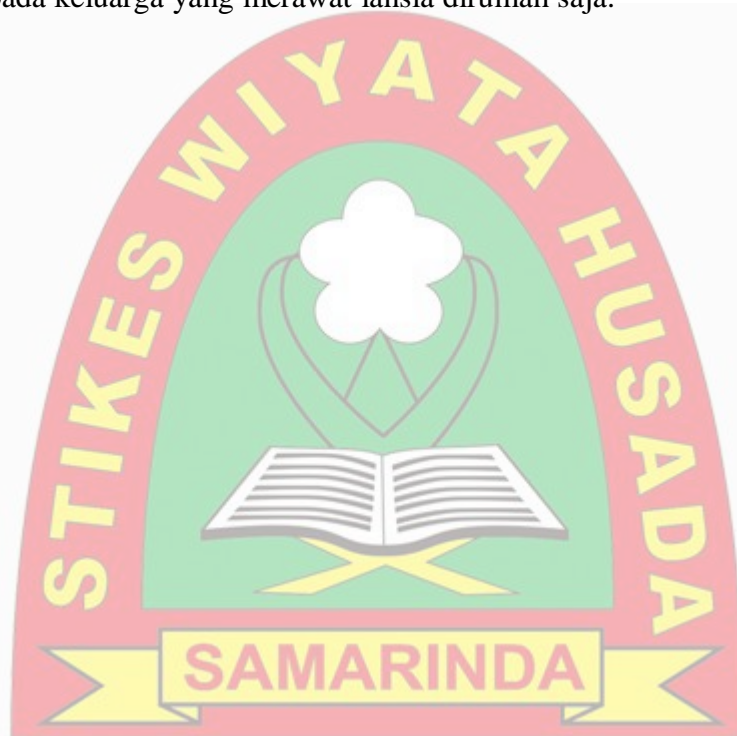
2. Penelitian yang dilakukan oleh Rizky Erwanto (2016). Yang berjudul “Faktor yang Berhubungan Dengan Beban Keluarga Dalam Merawat Aktifitas Sehari-hari pada Lansia”. Penelitian bertujuan untuk mengetahui beberapa faktor yang berhubungan dengan beban keluarga dalam merawat lansia dalam melakukan perawatan aktivitas sehari-hari. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga, sosial ekonomi keluarga dan lama merawat lansia dengan beban keluarga dalam merawat lansia. Desain penelitian menggunakan metode pendekatan *cross sectional*.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan saya lakukan ialah perbedaan metode kuantitatif dan kualitatif. Penelitian yang dilakukan oleh Rizky Erwanto menggunakan metode penelitian kuantitatif dan juga meneliti mengenai faktor yang berhubungan dengan beban keluarga dalam merawat lansia dalam melakukan perawatan aktivitas sehari-hari.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Ninda Ayu Prabasari P, Linda Juwita, Ira Ayu Maryuti (2017). Yang berjudul “Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia Dirumah (Studi Fenomenologi)”. Penelitian bertujuan untuk mendapatkan data dengan mengeksplorasi dan menggambarkan pengalaman keluarga (*caregiver*) dalam merawat lansia. Perawatan lansia memerlukan pemahana yang benar oleh keluarga yang merawat dan dengan penetapan tujuan yang benar menggunakan metode serta modifikasi perawatan dan disertai dukungan yang cukup maka lansia akan dapat mencapai kualitas hidupnya. Hasil penelitian menunjukkan terdapat

duabelas tema dalam pengalaman keluarga merawat lansia yaitu konsep lansia yang dipahami oleh keluarga, kebutuhan dasar dalam merawat lansia, tujuan merawat lansia oleh keluarga, metode merawat lansia, dukungan sosial dalam perawatan lansia, tuntutan perawatan lansia, beban yang dirasakan *caregiver*, modifikasi dalam perawatan lansia, mekanisme coping keluarga, sumber dukungan keluarga, kualitas hidup lansia dan keluarga dengan lansia.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas adalah variabel *Activity Daily Living* (ADL), serta lokasi penelitiannya. Penelitian ini berfokus pada keluarga yang merawat lansia dirumah saja.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Telaah Pustaka

##### 1. Konsep Lanjut usia

###### a. Lanjut usia (lansia)

Menurut *World Health Organization* (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan (Nugroho, 2014).

Menua (menjadi tua : *aging*) adalah suatu proses menghilangnya kemampuan secara perlahan-lahan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normal sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Menua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dalam maupun luar tubuh. Walaupun demikian memang harus diakui bahwa ada berbagai penyakit yang sering terjadi pada kaum lansia (Nugroho, 2014).

Pada waktu seseorang memasuki lanjut usia, terjadi berbagai perubahan baik secara fisik, mental, maupun sosial. Perubahan yang bersifat fisik, antara lain adalah penurunan kekuatan fisik, stamina, dan penampilan. Hal ini dapat menyebabkan beberapa orang menjadi depresif atau gangguan suasana hati (*mood*) yang dapat mempengaruhi pola pikir, perasaan, dan cara menghadapi aktivitas sehari-hari saat memasuki masa lanjut usia. Sebagai proses alamiah, perkembangan manusia sejak periode awal hingga masa lanjut usia, merupakan kenyataan yang tidak bisa dihindari. (Nugroho, 2014)

Proses menua merupakan proses yang terus-menerus atau berkelanjutan secara alamiah dan umumnya dialami oleh semua makhluk hidup. Misalnya kehilangan jaringan pada otak susunan saraf, dan jaringan lain, hingga tubuh “mati” sedikit demi sedikit. Kecepatan

proses menua setiap individu pada organ tubuh tidak akan sama. Adakalanya seseorang tidak tergolong lanjut usia, masih muda, tetapi telah menunjukkan kekurangan yang mencolok (*diskripansi*). Adapula orang yang tergolong lanjut usia, penampilan masih sehat, segar bugar dan badan tetap tegap. Walaupun demikian, harus diakui bahwa ada beberapa penyakit yang sering dialami lanjut usia. (Nugroho, 2014)

Lansia merupakan proses dari tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua tetapi harus melalui tahapan yaitu perkembangan dari bayi, anak-anak, dewasa, hingga akhirnya akan menjadi tua. Seseorang dengan usia 70 tahun mungkin bisa saja terlihat seperti usia 50 tahun, peningkatan jumlah lansia merupakan hasil dari perkembangan ilmu dan teknologi abad ke 20 (Hardywinoto, 2007). Kriteria dalam proses penuaan yang baik dapat dilihat dari kesehatan fisik dan mental lansia, fungsi kognitif, sosialisasi dengan masyarakat, produktivitas, dan kepuasan hidup.

Lebih rinci batasan penduduk lansia menurut Notoadmojo (2007) dapat dilihat dari aspek-aspek biologis, ekonomi sosial dan usia atau batasan usia, yaitu:

1) Aspek biologis

Penduduk lansia ditinjau dari aspek biologi adalah penduduk yang telah menjalani proses penuaan, dalam arti menurunnya daya tahan tubuh yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap serangan penyakit dari luar dan dapat mengakibatkan kematian. (Notoadmojo, 2007)

2) Aspek ekonomi

Aspek ekonomi menjelaskan bahwa penduduk lansia dipandang lebih sebagai beban dari pada potensi sumber daya bagi pembangunan hal ini dikarenakan lansia dianggap sebagai warga yang tidak produktif dan hidupnya perlu ditopang oleh generasi yang lebih muda. (Notoadmojo, 2007)

### 3) Aspek Sosial

Dari sudut pandang sosial, penduduk lansia merupakan kelompok sosial tersendiri. Di Indonesia sendiri penduduk lansia berada di kelas sosial yang tinggi yang dimana harus dihormati oleh masyarakat yang lebih berusia lebih muda. (Notoadmojo, 2007)

Aspek umur dari ketiga aspek di atas, pendekatan umur atau usia adalah yang paling memungkinkan untuk mendefinisikan penduduk lanjut usia. Lanjut usia dapat pula dikelompokkan dalam beberapa tipe yang bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Tipe ini antara lain:

#### a) Tipe optimis

Lanjut usia dengan tipe optimis merupakan tipe lanjut usia yang santai dan periang, penyesuaian yang dilakukan oleh lanjut usia tipe ini memiliki penyesuaian yang cukup baik, dimana pada tipe ini lansia memandang lanjut usia merupakan bantuan bebas dari tanggung jawab dan sebagai kesempatan menuruti kebutuhannya. Tipe ini sering disebut juga lanjut usia tipe kursi goyang (*rocking chair*). (Notoadmojo, 2007)

#### b) Tipe konstruktif

Lanjut usia ini mempunyai integritas baik, dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi yang tinggi, humoristik, fleksibel, dan tahu diri. Biasanya, sifat ini terlihat sejak muda mereka dengan tenang menghadapi proses menua dan menghadapi akhir. (Notoadmojo, 2007)

#### c) Tipe ketergantungan

Lanjut usia pada tipe ini merupakan lansia yang dapat diterima oleh masyarakat walaupun tidak berambisi, tidak mempunyai inisiatif dan bila bertindak tidak praktis. (Notoadmojo, 2007)

d) Tipe defensif

Lanjut usia tipe ini mempunyai masa lalu pekerjaan yang tidak stabil, selalu menolak bantuan, tetapi lanjut usia dengan tipe ini takut untuk menghadapi “menjadi tua” dan sangat suka dengan pensiun. (Notoadmojo, 2007)

e) Tipe militant dan serius

Lanjut usia tipe ini merupakan lansia yang tidak mudah menyerah, serius, senang berjuang, bisa menjadi panutan. (Notoadmojo, 2007)

f) Tipe pemaarah frustrasi

Lanjut usia yang pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan penyesuaian yang buruk. Lanjut usia sering mengekspresikan kepahitan hidupnya. (Notoadmojo, 2007)

g) Tipe bermusyawarah

Lanjut usia tipe ini selalu mengangap orang lain yang menyebabkan kegagalan, selalu mengeluh, bersifat agresif dan curiga. Biasanya pekerjaan saat ia muda tidak stabil. Menganggap menjadi tua itu hal yang tidak baik, takut mati, iri hati pada orang muda, senang mengadu untuk pekerjaan, aktif menghadiri masa yang buruk. (Notoadmojo, 2007)

h) Tipe putus asa

Lanjut usia dengan tipe putus asa akan membenci dan menyalahkan orang atau diri sendiri; lanjut usia bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri tidak mempunyai ambisi, mengalami sosio ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri. Lanjut usia tidak hanya mengalami kemarahan, tetapi juga depresi, memandang lanjut usia sebagai tidak berguna karena ada yang tidak menarik. Biasanya perkawinan tidak bahagia, merasa menjadi korban keadaan, dan membenci diri sendiri dan ingin cepat mati. (Notoadmojo, 2007)

Menurut kemampuan dalam diri sendiri lanjut usia dapat digolongkan dalam kelompok sebagai berikut:

- a) Lanjut usia mandiri sepenuhnya
- b) Lanjut usia mandiri dengan bantuan langsung
- c) Lanjut usia mandiri dengan bantuan tidak langsung
- d) Lanjut usia dibantu oleh badan sosial
- e) Lanjut usia panti sosial tresna werdha
- f) Lanjut usia yang dirawat dirumah sakit
- g) Lanjut usia yang menderita gangguan mental.

b. Batasan-batasan lansia

Undang-undang nomor 4 tahun 1965 yang termuat dalam pasal 1 seperti dikutip oleh Nugroho (2014) adalah bahwa seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lansia setelah bersangkutan mencapai usia 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. Adapun bebrapa pendapat tentang batsan umur lansia yaitu

1) Menurut *World Health Organisatiton* (WHO), ada empat tahap lansia meliputi:

- a) Usia pertengahan (*Middle Age*): kelompok usia 45 – 59 tahun.
- b) Lanjut Usia (*Elderly*) : antara 60-74 tahun.
- c) Lanjut usia tua (*Old*) : anantara 75-90 tahun.
- d) Lansia sangat tua (*Very Old*) : diatas 90 tahun.

2) Menurut Hurlock (1979) :

- a) *Early old age* (usia 60-69 tahun)
- b) *Advanced old age* (usia >70 tahun)

3) Menurut Burnsie (1979)

- a) *Young old* ( usia 60 69 tahun)
- b) *Middle age old* (usia 70-79 tahun)
- c) *Old-old* (usia 80-89 tahun)
- d) *Very old-old* (usia 90 tahun)

- 4) Menurut Bee (1996) :
- a) Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun)
  - b) Masa dewasa awal (usia 25-40 tahun)
  - c) Masa dewasa tengah (usia 40-65 tahun)
  - d) Masa dewasa lanjut (usia 65-75 tahun)
  - e) Masa dewsa sangat lanjut (usia >75 tahun)

Pada penelitian ini sang peneliti menggunakan karakteristik batasan-batasan lanjut usia yang dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO).

c. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia

Semakin bertambah umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia (Azizah, 2011). Perubahan alamiah yang terjadi pada lansia berupa:

- 1) Perubahan fisik
  - a) Sistem indra

Perubahan sistem penglihatan pada lansia erat kaitannya dengan presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku. Pada sistem pendengaran terjadi presbiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

Pada sistem integumen pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan bercak.

- b) Sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut menurut Azizah, 2011 : jaringan penghubung (kolagen dan elastin) kolagen sebagai pendukung utama pada kulit, tendon, kartilago, dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Perubahan

pada kolagen tersebut merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok dan berjalan dan hambatan dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

## 2) Kardiovaskuler dan respirasi

Perubahan sistem kardiovaskuler dan respirasi mencakup:

### a) Sistem kardiovaskuler

Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa menurun 1% setiap tahun sesudah berusia 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya. Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan seperti arteri yang kehilangan elastisitasnya. Hal ini akan menyebabkan peningkatan nadi dan tekanan sistolik darah. Perubahan tekanan darah yang fisiologis mungkin benar-benar merupakan tanda penuaan yang benar (Bandiyah, 2009).

### b) Sistem respirasi

Pada sistem respirasi kekuatan otot pernafasan terjadi kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, paru-paru kehilangan elastisitas, menarik nafas menjadi lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum akan menurun dan kedalaman bernafas menurun, kemampuan pegas pada dinding dada dan kekuatan otot akan menurun seiring dengan pertambahan usia (Bandiyah, 2009).

## 3) Perubahan kognitif

### a) *Memory* (daya ingat, ingatan)

Daya ingat adalah kemampuan untuk menerima, menyimpan dan menghadirkan kembali rangsangan/peristiwa yang pernah dialami seseorang. Pada usia lanjut, daya ingat merupakan salah satu fungsi kognitif yang seringkali paling awal mengalami penurunan. Ingatan jangka panjang (*long term*

*memory*) kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek (*short term memory*) atau seketika 0-10 menit memburuk. (Bandiyah, 2009)

b) IQ (*intelligent quocient*)

Lansia tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika analitis, linie, sekuensial) dan perkataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan (*fantasi*) menurun, walaupun mengalami kontrovensi, tes intelegensi kurang memperlihatkan adanya penurunan kecerdasan pada lansia (Cockburn & Smith dikutip oleh Lumbantobing, 2006).

c) Kemampuan pemahaman

Kemampuan pemahaman (*comprehension*) atau menangkap pengertian pada lansia mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengaran lansia yang mengalami penurunan. Dalam pelayanan terhadap lanjut usia agar tidak timbul salah paham sebaiknya dalam berkomunikasi dilakukan kontak mata (*saling memandang*). Dengan kontak mata, mereka akan dapat membaca bibir lawan bicaranya, sehingga penurunan pendengarannya dapat diatasi dan dapat lebih mudah memahami maksud orang lain. Sikap yang hangat dalam berkomunikasi akan menimbulkan rasa aman dan diterima, sehingga mereka akan lebih tenang, lebih senang dan mersa dihormati (Azizah, 2011).

d) Pemecahan masalah (*problem solving*)

Pada lanjut usia masalah-masalah yang dihadapi tentu semakin banyak. Banyak hal yang dahulunya dengan mudah dapat dipecahkan menjadi terhambat karena terjadinya penurunan fungsi indra lanjut usia.

e) Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik seperti gangguan jantung, gangguan metabolisme, vaginitis, dan baru

selesai operasi protatektomi. Pada wanita mungkin ada kaitannya dengan masa menopause, yang berarti fungsi seksual mengalami penurunan karena sudah tidak produktif walaupun sebenarnya tidak harus begitu karena kebutuhan biologis selama orang masih sehat dan masih memerlukan tidak salahnya bila dijalankan terus secara wajar dan teratur tanpa mengganggu kesehatannya (Azizah, 2011).

## 2. Konsep Keluarga

### a. Definisi Keluarga

Konsep keluarga dapat diartikan sebagai unit dasar dalam masyarakat, merupakan segala bentuk hubungan kasih sayang antar manusia dengan tinggal bersama dan berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan antar individu. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, memiliki peran masing-masing menciptakan dan mempertahankan suatu nilai (Friedman, 2010).

U.S Bureau of the Census menggunakan definisi keluarga yang berorientasi tradisional yaitu, sebagai berikut: keluarga terdiri atas individu yang bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi tinggal didalam suatu rumah tangga yang sama. Whall (1986), didalam buku Friedman (2010) dalam analisis konsepnya mengenai keluarga sebagai unit asuhan dalam keperawatan, mendefinisikan keluarga sebagai sebuah kelompok yang mengidentifikasi diri dan terdiri atas dua individu atau lebih yang memiliki hubungan khusus, yang dapat terkait dengan hubungan darah atau hukum atau dapat juga tidak, namun berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap dirinya sebagai keluarga.

Karena definisi ini bersifat luas, definisi ini mencakup berbagai hubungan diluar perspektif legal, termasuk didalamnya adalah keluarga yang tidak ada hubungan darah, pernikahan, atau adopsi dan

tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga. Definisi ini mencakup *Extended family* yang tinggal dalam satu rumah tangga atau lebih, pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah, keluarga tanpa anak, keluarga homoseksual, dan keluarga orangtua tunggal, serta keluarga inti dengan dua orangtua.

b. Tujuan dasar keluarga

Keluarga merupakan lembaga sosial yang memiliki pengaruh paling besar terhadap anggotanya. Unit dasar ini sangat memengaruhi perkembangan seorang individu, sehingga dapat menjadi penentu keberhasilan atau kegagalan hidup seseorang.

Unit keluarga menempati sebuah posisi diantara individu dan masyarakat (Bronfenbrenner, 1979 didalam buku Friedman 2010).

Tujuan dasar keluarga bersifat ganda, yaitu:

- 1) Memenuhi kebutuhan masyarakat, yang meliputi keluarga sebagai bagiannya.
- 2) Memenuhi kebutuhan individu yang menjadi bagian dari keluarga.

c. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga. Fungsi dasar keluarga adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga itu sendiri dan kebutuhan masyarakat yang lebih luas.

Menurut Friedman (2010) lima fungsi keluarga menjadi saling berhubungan erat pada saat mengkaji dan melakukan intervensi dengan keluarga yaitu:

- 1) Fungsi afektif (fungsi mempertahankan kepribadian): memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.
- 2) Fungsi sosialisasi dan status sosial.
- 3) Fungsi reproduksi.
- 4) Fungsi ekonomi.
- 5) Fungsi perawatan kesehatan: menyediakan kebutuhan fisik, makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan.

Fungsi-fungsi ini, yang merupakan sifat dasar bagi adaptasi manusia, tidak dapat dipenuhi secara terpisah. Keluarga berfungsi sebagai variabel penengah penting (atau beberapa penulis menggunakan istilah *agen penyangga* atau penawar) antara masyarakat dan individu. Dengan kata lain, tujuan dasar keluarga adalah sebagai perantara, memikul harapan dan kewajiban dasar masyarakat serta membentuk dan memodifikasinya untuk memenuhi kebutuhan dan kepentingan individu yang menjadi anggota keluarganya.

Fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dan masyarakat yang lebih luas. Tujuan terpenting yang perlu dipenuhi keluarga adalah menghasilkan anggota baru (fungsi reproduksi) dan melatih individu tersebut menjadi bagian dari anggota masyarakat (fungsi sosialisasi) (Friedman, 2010).

Keluarga adalah sumber utama konsep sehat sakit dan perilaku sehat. Penelitian di bidang kesehatan secara jelas menunjukkan bahwa keluarga berpengaruh besar pada kesehatan fisik anggota keluarganya. Dari satu sisi atau lebih, keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat dan sakit anggota keluarga, dari keadaan sejahtera (saat promosi kesehatan dan strategi pencegahan diajarkan) hingga tahap diagnosis, terapi, dan pemulihan.

d. Peran dan fungsi keluarga dengan lansia

Peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku secara relatif homogen, dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial. Banyak teori dengan posisi sosial dasar keluarga. konsep penting dalam peran yaitu pengambilan peran. Anggota keluarga harus mampu membayangkan diri dalam peran pendampin atau mitra peran, dan mampu memberi tugas sebuah peran kepada orang lain dan juga dapat memahami lebih baik bagaimana berperilaku dalam peran tersebut (Friedman, 2010).

Keluarga mempunyai peran penting dalam kehidupan lansia ketika lansia membutuhkan bantuan, maka keluarga yang akan memberikan

bantuan tersebut. Keluarga menyiapkan atau memberikan bantuan dan dukungan pada lansia paling sedikit 80%. Anak yang telah dewasa merupakan sumber utama pemberi dukungan pada orangtua atau lansia. (Meiner & Lueckonette, 2006)

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

Salah satu cara penyediaan pelayanan keluarga adalah melalui dukungan pengasuhan keluarga. Pengasuhan keluarga melibatkan pelayanan dan aktifitas perawatan diri bagi anggota keluarga. aktifitas pengasuhan meliputi perawatan diri (mandi, makan, berdandan), mengawasi komplikasi dan efek samping obat, melakukan aktifitas harian penting (berbelanja atau kegiatan rumah tangga lainnya), dan memberi dukungan emosional maupun pengambilan keputusan yang penting. (Potter & Perry, 2009)

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

Pada pelaksanaan peran dalam keluarga dapat terjadi stres peran dan konflik peran. Stres peran terjadi saat suatu struktur sosial, seperti keluarga menciptakan tuntutan yang sangat sulit, menimbulkan konflik, atau tidak mungkin dilakukan oleh penerima posisi dalam

struktur sosial tersebut. Stres peran menimbulkan ketegangan peran, perasaan frustrasi dan ketegangan subyektif (Friedman, 2010). Konflik peran terjadi saat seseorang yang menempati posisi merasa bahwa dihadapkan pada harapan yang menempati posisi merasa bahwa dihadapkan pada harapan yang tidak sesuai (Friedman, 2010). Kondisi dan pengalaman stres pada anggota keluarga sebagai pemberi pelayanan komunitas bagi lansia akan mempengaruhi penggunaan pelayanan komunitas bagi lansia (Meiner & Lueckonette, 2006). Beberapa kondisi sosial dan demografi mempunyai dampak yang penting pada ketidakmampuan keluarga untuk menyiapkan bantuan pada lansia. (Meiner & Lueckonette, 2006)

Konflik dan peran yang terjadi dapat menimbulkan akibat pada lansia dalam keluarga (Friedman, 2010). Tanpa persiapan yang cukup, proses pengasuhan akan menempatkan keluarga pada resiko masalah yang serius, antara lain penurunan kesehatan pengasuh maupun yang diasuh, hubungan yang terganggu, bahkan hubungan yang bersifat kasar (Potter & Perry, 2009).

### **3. Dukungan Keluarga**

#### **a. Pengertian dukungan keluarga**

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal dan eksternal (Friedman, 2010).

Studi-studi tentang dukungan keluarga dalam Setiadi (2008), telah mengkonseptualisasi dukungan sosial sebagai koping keluarga, baik dukungan-dukungan bersifat eksternal maupun internal terbukti sangat bermanfaat. Dukungan keluarga berupa dukungan sosial keluarga eksternal antara lain keluarga besar, sahabat dan teman disekolah atau kantor, tetangga, kelompok sosial, kelompok rekreasi, kelompok ibadah, dan praktisi kesehatan.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit (Friedman, 2003). Keluarga masih menyumbang sebagian besar dukungan yang diterima oleh lansia (Okumagha, 2011 didalam Friedman, 2003). Kebanyakan lansia membutuhkan bantuan tergantung pada keluarga dan kerabat sebagai satu-satunya sumber bantuan.

Dukungan keluarga membuat lansia mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan. (Friedman, 2010)

b. Jenis dukungan keluarga

Menurut Setiadi (2008), jenis dukungan keluarga ada empat, yaitu:

1) Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.

2) Dukungan Informasional

Dukungan informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan *disseminator* (penyebar informasi).

3) Dukungan Penilaian (*appraisal*)

Dukungan penilaian, yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.

4) Dukungan Emosional

Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

c. Ciri-ciri dukungan sosial keluarga

Menurut Setiadi (2008), setiap bentuk dukungan sosial keluarga mempunyai ciri-ciri antara lain:

1) Informatif

Informatif, yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menghadapi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide

atau informasi lainnya yang diperlukan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama.

2) Perhatian Emosional

Setiap orang pasti membutuhkan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati, dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.

3) Bantuan Instrumental

Bantuan bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain.

4) Bantuan penilaian

Bantuan penilaian, yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

d. Fungsi dukungan keluarga

House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya:

1) Dukungan Emosional

Aspek-aspek dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian,

mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga. fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung serta menghargai antar anggota keluarga. dukungan keluarga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang melalui pengatuhnya terhadap pembentukan emosional.

Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi. Untuk itu keluarga dapat memberikan bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga (L.Andriani, 2014).

2) Dukungan Informasi

Aspek-aspek dalam dukungan informasi meliputi nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

3) Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Fungsi ekonomi keluarga merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga, termasuk kebutuhan kesehatan anggota keluarga. Sedangkan fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarganya.

4) Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan dan perhatian. Dukungan penilaian mempunyai fungsi afektif. Dengan adanya *support*, penghargaan dan perhatian ini, pasien menjadi termotivasi, pasien merasa dihargai dan merasa masih ada yang memperhatikan dirinya.

e. Sumber dan manfaat dukungan keluarga

Suwardiman (2011) menyatakan bahwa sumber dukungan keluarga, dimana dukungan keluarga mengacu pada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, tetapi keluarga memandang orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Manfaat dukungan keluarga menurut Suwardiman (2011), adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda namun demikian keluarga mampu berfungsi dalam kepandaian dan akal sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam kehidupan.

Ryan dan Austin dalam Friedman (1988) dikutip oleh Suwardiman (2011), menyatakan secara lebih spesifik, keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh, dan pemulihan fungsi kognitif, fisik, serta kesehatan emosi.

#### 4. Hubungan lanjut usia dengan keluarga

Menurut Mary Ann Christ, et al, (1993) didalam buku Hardywinoto (1999), berbagai isu hukum dan etika yang sering terjadi pada hubungan lanjut usia dengan keluarganya adalah:

a. Pelecehan dan ditelantarkan (*abuse and neglect*)

Pelecehan dan ditelantarkan merupakan keadaan atau tindakan yang menempatkan seseorang dalam situasi kacau, baik mencakup status kesehatan, pelayanan kesehatan, pribadi, hak memutuskan, kepemilikan maupun pendapatannya. Pelaku pelecehan dapat dari pasangan hidup, anak lelaki atau perempuan bila pasangan hidupnya telah meninggal dunia atau orang lain. Pelecehan atau ditelantarkan dapat berlangsung lama atau dapat terjadi reaksi akut, bila suasana sudah tidak tertanggung lagi. (Hardywinoto, 1999)

Penyebab pelecehan menurut International Institute on Ageing (INIA, United Nations-Malta, 1996 di dalam Hardywinoto, 1999) adalah:

- 1) Beban orang yang merawat lanjut usia tersebut sudah terlalu berat
- 2) Kelainan kepribadian dan perilaku lanjut usia atau keluarganya.
- 3) Lajut usia yang diasingkan oleh keluarganya
- 4) Penyalahgunaan narkotika, alkohol dan zat adiktif lainnya.
- 5) Faktor lainnya yang terdapat dikeluarga seperti
  - a) Perlakuan salah terhadap lanjut usia
  - b) Ketidaksiapan dari orang yang akan merawat lanjut usia
  - c) Konflik lama di antara lanjut usia dengan keluarganya
  - d) Perilaku psikopat dari lanjut usia dan/atau keluarganya
  - e) Tidak adanya dukungan masyarakat
  - f) Keluarga mengalami kehilangan pekerjaan/pemutusan hubungan kerja
  - g) Adanya riwayat kekerasan dalam keluarga

Gejala yang terlihat pada pelecehan atau ditelantarkan antara lain:

- 1) Gejala fisik berupa memar, patah tulang yang tidak jelas sebabnya, kebersihan yang jelek, malnutrisi dan adanya bukti melakukan pengobatan yang tidak benar.
- 2) Kelainan perilaku berupa rasa ketakutan yang berlebihan , menjadi penurut atau tergantung, menyalahkan diri, menolak bila akan disentuh orang yang melecehkan, memperlihatkan tanda bahwa miliknya akan diambil orang lain dan adanya kekurangan biaya transpor, biaya berobat atau biaya memperbaiki rumahnya.
- 3) Adanya gejala psikis seperti stres, cara mengatasi suatu persoalan secara tidak benar serta cara mengungkapkan rasa salah atau penyesalan yang tidak sesuai, baik dari lanjut usia itu sendiri maupun dari orang yang melecehkan.

Jenis pelecehan dan ditelantarkan adalah:

- a) Pelecehan fisik atau menelantarkan fisik

- b) Pelecehan psikis atau melalui tutur kata
  - c) Pelanggaran hak
  - d) Pengusiran
  - e) Pelecehan dibidang materi atau keuangan
  - f) Pelecehan seksual
- b. Tindak kejahatan (*crime*)

Lanjut usia pada umumnya lebih takut terhadap tindak kejahatan bila dibandingkan dengan ketakutan terhadap penyakit dan pendapatan yang berkurang. Kerugian yang diderita oleh mereka tidak melebihi penderitaan yang dialami oleh kaum muda. Hanya akibat yang ditimbulkan pada lanjut usia lebih parah, berupa rasa ketakutan, kesepian, merasa terisolasi dan tidak berdaya. Faktor yang mempengaruhi tindak kejahatan berupa faktor fisik, keuangan dan keadaan lingkungan disekitar lanjut usia tersebut. (Hardywinoto, 1999)

- c. Pelayanan perlindungan (*protective services*)

Pelayanan perlindungan adalah pelayanan yang diberikan kepada para lanjut usia yang tidak mampu melindungi dirinya terhadap kerugian yang terjadi akibat mereka tidak dapat merawat diri mereka sendiri atau dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

Pelayanan perlindungan bertujuan memberikan perlindungan kepada lanjut usia, agar kerugian yang terjadi ditekan seminimal mungkin. Pelayanan yang diberikan akan menimbulkan keseimbangan diantara kebebasan dan keamanan. (Hardywinoto, 1999)

- d. Persetujuan tertulis (*informed consent*)

Persetujuan tertulis merupakan suatu persetujuan yang diberikan sebelum prosedur atau pengobatan diberikan kepada seorang lanjut usia atau penghuni panti. Syarat yang diperlukan bila seorang lanjut usia memberikan persetujuan adalah ia masih kompeten dan telah mendapatkan informasi tentang manfaat dan resiko dari suatu prosedur atau pengobatan tertentu yang diberikan kepadanya. Bila seorang lanjut usia inkompeten, persetujuan diberikan oleh pelindung atau seorang wali. (Hardywinoto, 1999)

- e. Kualitas kehidupan dan isu etika (*quality of life and related ethical issues*)

Menurut Hardywinoto (1999) Berbagai faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan yang mempengaruhi kualitas kehidupan lanjut usia adalah:

- 1) Kemajuan ilmu kedokteran di bidang diagnostik seperti CT-Scan dan katerisasi jantung, MRI, dan sebagainya.
- 2) Kemajuan dibidang pengobatan seperti transplantasi organ, radiasi.
- 3) Bertambahnya risiko pengobatan
- 4) Biaya pengobatan yang meningkat.
- 5) Manfaat pengobatan yang masih diragukan.
- 6) Database yang diperlukan sebagai dasar pengambilan keputusan.


#### **5. Penyebab masalah kesehatan**

Menurut INIA (*International Institute On Aging*), *World Health Organization*, Malta (1998) dalam Hardywinoto (1999), penyebab timbulnya permasalahan kesehatan pada lanjut usia adalah:

- a. Umur harapan hidup bertambah panjang
- b. Morbiditas meningkat
- c. Lanjut usia mengalami beban ganda, yaitu mengidap penyakit infeksi dan kronis
- d. Bertambahnya kerusakan yang terjadi, yang diakibatkan penyakit atau kecacatan, menimbulkan ketergantungan lanjut usia
- e. Faktor-faktor lainnya, seperti:
  - 1) Psikososial
  - 2) Lingkungan, misalnya polusi
  - 3) Kondisi pemukiman dan pekerjaan
  - 4) Makanan
  - 5) Status sosio-ekonomi, misalnya penghasilan.
  - 6) Perilaku atau adat kebiasaan
  - 7) Tingkat pendidikan dan buta huruf
  - 8) Stress

- 9) Mekanisme kegiatan untuk mengatasi masalah
- 10) Jaringan sosial
- 11) Status pernikahan lanjut usia
- 12) Penilaian terhadap diri sendiri
- 13) Perawatan
- 14) Akses kepada fasilitas kesehatan

Menurut Profesor Dr. Slamet Suyono dari rumah sakit Cipto Mangunkusumo (1997) didalam Hardywinoto (1999), kondisi patologis yang sering terjadi pada lanjut usia yang disebutnya sebagai *Geriatric giant* adalah:

- 
- a. Pikiran kacau – *acute confusional state, delirium*:
    - 1) Jatuh – *falls*
    - 2) Immobilisasi dan dekubitus – *immobilization and pressure ulcers*
  - b. Klimakterium
    - 1) Premenopause
    - 2) Menopause
    - 3) Pascamenopause
    - 4) Oofropause
  - c. Prostat
    - 1) Hipertrofi
    - 2) Keganasan

## 6. Penurunan ADL (*activities of daily living*)

Menurut Wallace (dalam Triswandari, 2008) *activity daily living* (ADL) adalah fungsi dan aktifitas individu yang normalnya dilakukan tanpa bantuan orang lain. Kegiatan ADL antara lain yaitu mandi, continence, berpakaian, makan, toileting, dan berpindah tempat dari atau ketempat tidur atau kursi.

Pada lanjut usia, ADL dapat terganggu oleh beberapa hal atau keadaan, yaitu:

a. Penurunan ADL

Hardywinoto (dalam Silvia, 2011) Penurunan ADL disebabkan oleh :

- 1) Persendian yang kaku
- 2) Pergerakan yang terbatas
- 3) Waktu beraksi lanjut usia yang lambat
- 4) Keadaan tidak stabil bila berjalan
- 5) Keseimbangan tubuh yang jelek
- 6) Gangguan peredaran darah
- 7) Gangguan penglihatan
- 8) Gangguan pendengaran
- 9) Gangguan pada perabaan (*tectile sensory*)

b. Faktor yang mempengaruhi penurunan ADL:

- 1) Kondisi fisik misalnya penyakit menahun, gangguan mata dan telinga
- 2) Kapasitas mental
- 3) Status mental seperti kesedihan dan depresi
- 4) Penerimaan terhadap berfungsinya anggota tubuh
- 5) Dukungan anggota keluarga

c. Pengukuran ADL

Untuk mengukur ADL digunakan suatu skala – *rating scale* yang didasarkan pada keterampilan menjalankan fungsi biologis, yang memerlukan bekerjanya sistem saraf dan anggota gerak dari lanjut usia tersebut. *Rating scale* yang digunakan diadaptasikan oleh Shirley S.

Travis dari *Index of Independence in Activities of Daily Living* (Sidney Katz).

Tingkatan yang digunakan dalam pengukuran oleh travis (*travis Assessment scale rating functional ability*) adalah:

- Level 0 : mandiri
- Level 1 : ketergantungan bila mandi
- Level 2 : Ketergantungan bila mandi dan berpakaian
- Level 3 : ketergantungan bila mandi, berpakaian dan di toilet

Level 4 : ketergantungan bila mandi, berpakaian, dit toilet dan berpindah

Level 5 : ketergantungan bila mandi, berpakaian, dit toilet, transfer, BAB dan BAK.

Level 6 : ketergantungan bila mandi, berpakaian, dit toilet, transfer, BAB, BAK, dan makan.

## 7. Keperawatan Keluarga

Bagi para profesional kesehatan keluarga, fungsi perawatan kesehatan merupakan pertimbangan vital dalam pengkajian keluarga. Guna menempatkan dalam sebuah perspektif, fungsi ini merupakan salah satu fungsi keluarga yang menyediakan kebutuhan-kebutuhan fisik, seperti: makan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan. Jika dilihat dari pandangan masyarakat, keluarga merupakan sistem dasar, dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dan diamankan. (Friedman, 2010)

Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit, guna mencegah kejadian penyakit sebelum terjadi. Lebih jauh lagi keluarga mempunyai tanggung jawab utama untuk memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional perawatan kesehatan. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, dan memelihara kesehatan. Keluarga melakukan praktik asuhan kesehatan untuk mencegah terjadinya gangguan atau merawat anggota yang sakit. Keluarga haruslah mampu menentukan kapan meminta pertolongan kepada tenaga profesional ketika salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan kesehatan. (Friedman, 2010)

Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan akan mempengaruhi tingkat kesehatan keluarga dan individu. Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan.

Levine & Zuckerman (2000) didalam buku Friedman (2010) menyatakan bahwa sebagian besar keluarga mengenali kebutuhan untuk mengemban penatalaksanaan perawatan kesehatan mereka yang kuat.

Alasan bahwa mengapa keluarga tidak membawa anggota keluarganya untuk mendapatkan tindakan medis yaitu ras dan tingkat pendapatan serta pendidikan berperan pada perbedaan kelas dalam akses dan pemanfaatan layanan kesehatan.

Menurut Friedman (2003) didalam penelitian Joko Wiyono, et al (2008) Keluarga sebagai pemberi asuhan informal, dalam melaksanakan fungsi memberikan perawatan pada lansia melibatkan seluruh aspek yaitu fisik, psikologis, emosional, sosial, dan finansial. Berbagai dampak dapat timbul sebagai respon dari interaksi keluarga dengan lansia ketika pemberian asuhan.

Keluarga yang memandang pemberian asuhan kepada lansia merupakan suatu beban atau masalah, maka akan memiliki konsep negatif sebagai pemberi asuhan. Sebaliknya jika keluarga memandang pemberian asuhan kepada lansia merupakan suatu kewajiban, kebanggaan, atau meningkatkan kepuasan, maka akan memiliki konsep positif sebagai pemberi asuhan Menurut Hunt (2003) didalam penelitian Joko wiyono, et al (2008).

#### **8. Model Self Care Dorothea E. Orem**

Model konsep perawatan orem dikenal dengan *model self care* (perawatan diri) yang memandang bahwa setiap individu mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri (self care) guna memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya sesuai dengan keadaan sehat dan sakit teori Orem berfokus pada kebutuhan pelayanan diri klien sehingga klien dapat merawat dirinya sendiri sebagai bagian dari kebutuhan dasar manusia, menurut Orem kebutuhan dasar manusia terdiri dari pemeliharaan dalam pengambilan udara (oksigenasi), pemeliharaan pengambilan air, pemeliharaan dalam pengambilan makanan, pemeliharaan kebutuhan proses eliminasi,

pemeliharaan keseimbangan aktivitas dan istirahat, pemeliharaan dalam keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial, kebutuhan akan pencegahan resiko pada kehidupan manusia dalam keadaan sehat sakit dan kebutuhan dalam perkembangan kelompok sosial sesuai dengan potensi, pengetahuan, dan keinginan manusia. (Alligood, 2017)

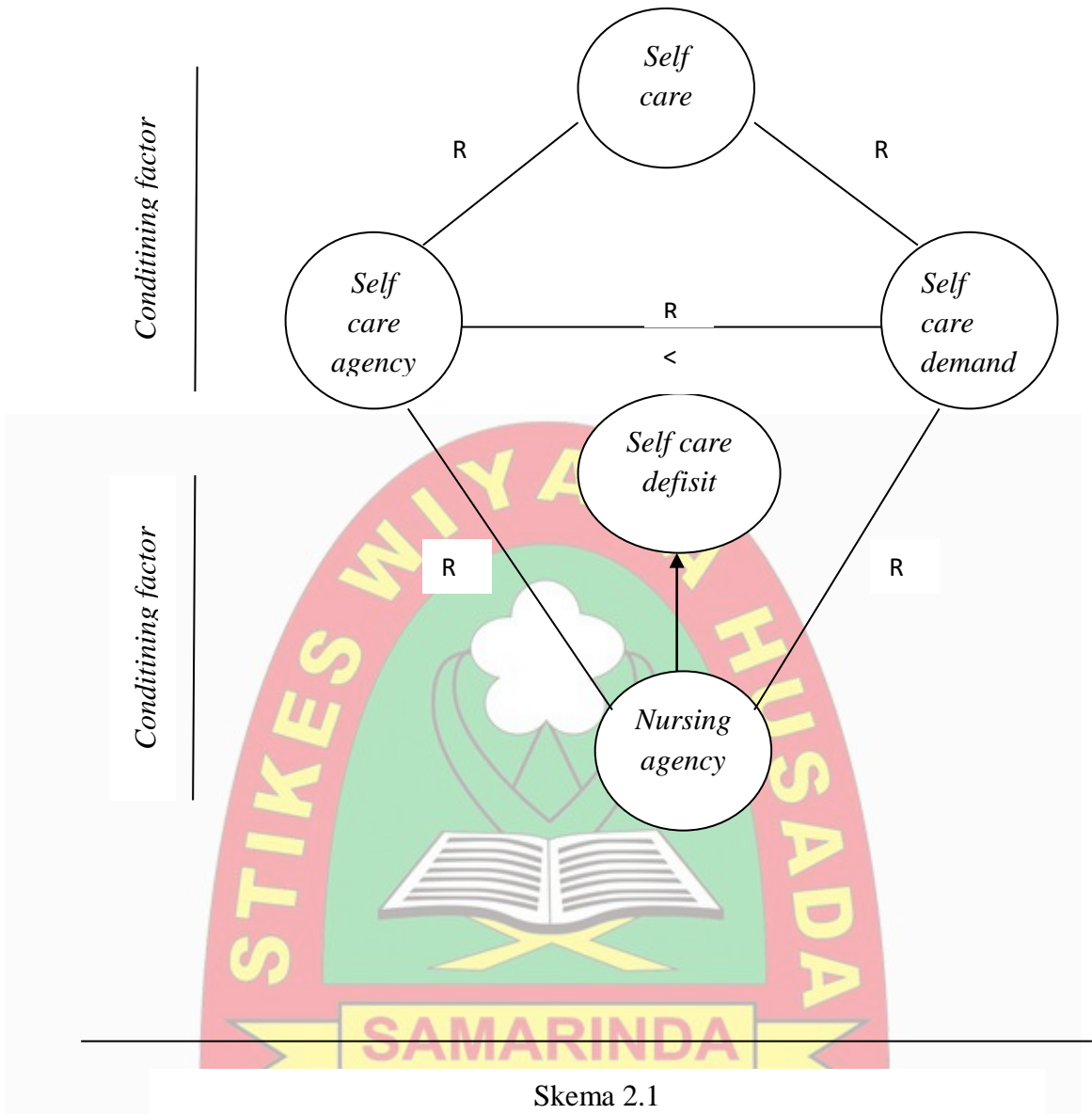
Dalam model *self care*, Orem mengembangkan teori, yaitu:

a. Perawatan diri sendiri (*self care*)

- 1) *Self care* merupakan aktivitas dan inisiatif dari diri individu yang dilaksanakan oleh individu dalam memenuhi serta mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan.
- 2) *Self care agency* merupakan kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain sebagainya.
- 3) *Therapeutic self care demand* merupakan tuntutan atau permintaan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri menggunakan metode dan alat tepat.
- 4) *Self care requisites* (kebutuhan self care) merupakan tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri yang merupakan aktivitas sehari-hari (*activity daily living*) dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh. *Self care requisites* terdiri dari 3 (tiga) kelompok yaitu universal (kebutuhan fisiologis dan psikososial), developmental (kebutuhan perkembangan) dan health deviation (kebutuhan saat individu mengalami penyimpangan diri keadaan sehat).
- 5) *Self care defisit* merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum dimana segala perencanaan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan self care secara terus menerus, dalam pemenuhan self care defisit, Orem

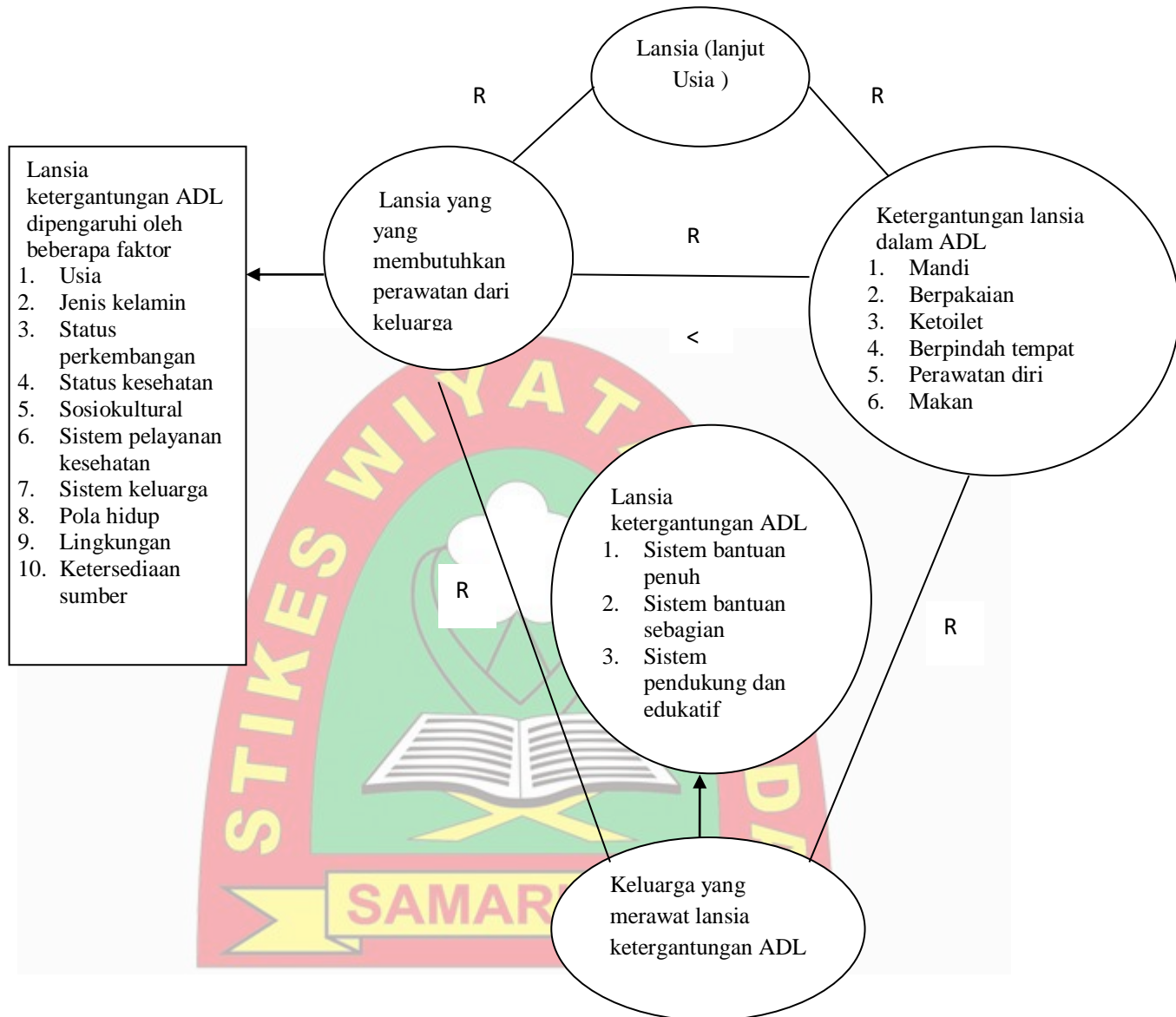
membagi bantuan yang diberikan menjadi 3 (tiga) kategori, yaitu:

- a) Sistem bantuan penuh (*wholly compensatory system*) yaitu bantuan menyeluruh yang diberikan kepada klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri seperti pergerakan, pengontrolan ambulsi serta dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, misalnya klien dengan penurunan kesadaran, stroke faktor vetebra dan klien yang tidak mampu mengurus diri sendiri.
- b) Sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*) yaitu bantuan sebagai yang diberikan kepada klien dengan keterbatasan gerak karena sakit atau kecelakaan, misalnya klien dengan fraktur femur atau tibia, klien mampu melakukan aktivitas seperti makan, minum membutuhkan bantuan untuk melakukan hal lain seperti ambulasi.
- c) Sistem pendukung dan edukatif (*supportive educative*) yaitu dukungan pendidikan yang diberikan kepada klien yang diberikan kepada klien yang memerlukan bantuan belajar, dengan tujuan agar klien mampu melakukan asuhan keperawatan mandiri misalnya klien yang tidak tahu diet untuk diabetes mellitus sehingga membutuhkan bantuan belajar mengenai diet tersebut guna mempertahankan bahkan meningkatkan kesehatan.



Skema 2.1  
Teori Dorothea Orem

## B. Kerangka Teori



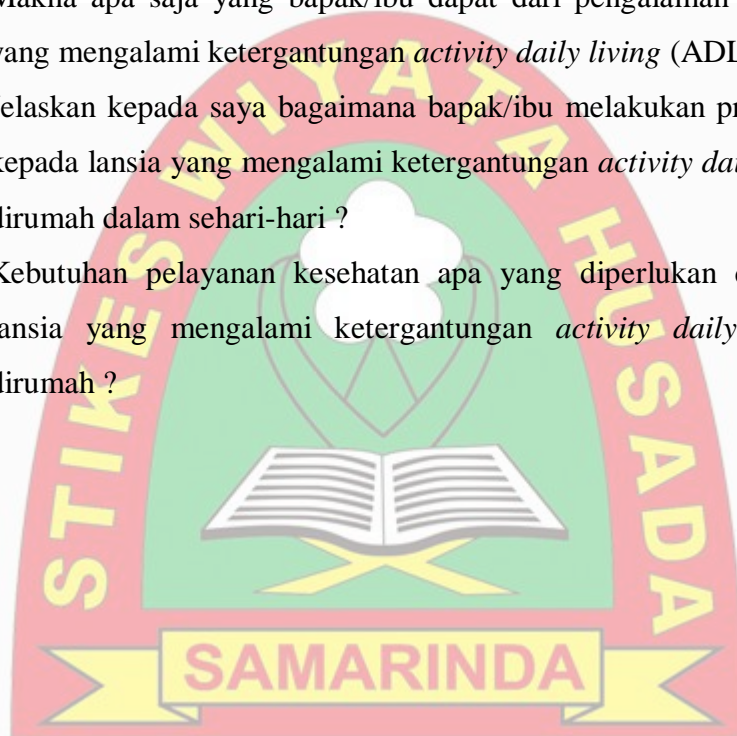
Skema 2.2 Kerangka Teori

Teori Modifikasi Model Self Care Dorothea E. Orem

## B. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan yang diajukan pada penelitian yaitu:

1. Apa alasan bapak/ibu dalam merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?
2. Bagaimana respon bapak/ibu selama merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?
3. Bagaimana dampak yang terjadi pada bapak/ibu selama merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?
4. Makna apa saja yang bapak/ibu dapat dari pengalaman merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?
5. Jelaskan kepada saya bagaimana bapak/ibu melakukan proses perawatan kepada lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah dalam sehari-hari ?
6. Kebutuhan pelayanan kesehatan apa yang diperlukan dalam merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?



## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Iskandar, 2008).

Rancangan pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Pendekatan fenomenologi berusaha memahami makna dari suatu peristiwa atau fenomena yang saling berpengaruh dengan manusia dalam situasi tertentu. Pendekatan fenomenologi karena pendekatan ini merupakan cara yang paling baik untuk menggambarkan dan memahami pengalaman manusia (carpenter, 1996). Penelitian fenomenologi mencoba menjelaskan pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada beberapa individu. Pengalaman dalam penelitian fenomenologi meliputi semua pengalaman persepsi (penglihatan, pendengaran, perabaan, mengingat, mengatasifasi, memutuskan, merasakan, caring, menghayalkan dan mendambakan atau menginginkan) (Soemantri, 2005).

#### **B. Lokasi dan waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Desa Jembayan, Kutai Kartanegara, waktu penelitian telah dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan Mei 2018.

#### **C. Subjek penelitian**

##### **1. Subjek Penelitian**

Subjek penelitian atau informan adalah orang yang dimintai untuk memberikan keterangan tentang suatu fakta atau pendapat. Subjek penelitian adalah subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti dan subjek penelitian merupakan sumber informasi yang digali untuk mengungkap

fakta-fakta dilapangan (Arikunto, 2007). Subjek dalam penelitian ini adalah keluarga yang merawat lansia yang berada di desa Jembayan, Kutai Kartanegara, Sebanyak Lansia.

## 2. Unit analisis

Unit analisis dalam penelitian adalah satuan tertentu yang diperhitungkan dalam subjek penelitian. dalam pengertian yang lain, unit analisis diartikan sebagai sesuatu yang berkaitan dengan fokus atau komponen yang diteliti. Unit analisis dalam penelitian ini adalah Keluarga yang merawat lansia yang mengalami ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL)

### D. Pemilihan Subjek Penelitian

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan purposive sampling untuk memperluas subjek penelitian. Metode ini merupakan salah satu bentuk judgement sampling. Dinkes (1984 dalam Creswell, 1996) merekomendasikan jumlah partisipan dalam penelitian fenomenologi adalah 3-10 orang, sedangkan Rieman (1986 dalam Creswell 1996) merekomendasikan 6-10 orang atau tergantung pada tercapainya saturasi data. Jika belum mencapai saturasi data maka jumlah partisipan dapat ditambah sampai terjadi pengulangan informasi oleh jumlah partisipan. Jumlah partisipan dapat diakhiri berdasarkan informasi yang telah ditetapkan sebelumnya (Yati, 2014).

Adapun kriteria informan dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut:

1. Keluarga yang merawat lansia yang mengalami ketergantungan *Activity Daily Living* dirumah didesa Jembayan
2. Keluarga yang merawat lansia yang langsung merawat tanpa ada perantara dari orang lain.
3. Keluarga yang merawat lansia yang mau menjadi informan.

## E. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

### 1. Sumber Data

Sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumentasi dan lainnya (Lofland dalam Moleong, 2005). Sumber data data penelitian ini diperoleh dari data sekunder dan data primer. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari data yang sudah ada, yaitu data dari pengelola program Lansia, Bidang Pelayanan kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, data dari Puskesmas Jembayan, data dari Posyandu lansia Tunas Melati. Data Primer, yaitu data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dan observasi langsung.

### 2. Instrumen penelitian

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri sehingga peneliti harus divalidasi seberapa jauh peneliti siap melakukan penelitian yang selanjutnya akan turun kelapangan. Validasi terhadap penelitian kualitatif, meliputi: pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian baik secara akademik maupun logikanya (Sugiyono, 2009).

Penelitian kualitatif sebagai human instrumen berfungsi menetapkan fokus penelitian, memiliki informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiyono, 2009). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan 7 pertanyaan pokok wawancara mendalam dengan sistem wawancara semi standar. Wawancara semi standar merupakan kombinasi wawancara terpimpin dan tidak terpimpin yang menggunakan beberapa inti pokok pertanyaan yang akan diajukan, yaitu interviewer membuat garis besar pokok pembicaraan, namun dalam pelaksanaan interview mengajukan pertanyaan terbuka, pokok-pokok pertanyaan dirumuskan tidak perlu dipertanyakan secara berurutan dan pemilihan kata-katanya juga tidak baku tetapi dimodifikasi pada saat wawancara berdasarkan situasinya.

## F. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan yang paling penting bagi kegiatan penelitian, karena pengumpulan data tersebut akan menentukan hasil suatu penelitian, sehingga dalam pemilihan teknik pengumpulan data harus cermat. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

### 1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan langsung oleh peneliti kepada partisipan, dan jawaban-jawaban responden dicatat atau direkam (Hasan, 2002). Wawancara dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui pengalaman keluarga merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL). Adapun instrumen pertanyaan dalam wawancara meliputi:

- a. Alasan Keluarga merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) di rumah.
- b. Respon keluarga selama merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) di rumah.
- c. Dampak terhadap keluarga selama merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) di rumah.
- d. Makna dari pengalaman merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) di rumah.
- e. Bagaimana keluarga melakukan proses perawatan kepada lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) di rumah.
- f. Kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan dalam merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) di rumah.

### 2. Observasi

Menurut (Sugiyono, 2013), observasi adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan pengamatan terhadap suatu objek yang diteliti baik secara langsung untuk memperoleh data yang harus dikumpulkan dalam penelitian. Melalui observasi keluarga merawat lansia yang mengalami ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) di rumah dengan melalui mendatangi warga di desa Jembayan dan melakukan wawancara

singkat pada keluarga yang merawat lansia yang mengalami ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) dirumah. Melalui observasi ini baik observasi tempat, kegiatan keluarga yang merawat lansia yang mengalami ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) dirumah, serta mendatangi pelayanan kesehatan yang berada di desa setempat yang sangat membantu peneliti untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian.

### 3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2009). Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini berupa foto atau gambar, serta data-data mengenai pengalaman keluarga yang merawat lansia yang mengalami ketergantungan *Activity Daily Living*(ADL) dirumah. Hasil penelitian dari wawancara dan observasi akan semakin sah dan dapat dipercaya apabila didukung oleh hasil foto-foto penelitian.

## G. Prosedur Pengumpulan Data

### 1. Tahap persiapan

Pada hari pertama atau pertemuan pertama pengumpulan data dimulai dengan kontak awal dilakukan peneliti dengan mengunjungi partisipan untuk membangun hubungan saling percaya. Peneliti menjelaskan tentang tujuan dan menanyakan kesediaan partisipan untuk mengikuti penelitian ini, kontrak waktu serta menyiapkan informed consent.

### 2. Tahap pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti melakukan wawancara mendalam dengan tiga fase yaitu: fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Untuk tahap pelaksanaan ini akan dilakukan pada hari kedua. Fase orientasi, peneliti memulai dengan menanyakan kesiapan partisipan, membuat suasana nyaman, dan peneliti mempersiapkan tape recorder, camera dan alat tulis untuk mencatat. Fase kerja merupakan kegiatan yang dilakukan oleh peneliti dengan pertanyaan semi terstruktur. Wawancara dengan pertanyaan terbuka memberikan kebebasan dan keleluasaan yang lebih

besar dalam menjawab dibandingkan jenis wawancara yang lain (Speziale, 2003). Peneliti menggunakan pedoman wawancara untuk memandu peneliti dalam mengajukan pertanyaan. Setiap selesai wawancara dilakukan analisis hasil wawancara, yang kemudian dibuat dalam bentuk transkrip. Fase terminal dilakukan apabila semua pertanyaan yang ingin ditanyakan sudah selesai. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terimakasih atas kerjasamanya dalam penelitian yang sedang dilakukan. Peneliti kemudian membuat kontrak kembali dengan partisipan untuk pertemuan selanjutnya, yaitu untuk memvalidasi data penelitian.

## H. Analisis Data

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya (Yati Afiyanti, 2014).

1. Langkah-langkah umum analisa data merupakan kegiatan penting yang wajib dilakukan peneliti ketika melakukan analisis data penelitian:

a. Melakukan abstraksi data

Teknik melakukan abstraksi data kualitatif sangat bervariasi. Abstraksi merupakan langkah-langkah melakukan abstraksi itu sendiri. Berikut langkah-langkah melakukan abstraksi dari data yang dihasilkan:

1) Transkrip Data

Transkrip data merupakan salah satu bentuk data kualitatif, berisi teks tertulis yang berasal dari hasil pengumpulan dari suatu proses penelitian atau wawancara. Isi suatu transkrip dapat berupa transformasi dari bahasa dan ekspresi verbal atau berbagai interaksi yang terjadi dari kegiatan penelitian yang ditulis mengikuti aturan tertentu dalam bentuk tulisan perkataan para pasrtisipan. (Yati Afiyanti, 2014)

2) *Coding*

*Coding* adalah usaha mengklarifikasikan jawaban-jawaban para informan menurut macamnya dengan menandai masing-masing

jawaban menurut macamnya dengan tanda kode tertentu (Anwar, 2005). Kegunaan koding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada entry data.

3) Membuat tema atau kategori

Tema atau kategori adalah hasil akhir dari proses *coding*, hasil kategorisasi data dan hasil refleksi analitik dari data yang telah dilakukan melalui proses coding. Pembuatan tema atau kategori merupakan tahap akhir dari melakukan abstraksi pada data yang telah dihasilkan. Selama proses membuat tema atau kategori peneliti diwajibkan menulis memo. (Yati Afiyanti, 2014)

4) Penulisan memo

Memo dibuat sesegera mungkin setelah pengamatan atau wawancara yang dilakukan agar tidak hilang dari ingatan peneliti. Catatan kejadian-kejadian yang dialami, diamati, berbagai ide yang muncul dari hasil wawancara dibuatkan memo. Aktifitas menulis memo dilakukan secara terus-menerus selama proses analisa data untuk membantu peneliti menemukan kategori inti. (Yati Afiyanti, 2014)

b. Melakukan interpretasi data

Proses interpretasi data dimulai dengan membuat abstraksi data yaitu memberi kode atau label data (berupa kata atau frase kalimat yang memiliki arti tertentu), kemudian membuat formasi kategori atau tema sementara dari kode-kode tersebut, selanjutnya mengorganisasikan tema-tema atau kategori tersebut kedalam unit-unit data yang lebih besar. Unit-unit data yang lebih besar tersebut yang akan menjadi tema atau kategori akhir yang akan menghasilkan suatu interpretasi atau gambaran yang dituliskan peneliti tentang intisari yang mengartikan data sesuai substansi dari data yang dihasilkan. (Yati Afiyanti, 2014)

2. Analisis data hasil observasi

Analisis data hasil observasi berbeda dengan analisis data hasil wawancara, analisis data hasil observasi sangat sangat dipengaruhi oleh

kejelasan mengenai apa saja yang ingin diungkap peneliti melalui hasil pengamatan yang dilakukan. (Yati Afiyanti, 2014)

### 3. Peran peneliti

Peran peneliti dalam penelitian kualitatif ini memiliki peran penting dalam mempertimbangkan dan menentukan kelayakan data yang akan dihasilkan dari proses analisis data yang dilakukan. (Yati Afiyanti, 2014)

### 4. Analisis dan representasi data pada pendekatan fenomenologi

Proses ini dimulai dengan mendengarkan deskripsi verbal para partisipan, diikuti dengan membaca kembali transkrip verbatim. Peneliti menganalisis pernyataan-pernyataan spesifik dan mengkategorikan yang akan membentuk sebuah tema. (Yati Afiyanti, 2014)

## I. Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validitas interbal), *transferability* (validitas eksternal), *dependability* (reabilitas), dan *confirmability* (obyektivitas) (Sugiono, 2011).

### 1. Uji *credibilitas*

Uji *credibilitas* data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan cara perpanjangan pengamatan, meningkatkan ketekunan dalam penelitian, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif dan member check.

### 2. Uji *transferability*

Uji *transferability* merupakan validitas eksternal dalam penelitian kualitatif. Validitas eksternal menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi dimana sampel tersebut diambil.

### 3. Uji *dependability*

Uji *dependability* disebut reliabilitas. Penelitian yang reliabel adalah apabila orang lain dapat mengulang/mereplikasi proses penelitian tersebut. Uji *dependability* dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian.

#### 4. Uji *confirmability*

Kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses dan elemen-elemen penelitiannya. Cara peneliti menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan *confirmability* temuannya dapat melalui *audit trial* dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal.

### J. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian.

#### 1. *Informed consent*

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan informan dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi informan. Tujuan *informed consent* adalah agar informan mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika informan bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika informan tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak.

#### 2. *Anonymity* (tanpa nama)

Merupakan etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama informan pada lembar penelitian dan hanya menuliskan inisial/kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

#### 3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

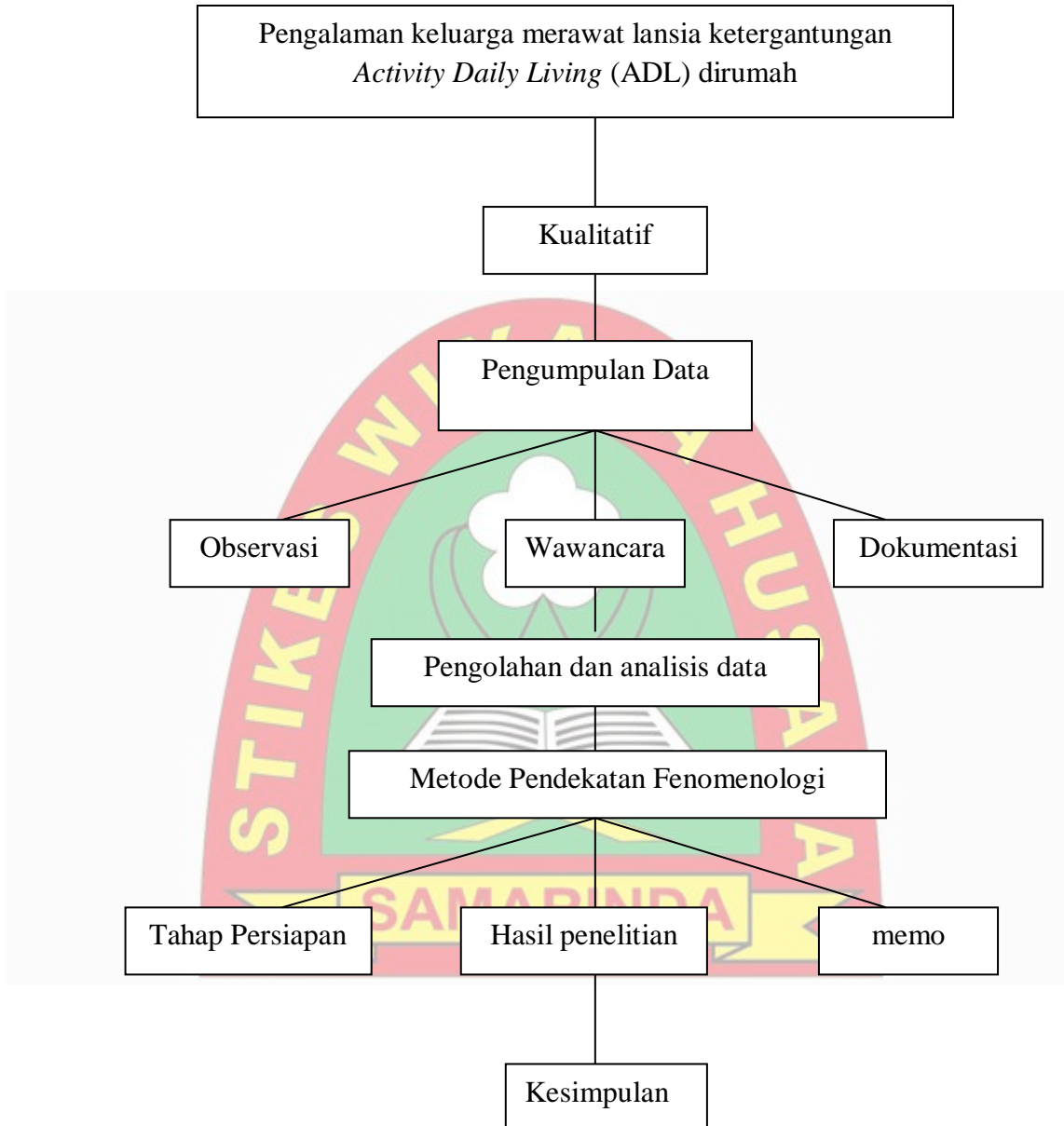
Merupakan etika dalam penelitian untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informan yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh

peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.



#### 4. Alur Penelitian

Dalam setiap penelitian dibutuhkan sebuah alur penelitian sebagai tahapan proses awal sehingga selesainya penelitian dilakukan, adapun alur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Skema 3.1 Alur Penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Hasil penelitian menjelaskan peran keluarga dalam proses *Activity Daily Living* (ADL) pada lansia di desa Jembayan Kutai Kartanegara. Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret sampai April 2018. Berdasarkan masalah dan tujuan yang telah ditetapkan, hasil penelitian ini dibagi menjadi 2 bagian, yaitu; menceritakan secara singkat gambaran karakteristik informan dan pembahasan dari hasil penelitian.

#### **B. Gambaran Lokasi dan Objek Penelitian**

Jembayan merupakan salah satu dari 12 desa yang berada di dalam kecamatan LoaKulu Kalimantan Timur, dimana pada desa tersebut banyak sekali tambang-tambang batubara hasil dari bumi yang melimpah ruah ditanah Kutai Kartanegara. Dan pada Desa Jembayan ini pula terdapat situs keagamaan yaitu ziarah makam para petinggi yang berada di Kutai Kartanegara. Di jembayan ini pula terdapat festival adat budaya yang dinamakan Jembayan Kampong Tuha, dimana perhelatan acara tersebut merupakan media untuk melestariakan nilai-nilai budaya lokal dan mengembangkan wisata budaya daerah.

#### **C. Gambaran Karakteristik Partisipan peneliti**

Gambaran karakteristik partisipan peneliti dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga lansia yang mengalami ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) yang lokasinya di desa Jembayan Kutai Kartanegara. Partisipan tersebut bersedia menjadi partisipan tanpa paksaan dan memberikan informasi dengan sebenar-benarnya. Peneliti melakukan wawancara kepada setiap partisipan dan ditempat sesuai dengan kesepakatan antara peneliti dan partisipan.

Karakteristik partisipan dalam penelitian ini merupakan salah satu sumber dalam menggambarkan kondisi yang terjadi pada partisipan. Karakteristik

partisipan dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin dan pendidikan. Selanjutnya karakteristik partisipan ditampilkan pada tabel 4.1

Tabel 4.1. Karakteristik Responden

Kode Partisipan	Umur	Pendidikan	Jenis kelamin
Partisipan 1	40 tahun	SMA	Perempuan
Partisipan 2	48 tahun	SMA	Laki-laki
Partisipan 3	58 tahun	SD	Perempuan
Partisipan 4	53 tahun	SD	Perempuan

Karakteristik partisipan menurut umur menunjukkan semua partisipan merupakan kelompok produktif yaitu usia antara 40-60 tahun. Tingkat pendidikan partisipan beraneka ada yang lulusan SD hingga SMA dan jenis kelamin partisipan adalah tiga orang wanita dan satu orang pria.

#### D. Profil partisipan

##### 1. Partisipan 1 (P<sup>1</sup>)

Seorang wanita berinisial Ny. HS, berusia 40 tahun, tinggi badan 170 cm dan berat badan 80 kg, berwajah oval, memiliki kulit sawo matang, rambut panjang dan lurus, berwarna hitam, dengan tingkat pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA). Partisipan adalah seorang wanita yang ramah dan terbuka.

Partisipan tinggal bersama suami, ketiga anaknya dan salah satu orang tuanya (lansia). Suami partisipan dalam keseharian ialah membantu dan istri berjualan sembako dirumah, dan dua anak partisipan bekerja sebagai pegawai swasta di salah satu perusahaan yang berada di daerah tersebut. Partisipan sehari-harinya merawat lansia yang mengalami ketergantungan ADL yang berada dirumah.

##### 2. Partisipan 2 (P<sup>2</sup>)

Seorang pria dengan Inisial Tn. Jm, berumur 48 tahun, dengan tinggi badan 165 cm dan berat badan 60 kg, berwajah lonjong memiliki warna

kulit sawo matang dengan rambut pendek berwarna hitam. Tingkat pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA). Partisipan adalah pribadi yang terbuka dan orang yang ramah.

Partisipan tinggal bersama dengan ayah(lansia) istri, dan kedua anaknya. Partisipan sehari-hari merupakan buruh lepas, kadang kerja dan tidak. Keseharian partisipan merawat sang ayah yang memiliki ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) dirumah.

### 3. Partisipan 3 (P<sup>3</sup>)

Seorang wanita berinisial Ny. Im, berumur 58 tahun, dengan tinggi badan 150 cm dan berat badan 53 kg, berwajah oval dengan warna kulit kuning langsung, rambut pendek hitam dengan uban yang mengelilingi warna rambutnya, dengan tingkat pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD).

Partisipan memiliki 3 anak, dua diantaranya telah menikah dan memilih untuk mengikuti suaminya diluar kota. Partisipan tinggal bersama ibu, suami dan seorang anaknya. Suami partisipan tersebut kesehariannya bekerja sebagai petani dan seorang anaknya hanya tinggal sdirumah saja bersama ibu dan neneknya, dan salah seorang anak partisipan tersebut yang membantu ibunya merawat neneknya.

### 4. Partisipan 4 (P<sup>4</sup>)

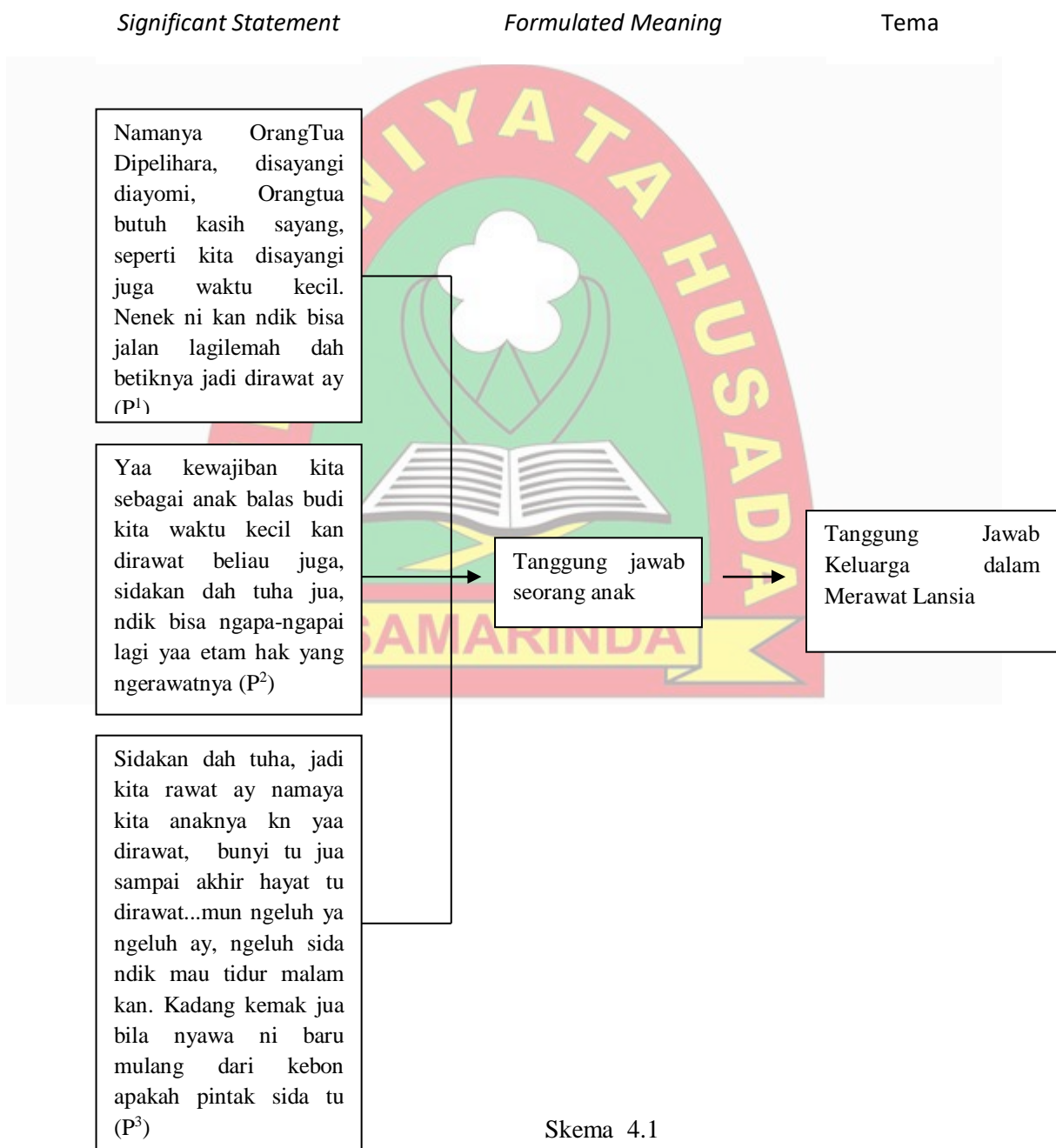
Seorang wanita berinisial Ny. Hn, berumur 53 tahun, dengan tinggi badan 150 cm dan berat badan 55 kg, berwajah oval berkulit kuning langsung rambut stinggi bahu berwarna hitam dengan campuran sedikit uban yang terdapat dirambutnya, dengan tingkat pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD) didaerah tersebut.

Partisipan memiliki 3 anak, anak sulung dari ibu tersebut telah menikah dan tinggal satu rumah dengan partisipan, sedangkan anak ke dua dan tiga tidak serumah dengan partisipan dikarenakan sedang menempuh pendidikan

## E. Tema Hasil Analisis Penelitian

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban informan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan khusus peneliti. Peneliti mengidentifikasi 6 tema sebagai hasil penelitian ini, selanjutnya tema-tema tersebut diuraikan berdasarkan tujuan khusus penelitian.

### 1. Tanggung Jawab Keluarga Dalam Merawat Lansia



Skema 4.1

Tema 1

Alasan utama menentukan keputusan merawat lansia dirumah dan karena kewajiban keluarga terhadap lansia yang terdiri dari tanggung jawab antar generasi, sesuai dengan hasil wawancara yang dilakukan kepada 4 partisipan tentang alasan keluarga merawat lansia ketergantungan ADL dirumah, peneliti akan menampilkan hasil wawancara dengan partisipan seperti di bawah ini:

“ .. namanya orangtua yaa dipelihara, disayangi, diayomi.... orang tua butuh kasih sayang seperti kita disayangi juga waktu kecil...nenek ni kan ndik bisa jalan lagi, lemah betisnya jadi dirawat ay” (hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dengan tenang sambil menolehkan kepalanya kekiri dan kekanan) (P<sup>1</sup>)

“...yaa kewajiban kita sebagai anak balas budi kita waktu kecil kan dirawat beliau juga, sidakan dah tuha jua, ndik bisa ngapa-ngapai lagi yaa etam hak yang ngerawatnya...”(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti sambil menggerakkan jari-jari tangannya sambil melihat peneliti) (P<sup>2</sup>)

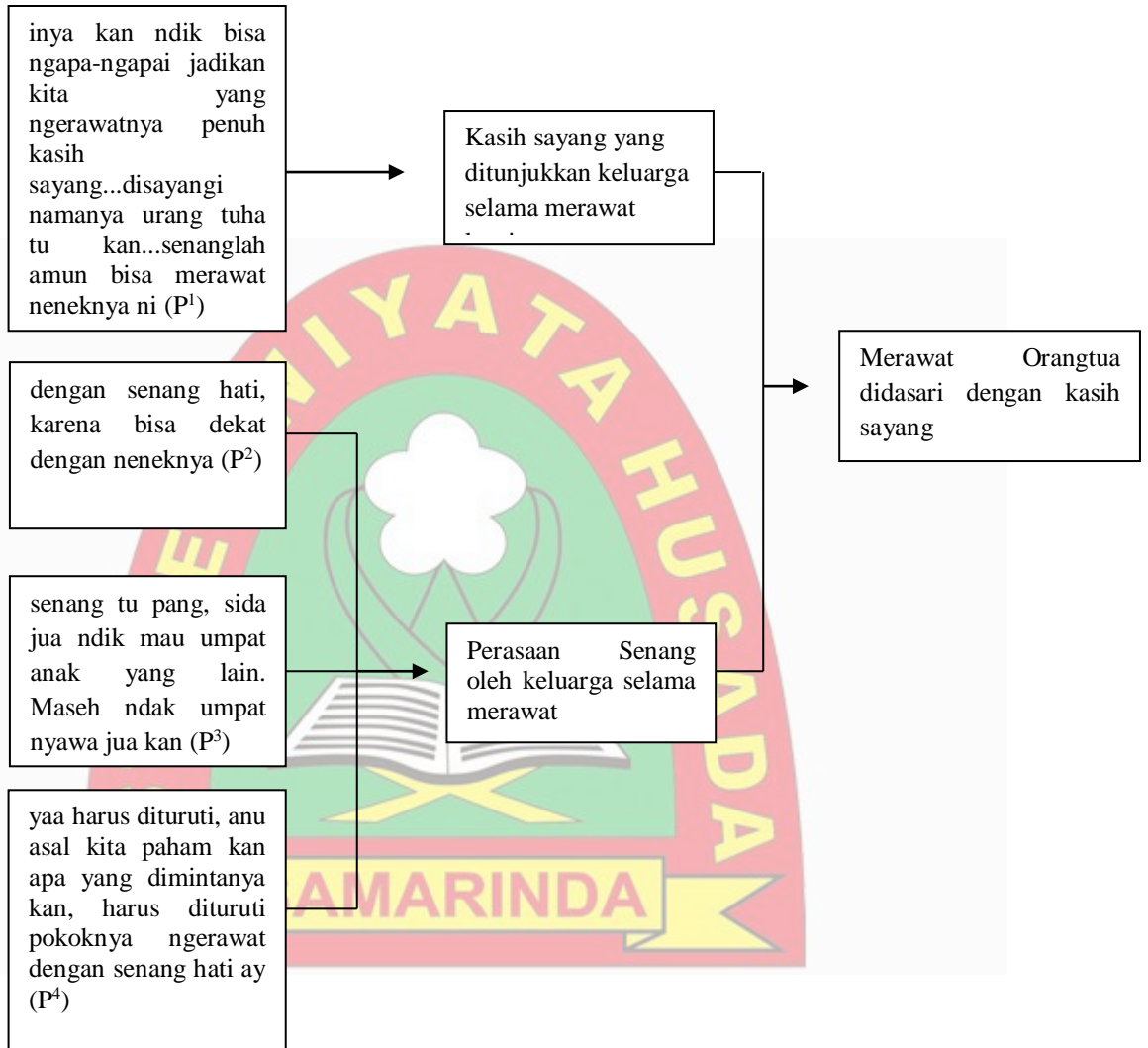
“...sidakan dah tuha, jadi kita rawat ay namaya kita anaknya kn yaa dirawat, bunyi tu jua sampai akhir hayat tu dirawat...mun ngeluh ya ngeluh ay, ngeluh sida ndik mau tidur malam kan. Kadang kemak jua bila nyawa ni baru mulang dari kebon apakah pintak sida tu” maksud dari partisipan ialah “...ia kan sudah tua, jadi kita rawat nama juga kita anaknya ya dirawat, ada kata orang dulu sampai akhir hayat ya dirawat..kalau ngeluh ya ngeluh ay, ngeluh karna nenek tidak mau tidur malam. Kadang bingung juga kalau saya baru pulang dari kebun ada aja yang dimintak sama neneknya” (hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan tenang dan ramah) (P<sup>3</sup>)

## 2. Merawat Orangtua Didasari Dengan Kasih Sayang

*Significant Statement*

*Formulated Meaning*

Tema



Skema 4.2

Tema 2

Persepsi selama merawat terdiri dari perasaan selama merawat dan nilai dalam merawat. Nilai dalam merawat lansia terjadi karena merawat lansia merupakan suatu kebanggaan. Variasi perasaan yang muncul selama merawat lansia berupa senang, tidak senang, dan menerima yang ditunjukkan dalam pernyataan berikut:

*"...inya kan ndik bisa ngapa-ngapai jadikan kita yang ngerawatnya penuh kasih sayang...disayangi namanya urang tuha tu kan...senanglah amun bisa merawat neneknya ni..."* maksud dari partisipan ialah *"...nenek kan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya lagi jadi kita yang ngerawatnya...disayangi namanya orangtua kan....senangkan kalau bisa merawat neneknya ini..."* (P<sup>1</sup>)

(hasil Observasi: partisipan menjawab pertanyaan peneliti dengan senyuman)

*"...dengan senang hati, karena bisa dekat dengan neneknya..."* (P<sup>2</sup>)

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan peneliti dengan senyuman)

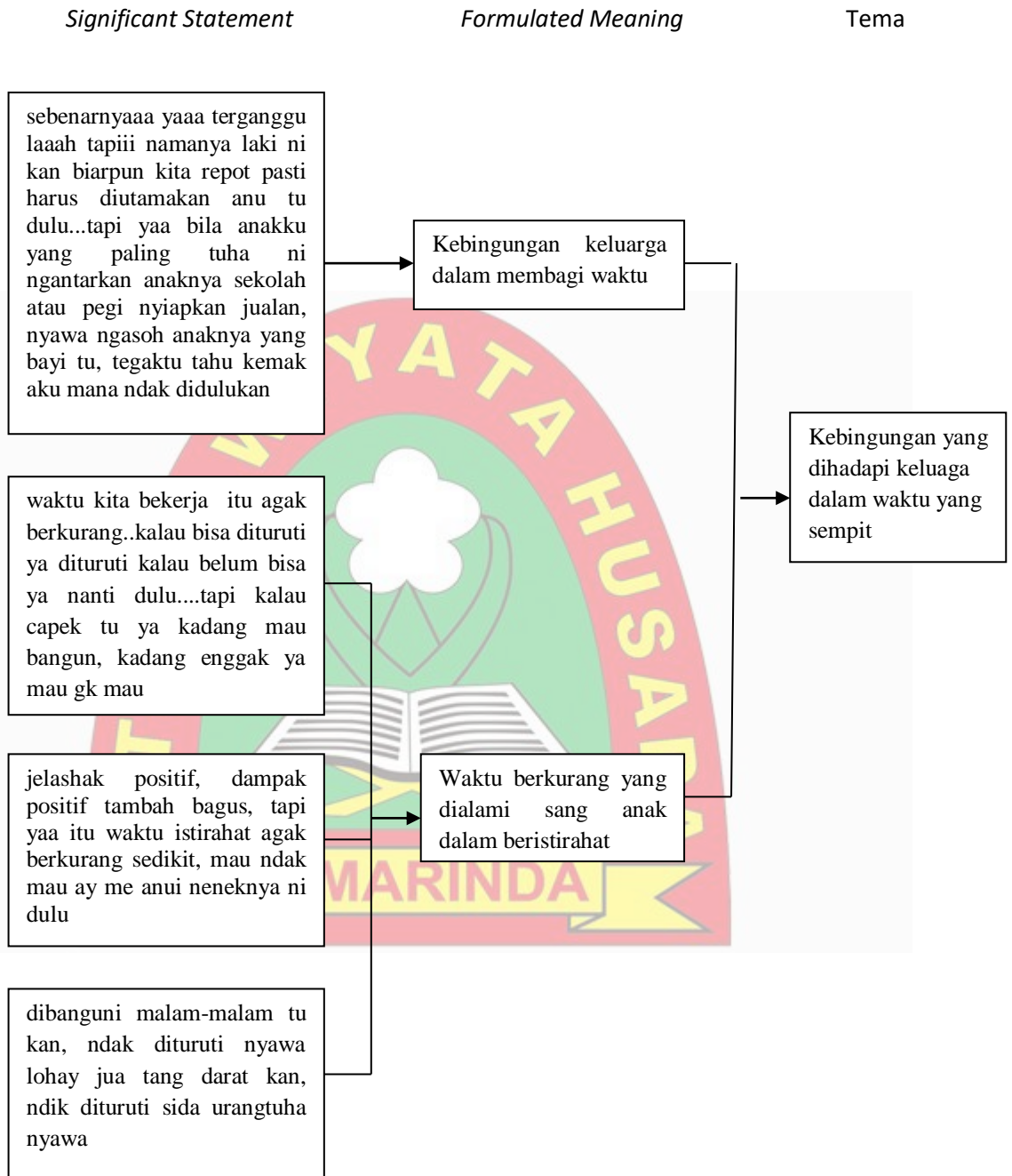
*"...senang tu pang, sida jua ndik mau umpat anak yang lain. Maseh ndak umpat nyawa jua kan..."* maksud dari partisipan ialah *"....senang, beliau juga tidak mau ikut anak yang lain. Masih mau ikut sama saya juga kan..."* (P<sup>3</sup>)

(hasil Observasi: partisipan menjawab pertanyaan peneliti dengan senyuman sembari tertawa)

*"....yaa harus dituruti, anu asal kita paham kan apa yang dimintanya kan, harus dituruti pokoknya ngerawat dengan senang hati ay..."* maksud dari partisipan ialah *"...harus dturuti, asal kita paham apa yang dimau ya harus dilaksanakan, pokoknya ngerawat dengan senang hati ay..."* (P<sup>4</sup>)

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan peneliti dengan sumringah)

### 3. Kebingungan Yang Dihadapi Keluarga Dalam Waktu yang Sempit



Skema 4.3

Tema 3

Perubahan dalam keluarga yang dikemukakan informan terdiri dari perubahan peran, fungsi dan tugas keluarga. dampak perubahan ini ditunjukkan pada pernyataan berikut:

*“....waktu kita bekerja itu agak berkurang..kalau bisa dituruti ya dituruti kalau belum bisa ya nanti dulu....tapi kalau capek tu ya kadang mau bangun, kadang enggak ya mau gk mau....” (P<sup>2</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan peneliti dengan memainkan jari-jarinya)

*“.... sebenarnyaaa yaaa terganggu laaah tapiii namanya laki ni kan biarpun kita repot pasti harus diutamakan anu tu dulu...tapi yaa bila anakku yang paling tuha ni ngantarkan anaknya sekolah atau pegi nyiapkan jualan, nyawa ngasoh anaknya yang bayi tu, tegaktu tahu kemak aku mana ndak didulukan....” (P<sup>4</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan peneliti dengan sambil memegang kepalanya)

*“...jelashak positif, dampak positif tambah bagus, tapi yaa itu waktu istirahat agak berkurang sedikit, mau ndak mau ay me anui neneknya ni dulu...” (P<sup>1</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan sedikit memalingkan wajah)

*”...dibanguni malam-malam tu kan, ndak dituruti nyawa lohay jua tang darat kan, ndik dituruti sida urangtuha nyawa...”* maksud dari partisipan ialah *“...dibanguni malam-malam, mau dituruti saya capek juga baru pulang dari kebun, gak dituruti beliau orangtua saya...”(P<sup>3</sup>)*

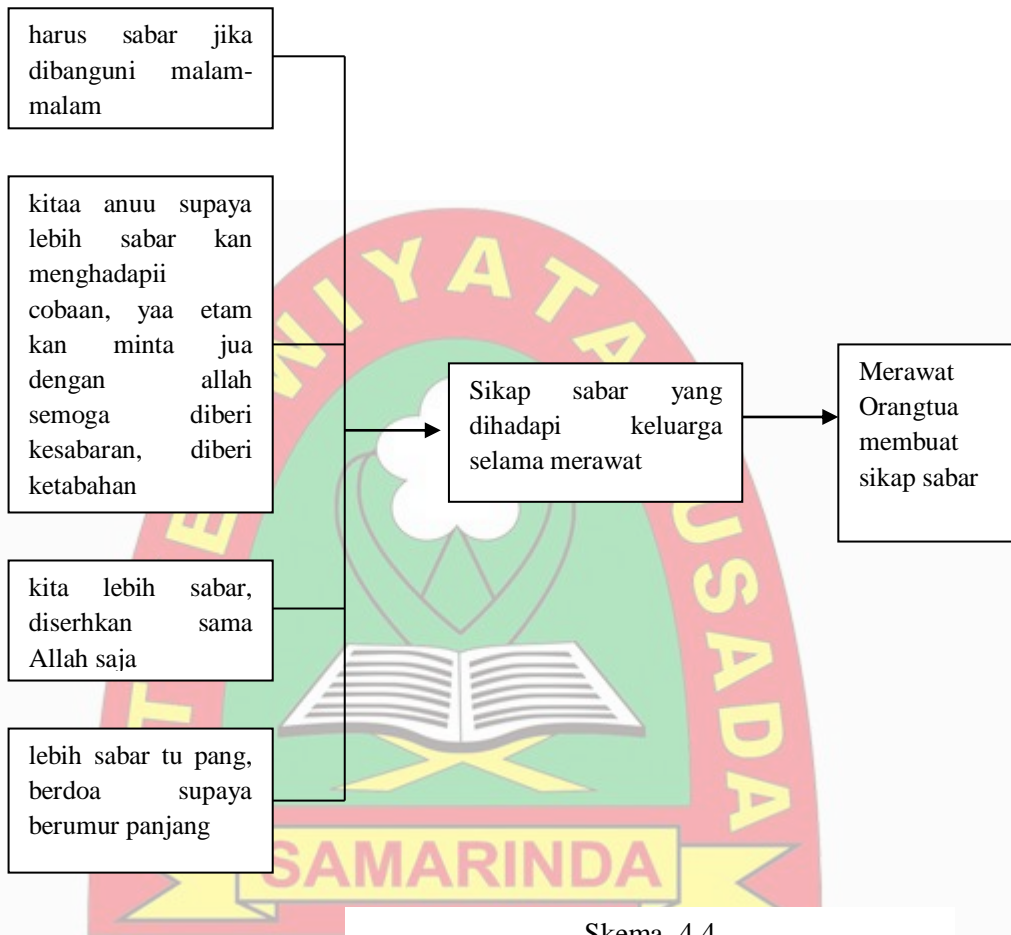
(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan sedikit mengerutkan, namun hanya beberapa detik saja)

#### 4. Merawat OrangTua Membuat Sikap Sabar

*Significant Statement*

*Formulated Meaning*

Tema



Skema 4.4

Tema 4

Perubahan sikap dalam keluarga yang dikemukakan informan adalah perubahan sikap positif yang muncul yaitu menjadi lebih sabar yang ditunjukkan pada pernyataan berikut:

*“...harus sabar jika dibangun malam-malam.....” (P<sup>3</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan peneliti dengan tenang)

*“...kita anuu supaya lebih sabar kan menghadapii cobaan, yaa etam kan minta jua dengan allah semoga diberi kesabaran, diberi ketabahan...”*

maksud dari partisipan ialah *“...kita supaya lebih sabar menghadapi cobaan, yaa kita juga minta sama Allah semoga diberi kesabaran, diberi ketabahan...” (P<sup>4</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan tenang dan memainkan ibu jarinya)

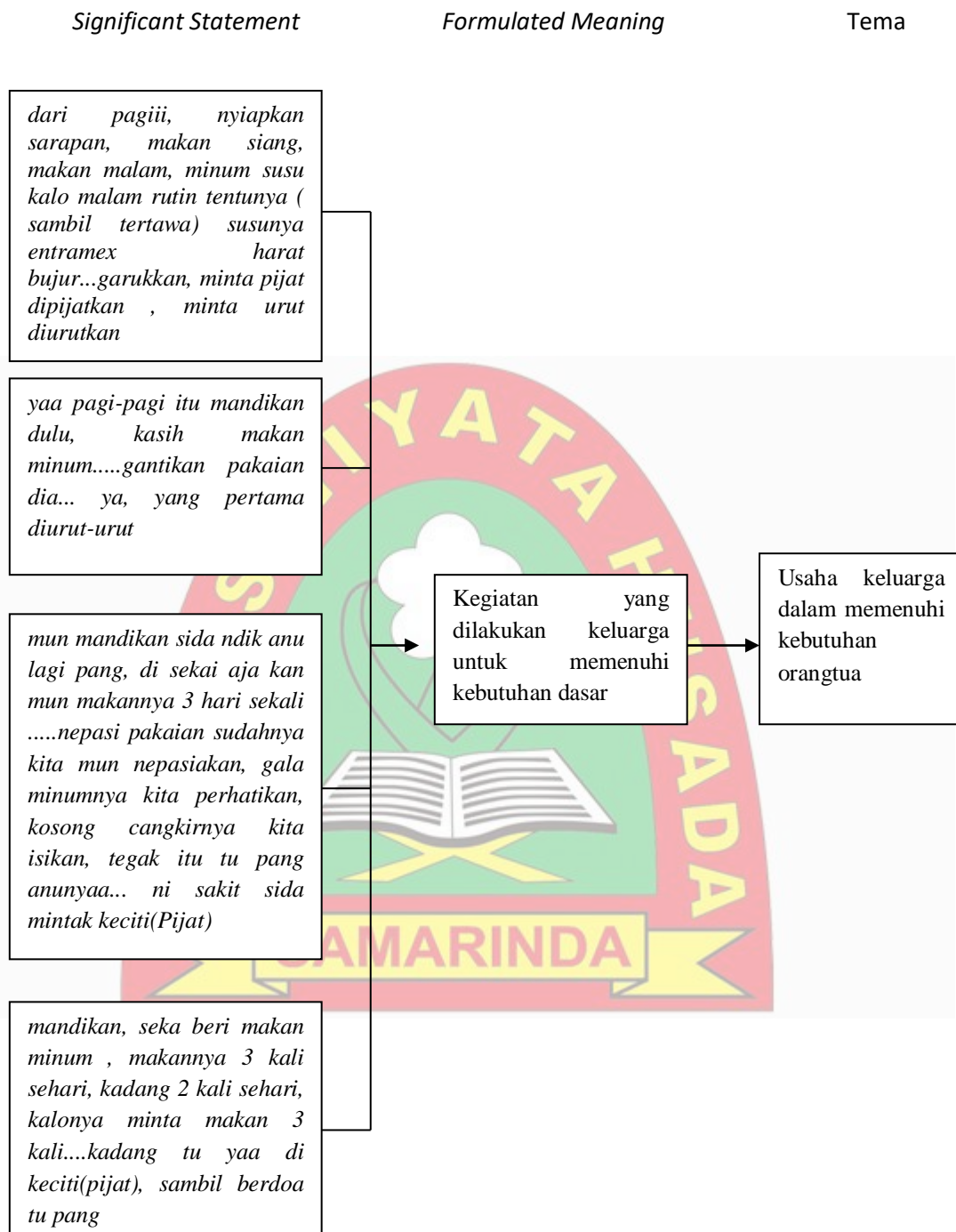
*“...yaa kita lebih sabar, diserahkan sama Allah saja...” (P<sup>2</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan sedikit tertawa)

*“...lebih sabar tu pang, berdoa supaya berumur panjang...” (P<sup>1</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan penuh harap)

## 5. Usaha Keluarga Dalam Memenuhi Kebutuhan Orangtua



Skema 4.5

Tema 5

Kegiatan merawat lansia dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dasar yaitu kebutuhan fisiologi, sosialisasi, rekreasi dan spiritual lansia.

*“...dari pagiii, nyiapkan sarapan, makan siang, makan malam, minum susu kalo malam rutin tentunya ( sambil tertawa) susunya entramex harat bujur...garukkan, minta pijat dipijatkan , minta urut diurutkan...”(P<sup>1</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan tertawa dan diikuti dengan tertawa suami)

*“...yaa pagi-pagi itu mandikan dulu, kasih makan minum.....gantikan pakaian dia... ya, yang pertama diurut-urut” (P<sup>2</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan senyuman)

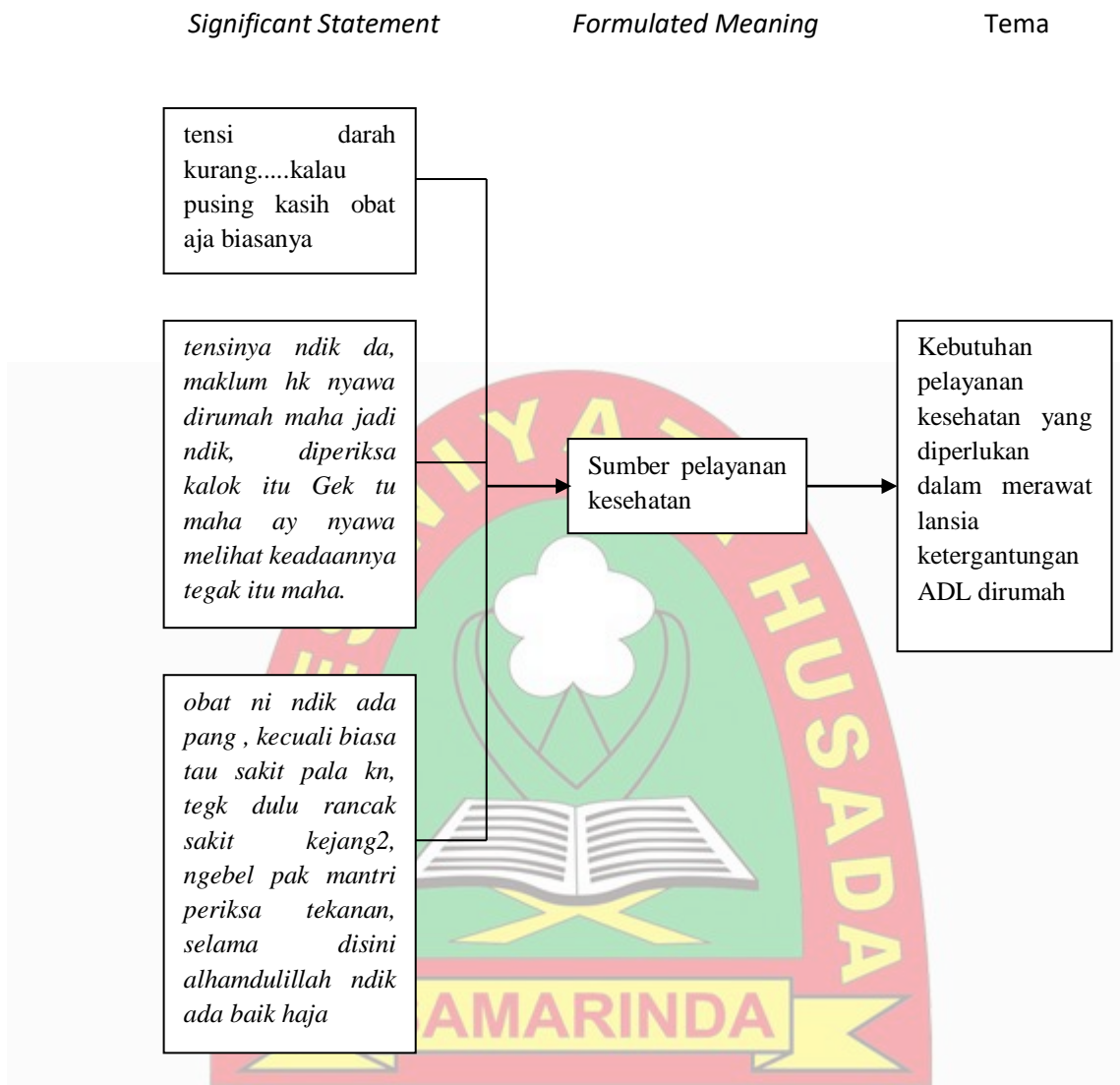
*“...mun mandikan sida ndik anu lagi pang, di sekai aja kan mun makannya 3 hari sekali .....nepasi pakaian sudahnya kita mun nepasiakan, gala minumnya kita perhatikan, kosong cangkirnya kita isikan, tegak itu tu pang anunyaa... ni sakit sida mintak keciti(Pijat)...” (P<sup>3</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan tenang)

*”.... mandikan, seka beri makan minum , makannya 3 kali sehari, kadang 2 kali sehari, kalonya minta makan 3 kali....kadang tu yaa di keciti(pijat), sambil berdoa tu pang...” (P<sup>4</sup>)*

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan senyuman )

**6. Kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan dalam merawat lansia ketergantungan ADL dirumah**



Skema 4.6

Tema 6

Kebutuhan sumber pelayanan kesehatan dalam merawat lansia dirumah meliputi petugas kesehatan dan biaya perawatan. Kebutuhan sumber pelayanan kesehatan dari petugas kesehatan terdiri dari jenis layanan, jenis kegiatan, dan jenis aktifitas. Jenis layanan dari petugas kesehatan dapat berupa informasi kesehatan dari aspek penyampaian informasi: metode, jenis kebutuhan informasi dan pemeriksaan kesehatan. Ketersediaan pelayanan sesuai kebutuhan ditunjukkan dengan pernyataan sebagai berikut :

*“...tensi darah kurang.....kalau pusing kasih obat aja biasanya....”* (P<sup>2</sup>)

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan tertawa diakhir kalimat)

*“....tensinya ndik da, maklum hk nyawa dirumah maha jadi ndik, diperiksa kalok itu Gek tu maha ay nyawa melihat keadaannya tegak itu maha....”*

maksud dari partisipan ialah “...periksa tensi tidak ada, maklum aja saya dirumah aja , jadi tidak ada periksa. Yaa seperti itu aja saya melihat keadaan neneknya...” (P<sup>3</sup>)

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan tegas)

*“...obat ni ndik ada pang , kecuali biasa tau sakit pala kn, tegk dulu rancak sakit kejang2, ngebel pak mantri periksa tekanan, selama disini alhamdulillah ndik ada baik haja...”* maksud dari partisipan ialah “...obat

tidak ada, kecuali sering sakit kepala seperti dulu sering kejang-kejang, telpon pak mantri periksa tekanan. Selama dirumah ini alhamdulillah tidak ada masalah baik-baik aja...” (P<sup>4</sup>)

(hasil observasi: partisipan menjawab pertanyaan dari peneliti dengan tenang dan sedikit senyuman)

## F. Pembahasan

### 1. Tanggung jawab keluarga dalam merawat lansia

Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit, guna mencegah kejadian penyakit sebelum terjadi. Keluarga yang memiliki tanggung jawab utama untuk memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional perawatan kesehatan. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, dan memelihara kesehatan. Keluarga haruslah mampu menentukan kapan meminta pertolongan kepada tenaga profesional ketika salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan kesehatan. (Friedman, 2010)

Alasan utama meliputi kepuasan personal dan kondisi kesehatan lansia. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa perawatan lansia bersifat jangka panjang dan melibatkan seluruh aspek fisik, psikologi, emosional, dan finansial dari keluarga (Friedman, 2003; Potter & Perry, 2005). Selain itu sesuai dengan karakteristik keluarga di Indonesia yang mempunyai ikatan erat, keluarga besar, dan sangat menghormati orangtua menyebabkan keluarga tinggal bersama dan mengasuh lansia sampai akhir hayatnya (Effendy, 1998)

Alasan keluarga merawat lansia dalam hal menjaga kestabilan keluarga berbeda dengan penelitian yang dilakukan Conell (2003). Conell menggambarkan bahwa merawat lansia dirumah menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan peran pemberi asuhan. Hal ini dimungkinkan terjadi karena budaya yang berbeda dimana pemberi asuhan di Indonesia utamanya didaerah pedesaan yang cenderung tinggal dirumah dan tidak mempunyai kesibukan lain diluar rumah sehingga peran pemberi asuhan dapat dilakukan dengan baik dengan merawat lansia dirumah.

Alasan merawat lansia dianggap sebagai kewajiban. Hasil penelitian *center for population and policy studies* Universitas Gadjah Mada/ UGM (1999) juga menggambarkan bahwa merawat orang tua merupakan suatu kewajiban dan perwujudan bakti anak. Hal ini dapat terjadi karena

penelitian dilakukan di daerah yang mempunyai karakteristik dan budaya hampir sama.

Variasi pemberi asuhan didasari oleh berbagai macam alasan utama merawat lansia, yaitu tanggung jawab antar generasi dan tanggung jawab moral. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Day (2000) bahwa pemberi asuhan informal dalam melakukan perawatan didasarkan pada hubungan kekeluargaan, teman, tetangga, atau anggota kelompok ibadah yang tidak dibayar karena kecintaan, hormat, kewajiban, dan ketidaksetiakawanan kepada orang yang tidak mampu merawat diri.

Kewajiban merawat orangtua juga terjadi karena merupakan tanggung jawab moral anak terhadap orangtua. Hal ini sesuai dengan karakteristik keluarga di Indonesia. Demikian juga penelitian lain yang dilakukan oleh Martire di Pittsburgh (2006) menunjukkan bahwa anak dewasa yang merawat orang tuanya melaporkan bahwa mereka dapat membayar kembali asuhan yang orangtua berikan pada saat mereka masih kecil.

Pada penelitian ini kondisi kesehatan lansia yang dirawat oleh keluarga mengatakan bahwa lansia yang mereka rawat tidak bisa melakukan aktivitas seperti sedia kala pada saat masih muda, hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Triswandari (2011) yang mengatakan bahwa fungsi dan aktifitas individu yang normalnya tanpa bantuan oranglain tetapi pada lansia ADL dapat terganggu oleh beberapa hal atau keadaan penurunan ADL meliputi: Persendian yang kaku, pergerakan yang terbatas, keadaan tidak stabil bila berjalan, keseimbangan tubuh yang jelek, gangguan peredaran darah. Hal tersebut pun dibuktikan dengan teori oleh Depkes (2005) yang mengatakan bahwa proses ketuaan yang terjadi secara alami dengan timbulnya masalah fisik, mental dan sosial.

Pemberi asuhan kepada lansia dapat dilakukan oleh seluruh anggota keluarga tetapi wanita secara tradisional diasumsikan dan diterima mempunyai peran sebagai pemberi asuhan secara alamiah. Penelitian yang dilakukan *center for population and plicy studies* UGM (1999) menggambarkan bahwa lansia menggantungkan hidupnya terutama pada anak perempuan terdekat. Kedua penelitian diatas mempunyai kesamaan

dalam memandang anak perempuan sebagai pemberi asuhan utama pada orangtuanya .

## 2. Merawat Orangtua didasari dengan kasih sayang

Menurut Friedman (2003) didalam penelitian Joko Wiyono, et al (2008) keluarga sebagai pemberi asuhan informal, dalam melaksanakan fungsi memberikan perawatan pada lansia melibatkan seluruh aspek yaitu fisik, psikologis, emosional, sosial, dan finansial. Berbagai dampak dapat timbul sebagai respon dari interaksi keluarga dengan lansia ketika pemberian asuhan.

Kegiatan merawat lansia ditunjukkan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Variasi perasaan muncul selama merawat lansia berupa senang, tidak senang, dan menerima. Penelitian lain yang dilakukan Martire (2006) juga menggambarkan terjadinya variasi perasaan selama merawat lansia dirumah, yaitu perasaan sedih, tidak punya harapan kedepan, dan kesulitan konsentrasi. Hal ini pun terjadi pada penelitian ini bahwa keluarga yang merawat lansia ketergantungan ADL mengatakan bahwa mereka merasa senang apabila bisa merawat lansia atau orangtua mereka itu sendiri.

Ketergantungan lansia terhadap *activity daily living* meningkatkan resiko kekerasan dan penelantaran, terutama jika anggota keluarga yang merawat lansia tidak mempunyai mekanisme coping yang baik. Mekanisme coping adaptif yang dapat dilakukan keluarga dari sumber internal dalam fleksibilitas peran dan meningkatkan kohesivitas (Friedman, 2003).

Suardiman (2011) mengatakan bahwa sumber dukungan keluarga mengacu pada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat selalu mendukung dan siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan, hal ini sesuai dengan penelitian bahwa upaya keluarga dalam merawat lansia biasanya seorang *caregiver* memberikannya dengan cara melakukan pijatan.

Dukungan terhadap keluarga yang merawat lansia dapat berasal dari internal dan eksternal keluarga. penelitian lain yang dilakukan Stewart et al. (1998) menggambarkan bahwa dalam dukungan sosial dari keluarga yang juga merawat lansia berupa informasi dan strategi koping yang didasarkan pada pengetahuan pengalaman mereka serta dukungan emosional.

### **3. Kebingungan yang dihadapi oleh keluarga dalam waktu yang sempit**

Perubahan peran, fungsi, dan tugas keluarga merupakan dinamika keluarga yang merawat lansia. Perubahan peran ini dapat berpengaruh baik langsung maupun tidak langsung pada fungsi ekonomi keluarga.

Dampak pada pemberi asuhan akibat merawat lansia dapat berupa *hassles*, *strain*, dan *burden*. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Joko Wiyono et,al (2008) menggambarkan bahwa dampak pada pemberi asuhan akibat merawat lansia berupa *hassles*, *strain*, dan *burden* yang terjadi pada fisik, psikologis, sosial dan finansial. Hal ini sesuai dengan penelitian lain yang dilakukan oleh Stommel et al (1990) yang menggambarkan bahwa dampak pemberi asuhan kepada lansia terhadap finansial, perasaan yang terbuang, dampak pada jadwal kerja, dampak terhadap kesehatan dan perasaan terisolasi.

### **4. Merawat Orangtua membuat sikap sabar**

Perubahan sikap menjadi lebih sabar yang dialami oleh keluarga dalam merawat lansia yang mengalami ketergantungan *Activity daily Living* dirumah merupakan perubahan sikap positif yaitu sabar yang didapatkan oleh keluarga itu sendiri hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Joko Wiyono et, al (2008) Makna dari pengalaman merawat lansia dengan tingkat ketergantungan tinggi dirumah adalah perubahan sikap dalam hubungan dengan lansia, yaitu menjadi lebih sabar.

Penelitian Vellone et al (2002) sebaliknya mengungkapkan bahwa perubahan sikap dalam hubungan dengan klien dan anggota keluarga lain

adalah perubahan sikap negatif. Hal ini dapat terjadi karena pengaruh budaya setempat.

#### **5. Usaha Keluarga dalam memenuhi kebutuhan orangtua**

Kebutuhan dasar merawat lansia pada penelitian ini teridentifikasi kebersihan diri (mandi, ganti baju, kebersihan mulut, dan eliminasi), nutrisi, istirahat, mobilisasi, sosial dan pemberian obat, hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Lueckenotte (2000) perawatan dasar pada lansia berhubungan dengan aktivitas dasar sehari-hari bagi lansia yang sebenarnya meliputi tugas perawatan pribadi setiap harinya yang berkaitan dengan kebersihan diri, nutrisi, aktivitas lain seperti latihan fisik yang bertujuan untuk mempertahankan kualitas hidupnya.

Hasil penelitian Joko Wiyono et, al (2008) memaparkan lansia selain memerlukan keseharian juga memerlukan istirahat yang cukup dalam mendukung kualitas hidupnya agar tetap dalam keadaan sehat. Lansia membutuhkan aktivitas untuk bersosialisasi dengan orang lain. Lansia yang mengalami masalah kesehatan juga memerlukan perawatan dasar lain yang berguna untuk meningkatkan kesehatannya yaitu pemberian obat.

Stanley (2005) mengungkapkan pemberi perawatan perlu memenuhi sebagian besar ADL pada lansia. Hal tersebut menjelaskan pemberi perawatan harus mengetahui benar tentang kebutuhan dasar pada lansia dapat mencapai kualitas hidup di usia senjanya. Kebutuhan yang mendasar yang dibutuhkan lansia yang harus dipenuhi adalah kebutuhan kebersihan diri, nutrisi, istirahat, mobilisasi atau aktifitas fisik, kebutuhan dukungan sosial dan juga jika lansia mengalami masalah kesehatan dukungan pengobatan harus diberikan oleh keluarga atau pemberi perawatan.

#### **6. Kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan keluarga dalam merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* ADL di rumah**

Kebutuhan pelayanan keperawatan terhadap keluarga yang merawat lansia di rumah adalah ketersediaan pelayanan sesuai kebutuhan. Metode merawat lansia dilakukan dengan upaya peningkatan kenyamanan lansia

(menawari hal yang disukai penuh perhatian), melibatkan keluarga sebagai *caregiver* yang lain selama perawatan, dan membawa ke pelayanan kesehatan baik itu rumah sakit ataupun puskesmas/ klinik kesehatan terdekat. Namun pada penelitian yang dilakukan ini bahwa *caregiver* tidak membawa lansia pada layanan kesehatan, hal ini dikarenakan keterbatasan biaya, jarak tempuh, dan dari layanan kesehatan sendiri tidak memenuhi untuk lansia. Videbeck (2008) memaparkan metode yang dapat digunakan untuk memberikan perawatan pada lansia melalui pengobatan selain melalui pendekatan individu yang dapat dilakukan dengan intervensi meningkatkan keamanan klien melalui kerjasama dengan anggota keluarga yang ada sebagai *caregiver*.

Metode pemberian perawatan lansia dapat dilakukan dengan pengobatan lansia dibawa ketempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan masalah yang dialaminya mengikut sertakan anggota keluarga lainnya sebagai *caregiver* dapat dilakukan dalam mengurangi beban *caregiver* yang selama ini merawat lansia dalam kurun waktu yang cukup lama, selain itu akan semakin meningkatkan rasa kekeluargaan diantara anggota keluarga yang ada. Menurut Depkes (2005) menjalani pemeriksaan kesehatan secara berkala, mengisi catatan kesehatan secara teratur, makan sesuai kebutuhan gizi, berperilaku sehat. Menjalani pengobatan, perawatan sesuai dengan nasehat petugas kesehatan dan menggunakan alat bantu atau alat ganti yang diperlukan.

### **G. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian yang dilakukan saat ini masih memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan, diantaranya sebagai berikut:

1. Peneliti memiliki kendala dalam hal menyampaikan pertanyaan karna para partisipan banyak yang tidak memahami maksud dari pertanyaan yang disampaikan oleh peneliti.

2. Ada beberapa partisipan yang masuk kedalam kriteria tetapi banyak dari partisipan yang menolak untuk dilakukan pendekatan hal ini mengakibatkan kurangnya partisipan pada saat penelitian.
3. Kelemahan pada penelitian ini masih kurangnya teori pendukung yang fokus pada materi penelitian.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

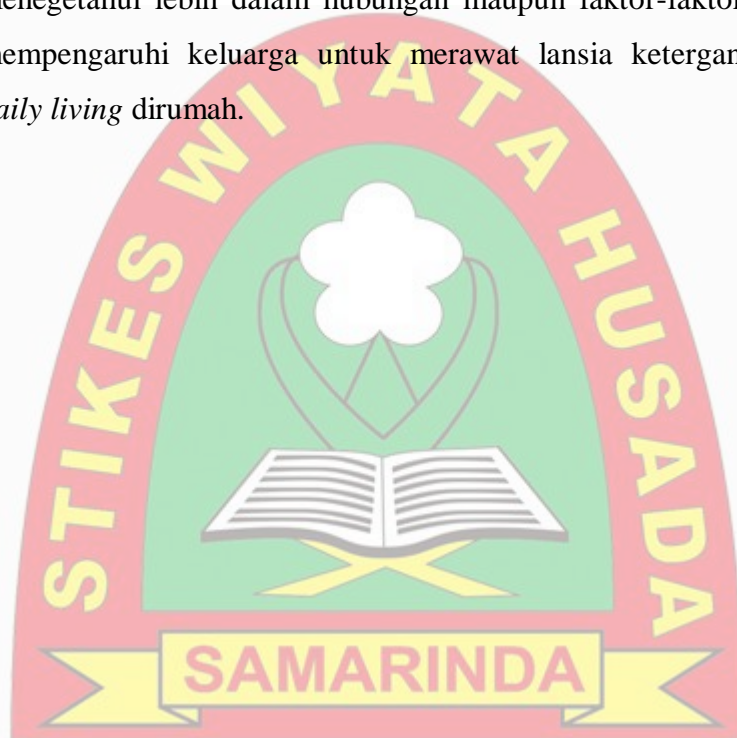
Berdasarkan hasil analisis dari penelitian ini dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Tanggung jawab keluarga dalam merawat lansia meliputi kepuasan personal dan kondisi kesehatan lansia, dimana kondisi kesehatan lansia tidak seperti sediakala sehingga keluarga pun mengambil alih untuk merawat lansia tersebut.
2. Merawat orangtua didasari dengan kasih sayang ialah merasa senang apabila merawat lansia secara lansung.
3. Kebungungan yang dihadapi oleh keluarga dalam waktu yang sempit berupa *hassles*, *strain* dan *burden*, yang terjadi pada fisik, psikologis, sosial dan finansial.
4. Merawat orangtua membuat sikap sabar yang dialami oleh keluarga dalam merawat lansia dan merupakan perubahan yang positif yang diterima oleh keluarga itu sendiri.
5. Pengalaman dalam bekerja dengan keluarga yang merawat lansia dirumah perlu mempertimbangkan kemampuan keuangan keluarga, keyakinan dan persepsi keluarga tentang perawatan terhadap lansia, tingkat keparahan masalah kesehatan lansia untuk menentukan tempat perawatan, dan pemberi asuhan diprioritaskan dari keluarga inti atau yang mempunyai kedekatan emosional yang tinggi dengan lansia itu sendiri.

## B. Saran

Mengacu pada hasil penelitian pengalaman keluarga merawat lansia ketergantungan *activity daily living*, maka peneliti menganjurkan untuk:

1. Diharapkan untuk petugas kesehatan dan warga yang merawat lansia pada umumnya dapat menambah wawasan terkait dengan pengalaman merawat lansia.
2. Bagi dunia pendidikan keperawatan untuk menambah teori dan literatur mengenai pengalaman merawat lansia.
3. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan membandingkan atau menegetahui lebih dalam hubungan maupun faktor-faktor keluarga yang mempengaruhi keluarga untuk merawat lansia ketergantungan *activity daily living* dirumah.



## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Yati & Rachmawati, Imami Nur. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta : Rajawali Press.
- Arikunto. (2007). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Aksara.
- Azizah, Ma'rifatul Lilik. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Bandiyah S. (2009). *Lanjut Usia Dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Carpenter Rhs. (1996). *Neurophysiology*. New York : Oxford University Press, Inc. P.206.
- Creswell, J.W. (2013). *Research Design Penelitian Kualitatif, Kuantitatif Dan Mixed*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Dinkes Provinsi Kalimantan Timur(2016), Bagian Gerontik Kalimantan Timur.
- Friedman, M.M., Et Al. (2003). *Family nursing research theory and practice*. 5th Ed. Stamford : Appieton & lange
- \_\_\_\_\_. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori & Praktik Edisi 5*. Jakarta : Egc.
- Hasan, Iqbal. (2002). *Pokok-Pokok Materi Metodologi Penelitian Dan Aplikasinya*. Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Hardywinoto & Setiabudhi, T. (1999). *Panduan Gerontologi*. Jakarta : Pustaka Utama
- \_\_\_\_\_. (2007). *Panduan Genrontologi*. Jakarta : Pustaka Utama.
- Iskandar. (2008). *Metodologi Penelitian Pendidikan Dan Sosial (Kuantitaif Dan Kualitatif)*. Jakarta : Gp Press.
- Lueckenotte, A.G. (2000). *Gerontologic Nursing*. (2<sup>nd</sup> ed.). Missouri : Mosby.
- Lumbantobing. (2006) *Kecerdasan Pada Lanjut Usia Dan Dementia*. Balai Penerbit Fkui : Jakarta.
- Maryam, et al.( 2012). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika

- Meiner, S. E., & Lueckenotte, A. G. (2006) *Gerontologi Nursing*, USA : Mosby Inc
- Moleong, Lexy. (2005). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : Pt Remaja Rosdakarya. ,P.O. (2011). *Family Support For The Elderly In Delta State Of Nigeria* : Departmen Of Sociology And Psychology, Delta State University.
- Nugroho W. (2000). *Keperawatan Komunitas* . Jakarta : Salemba Medika
- \_\_\_\_\_. (2008). *Keperawatan Gerontik Dan Geriatrik*. Jakarta: Egc.
- \_\_\_\_\_. (2014). *Keperawatan Gerontik Edisi 3*. Jakarta : Egc.
- Notoadmojo. (2007). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Potter & Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika
- Prabasari, Ninda Ayu, et al. (2017). *Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia Dirumah*. Surabaya : Jurnal Ners Lentera.
- Primadayanti. S. (2011) *Perbedaan Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (Adl) Pada Lansia Yang Mengikuti Dan Tidak Mengikuti Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpersari Kabupaten Jember*. Universitas Jember.
- Setiadi. (2008). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Egc.
- Silvia, A. (2011). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Rimbi Kaduduk Wilayah Kerja Puskesmas Sintuk Padang Pariaman*. Padang Pariaman : Jurusan Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*, Bandung : Alfabeta.
- \_\_\_\_\_. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*, Bandung : Alfabeta.
- \_\_\_\_\_. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*, Bandung : Alfabeta.
- Sunyoto, Danang. (2013). *Metodologi Penelitian*. Bandung : PT. Refika Aditama Anggota Ikapi.
- Suwardiman, D. (2011). *Hubungan Antara Dukungan Dan Beban Keluarga Untuk Mengikuti Regimen Terapeutik Pada Keluarga Klien Halusinasi*

*Di Rsud Serang*. Depok : Tesis Untuk Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia.

Triswandari, B.T. (2008). *Hubunngan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari Diwilayah Kerja Puskesmas Mojolangu Malang*. Malang : Skripsi. Universitas Brawijaya.

Wiyono, Jok, et al. (2008). *Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Dengan Tingkat Ketergantungan Tinggi Dirumah, Kota Malang, Jawa Timur, Studi Fenomenologi*. Malang : Jurnal Keperawatan Indonesia.

Yusselda, Meka, et al. (2016). *Dampak Dukungan Keluarga terhadap kualitas hidup lansia*. Kendal : Jurnal Keperawatan.





## Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes)

### Wiyata Husada Samarinda

#### BIODATA PENELITI

##### A. Biodata Pribadi

1. Nama : Savitri Nielvana Damayanti
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat Tanggal Lahir : Tenggarong, 19 Juni 1997
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jln. Gunung Belah Gg. Arsapat RT. 53 LoaIpuh Tenggarong
6. Email : [savitrinielvanadamayanti@gmail.com](mailto:savitrinielvanadamayanti@gmail.com)
7. Hp : 08115513272
8. NIM : 14.1200.432.01
9. Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan
10. Judul Skripsi : Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) Dirumah Di Desa Jembayan Kutai Kartanegara
11. Dosen Pembimbing : 1. Hj. Sumiati, M.Kes  
2. Ns. Nanik Lestari, S.Kep



##### B. Riwayat Pendidikan

1. SD : SD Negeri 028 Tenggarong
2. SMP : SMP Negeri 3 Tenggarong
3. SMA : SMA Negeri 2 Tenggarong

Samarinda, 18 Juli 2018

Peneliti

**Savitri Nielvana Damayanti**

**INFORMED CONSENT**  
**UNTUK PENGUMPULAN DATA KUALITATIF**

Assalamualaikum Warahmatullahi wabarokatuh, salam sejahtera untuk kita semua.

Bapak/ibu yang saya hormati, saya Savitri Nielvana Damayanti dari Kampus STIKes Wiyata Husada Samarinda ingin melakukan wawancara mendalam kepada bapak/ibu. Wawancara ini dilakukan sehubungan dengan tugas akhir saya yaitu penyusunan skripsi tentang :

**”Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) Dirumah Di Desa Jembayan  
Kutai Kartanegara”**

Hasil wawancara yang telah bapak/ibu sampaikan akan saya rahasiakan dan hanya dimanfaatkan untuk kepentingan penyusunan skripsi dan tidak akan mempengaruhi keberadaan bapak/ibu.

Bila bapak/ibu bersedia saya lakukan wawancara, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk membubuhkan tanda tangan dibawah ini.

Atas perhatian bapak/ibu, saya ucapkan terima kasih.

Jembayan, .....

Savitri Nielvana Damayanti

**SURAT PERSETUJUAN / PENOLAKAN  
UNTUK PENGUMPULAN DATA KUALITATIF**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :  
Jenis kelamin (L/P) :  
Umur :  
Alamat :  
Telp :

Dengan ini menyatakan SETUJU/MENOLAK untuk dilakukannya pengumpulan data berupa wawancara mengenai :

**“Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) Dirumah Di Desa Jembayan Kutai Kartanegara”**

Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan kegiatan tersebut.

Jembayan, .....  
Peneliti Yang membuat pernyataan

Savitri Nielvana Damayanti

(.....)

**PEDOMAN PERTANYAAN  
WAWANCARA MENDALAM UNTUK KELUARGA**

**“Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) Dirumah Di Desa Jembayan Kutai Kartanegara”**

**Tujuan :**

Untuk menganalisis pengalaman keluarga dalam merawat lansia ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL)

Waktu Pelaksanaan :

Hari/tanggal :

Jam :

Durasi :

**Identitas Informan :**

Nama (inisial) :

Usia :

Pendidikan Terakhir :

**PERTANYAAN PENELITIAN**

7. Apa alasan bapak/ibu dalam merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?
8. Bagaimana respon bapak/ibu selama merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?
9. Bagaimana dampak yang terjadi pada bapak/ibu selama merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?
10. Makna apa saja yang bapak/ibu dapat dari pengalaman merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?
11. Jelaskan kepada saya bagaimana bapak/ibu melakukan proses perawatan kepada lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah dalam sehari-hari ?
12. Kebutuhan pelayanan kesehatan apa yang diperlukan dalam merawat lansia yang mengalami ketergantungan *activity daily living* (ADL) dirumah ?

## LEMBAR OBSERVASI

### Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL) Dirumah Di Desa Jembayan Kutai Kartanegara

Nama (Inisial) :

Alamat :

Hari/Tanggal :

No	Keterangan	Ya	Tidak
1	Alat bantu berjalan		
2	Terdapat pegangan tangan di dalam toilet/kamar mandi		
3	Terdapat pegangan tangan dinaikan rumah (tangga)		
4	Menggunakan alas kaki		



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA  
DINAS KESEHATAN  
Jl. CUT NYAK DHIN NO 33 TELP (0541) 661082 FAX 662258 KODF POS 75512  
Tenggarong

Tenggarong, 12 Februari 2018  
Kepada  
Yth. Ketua STIKES  
Wiyata Husada Samarinda  
Di -  
Tempat

No : 440.050/1666/Skrt/II/2018  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi Ijin Studi Pendahuluan

Memperhatikan surat dari Stikes Wiyata Husada Samarinda Nomor : 0278/STIKES-WHS/II/2018 perihal Permohonan Rekomendasi Ijin Studi Pendahuluan di UPTD Puskesmas Loa Kulu Dan Puskesmas Pembantu Jembayan atas nama :

Nama : Savitri Melvana Damayanti  
NIM : 14.1200.432.01  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan Activity Daily Living (ADL) di Rumah

Maka menimbang hal diatas, Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara tidak keberatan serta memberikan ijin kegiatan dimaksud sesuai tempat dan waktu yang sudah ditentukan.

Terkait hal tersebut maka saudara harus memenuhi hal-hal sebagai berikut :

1. Melakukan koordinasi dengan puskesmas Loa Kulu dan Puskesmas Pembantu Jembayan terkait data pada Studi Pendahuluan untuk judul skripsi tersebut.
2. Melaporkan hasil kegiatan studi pendahuluan di maksud selambat-lambatnya 2 (dua) minggu setelah pelaksanaan yang ditujukan kepada puskesmas Loa Kulu, Puskesmas Pembantu Jembayan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.

Demikian hal ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

Kepala,



drg. H. Kabanjo Tedarminto, MA  
Pembina Utama Muda  
NIP.19520720 198812 1 002

- Tembusan Kepada Yth :
1. Kepala UPTD Puskesmas Loa Kulu
  2. Kepala Puskesmas Pembantu Jembayan
  3. Yang bersangkutan
  4. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA  
DINAS KESEHATAN  
Jl. CUT NYAK DHIN NO. 33 TELP.(0541) 661082 FAX 662258 KODE POS 75512  
TENGGARONG

No : 440.050/1666/Skrt/II/2018  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi Ijin Studi Pendahuluan

Tenggarong, 12 Februari 2018

Kepada  
Yth. Ketua STIKES  
Wiyata Husada Samarinda  
Di -  
Tempat

Memperhatikan surat dari Stikes Wiyata Husada Samarinda Nomor : 0278/STIKES-WHS/II/2018 perihal Permohonan Rekomendasi Ijin Studi Pendahuluan di UPTD Puskesmas Loa Kulu Dan Puskesmas Pembantu Jembayan atas nama :

Nama : Savitri Nielvana Damayanti  
NIM : 14.1200.432.01  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan Activity Daily Living (ADL) di Rumah

Maka menimbang hal diatas, Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara tidak keberatan serta memberikan ijin kegiatan dimaksud sesuai tempat dan waktu yang sudah ditentukan.

Terkait hal tersebut maka saudara harus memenuhi hal-hal' sebagai berikut :

1. Melakukan koordinasi dengan puskesmas Loa Kulu dan Puskesmas Pembantu Jembayan terkait data pada Studi Pendahuluan untuk judul skripsi tersebut.
2. Melaporkan hasil kegiatan studi pendahuluan di maksud selambat-lambatnya 2 (dua) minggu setelah pelaksanaan yang ditujukan kepada puskesmas Loa Kulu, Puskesmas Pembantu Jembayan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.

Demikian hal ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.



Kepala,  
drg. H. Kecamatan Indarmito, MA  
Pembina Utama Muda  
NIP.19620720 198812 1 002

- Tembusan Kepada Yth :
1. Kepala UPTD Puskesmas Loa Kulu
  2. Kepala Puskesmas Pembantu Jembayan
  3. Yang bersangkutan
  4. Arsip









PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA  
KECAMATAN LOA KULU  
**KANTOR DESA JEMBAYAN**

Nomor : 64. 03. 05. 003

Alamat Kantor : Jalan Poros Samarinda - Tenggarong Km. 26 RT.015 Kode Pos 75571

Nomor : 380. 028 / DS - JBY / III / 2018  
Lampiran : -  
Perihal : IJIN PENELITIAN.

Kepada  
Yth, Pimpinan Sekolah Tinggi Ilmu  
Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.  
Di -  
Samarinda.

Menindak lanjuti surat permohonan dari Pimpinan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, nomor : 547 / STIKES - WHS / III / 2018, Tertanggal , 21 Maret 2018 perihal PERMOHONAN IJIN PENELITIAN.

1. Nama : **SAVITRI NIELVANA DAMAYANTI.**
2. NPM : 14.1200.432.01
3. Semester : VIII
4. Program studi : Ilmu Keperawatan
5. Judul Skripsi : Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Ketergantungan Activity Daily Living (ADL) di Rumah di Desa Jembayan Kutai Kartanegara.

Sehubungan dengan perihal tersebut diatas kami selaku Pemerintahan Desa Jembayan Kecamatan Loa Kulu tidak keberatan dan memberikan ijin untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan karya ilmiah sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan jenjang Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, di wilayah Desa Jembayan.

Demikian Surat Ijin Penelitian ini kami berikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dibuat di : Jembayan.  
Pada tanggal : 28 Maret 2018  
Kepala Desa Jembayan

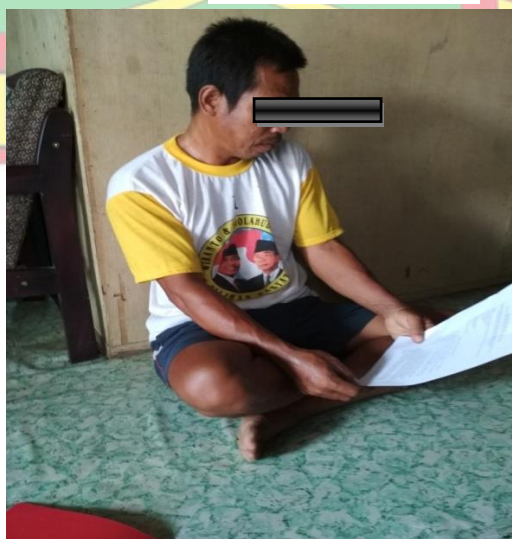
  
**SAMSU ARJANI, S.Pd**

## DOKUMENTASI PENELITIAN

Informan 1



Informan 2



Informan 3



Informan 4

