

**GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL)
LANSIA DENGAN *BARTHEL INDEX***

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019**

**GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL)
LANSIA DENGAN *BARTHEL INDEX* DI DESA SEI. SELUANG SAMBOJA**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana (S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL)
LANSIA DENGAN *BARTHEL INDEX* DI DESA SEL. SELUANG SAMBOJA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

RAUDHAH

NIM. B21742120301


Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 22 Juli 2019

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

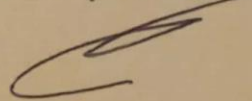
1. **Ns. Chrisven Damanik, S.Kep., M.Kep**
NIK. 113072.83.11.023 (.....)
2. **Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep**
NIK . 113072.86.18.128 (.....)
3. **Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S**
NIK. 113072.88.17.096 (.....)
4. **Ns. Desy Ayu Wardani, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Mat**
NIK. 113072.90.15.079 (.....)

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda


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

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Raudhah

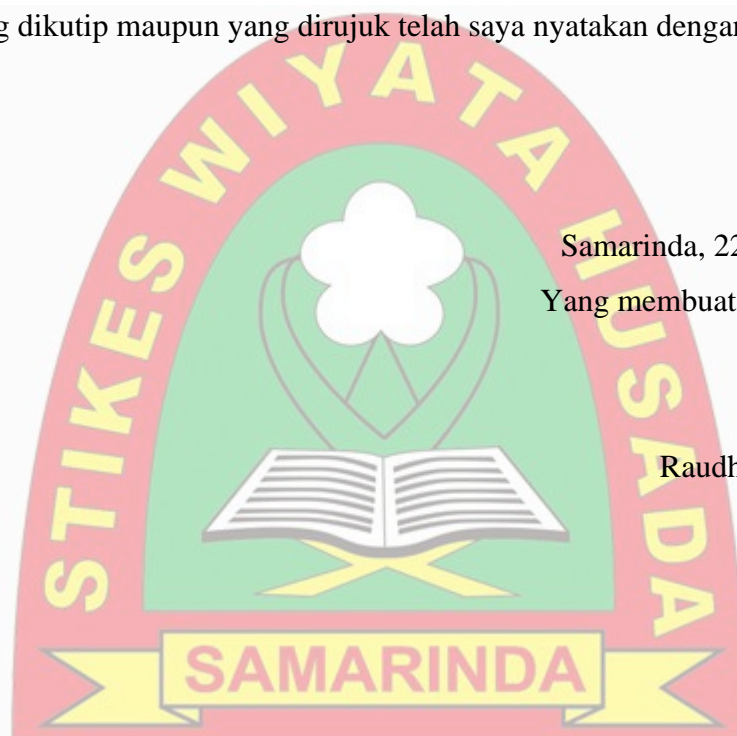
NIM : B21742120301

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL)

Lansia Dengan *Barthel Index* Di Desa Sei. Seluang Samboja

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



Samarinda, 22 Juli 2019

Yang membuat pernyataan,

Raudhah

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, berkat Rahmat dan Bimbingan-Nya, saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “ Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia Dengan *Barthel Index* Di Desa Sei. Seluang Samboja”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

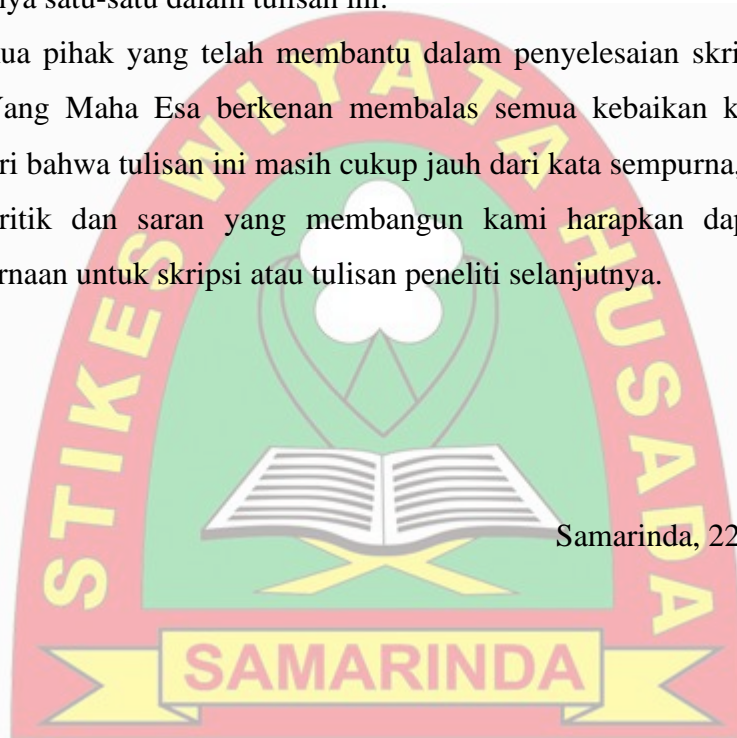
Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk dapat menyelesaikan tepat waktu. Oleh karena itu perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns.Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep. selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda dan
3. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep selaku Penguji yang telah memberikan arahan, masukan kritik dan saran untuk perbaikan skripsi ini.
5. Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep selaku Penguji yang telah memberikan arahan, masukan kritik dan saran untuk perbaikan skripsi ini.
6. Ns.Wahyu Dewi Sulistyarini M.S selaku Pembimbing I yang sudah meluangkan banyak waktu di sela-sela kesibukannya untuk mengarahkan dan memberikan masukan kepada saya selama proses penyusunan skripsi.
7. Ns. Desy Ayu Wardani, M.Kep, Sp.Mat, selaku pembimbing II yang juga sudah banyak meluangkan waktunya untuk membimbing dan memotivasi saya selama penyusunan skripsi.
8. Seluruh staf pengajar dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

9. Pimpinan Puskesmas Samboja dan staff yang telah mengizinkan dan membantu peneliti untuk melakukan kegiatan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Samboja.
10. Kepada orang tua saya yang sudah banyak mendidik saya, memberikan dukungan, atas doa-doa yang tak pernah terhitung untuk kesuksesan dan keberhasilan saya selama ini. Untuk suami dan anak-anak saya yang turut ambil andil dalam memberikan dukungan dan menjadi motivator dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
11. Untuk teman-teman saya yang rasanya tak cukup adil untuk saya sebutkan namanya satu-satu dalam tulisan ini.

Dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas semua kebaikan kita dan penulis menyadari bahwa tulisan ini masih cukup jauh dari kata sempurna, oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun kami harapkan dapat menjadikan kesempurnaan untuk skripsi atau tulisan peneliti selanjutnya.

Samarinda, 22 Juli 2019



Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Raudhah

NIM : B21742120301

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

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

Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia Dengan *Barthel Index* Di Desa Sei. Seluang Samboja

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda 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, 22 Juli 2019

Yang membuat pernyataan,

Raudhah

ABSTRAK

Gambaran Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Lansia Dengan *Barthel Index* Di Desa Sei. Seluang Samboja

Raudhah¹, Wahyu Dewi Sulistyarini², Desy Ayu Wardani³

Latar Belakang : Tingkat kemandirian lansia semakin menurun seiring dengan waktu. Semakin lanjut usia seseorang, kemampuan fisiknya akan semakin menurun yang bisa mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya.

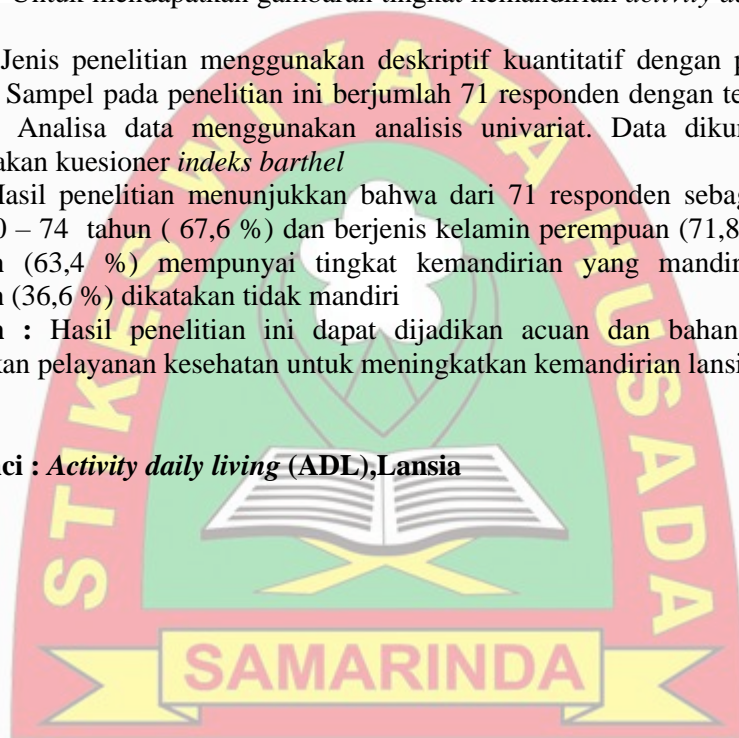
Tujuan : Untuk mendapatkan gambaran tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia

Metode: Jenis penelitian menggunakan deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 71 responden dengan teknik *consecutive sampling*. Analisa data menggunakan analisis univariat. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner *indeks barthel*

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 71 responden sebagian besar lansia berusia 60 – 74 tahun (67,6 %) dan berjenis kelamin perempuan (71,8 %). Terdapat 45 responden (63,4 %) mempunyai tingkat kemandirian yang mandiri sedangkan 26 responden (36,6 %) dikatakan tidak mandiri

Simpulan : Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dan bahan evaluasi dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemandirian lansia

Kata kunci : *Activity daily living* (ADL), Lansia



^{1 2 3} Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

Overview of the Level of Independence of the Activity Daily Living (ADL) in Elderly With Barthel Index in Sei Seluang Village Samboja

Raudhah¹, Wahyu Dewi Sulistyarini², Desy Ayu Wardani³

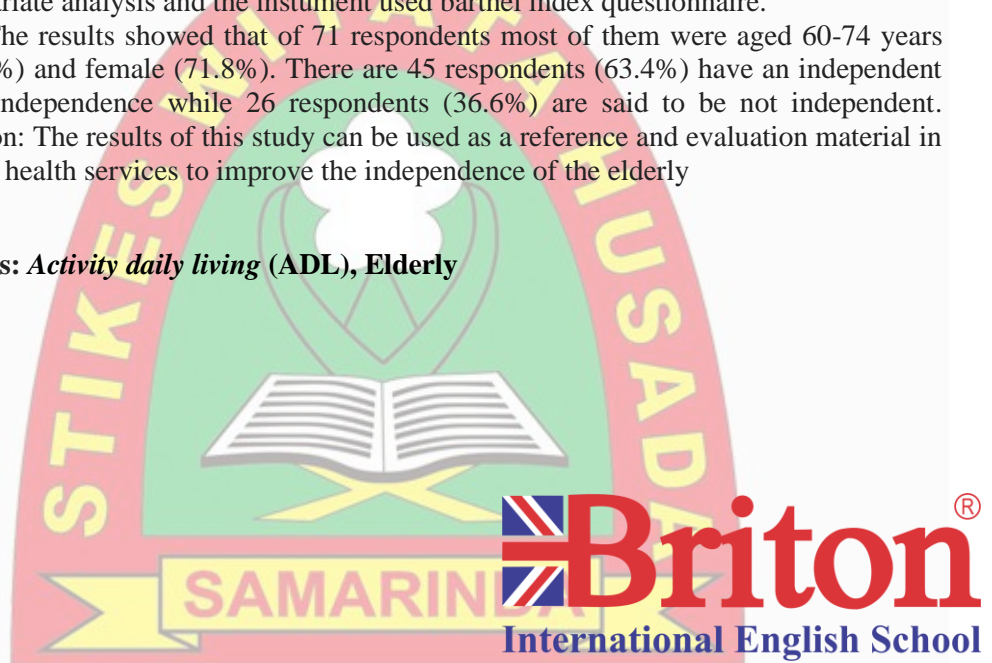
Background: The independence level in elderly decrease time by time. In elderly ages, his physical abilities will decrease which can result in disruption in terms of fulfilling his life's needs.

Aim: to obtain the view of independence level with activity daily living (ADL) in elderly.

Method: This study used descriptive quantitative with cross sectional approach. The sample in this study used consecutive sampling with 71 responses. The analysis data used univariate analysis and the instrument used barthel index questionnaire.

Result: The results showed that of 71 respondents most of them were aged 60-74 years old (67.6%) and female (71.8%). There are 45 respondents (63.4%) have an independent level of independence while 26 respondents (36.6%) are said to be not independent. **Conclusion:** The results of this study can be used as a reference and evaluation material in providing health services to improve the independence of the elderly

Keywords: *Activity daily living (ADL), Elderly*



^{1 2 3} Nursery Department, STIKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
1. Manfaat Teoritis.....	5
2. Manfaat Praktis.....	5
E. Penelitian Terkait	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Telaah Pustaka.....	8
1. Lanjut Usia.....	8
2. Konsep Kemandirian	15
B. Teori Keperawatan	21
C. Kerangka Teori Keperawatan.....	23
D. Kerangka Konsep Penelitian	24

BAB III METODE PENELITIAN	25
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	25
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	25
C. Populasi dan Sampel	25
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	27
E. Instrumen Penelitian.....	28
G. Prosedur Pengumpulan Data	29
H. Analisa Data	30
I. Etika Penelitian.....	30

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	32
A. Hasil Penelitian.....	32
1. Gambaran Tempat Penelitian	32
2. Analisa Univariat	32
B. Pembahasan	36

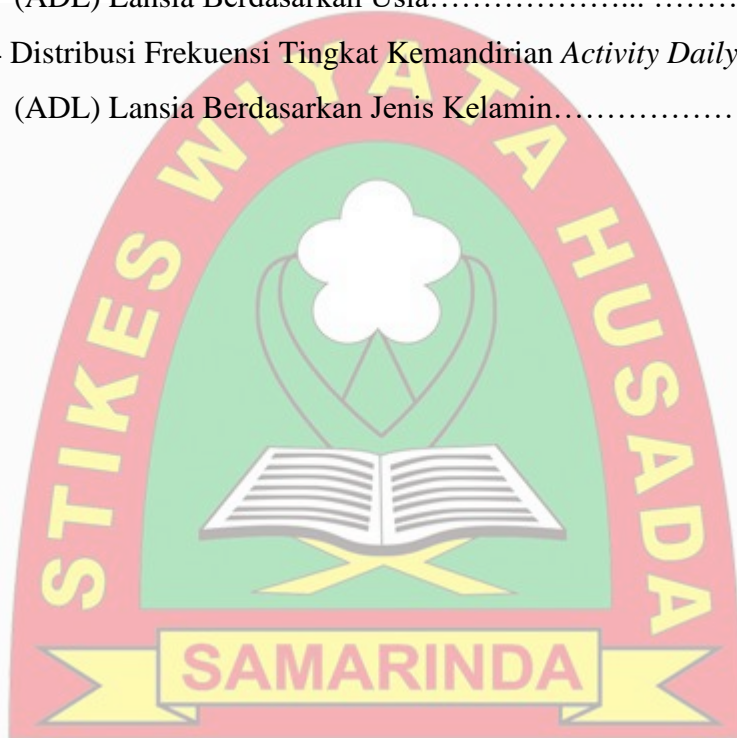
BAB V PENUTUP.....	39
A. Kesimpulan.....	39
B. Saran	39

DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Indeks Barthel	19
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	27
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Menurut Usia Dan Jenis Kelamin.....	32
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Lansia Berdasarkan Aktifitas Kemandirian	33
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL) Lansia	35
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL) Lansia Berdasarkan Usia.....	35
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL) Lansia Berdasarkan Jenis Kelamin.....	36



DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Diagram Batang Distribusi Frekuensi Lansia Berdasarkan Aktifitas
Kemandirian 34



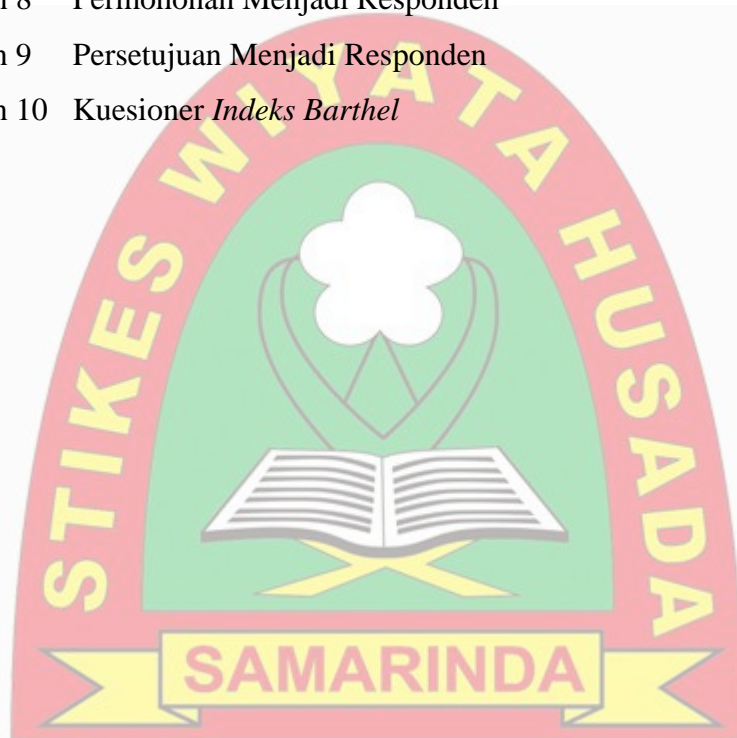
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Keperawatan	23
Skema 2.3 Kerangka Konsep Penelitian.....	24



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Timeline Penelitian
- Lampiran 2 Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 Surat Persetujuan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Uji Validitas Kuesioner
- Lampiran 5 Surat Persetujuan Izin Uji Validitas Kuesioner
- Lampiran 6 Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 7 Surat Persetujuan Izin Penelitian
- Lampiran 8 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 9 Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 10 Kuesioner *Indeks Barthel*



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif berupa menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh. Menurut Undang-Undang No 13 tahun 1998 pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan untuk mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah (Kholifah, 2016)

Berdasarkan data proyeksi penduduk, 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). Lansia Indonesia didominasi oleh kelompok umur 60-69 tahun (lansia muda) yang persentasenya mencapai 5,65 persen dari penduduk Indonesia, sisanya diisi oleh kelompok umur 70-79 tahun (lansia madya) dan 80+ (lansia tua) (BPS RI, 2018)

Data proyeksi yang di peroleh peneliti dari Puskesmas Samboja lansia yang ada di Desa Sei. Seluang Kec. Samboja Kutai Kartanegara pada tahun 2017 sebanyak 237 jiwa dan meningkat di tahun 2019 sebanyak 315 jiwa. Persentase lansia yang kian meningkat setiap tahunnya berimplikasi tidak hanya pada kehidupan lansia semata, akan tetapi memberikan dampak terhadap kehidupan orang disekitarnya. Kelompok usia produktif (15-59 tahun) ikut menanggung kehidupan para lansia yang sudah tidak berkontribusi aktif secara ekonomi (Dinkes Kukar, 2017).

Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan).. Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit,

tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan) (Kholifah, 2016).

Kemandirian merupakan kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain (RS Maryam, 2012). Untuk melihat kemampuan fungsional seseorang, khususnya lansia dapat diamati dari kemampuannya melakukan aktifitas kesehariannya. Aktifitas sehari hari adalah fungsi fungsi terkait yang bersifat fundamental terhadap kehidupan mandiri yang meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, kontinen dan makan. Kemandirian lansia dalam ADL didefinisikan sebagai kemampuan seseorang dalam melakukan aktifitas dan melakukan fungsi fungsi kehidupan sehari hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Ediawati, 2012).

Semakin lanjut usia seseorang maka kemampuan fisiknya akan semakin menurun yang bisa mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya, sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain. Jika ketergantungan tidak segera diatasi, maka akan menimbulkan beberapa akibat seperti gangguan system tubuh, timbulnya penyakit dan menurunnya *activity daily living* (ADL) (Tamher, 2011).

Berdasarkan teori keperawatan Self Care yang dikemukakan oleh Dorothea Orem manusia pada dasarnya mempunyai kemampuan dalam merawat dirinya sendiri yang disebut *Self Care Agency*. *Self Care agency* dapat berubah setiap waktu yang dipengaruhi oleh faktor dasar (*basic conditioning factor*) yaitu usia, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, sosialkultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, pola hidup, lingkungan, dan ketersediaan sumber (Abi Muhlisin, 2010). Pada penelitian Kodri dan El Rahmayati ditemukan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian lansia adalah faktor kesehatan, sosial, dan dukungan keluarga (El Rahmayati, 2016)

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Desa Sei Seluang Samboja terdapat 244 lansia usia > 60 tahun yang tinggal bersama keluarga. Hasil wawancara singkat dan observasi dari 10 lansia, sebanyak 2 orang lansia mengeluh bahwa kondisi fisiknya sudah tidak kuat seperti dulu, mudah lelah, hanya beristirahat saja dirumah karena takut apabila beraktifitas terlalu banyak dan jatuh sakit akan merepotkan anggota keluarga. 6 orang lansia lainnya mengatakan bahwa untuk melakukan aktifitas sehari hari mereka sebagian masih dibantu dan dilayani oleh anggota keluarga. Dari hasil observasi, 2 orang lansia hanya terbaring di tempat tidur, semua aktifitas sehari harinya dibantu total oleh keluarga.

Tingginya rasa keberdayaan mandiri pada lansia dapat meningkatkan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari, lansia akan merasa mampu dan akan mencoba melakukannya terlebih dahulu secara mandiri dan sebaliknya rendahnya rasa keberdayaan mandiri pada lansia dapat menurunkan kemauan lansia dalam beraktivitas, sehingga lansia merasa takut untuk mencoba hal baru atau takut akan tidak berhasil. (Wulandari, 2014) Ketergantungan lansia yg terus menerus akan berdampak tidak hanya pada lansia tetapi juga anggota keluarga. Lansia yg terus menerus dilayani dan tidak mandiri dalam beraktifitas karena banyak mengalami kemunduran fisik dan psikis akan mengalami depresi yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga lansia kehilangan gairah hidup, tubuhnya menjadi lebih rentan terhadap penyakit akut dan kronis, penyakit metabolik, gangguan psikososial, dan penyakit infeksi dapat meningkat (Ayuni, 2014)

Sedangkan dampak yang dapat dirasakan pada keluarga berupa kerepotan (*hassles*), ketegangan (*strain*) dan beban (*burden*) dalam merawat lansia dengan ketergantungan. Adanya perubahan peran, fungsi, dan tugas keluarga dapat berpengaruh baik langsung maupun tidak langsung pada fungsi ekonomi keluarga. Ketergantungan lansia yang tinggi meningkatkan resiko kekerasan dan penelantaran. Terutama jika anggota keluarga yang merawat lansia tidak mempunyai mekanisme koping yang baik karena mengalami perasaan yang terbuang, dampak pada jadwal kerja, dampak terhadap kesehatan dan perasaan

terisolasi (Wiyono, Sahar, & Wiarsih, 2008). Beban keluarga merawat lansia tergambar dari beban fisik, psikologis, sosial dan finansial. Beban fisik berupa kelelahan akibat merawat lansia, Beban psikologis yaitu perasaan khawatir ditinggal lansia karena usianya sudah tua, takut sakit mendadak dan perasaan bersalah karena tidak mampu merawat lansia dengan baik. Perubahan emosi lansia yang sering marah, dan sikap lansia yang susah diatur sering menimbulkan konflik antara keluarga dengan lansia.(Riasmini & Ners, 2013)

Berdasarkan masalah tersebut, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang tingkat kemandirian lanjut usia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di Desa Sei.Seluang Samboja.

B. Rumusan Masalah

Tingkat kemandirian lansia semakin menurun seiring dengan waktu. Semakin lanjut usia seseorang, kemampuan fisiknya akan semakin menurun yang bisa mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya. Banyak faktor yang menyebabkan berkurangnya kemandirian lansia seperti faktor usia, status kesehatan, status psikososial, dan dukungan keluarga. Hal tersebut akan berdampak ketergantungan pada orang lain.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin mengetahui tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) lansia yang tinggal bersama keluarga di Desa Sei Seluang Samboja

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia dengan *Barthel Index* di Desa Sei. Seluang Samboja

2. Tujuan Khusus

- a) Mengidentifikasi karakteristik lansia (usia dan jenis kelamin) lansia di Desa Sei Seluang Samboja

- b) Mengidentifikasi tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia di Desa Sei Seluang Samboja

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Memberikan wawasan pengetahuan tentang tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia di Desa Sei. Seluang Samboja

2. Manfaat Praktis

1. Bagi peneliti

Memberikan pengetahuan dan pengalaman tentang tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari

2. Bagi lansia dan keluarga

Sebagai bahan evaluasi bagi keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan yang ditujukan pada kemandirian *activity daily living* lansia

3. Bagi institusi Pendidikan

Memberikan informasi ilmiah dan dapat digunakan sebagai salah satu bahan bacaan dan referensi

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang terkait dengan penelitian hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia antara lain :

1. Kodri dan El Rahmayati (2016) meneliti tentang faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari di Puskesmas Wates Lampung Tengah. Jenis penelitian adalah kuantitatif. Sampel dalam penelitian ini adalah lansia yang berjumlah 157 lansia. Hasil penelitiannya menunjukkan faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia adalah kondisi kesehatan, kondisi sosial dan dukungan keluarga. Variabel kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia dan jenis penelitian kuantitatif merupakan persamaan penelitian Kodri dan El Rahmayati dengan penelitian ini. Perbedaannya terletak di tujuan penelitian.
2. Katerina Micheli et al (2018) meneliti tentang ikatan keluarga dengan kemandirian lansia dan pensiunan di Eropa. Penelitiannya bertujuan untuk

memeriksa apakah ikatan keluarga merupakan prediktor kuat dalam kemandirian fungsional lansia di Eropa. Metode penelitian ini dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Dari survey 14 negara Eropa 13.974 orang lansia berusia 50+ (45,2% pria dan 54,8% wanita) dilibatkan dalam penelitian ini. Hasil dari penelitian ini responden dengan kontak keluarga yang lebih rendah menunjukkan risiko lebih tinggi untuk penurunan kemandirian fungsional. Daerah bagian selatan dan Mediterania memiliki ikatan keluarga yang lebih dekat dan lansia dengan kemandirian fungsional yang lebih tinggi. Meneliti populasi lansia dan kemandiriannya merupakan persamaan dengan penelitian ini, sedangkan perbedaannya terdapat di area, tujuan dan hasil penelitiannya. Penelitian Katerina Micheli et al dilakukan di Eropa yang demografi, geografis serta tipe lansia yang jauh berbeda dengan area penelitian ini.

3. Ayuni (2014) meneliti tentang perbedaan kejadian depresi pada lansia mandiri dan ketergantungan dalam ADL di PSTW Yogyakarta Unit Abiyoso Pakem Sleman. Metode : Metode penelitian deskriptif komparatif dengan pendekatan waktu cross sectional. Responden penelitian terdiri dari 28 lansia mandiri dalam ADL dan 28 dengan ketergantungan dalam ADL. Sampel diambil dengan menggunakan teknik quota sampling. Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara kejadian depresi pada lansia mandiri dan ketergantungan dalam ADL di PSTW Yogyakarta Unit Abiyoso Pakem Sleman. Meneliti tingkat kemandirian lansia merupakan persamaan dari penelitian ini. Perbedaannya terletak pada tujuan penelitian. Penelitian Ayuni meneliti tentang perbedaan kejadian depresi yang dialami lansia apabila mengalami ketergantungan sedangkan penelitian ini untuk melihat gambaran tingkat kemandirian lansia itu sendiri.
4. Riasmini (2013) meneliti pengalaman keluarga dalam penanganan lansia dari aspek budaya Indonesia. Metode penelitian yang digunakan adalah fenomenologi deskriptif. Hasil penelitian ini mengidentifikasi 4 tema yaitu: alasan merawat lansia karena tanggung jawab yaitu tugas sebagai anggota keluarga, balas budi, kepuasan, caregiver utama, kedekatan dan

kasihan, beban merawat yaitu beban fisik, psikologis, sosial dan finansial, persepsi tentang nilai budaya yaitu kedudukan dan peran lansia dalam keluarga, dan dukungan dalam merawat yaitu dukungan keluarga dan masyarakat. Meneliti lansia yang tinggal bersama keluarga adalah persamaan dari penelitian ini, sedangkan perbedaannya terletak pada metode dan tujuan penelitiannya. Penelitian Riasmini menggunakan metode kualitatif yang membahas pengalaman yang dirasakan keluarga merawat lansia sedangkan penelitian ini memberi gambaran bagaimana tingkat kemandirian lansia itu sendiri.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Lanjut Usia

a. Definisi

Lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, berupa proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Kholifah, 2016)

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2015)

b. Batasan Lansia

Batasan umur pada usia lanjut dari waktu ke waktu berbeda. Menurut World Health Organization (WHO) lansia meliputi : Usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun, Lanjut usia (elderly) antara usia 60 sampai 74 tahun , Lanjut usia tua (old) antara usia 75 sampai 90 tahun , Usia sangat tua (very old) diatas usia 90 tahun

Depkes RI (2005) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga katagori, yaitu: usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun,Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas, dan Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan (Andrian Ramadhan, 2014)

c. Teori Proses Menua

Teori penuaan secara umum menurut Azizah (2011) dibedakan menjadi dua yaitu teori biologi dan teori penuaan psikososial:

1) Teori Biologi

a) Teori Seluler

Kemampuan sel hanya dapat membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh “diprogram” untuk membelah 50 kali. Jika sel dari tubuh lansia biakkan lalu diobservasi di laboratorium terlihat jumlah sel-sel yang akan membelah sedikit. Pada beberapa sistem, seperti sistem saraf, system musculoskeletal dan jantung, sel pada jaringan dan organ dalam sistem itu tidak dapat diganti jika sel tersebut dibuang karena rusak atau mati. Oleh karena itu, sistem tersebut beresiko akan mengalami proses penuaan dan mempunyai kemampuan yang sedikit atau tidak sama sekali untuk tumbuh dan memperbaiki diri

b) Sintesis Protein (Kolagen dan Elastis)

Jaringan seperti kulit dan kartilago kehilangan elastisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tertentu. Pada lansia beberapa protein (kolagen dan kartilago, dan elastin pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda. Contohnya banyak kolagen pada kartilago dan elastin pada kulit yang kehilangan fleksibilitasnya serta menjadi lebih tebal, seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini dapat lebih mudah dihubungkan dengan perubahan permukaan kulit yang kehilangan elastisitasnya dan cenderung berkerut, juga terjadinya penurunan mobilitas dan kecepatan pada system musculoskeletal

c) Keracunan Oksigen

Teori ini tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel di dalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi, tanpa mekanisme pertahanan diri tertentu. Ketidakmampuan mempertahankan diri dari toksin tersebut

membuat struktur membran sel mengalami perubahan serta terjadi kesalahan genetik. Membran sel tersebut merupakan alat sel supaya dapat berkomunikasi dengan lingkungannya dan berfungsi juga untuk mengontrol proses pengambilan nutrisi dengan proses ekskresi zat toksik di dalam tubuh. Fungsi komponen protein pada membran sel yang sangat penting bagi proses tersebut, dipengaruhi oleh rigiditas membran. Konsekuensi dari kesalahan genetik adalah adanya penurunan reproduksi sel oleh mitosis yang mengakibatkan jumlah sel anak di semua jaringan dan organ berkurang. Hal ini akan menyebabkan peningkatan kerusakan sistem tubuh

d) Sistem Imun

Kemampuan sistem imun mengalami kemunduran pada masa penuaan. Walaupun demikian, kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari system limfatik dan khususnya sel darah putih, juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan. Mutasi yang berulang atau perubahan protein pasca tranlasi, dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan system imun tubuh mengenali dirinya sendiri. Jika mutasi isomatik menyebabkan terjadinya kelainan pada antigen permukaan sel, maka hal ini akan dapat menyebabkan sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan tersebut sebagai sel asing dan menghancurkannya. Perubahan inilah yang menjadi dasar terjadinya peristiwa autoimun. Disisi lain sistem imun tubuh sendiri daya pertahanannya mengalami penurunan pada proses menua, daya serangnya terhadap sel kanker menjadi menurun, sehingga sel kanker leluasa membelah-belah

e) Teori Menua Akibat Metabolisme

Menurut Mc. Kay et all., (1935) pengurangan “intake” kalori pada rodentia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur. Perpanjangan umur karena jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme. Terjadi penurunan pengeluaran hormon yang

merangsang pruferasi sel misalnya insulin dan hormon pertumbuhan (Darmojo, 2014)

2) Teori Psikologis

a) Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. Sense of integrity yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua. Teori ini menyatakan bahwa pada lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan social.

b) Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Identity pada lansia yang sudah mantap memudahkan dalam memelihara hubungan dengan masyarakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, keluarga dan hubungan interpersonal.

c) Teori Pembebasan (*Disengagement Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara pelan tetapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

c. Perubahan – perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degenerative yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia.

1) Perubahan Fisik

a) Sistem Indra

Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karenahilangnya 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.

b) Sistem Intergumen: Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga

menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

c) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaansendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan.

Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.

Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.

Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

d) Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e) Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk

mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

f) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

g) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

h) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

i) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2) Perubahan Kognitif

Perubahan Kognitif meliputi Memori (Daya ingat, Ingatan), IQ (*Intelligent Quotient*), Kemampuan Belajar (*Learning*), Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*), Pemecahan Masalah (*Problem Solving*), Pengambilan Keputusan (*Decision Making*), Kebijaksanaan (*Wisdom*), Kinerja (*Performance*), Motivasi. (Kholifah, 2016)

3) Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental meliputi perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas),

lingkungan, gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian., gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan, rangkaian dari kehilangan (kehilangan hubungan dengan teman dan family), hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

4) Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

5) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial yang dialami lansia antara lain :

a) Pensiun

Hilangnya kontak social dari area pekerjaan membuat seseorang lansia pensiunan merasakan kekosongan, secara tiba tiba dapat merasakan begitu banyak waktu luang yang ada dirumah disertai dengan sedikitnya hal hal yang dapat dijalani. Masalah yang berputar disekitar pension berkaitan erat dengan pertimbangan atas jabatan dan keadaan keuangan.

b) Perubahan aspek kepribadian

Setelah memasuki lansia maka akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Dengan menurunnya kedua fungsi tersebut lansia akan mengalami perubahan kepribadian.

c) Perubahan dalam peran sosial dimasyarakat

Akibat berkurangnya fungsi indera pendengaran, penglihatan, gerak fisik dan sebagainya maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia sehingga sering menimbulkan keterasingan. Hal ini sebaiknya dicegah dengan mengajak mereka melakukan aktifitas selama yang bersangkutan masih sanggup, agar tidak merasa terasing atau diasingkan

d) Perubahan minat

Hurlock (1990) mengatakan perubahan yang dialami oleh setiap orang akan mempengaruhi minatnya terhadap perubahan tersebut dan akhirnya mempengaruhi pola hidupnya

6) Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lansia seringkali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik. Menurut Kuntjoro (2002) faktor psikologis yang menyertai lansia berkaitan dengan seksualitas antara lain seperti rasa tabu dan malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia

7) Penurunan kemandirian activity daily living (ADL)

Pengaruh proses menua dapat menimbulkan masalah baik secara fisik, biologi, mental, maupun social ekonomi. Semakin lanjut usia mereka akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik sehingga mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan sehari-harinya (ADL) yang berakibat dapat meningkatkan ketergantungan untuk memerlukan bantuan orang lain (Nugroho, 2015).

2. Konsep Kemandirian

a. Definisi

Kemandirian didefinisikan sebagai kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain (RS Maryam, 2012). Ketergantungan perilaku tidak semata-mata merupakan produk dari penurunan biologis tetapi dapat pula atau terutama merupakan konsekuensi dari faktor-faktor social budaya, kondisi-kondisi dalam lingkungan sosial yang memupuk perilaku dependen. Banyak faktor sosial, budaya, ekonomi dan psikologis yang berperan dalam perkembangan dan menetapnya ketergantungan (Padila, 2013)

Salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti: berdiri, berjalan dan bekerja. Kemampuan aktivitas seseorang tidak lepas dari keadegan sistem persarafan dan

muskuloskeletal. Diantaranya dalam sistem saraf, lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Secara umum kondisi fisik seseorang yang telah memasuki usia lanjut mengalami penurunan. Hal ini menyebabkan seseorang lansia rentan terhadap penyakit. Dan kemajuan proses penyakit mengancam kemandirian dan kualitas hidup dengan membebani kemampuan melakukan perawatan personal dan aktivitas sehari-hari (Smeltzer & Bare, 2002)

Activity daily living (ADL) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari dan merupakan aktivitas pokok untuk perawatan diri. ADL merupakan salah satu alat ukur untuk menilai kapasitas fungsional seseorang dengan menanyakan aktivitas kehidupan sehari-hari, untuk mengetahui lanjut usia yang membutuhkan pertolongan orang lain dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, atau dapat melakukannya secara mandiri. Dan juga menjadi sumber informasi yang berguna untuk mengetahui adanya kerapuhan pada lanjut usia yang membutuhkan perawatan (Wulandari, 2014).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Lansia dalam *Activity Daily Living* (ADL)

1) Umur

Meningkatnya usia secara alamiah akan terjadi penurunan kemampuan fungsi untuk merawat diri sendiri maupun berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya, dan akan semakin bergantung pada orang lain (Ismail, 2015)

2) Kesehatan Fisiologis

Kesehatan lansia sangat mempengaruhi kemandirian lansia karena apabila kondisi lansia sehat maka lansia dapat melakukan aktivitas tanpa dibantu oleh orang lain tetapi apabila kondisi lansia sakit dia akan membutuhkan bantuan orang lain (El Rahmayati, 2016)

3) Fungsi Kognitif

Adanya gangguan kognitif pada lansia akan mempengaruhi kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Gangguan fungsi yang terjadi dapat berupa gangguan orientasi, perhatian, konsentrasi, daya ingat dan bahasa serta fungsi intelektual. Serangkaian dari fungsi kognitif ini yang mendukung perencanaan, inisiasi, pemecahan masalah dalam melakukan aktivitas (Marlina, Sri Mudayati, 2017)

4) Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan *activity of daily living*. Penguasaan lingkungan yang baik membuat seseorang mudah untuk beradaptasi dengan lingkungannya (Ismail, 2015)

c. Penilaian Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL)

Instrument yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kemandirian lansia yaitu :

1) Indeks Katz

Indeks Katz adalah alat yang secara luas digunakan untuk menentukan hasil-hasil tindakan dan prognosis pada lansia dan penyakit kronis. Indeks Katz pada aktivitas sehari-hari berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau tergantung dari klien dalam mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah, kontinensia, dan makan. Instrumen ini paling efektif digunakan lansia saat perawatan. Saat pengukuran awal, diambil ketika klien dalam kondisi baik. Tiga puluh lima tahun sejak instrumen dikembangkan, instrumen telah dimodifikasi dan disederhanakan dan pendekatan yang

berbeda untuk penilaian telah dilakukan. Meskipun tidak ada laporan reliabilitas dan validitas resmi dapat ditemukan dalam literatur, alat ini digunakan secara luas untuk mengukur kemampuan fungsional lansia di lingkungan klinis dan rumah (Nursal, 2009). Indeks Katz terdiri dari 7 tingkatan sebagai hasil penilaian terhadap perihal melakukan kegiatan sehari-hari, yaitu :

- Tingkat A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, dan berpakaian.
- Tingkat B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut.
- Tingkat C : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
- Tingkat D : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
- Tingkat E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, dan satu fungsi tambahan.
- Tingkat F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan satu fungsi tambahan.
- Tingkat G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

2) Indeks Barthel

Penilaian didasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas fungsional (Barthel, 1965). Pengukuran meliputi sepuluh kemampuan sebagai berikut :

Tabel 2.1 Tabel Indeks Barthel

Aktivitas	Nilai	Keterangan
1. Mengontrol BAB	0 Incontinence 1 Kadang-kadang incontinence 2 Continence teratur	
2. Mengontrol BAK	0 Incontinence 1 Kadang-kadang incontinence 2 Continence teratur	
3. Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	0 Butuh pertolongan orang lain 1 Mandiri	
4. Toileting	0 Tergantung pertolongan orang lain 1 Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas, tetapi beberapa aktivitas masih dapat dikerjakan sendiri 2 Mandiri	
5. Makan	0 Tidak mampu 1 Butuh pertolongan orang lain 2 Bantuan minimal 2 orang 3 Mandiri	
6. Berpindah tempat dari kursi	0 Tidak mampu ke tempat tidur 1 Perlu pertolongan untuk bisa duduk 2 Bantuan minimal 2 orang 3 Mandiri (kadang dibantu)	
7. Mobilisasi / berjalan	0 Tidak mampu 1 Bisa berjalan dengan kursi roda 2 Berjalan dengan bantuan orang lain 3 Mandiri (kadang dibantu)	
8. Berpakaian	0 Tergantung pertolongan orang lain 1 Sebagian dibantu 2 Mandiri	
9. Naik turun tangga	0 Tidak mampu 1 Butuh pertolongan 2 Mandiri	
10. Mandi	0 Tergantung pertolongan orang lain 1 Mandiri	

Sumber : (Barthel,1965)

Menurut Tamher (2011) untuk menetapkan apakah salah satu fungsi tersebut mandiri atau dependen (yaitu memperlihatkan tingkat ketergantungan) diterapkan standar sebagai berikut:

1) Mandi .

Dinilai kemampuan klien untuk menggosok atau membersihkan sendiri seluruh bagian badanya, atau dalam hal mandi dengan cara pancuran (shower) atau dengan cara masuk dan keluar sendiri dari bath tub. Dikatakan independen (mandiri), bila dalam melakukan aktivitas ini, lansia hanya memerlukan

bantuan untuk misalnya menggosok/membersihkan sebagian tertentu dari anggota badannya. Lansia mampu mandiri sendiri tapi tak lengkap seluruhnya. Dikatakan dependen bila klien memerlukan bantuan untuk lebih dari satu bagian badannya. Juga bila klien tak mampu masuk keluar bath tub sendiri.

2) Berpakaian.

Dikatakan independen bila tak mampu mengambil sendiri pakaian dalam lemari atau laci misalnya, mengenakan sendiri bajunya, memasang kancing atau resleting (mengikat tali sepatu, dikecualikan).

3) Toileting

Dikatakan independen bila lansia tak mampu ke toilet sendiri, beranjak dari kloset, merapikan pakaian sendiri organ ekskresi, bila harus menggunakan bed pan atau pispot. Untuk keluar masuk toilet menggunakannya serta merapikan pakaiannya selalu memerlukan bantuan.

4) Transferring.

Dikatakan independen bila mampu naik turun sendiri dari tempat tidur atau kursi/kursi roda. Bila hanya memerlukan sedikit bantuan atau bantuan yang bersifat mekanis, tidak termasuk. Sebaliknya, dependen bila selalu memerlukan bantuan untuk kegiatan tersebut diatas. Atau tidak mampu melakukan satu atau lebih aktifitas transferring.

5) Kontinensia atau eliminasi.

Dikatakan independen bila mampu buang hajat sendiri (urinasi dan defekasi). Sebaliknya, termasuk dependen bila pada salah satu atau keduanya (miksi atau defekasi) memerlukan enema dan kateter. Juga bila lansia menggunakan bed pan secara regular.

6) Makan.

Dikatakan independen, bila mampu menyuap makanan sendiri, mengambil dari piring. Dalam penilaian tidak termasuk mengiris poto \gan daging. Misalnya, juga menyiapkan hidangan. Keadaan sebaliknya tergolong dependen.

B. Teori Keperawatan

1. Konsep Teori Dorothea Orem

Pandangan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya, dalam konsep, Orem mengembangkan tiga teori *self care*, diantaranya:

a. Teori Self Care

Menggambarkan kebutuhan pasien yang akan dipenuhi oleh perawat, oleh pasien itu sendiri atau kedua – duanya. Sistem keperawatan didesain berupa sistem tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk melatih meningkatkan *self agency*, seseorang yang mengalami keterbatasan dalam pemenuhan *self care* pasien yakin *wholly compensatory system* (sistem bantuan penuh / ketergantungan total), *partially compensatory system* (sistem bantuan sebagian / ketergantungan sebagian) dan *supportive educative system* (Renpenning & Taylor, 2003; Alligood & Tomey, 2010).

b. Teori Self Care Defisit

Self Care Deficit merupakan bagian penting dalam keperawatan secara umum dimana perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawat dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu, atau terbatas untuk melakukan Self Care nya secara terus menerus, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagian pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain (Renpenning & Taylor, 2003 ; Christensen And Kenny, 2009)

c. Teori Nursing system

Merupakan hubungan antara *therapeutic self care demands* dengan kekuatan dengan kekuatan *self care agency* yang tidak adekuat, kemampuan *self care agency* lebih kecil dibandingkan dengan *therapeutic self care agency* sehingga *self care* tidak dipenuhi. kondisi

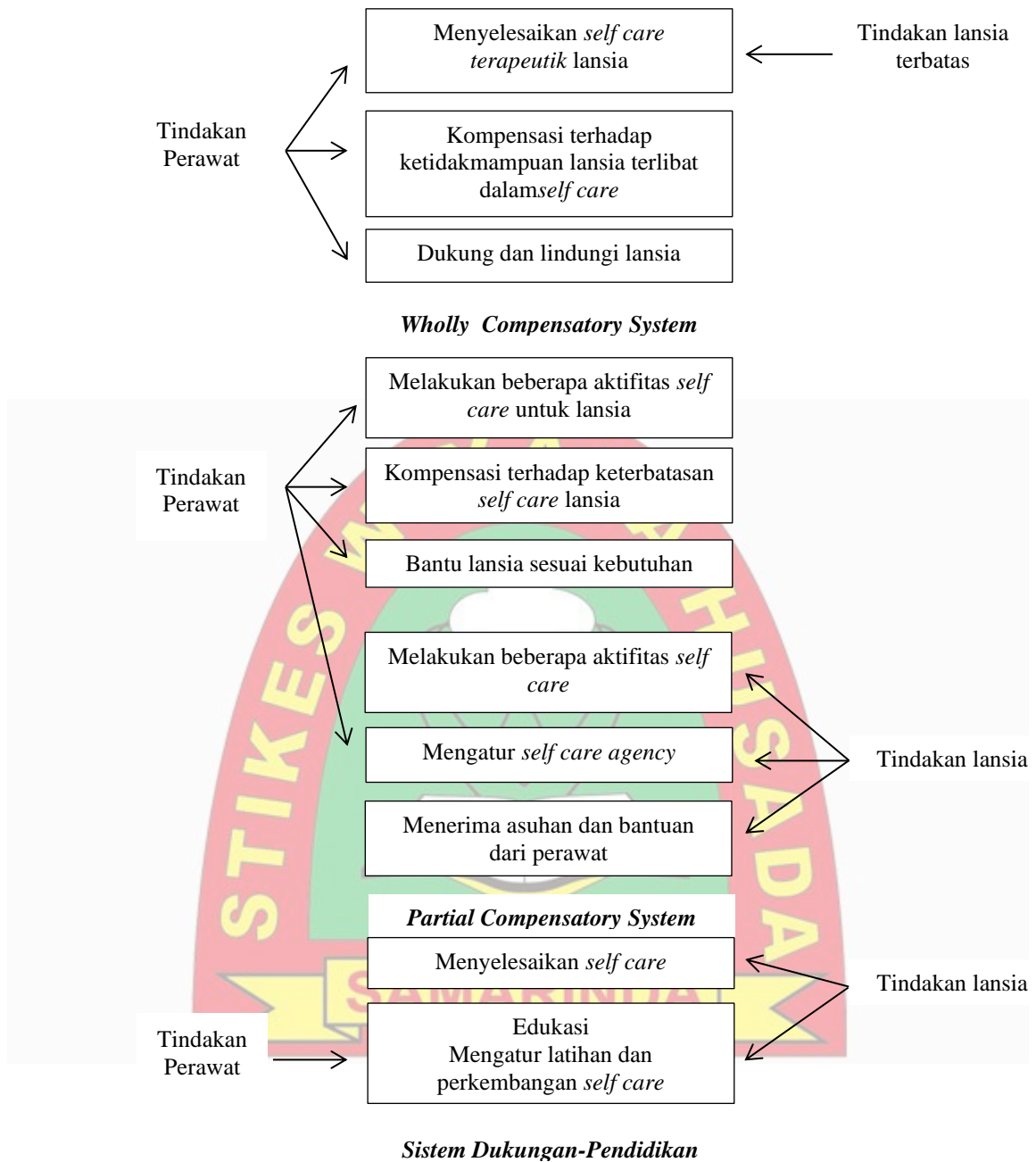
ini menentukan adanya kebutuhan perawat (nursing agency) melalui system keperawatan (Dickson & Wright, 2012)

- 1) *Nursing Agency* (Agen Keperawatan) yakni karakteristik orang yang mampu memenuhi status perawat dalam kelompok – kelompok sosial
- 2) *Self Care Agency* (Agen Perawatan Diri) adalah kekuatan individu yang berhubungan dengan perkiraan dan esensial operasi – operasi produksi untuk perawatan mandiri,
- 3) *Therapeutik Self Care Demand* (Permintaan Perwatan Diri) yakni totalitas upaya – upaya perawatan diri sendiri yang ditampilkan untuk beberapa waktu agar menemukan syarat – syarat perawatan mandiri dengan cara menggunakan metode – metode yang valid
- 4) *Self – Care* (Perawatan diri) adalah suatu kontribusi berkelanjutan orang dewasa bagi eksistensinya, kesehatannya dan kesejahteraannya, perawatan diri adalah aktivitas dimana individu – individunya memulai dan menampilkan kepentingan mereka dalam mempertahankan individu, kesehatan dan kesejahteraan (Christensen, 2009)

2. Aplikasi Teori Orem

Penerapan teori self care Dorothea Orem didasarkan pada tiga teori yang berfokus pada peran manusia dalam menyeimbangkan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya dengan merawat diri mereka sendiri. Peran perawat adalah memenuhi kebutuhan perawatan diri klien untuk mencapai kemandirian dan kesehatan yang optimal (Tomey & Alligood, 2010)

C. Kerangka Teori Keperawatan



Skema 2. 1 Memodifikasi Dari Teori Keperawatan Orem (1971)

Teori Orem didasarkan pada tiga konstruksi utama yaitu keharusan perawatan diri, perawatan diri dan system keperawatan, sentral dari teori Orem adalah keyakinan bahwa individu berfungsi untuk mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan dengan merawat diri mereka sendiri. Jika individu tidak mampu memenuhi kebutuhannya (keharusan perawatan

Diri) maka terjadi deficit perawatan diri dan timbul tuntutan perawatan diri terapeutik yang mengarah pada bantuan perawatan (*wholly compensatory system* / kompensatori utuh, *partial compensatory system*/ kompensatori sebagian, dan *system dukungan pendidikan*) ketiga keharusan diri adalah universal, perkembangan dan penyimpangan kesehatan, ketika kebutuhan perawatan diri melebihi kapabilitas perawatan diri individu, maka terjadi defisit perawatan diri yang membutuhkan intervensi keperawatan. Sistem keperawatan kompensatori utuh digunakan pada lansia yang tidak mampu terlibat dalam segala bentuk tindakan yang disengaja, yang tidak dapat atau tidak boleh dilakukan tindakan, atau yang tidak mampu memperhatikan diri mereka sendiri, tindakan keperawatan terdiri atas melakukan perawatan diri terapeutik lansia, mengkompensasi ketidakmampuan, dan mendukung serta melindungi lansia, sedangkan pada kompensatori sebagian ditujukan pada lansia yang tidak dapat melakukan sebagian aktivitas perawatan diri untuk mengkompensasi keterbatasan atau membantu lansia sesuai kebutuhan. Pada *system dukungan pendidikan*, perawat membantu lansia yang mampu atau dapat belajar melakukan perawatan diri terapeutik, namun membutuhkan bantuan dalam pengambilan keputusan (Katherine Renpenning, 2003) (Christensen, 2009)

D. Kerangka Konsep Penelitian



Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Pendekatan penelitian yang digunakan dengan cara potong lintang (*Cross Sectional*) yaitu penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel yang dinilai secara simultan pada satu saat, tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2017).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Sei. Seluang Samboja. Alasan peneliti memilih lokasi penelitian di desa ini karena desa Sei. Seluang merupakan desa yang memiliki jumlah lansia terbanyak dibanding desa lainnya yang ada di Samboja dan lokasinya juga terjangkau oleh peneliti

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 15 Mei 2019 – 15 Juni 2019

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi penelitian ini adalah seluruh lansia usia yang tinggal bersama keluarga yang berada di Desa Sei Seluang Samboja yang berjumlah 244 orang

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini yang menjadi sampel adalah lansia yang tinggal bersama keluarga di Desa Sei. Seluang Samboja Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan rumus berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan :

n : Jumlah Sampel

N : Jumlah Populasi

d : Tingkat signifikansi (0,1)

$$\begin{aligned} n &= \frac{244}{1 + 244 (0,1)^2} \\ &= 70,93 \\ &= 71 \text{ Sampel} \end{aligned}$$

3. Teknik Pengambilan Sampel.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode nonprobability sampling yaitu dengan teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, dengan teknik consecutive sampling yaitu memilih sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2017).

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

- a) Lansia yang bersedia menjadi responden;
- b) Lansia yang komunikatif dan kooperatif;
- c) Lansia yang tinggal satu rumah dengan keluarga
- d) Lansia yang tidak mengalami keterbatasan fisik
- e) Lansia yang tidak mengalami dimensia

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang diamati (diukur) itulah merupakan kunci definisi operasional. Pemberian arti atau makna pada masing – masing variabel berdasarkan karakteristik masing – masing variabel (Nursalam, 2017)

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Usia	Lama waktu hidup lansia yang dihitung dari sejak lahir sampai	Kuesioner	Usia pertengahan 45- 59 tahun, Lanjut usia 60-74 tahun Lanjut usia tua 75- 90 tahun Usia sangat tua > 90 tahun	Ordinal
Jenis Kelamin	Ciri yang membedakan usia lanjut	Kuesioner	Laki – Laki Perempuan	Nominal
Tingkat kemandirian <i>activity daily living</i> (ADL) lansia	Suatu keadaan dimana seorang lansia berupaya memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari	Indeks Barthel	Kemandirian <i>activity daily living</i> (ADL) Lansia dikategorikan dengan nilai cut of point. 1. Mandiri : jika skor \geq median yaitu 21,00 2. Tidak Mandiri: jika skor \leq median yaitu 21,00	Ordinal

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian berupa kuesioner kemandirian *activity dalily living* (ADL) *Indeks Barthel*. Kuesioner meliputi kegiatan sehari hari seperti mengontrol BAB, mengontrol BAK, membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi), toileting, makan, berpindah tempat dari kursi, mobilisasi / berjalan, berpakaian, naik turun tangga dan mandi. Pertanyaan yang diajukan terdiri dari 10 butir yang merupakan pertanyaan yang terstruktur yaitu menjawab sesuai dengan pedoman yang sudah ditetapkan. Kuesioner ADL Barthel merupakan instrumen ukur yang andal dan sahih serta dapat digunakan untuk mengukur status fungsional dasar usia lanjut Indonesia (Agung, 2010)

F. Uji Validitas Dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau tidak validnya suatu kuesioner. Pengujian validitas kuesioner dilakukan dengan menguji validitas item pertanyaan (Nursalam, 2017). Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau yang sahih mempunyai validitas tinggi. Sebaiknya instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah (Arikunto, 2014). Sebelum dilakukan penelitian, kuesioner terlebih dahulu dilakukan uji validitas dengan menggunakan komputerisasi. Uji validitas kuesioner tingkat kemandirian lansia dilakukan di Desa Karya Jaya Samboja dengan jumlah 30 responden. Setiap item pertanyaan dinyatakan valid jika standar validitas *Person Product Moment* item total *correlation* dari nilai *r* table, dengan $df = N-2$, $30-2=28$ sehingga didapatkan nilai konstanta adalah 0,374. Pada kuesioner tingkat kemandirian lansia, semua item pernyataan dinyatakan valid.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrument tersebut sudah baik. Uji

Reliabilitas dilakukan untuk melihat apakah alat ukur yang digunakan (kuesioner) menunjukkan konsistensi dalam mengukur gejala yang sama ukurannya (Sugiyono, 2012). Instrument dikatakan reliabel bila nilai Cronbachs Alpha $> 0,6$. Pada kuesioner tingkat kemandirian lansia nilai reliabilitas yang diperoleh adalah 0,932. Maka dapat dapat disimpulkan kuesioner dalam penelitian ini reliabel.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Tahap-tahap pengumpulan data dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penelitian ini dimulai dengan studi pendahuluan untuk mencari fenomena atau masalah yang ada.
2. Peneliti mengajukan fenomena penelitian kepada dosen pembimbing
3. Peneliti membuat proposal penelitian
4. Peneliti melaksanakan ujian proposal penelitian setelah peneliti menyelesaikannya dan disetujui dosen pembimbing.
5. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner pada lansia di Desa Karya Jaya Samboja dengan 30 responden
6. Setelah kuesioner dinyatakan valid, peneliti melakukan penelitian di Desa Sei Seluang Samboja pada bulan Mei sampai dengan Juni 2019
7. Peneliti menjelaskan prosedur pengambilan data kepada responden saat penelitian dan memberikan lembar penjelasan penelitian dan informed consent
8. Peneliti menyerahkan kuesioner pada responden
9. Responden dipersilahkan untuk menjawab atau mengisi kuesioner
10. Kuesioner yang sudah diisi kemudian dikembalikan kepada peneliti. Setelah diberikan kuesioner, peneliti mengecek kembali kelengkapan kuesioner
11. Peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden karena telah bersedia mengisi kuesioner untuk kepentingan penelitian.
12. Kuesioner yang telah diisi dikumpulkan dan akan dilanjutkan dengan pengolahan data.

H. Analisa Data

1. Uji Normalitas

Dilakukan dengan menggunakan uji *one sample Kolmogrov-Smirnov*, karena sampel penelitian ini berjumlah 71 responden. Uji ini bertujuan menguji apakah sebaran data yang ada berdistribusi normal atau tidak dan menentukan cut of point kategori variabel.

Penelitian ini didapatkan Uji *Kolmogrov-Smirnov* untuk Tingkat Kemandirian Lansia dengan nilai Sig = 0,00, data berdistribusi secara tidak normal.

2. Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menerangkan karakteristik masing-masing variabel, baik variabel bebas maupun terikat. Analisa univariate dilakukan untuk memberi gambaran dan penjelasan terhadap variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini dilakukan analisis univariat pada variabel karakteristik responden dan tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia. Untuk mengetahui frekuensi dan persentase (Notoatmodjo, 2010) dengan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{N} = 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase yang dicari

F = Frekuensi responden untuk setiap pertanyaan

N = Jumlah sampel

I. Etika Penelitian

Etika adalah prinsip moral yang mempengaruhi tindakan. Dalam berbagai disiplin ilmu, penelitian yang melibatkan manusia atau hewan, peneliti harus mempertimbangkan isu etik (M.D.Anggraini, Saryono, 2013). Penelitian ini menjunjung tinggi prinsip etika penelitian yang merupakan standar etika dalam melakukan penelitian yaitu :

1. Prinsip Manfaat

Prinsip ini mengharuskan peneliti untuk memperkecil resiko dan memaksimalkan manfaat. Penelitian terhadap lansia diharapkan dapat memberikan manfaat untuk kepentingan lansia secara individu, keluarga atau masyarakat secara keseluruhan. Prinsip ini meliputi hak untuk mendapatkan perlindungan dari penderitaan dan kegelisahan dan hak untuk mendapat perlindungan dari eksploitasi.

2. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect Human Dignity*)

- a. Hak untuk ikut atau tidak untuk menjadi informan (*right to self determination*).

Dalam hal ini lansia memutuskan sendiri apakah mereka mau atau tidak menjadi partisipan.

- b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan.

Peneliti menjelaskan secara rinci tentang penelitian yang dilakukan dan bertanggung jawab ketika melaksanakan penelitian tersebut.

- c. Informed Consent

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan lansia dengan memberikan lembar persetujuan. Peneliti memberikan informasi secara lengkap kepada lansia tentang tujuan penelitian yang dilaksanakan dan lansia mempunyai hak untuk bebas menerima atau menolak menjadi partisipan.

3. Prinsip Keadilan (*Right to Justice*)

- a. Hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil (*right in fair treatment*).

Lansia diperlakukan secara adil selama keikutsertannya dalam penelitian tanpa diskriminasi apabila mereka tidak bersedia atau dropped out sebagai informan.

- b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Lansia mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya anonymity (tanpa nama) dan confidentially (rahasia). Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Tempat Penelitian

Desa Sungai seluang adalah salah satu kelurahan di wilayah kecamatan Samboja Kabupaten Kutai Kartanegara, Provinsi Kalimantan Timur. Dengan luas wilayah 70 km² dengan jumlah penduduk 3.460 jiwa. Jumlah lansianya sebanyak 244 jiwa. Desa Sei Seluang merupakan salah satu wilayah kerja dari Puskesmas Samboja dan memiliki 2 posyandu lansia sebagai sarana fasilitas layanan kesehatan untuk lansia.

2. Analisa Univariat

Dalam analisa univariat ini menjelaskan secara deskriptif mengenai variabel-variabel penelitian yang terdiri dari karakteristik responden dan mengenai hasil pengumpulan data sesuai dengan variabel penelitian. Data ini terdiri dari data demografi usia dan jenis kelamin dan variabel tingkat kemandirian activity daily living (ADL) lansia

a. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Usia dan Jenis Kelamin Responden Lansia di Desa Sei Seluang Samboja Juli 2019

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
45 – 59 tahun	20	28.2
60 – 74 tahun	48	67.6
75 – 90 tahun	3	4.2
Total	71	100.0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	28.2
Perempuan	51	71.8
Total	71	100.0

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan dan sebagian kecil lansia berjenis kelamin laki-laki. Responden lansia terbanyak adalah lansia yang berusia 60 – 74 tahun. Hampir setengahnya merupakan lansia yang berusia 45 – 59 tahun. Dan responden paling sedikit yaitu lansia yang berusia 75 – 90 tahun .

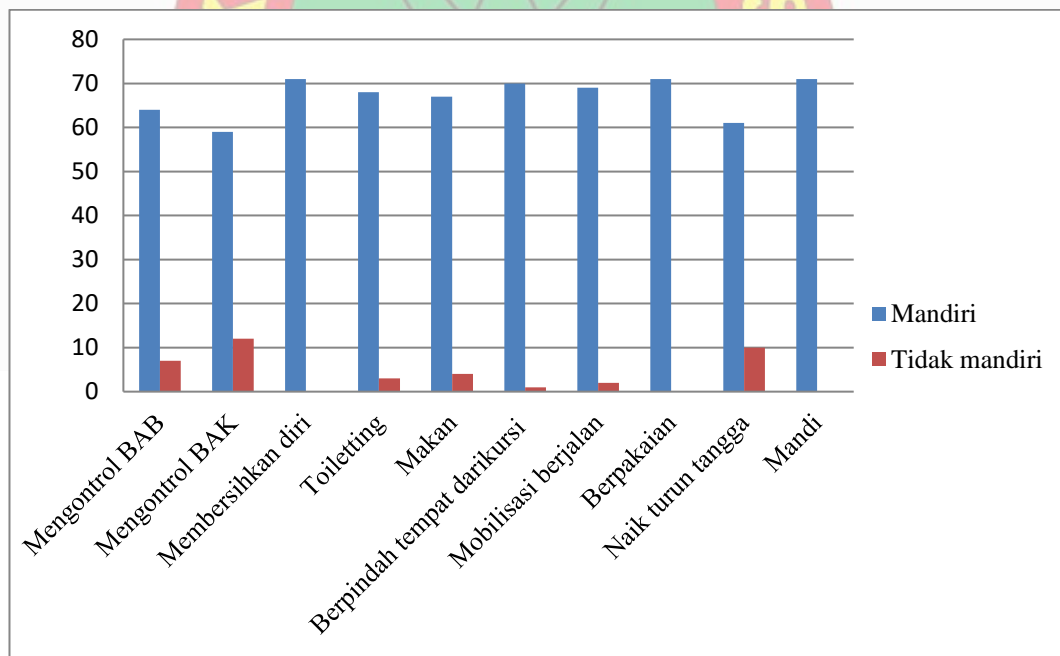
b. Variabel Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia)

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Lansia berdasarkan Aktifitas Kemandirian Di Desa Sei. Seluang Samboja

Aktifitas	Frekuensi	Persentase (%)
Mengontrol BAB		
Continece teratur	64	90.1
Kadang kadang incontinence	7	9.9
Total	71	100.0
Mengontrol BAK		
Continece teratur	59	83.1
Kadang kadang incontinence	12	16.9
Total	71	100.0
Membersihkan diri		
Mandiri	71	100.0
Total	71	100.0
Toiletting		
Mandiri	68	95.8
Perlu pertolongan pada beberapa aktifitas	3	4.2
Total	71	100.0
Makan		
Mandiri	67	94.4
Bantuan minimal 2 orang	4	5.6
Total	71	100.0
Berpindah tempat dari kursi		
Mandiri	70	98.6
Bantuan minimal 2 orang	1	1.4
Total	71	100.0

Mobilisasi berjalan		
Mandiri	69	97.2
Berjalan dengan bantuan	1	1.4
Berjalan dengan kursi roda	1	1.4
Total	71	100.0
Berpakaian		
Mandiri	71	100
Total	71	100.0
Naik turun tangga		
Mandiri	61	85.9
Butuh pertolongan	10	14.1
Total	71	100.0
Mandi		
Mandiri	71	100.0
Total	71	100.0

Diagram 4.1 Distribusi Frekuensi Lansia berdasarkan Aktifitas Kemandirian Di Desa Sei. Seluang Samboja



Berdasarkan tabel 4.2 dan diagram 4.1 menunjukkan bahwa lansia sebagian besar dapat mengontrol BAB dan BAK secara continence teratur, hanya sebagian kecil saja yang kadang kadang mengalami incontinence. Pada aktifitas membersihkan

diri, mandi dan berpakaian seluruh lansia dapat melakukannya secara mandiri. Untuk melakukan proses toileting sebagian besar lansia yang dapat melakukannya secara mandiri sebanyak dan hanya sebagian kecil lansia memerlukan bantuan pada beberapa aktivitas. Pada aktifitas makan, berpindah tempat, dan mobilisasi/berjalan, naik turun tangga hampir seluruh lansia dapat melakukannya secara mandiri hanya sebagian kecil yang memerlukan bantuan.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia Di Desa Sei. Seluang Samboja

Tingkat Kemandirian	Frekuensi	Persentase (%)
Mandiri	45	63.4
Tidak Mandiri	26	36.6
Total	71	100.0

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa tingkat kemandirian responden lansia sebagian besar mandiri namun hampir setengahnya juga tidak mandiri

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia Di Desa Sei. Seluang Samboja Berdasarkan Usia

Usia Responden	Tingkat Kemandirian				Total	%
	Mandiri	%	Tidak Mandiri	%		
Usia Pertengahan	14	70 %	6	30 %	20	100%
Lanjut Usia	29	60.4 %	19	39.6 %	48	100%
Lanjut Usia Tua	2	66.7 %	1	33.3 %	3	100%
Total	45	63.4 %	26	36.6 %	71	100%

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa pada lansia usia pertengahan (45 – 59 tahun), lanjut usia (60-74 tahun) dan lanjut usia tua (74 – 90 tahun) sebagian besar respondennya berada pada kategori mandiri dan hampir setengahnya lagi dalam kategori tidak mandiri.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia Di Desa Sei. Seluang Samboja Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Tingkat Kemandirian				Total	%
	Mandiri	%	Tidak Mandiri	%		
Laki- Laki	17	85 %	3	15 %	20	100%
Perempuan	28	54.9 %	23	45,1 %	51	100%
Total	45	63.4 %	26	36.6 %	71	100%

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa responden laki laki hampir seluruhnya dalam kategori mandiri dan hanya sebagian kecil dalam kategori tidak mandiri. Sedangkan pada responden lansia wanita sebagian besar dalam kategori mandiri namun hampir setengahnya juga dalam kategori tidak mandiri

B. Pembahasan

1. Gambaran Karakteristik Responden

Tabel 4.1 menjelaskan bahwa berdasarkan rentang umur WHO sebagian besar responden termasuk dalam kategori usia lanjut (elderly) yaitu sebanyak 48 orang responden (67,6%). Menurut Undang-Undang No 13 tahun 1998 pelaksanaan pembangunan nasional telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah (Kholifah, 2016). Data proyeksi penduduk Indonesia tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%). Diprediksi jumlah penduduk lansia akan meningkat di tahun 2020 (27,08 juta jiwa), tahun 2025 (33,69 juta jiwa), tahun 2030 (40,95 juta jiwa). Lansia Indonesia didominasi oleh kelompok umur 60-69 tahun (lansia muda) yang persentasenya mencapai 5,65 persen dari penduduk Indonesia, sisanya diisi oleh kelompok umur 70-79 tahun (lansia madya) dan 80+ (lansia tua) (BPS RI, 2018).

Hasil analisa tabel 4.1 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden lansia berjenis kelamin perempuan. Jumlah lansia perempuan lebih tinggi dari pada jumlah lansia laki-laki. Hal ini sesuai dengan data usia harapan

hidup perempuan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki di Kalimantan timur, yaitu 75,87 tahun untuk usia harapan hidup perempuan dan 72,13 tahun untuk usia harapan hidup laki-laki (BPS, 2018).

2. Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia

Dari tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar lansia mempunyai kemandirian ADL kategori mandiri yaitu 45 orang (63,4%), namun hampir setengahnya juga tidak mandiri sebanyak 26 orang (36,6%). Hasil analisa pengukuran tingkat kemandirian lansia ini diukur dengan menggunakan *Barthel Index* yang meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mengontrol BAB dan BAK, membersihkan diri, *toileting*, makan, berpindah tempat, mobilisasi berjalan, berpakaian, naik turun tangga dan mandi yang menunjukkan bahwa hampir seluruh responden pada penelitian ini mandiri dalam melakukan aktifitas dalam ADL seperti membersihkan diri, mandi dan berpakaian (100%), makan (94,4%), berpindah tempat (98,6%), mobilisasi berjalan (97,2%), dan naik turun tangga (85,9 %).

Kemandirian pemenuhan ADL merupakan kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain (RS Maryam, 2012). Kemandirian pada lansia itu sendiri dapat dinilai dari kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. *Activity of daily living* adalah suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *activity of daily living* secara mandiri, sehingga dapat meminimalkan morbiditas lansia (Primadayanti, 2011). Kemandirian lansia dalam ADL didefinisikan sebagai kemampuan seseorang dalam melakukan aktifitas dan melakukan fungsi fungsi kehidupan sehari hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Ediawati, 2012). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya adalah faktor kesehatan fisik dan mental, dan faktor sosial (Hardywinoto, 2007). Penurunan fungsi tubuh pada lansia dapat mengakibatkan kondisi fisik lansia mengalami perubahan dari waktu ke waktu seperti penurunan jumlah sel, sistem pernafasan terganggu, sistem pendengaran terganggu, sistem gastrointestinal mengalami penurunan,

hilangnya jaringan lemak dan kekuatan otot yang dimiliki lansia berkurang sehingga dapat mengakibatkan activity daily living mereka terganggu (Nugroho, 2015).

Lansia yang mandiri dlm penelitian ini merupakan lansia yang masih aktif mengikuti kegiatan di lingkungan tempat tinggalnya dan selalu aktif dengan kegiatan yang meningkatkan kesehatan fisik dan mentalnya. Alasan lansia masih melakukan kegiatan atau aktivitas tersebut adalah karena lansia menganggap bahwa dengan bekerja akan membuat dirinya sehat dan menyumbangkan pengalaman yang dimilikinya serta ingin mengabdikan diri dengan sesama dan membantu sesama yang membutuhkan untuk memanfaatkan usianya yang sudah lanjut agar masih bermanfaat untuk diri sendiri, keluarga dan orang lain. Dari penelitian ini juga didapatkan lansia yang tidak mandiri. Kurangnya kemandirian lansia ini disebabkan oleh penurunan fungsi fisik lansia, adanya perubahan kehidupan sosial, perubahan lingkungan dengan kurangnya interaksi dan dukungan keluarga, kurangnya rekreasi, transportasi yang tidak memadai, yang dapat berpengaruh kepada activity daily living (ADL) lansia itu sendiri.

Dari tabel 4.4 menunjukkan lansia pada usia pertengahan (45 -59 tahun) memiliki tingkat kemandirian yang lebih baik dibandingkan lansia pada kategori lanjut usia dan lanjut usia tua. Semakin tinggi usia seseorang akan lebih berisiko mengalami masalah kesehatan karena adanya faktor-faktor penuaan lansia akan mengalami perubahan baik dari segi fisik, ekonomi, psikososial, kognitif dan spiritual. Meningkatnya usia secara alamiah akan terjadi penurunan kemampuan fungsi untuk merawat diri sendiri maupun berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya, dan akan semakin bergantung pada orang lain (Ismail, 2015)

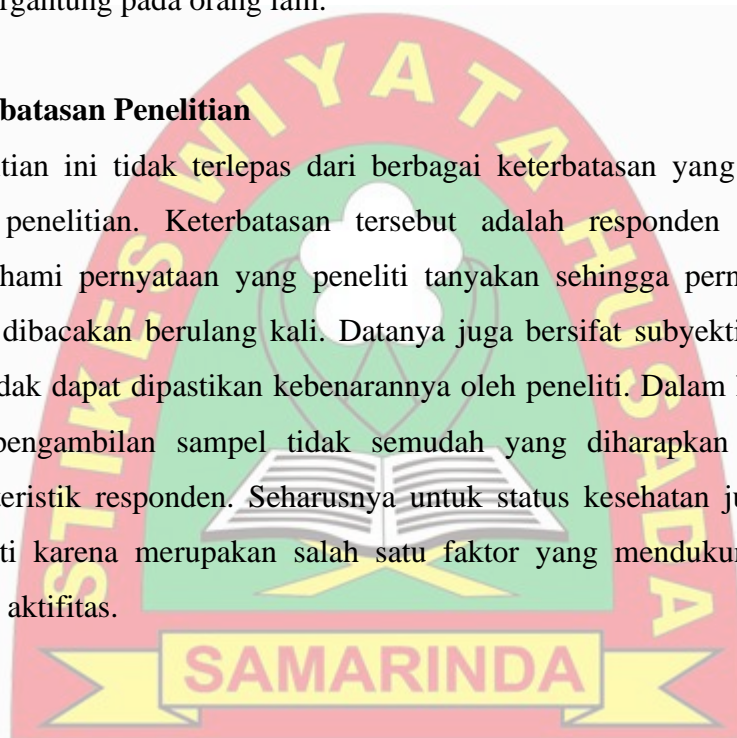
Dari tabel 4.5 menunjukkan bahwa responden lansia laki-laki memiliki tingkat kemandirian yang lebih tinggi jika dibandingkan responden lansia perempuan yaitu sebanyak 17 orang (85%). Hal ini disebabkan karena responden lansia laki laki lebih bebas menentukan apa yang bisa dan harus mereka lakukan tanpa harus meminta pertimbangan orang lain. Mereka juga bebas membuat rencana dan mewujudkannya tanpa meminta bantuan

dari orang lain. Sedangkan pada responden wanita lebih banyak menyesuaikan aktifitas yang akan dilakukan dan lebih tergantung pada orang lain. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan Widiyanti (2002) yang menunjukkan adanya perbedaan kemandirian antara lansia laki laki dan perempuan

Ketika memasuki usia lanjut bukan berarti langsung meninggalkan kemandirian dalam aktivitasnya karena menganggap dirinya sudah tua. Kemandirian lansia dalam melakukan aktivitasnya sehari hari harus terus dipelihara. Sebab menjadi lansia bukan berarti lemah tidak berdaya dan bergantung pada orang lain.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tidak terlepas dari berbagai keterbatasan yang mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan tersebut adalah responden kelihatan sulit memahami pernyataan yang peneliti tanyakan sehingga pernyataan tersebut harus dibacakan berulang kali. Datanya juga bersifat subyektifitas responden dan tidak dapat dipastikan kebenarannya oleh peneliti. Dalam hal pelaksanaan saat pengambilan sampel tidak semudah yang diharapkan terutama pada karakteristik responden. Seharusnya untuk status kesehatan juga bisa diukur peneliti karena merupakan salah satu faktor yang mendukung kemandirian dalam aktifitas.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia di Desa Sei Seluang Samboja, dengan sampel sebanyak 71 orang, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar lansia berusia 60 – 74 tahun (67,6 %) dan berjenis kelamin perempuan (71,8 %)
2. Tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) pada lansia sebagian besar pada kategori mandiri dengan jumlah responden 45 orang (63,4 %) sedangkan 26 responden (36,6 %) lagi pada kategori tidak mandiri

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka penting diberikan rekomendasi kepada .:

1. Bagi Keluarga Lansia

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi dalam memberikan pelayanan kesehatan di untuk meningkatkan kemandirian lansia

2. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan pedoman atau acuan yang menyediakan informasi bagi mahasiswa keperawatan mengenai tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Abi Muhlisin, I. (2010). Teori Self Care Dari Orem Dan Pendekatan Dalam Praktek Keperawatan. *98 Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol. 2. No, 97–100.*
- Agung, I. (2010). Uji keandalan dan kesahihan indeks activity of daily living Barthel untuk mengukur status fungsional dasar pada usia lanjut di RSCM. *Perpustakaan Universitas Indonesia, 106623.*
- Andrian Ramadhan. (2014). Kategori Umur Menurut Depkes RI (2009). *Departemen Kesehatan RI, 1.*
- Arikunto, S. (2014). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik.* Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayuni, N. H. (2014). Perbedaan Kejadian Depresi Pada Lansia Mandiri Dan Ketergantungan Dalam Activity Of Daily Living (Adl) Di Pstw Yogyakarta Unit Abiyoso Pakem Sleman, 1–23.
- Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia.* Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Azwar, S. (2010). *Metodologi Penelitian.* Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2018). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2017.* Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.
- Barthel, D. W. (1965). Baltimore City Medical Society Functional Evaluation : The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14, 56–61.*
- BPS RI. (2018). Statistik Indonesia 2018. *Badan Pusat Statistik.* Retrieved from <https://www.bps.go.id/publication/2018/07/03/5a963c1ea9b0fed6497d0845/statistik-indonesia-2018.html>
- Christensen, P. J. (2009). *Proses Keperawatan : Aplikasi Model Konseptual .* Jakarta: EGC.
- Darmojo, B. (2014). Demografi dan epidemiologi populasi lanjut usia. In *Buku Ajar Geriatri* (pp. 40–59).

- Dickson, V. V., & Wright, F. (2012). *Nursing Theorists and Their Work* (7th ed.) by M. R. Alligood and A. M. Tomey (Eds.) (Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier, 2010). *Nursing Science Quarterly*, 25(2), 203–204. <https://doi.org/10.1177/0894318412437963>
- Dinkes Kukar. (2017). *Data Sasaran Kelompok Umur*. Kutai Kartanegara.
- Ediawati, E. (2012). Gambaran Tingkat Kemandirian Dalam Activity Of Daily Living (ADL) Dan Resiko Jatuh Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Wherda Budi Mulia. *Skripsi Program Sarjana*, 1–63.
- El Rahmayati, K. (2016). Faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari. *Jurnal Keperawatan*, XII(1), 81–89.
- Hardywinoto, S. (2007). *Panduan Gerontologi*. Jakarta: Pustaka Utama.
- Hidayat, A. A. (2011). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ismail, S. O. (2015). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Lansia. *Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 1–17. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kemendes RI. (2014). *Situasi dan Analisis Lanjut Usia*. Jakarta.
- Kholifah, S. N. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Katherine Renpenning, M. (2003). *Self Care Theory In Nursing Selected Papers Of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.
- Kholifah, S. N. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Gerontik*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lora Marlita, R. S. (2017). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Lansia dalam melakukan ADL di UPT Khusnul Khotimah Pekanbaru. *Jurnal Keperawatan Abdurrah*.
- Marlina, Sri Mudayati, A. S. (2017). Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Melakukan Aktifitas Sehari-Hari Di Kelurahan Tunggul Wulung Kota Malang. *Nursing News*, 2, 380–390.

- M.D.Anggraini, Saryono. (2013). *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, W. (2015). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Nursal, D. G. (2009). Studi Literatur Pengukuran Aktivitas Fisik Pada Usia Lanjut. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3 No 1(9), 38–42.
- Nursalam. (2017). *Metodologii Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Patricia A. Potter & Perry, A. G. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (konsep, proses, dan praktik)*. Jakarta: EGC.
- Primadayanti, S. (2011). Perbedaan Tingkat Kemandirian Activity Of Daily Living (Adl) Pada Lansia Yang Mengikuti Dan Tidak Mengikuti Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember. *Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Jember*.
- Riasmini, N. M., & Ners, J. (2013). Pengalaman Keluarga Dalam Penanganan Lanjut Usia Di Masyarakat Dari Aspek Budaya Indonesia (Family Experience In Handling The Elderly In Cultural Aspects Of Indonesia). *Jurnal Ners*, 5(2), 98–106.
- RS Maryam, M. E. (2012). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiyono. (2012). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D. Bandung: Alfabeta. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R & D. Bandung: Alfabeta.*, 117.
- Tamher, N. d. (2011). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Widiyanti, A. Y. (2002). Perbedaan Kemandirian Antara Lansia Pria dan Wanita Yang Bertempat Tinggal di Rumah dan di PSTW. *Universitas Sanatha Darma, Yogyakarta*

Wiyono, J., Sahar, J., & Wiarsih, W. (2008). Pengalaman Keluarga Merawat Lansia dengan Tingkat Ketergantungan Tinggi di Rumah, Kota Malang, Jawa Timur: Studi Fenomenologi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), 76–83. <https://doi.org/10.7454/JKI.V12I2.204>





**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES)
Wiyata Husada Samarinda**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP




A. Biodata Pribadi


1. Nama : Raudhah
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat Tanggal Lahir : Sanipah, 16 Oktober 1984
4. Agama : Islam
5. Alamat : Bukit Samboja Indah Blok G No 19
Kel. Wonotirto, Samboja, Kutai Kartanegara
6. Email : raudhahjifanminoz@gmail.com
7. HP : 085246050266
8. NIM : B21742120301
9. Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
10. Judul Skripsi : *Gambaran Tingkat Kemandirian Activity
Daily Living (ADL) Lansia Dengan Barthel
Index Di Desa Sei Seluang Samboja*
11. Dosen Pembimbing : 1. Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini M.S
2. Ns. Desy Ayu Wardani, M.Kep, Sp.Kep.Mat

B. Riwayat Pendidikan

1. SD : SD Negeri 028 Sanipah
2. SMP : MTS As'Adiyah Sanipah
3. SMA : SPK Yarsi Samarinda
4. D III : Politeknik Kesehatan Samarinda

Lampiran 2

 **SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/V/2015
PERINGKAT B
Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id



Nomor : 412 /STIKES-WHS/LT/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

06 Maret 2019

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Kutai Kartanegara
di -
Tempat

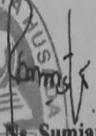
Dengan hormat,
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di puskesmas Samboja.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : RAUDAH
NIM : B21742120301
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : **Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian ADL Lansia**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Ketua I,

Ns. Sumiati Sinaga.,M.Kep
NIP. 113072.82.09.006

Tembusan Yth:
1. Kepala Puskesmas Samboja
2. Arsip

Lampiran 3



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
UPT DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SAMBOJA
KECAMATAN SAMBOJA
Jl. Balikpapan - Handil II No. Telp. (0541) 7895762 Kode Pos 75271



Samboja, 08 Maret 2019

Nomor : 445.1.808/ 2276 /PKM-SBJ/III/2019

Lamp. :

Prihal : Jawaban Permohonan Izin

Studi Pendahuluan dan Pengambilan data

Kepada

Yth. Wakil Ketua.I

STIKES Wiyata Husada

Di

Samarinda

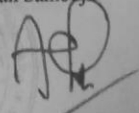
Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 412/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 06 Maret 2019, tentang Permohonan Izin Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan Pengambilan data Puskesmas Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, menanggapi surat tersebut, kami pihak Puskesmas Samboja tidak berkeberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : RAUDHAH
NIM : B2172120301
Semester : III
Program Studi : S1. Ilmu Keperawatan

Demikian Surat jawaban ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.




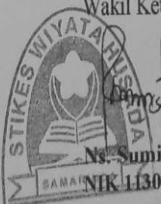
Kepala UPTD Puskesmas Samboja
Kecamatan Samboja


dr.H.Yazid Mochammad Nur

Penata TK.I

NIP. 197005242010011004

Lampiran 4

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA	
IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008 TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015 PERINGKAT B		
Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431 www.stikeswhs.ac.id info@stikeswhs.ac.id		
Nomor	: 904 /STIKES-WHS/LT/2019	14 Mei 2019
Lampiran	: --	
Perihal	: <u>Permohonan Izin Uji Validitas Data</u>	
Kepada Yth. Kepala Puskesmas Samboja Di - Tempat		
Dengan hormat,		
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua..Aamiin..		
Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan uji validitas data di Puskesmas yang Bapak/Ibu pimpin.		
Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :		
Nama	: RAUDHAH	
NIM	: B21742120301	
Semester	: III	
Program Studi	: Ilmu Keperawatan	
Judul	: Hubungan Tingkat Kemandirian ADL Lansia Dengan Dukungan Keluarga di Sei. Seluang Samboja	
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.		
Wakil Ketua I,   N. Sumiati Sinaga.,M.Kep NIK 113072.82.09.006		

Lampiran 5



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
UPT DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SAMBOJA
KECAMATAN SAMBOJA
Jl. Balikpapan – Handil II No. Telp. (0541) 7895762 Kode Pos 75271



Samboja, 15 Mei 2019

Nomor : 445.1.808/9656 /PKM-SBJ/V/2019

Lamp. :

Prihal : Jawaban Permohonan Uji Validitas Data

Kepada

Yth. Wakil Ketua.I

STIKES Wiyata Husada

Di

Samarinda


Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 904/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 14 Mei 2019, tentang Permohonan Izin Permohonan Uji Validitas Data di Desa Karya Jaya wilayah kerja Puskesmas Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, menanggapi surat tersebut, kami pihak Puskesmas Samboja tidak berkeberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : RAUDHAH
NIM : B2172120301
Semester : III
Program Studi : S1. Ilmu Keperawatan

Demikian Surat jawaban ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Kepala UPTD Puskesmas Samboja
Kecamatan Samboja


dr.H.Yazid Mochammad Nur

Penata TK.I

NIP. 197005242010011004

Lampiran 6

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA	
IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008 TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015 PERINGKAT B		
Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431 www.stikeswhs.ac.id info@stikeswhs.ac.id		
Nomor	: 903 /STIKES-WHS/LT/2019	14 Mei 2019
Lampiran	: -	
Perihal	: <u>Permohonan Izin Penelitian</u>	

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Samboja
di -
Tempat

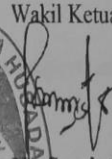
Dengan hormat,
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.


Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di Puskesmas yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama	: RAUDHAH
NIM	: B21742120301
Semester	: III
Program Studi	: Ilmu Keperawatan
Judul	: Hubungan Tingkat Kemandirian ADL Lansia Dengan Dukungan Keluarga di Sei. Seluang Samboja

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Ketua I,

S. Sumiati Sinaga.,M.Kep
13072.82.09.006



Lampiran 7



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
UPT DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SAMBOJA
KECAMATAN SAMBOJA
Jl. Balikpapan - Handil II No. Telp. (0541) 7895762 Kode Pos 75271



Samboja, 15 Mei 2019

Nomor : 445.1.808/4558 /PKM-SBJ/V/2019
Lamp. :
Prihal : Jawaban Permohonan Izin Penelitian

Kepada
Yth. Wakil Ketua.I
STIKES Wiyata Husada
Di
Samarinda

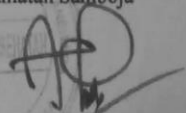
Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 903/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 14 Mei 2019, tentang Permohonan Izin Permohonan Izin Penelitian di Kelurahan Sungai seluang wilayah kerja Puskesmas Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, menanggapi surat tersebut, kami pihak Puskesmas Samboja tidak berkeberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : RAUDHAH
NIM : B2172120301
Semester : III
Program Studi : S1. Ilmu Keperawatan

Demikian Surat jawaban ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala UPTD Puskesmas Samboja
Kecamatan Samboja


dr. H. Yazid Mochammad Nur

Penata TK.I

NIP. 197005242010011004

Lampiran 8

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Calon
Responden
Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda

Nama : Raudhah

NIM : B21742120301

Bersama ini menyampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir Program Studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda, akan dilakukan penelitian yang berjudul “ Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia Dengan *Barthel Index* Di Desa Sei. Seluang Samboja”.

Saya mengharapkan partisipasi dari responden untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian. Informasi yang diberikan tidak akan mengakibatkan kerugian apapun dan akan dijamin kerahasiaannya.

Apabila responden bersedia, dimohon untuk menandatangani lembar persetujuan responden dan mengisi lembar pernyataan terlampir dalam lembar ini.

Atas perhatian dan kesediaannya saya mengucapkan terimakasih.

Peneliti

Raudhah

Lampiran 9

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti maka saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul “ Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia Dengan *Barthel Index* Di Desa Sei. Seluang Samboja”.

Maka saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya dan keluarga saya serta informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya. Saya juga memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya.

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

Responden

(.....)

Lampiran 10

Kuesioner Tingkat Kemandirian ADL Lansia

Isilah kolom dibawah ini dengan angka yang sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari

INDEKS ADL BARTHEL

Aktivitas	Nilai	Keterangan
1. Mengontrol BAB		0 Incontinence 1 Kadang-kadang incontinence 2 Continence teratur
2. Mengontrol BAK		0 Incontinence 1 Kadang-kadang incontinence 2 Continence teratur
3. Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)		0 Butuh pertolongan orang lain 1 Mandiri
4. Toileting		0 Tergantung pertolongan orang lain 1 Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas, tetapi beberapa aktivitas masih dapat dikerjakan sendiri 2 Mandiri
5. Makan		0 Tidak mampu 1 Butuh pertolongan orang lain 2 Bantuan minimal 2 orang 3 Mandiri
6. Berpindah tempat dari kursi		0 Tidak mampu ke tempat tidur 1 Perlu pertolongan untuk bisa duduk 2 Bantuan minimal 2 orang 3 Mandiri (kadang dibantu)
7. Mobilisasi / berjalan		0 Tidak mampu 1 Bisa berjalan dengan kursi roda 2 Berjalan dengan bantuan orang lain 3 Mandiri (kadang dibantu)
8. Berpakaian		0 Tergantung pertolongan orang lain 1 Sebagian dibantu 2 Mandiri
9. Naik turun tangga		0 Tidak mampu 1 Butuh pertolongan 2 Mandiri
10. Mandi		0 Tergantung pertolongan orang lain 1 Mandiri

Lampiran 11

VALIDITAS KUESIONER TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY* *DAILY LIVING (ADL) LANSIA*

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.932	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	18.2000	4.303	.614	.934
P2	18.1667	4.213	.761	.923
P3	19.1000	4.369	.923	.916
P4	18.0667	4.823	.694	.929
P5	17.2333	4.254	.592	.937
P6	17.0667	4.823	.694	.929
P7	17.1333	4.326	.782	.922
P8	18.1000	4.369	.923	.916
P9	18.1333	4.326	.782	.922
P10	19.1000	4.369	.923	.916

UJI NORMALITAS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Kemandirian Lansia	71	100.0%	0	0.0%	71	100.0%

Descriptives

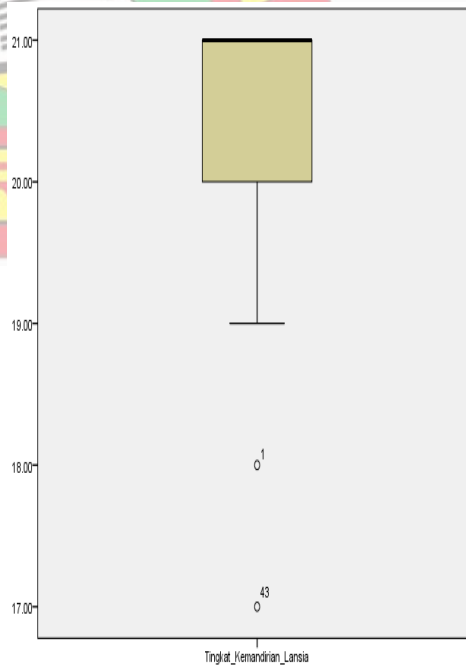
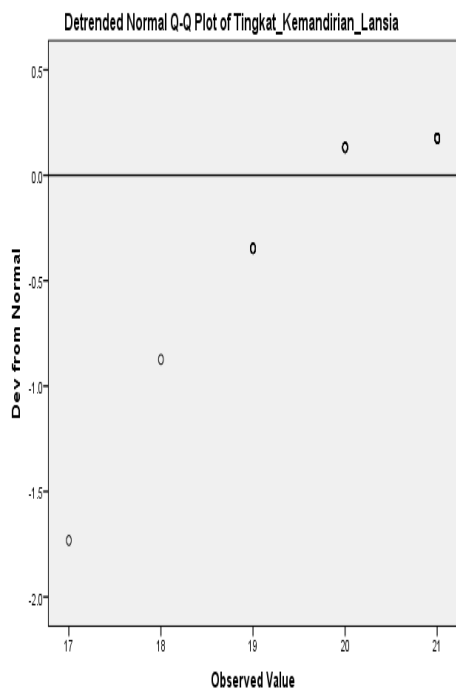
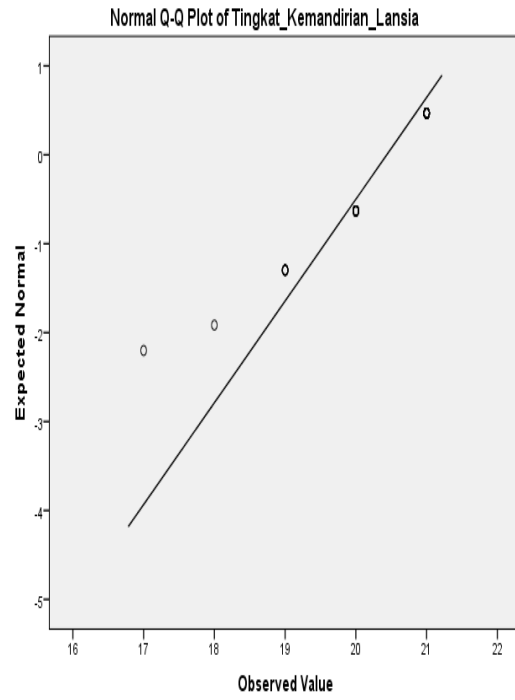
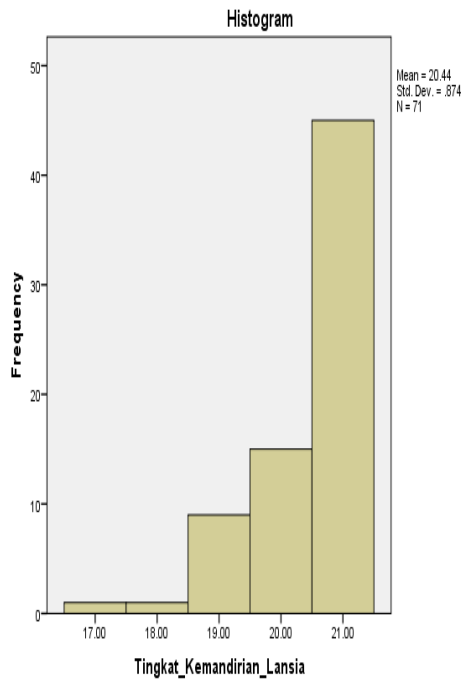
		Statistic	Std. Error	
Tingkat Kemandirian Lansia	Mean	20.4366	.10372	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.2298	
		Upper Bound	20.6435	
		5% Trimmed Mean	20.5321	
	Median	21.0000		
	Variance	.764		
	Std. Deviation	.87395		
	Minimum	17.00		
	Maximum	21.00		
	Range	4.00		
	Interquartile Range	1.00		
	Skewness	-1.650	.285	
	Kurtosis	2.687	.563	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tingkat_Kemandirian_Lansia	.374	71	.000	.682	71	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Tingkat_Kemandirian_Lansia



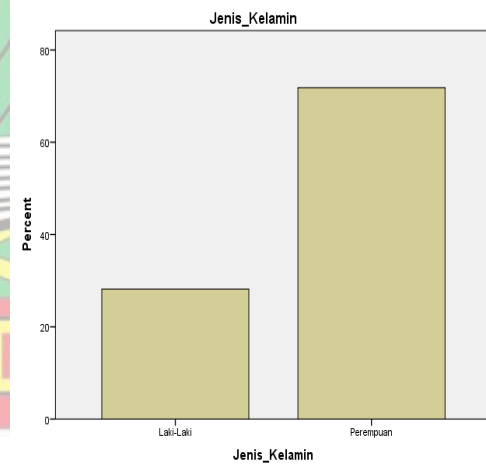
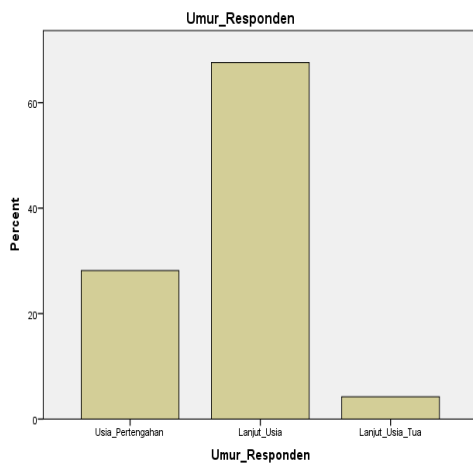
ANALISIS UNIVARIAT

Umur_Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Usia_Pertengahan	20	28.2	28.2
	Lanjut_Usia	48	67.6	95.8
	Lanjut_Usia_Tua	3	4.2	100.0
	Total	71	100.0	100.0

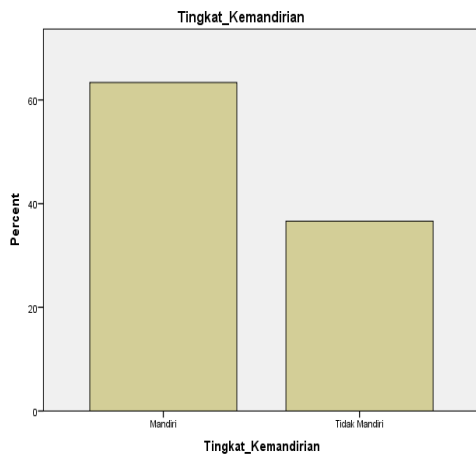
Jenis_Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	20	28.2	28.2
	Perempuan	51	71.8	100.0
	Total	71	100.0	100.0



Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Lansia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Mandiri	45	63.4	63.4	63.4
Valid Tidak Mandiri	26	36.6	36.6	100.0
Total	71	100.0	100.0	



Mengontrol_BAB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kadang kadang incontinence	7	9.9	9.9	9.9
continance teratur	64	90.1	90.1	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Mengontrol_BAK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kadang kadang incontinence	12	16.9	16.9	16.9
continance teratur	59	83.1	83.1	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Membersihkan Diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mandiri	71	100.0	100.0	100.0

Toiletting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid perlu pertolongan pada beberapa aktifitas	3	4.2	4.2	4.2
Valid mandiri	68	95.8	95.8	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Makan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bantuan minimal 2 orang	4	5.6	5.6	5.6
Valid mandiri	67	94.4	94.4	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Berpindah Tempat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bantuan minimal 2 orang	1	1.4	1.4	1.4
Valid Mandiri	70	98.6	98.6	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Mobilisasi Berjalan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid berjalan dengan kursi roda	1	1.4	1.4	1.4
Valid berjalan dengan bantuan	1	1.4	1.4	2.8
Valid mandiri	69	97.2	97.2	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Berpakaian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mandiri	71	100.0	100.0	100.0

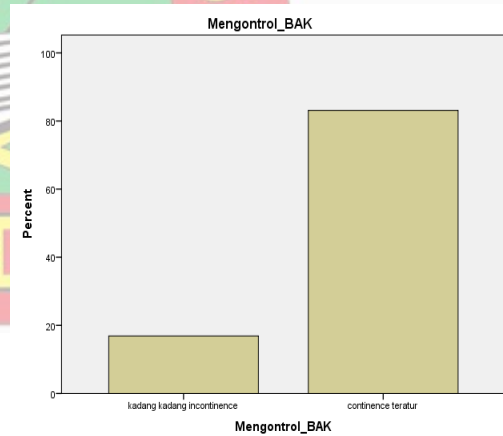
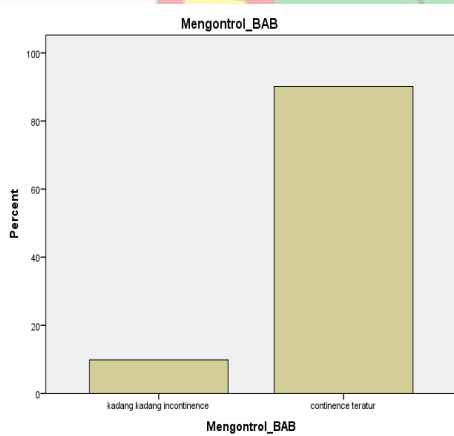
Naik Turun tangga

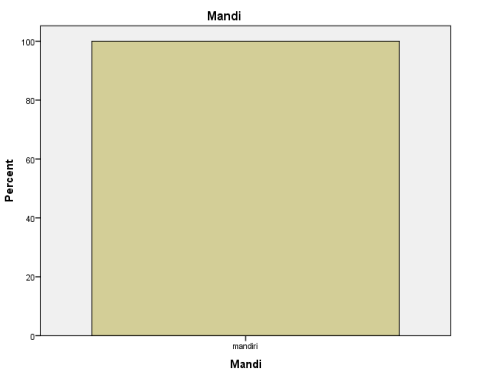
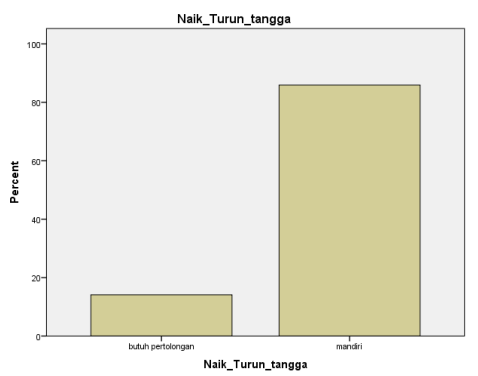
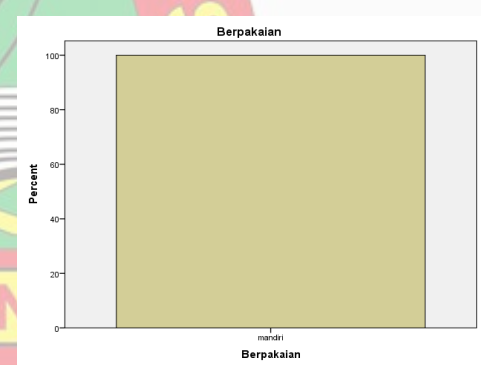
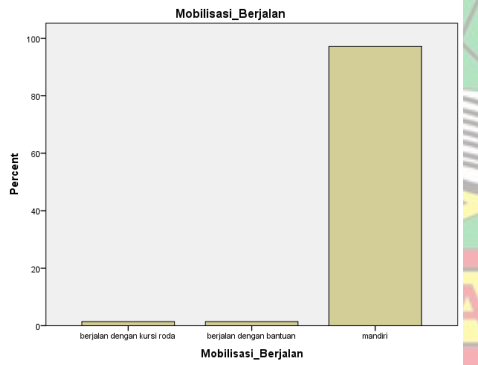
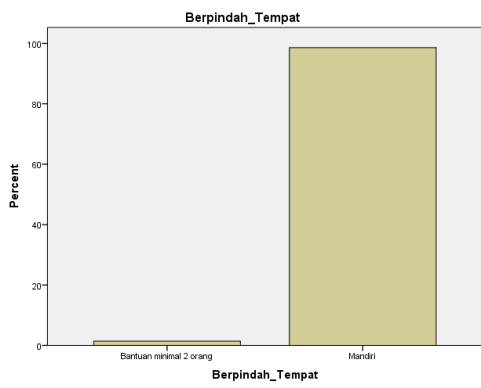
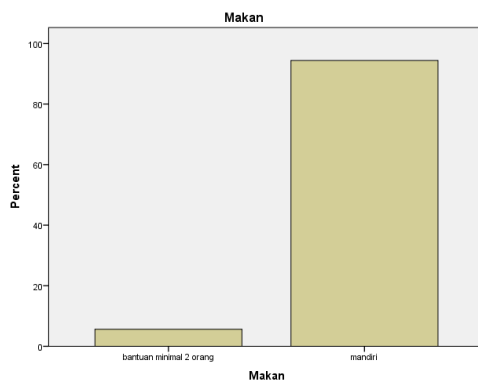
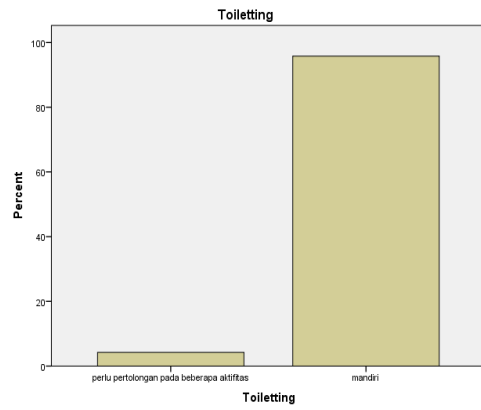
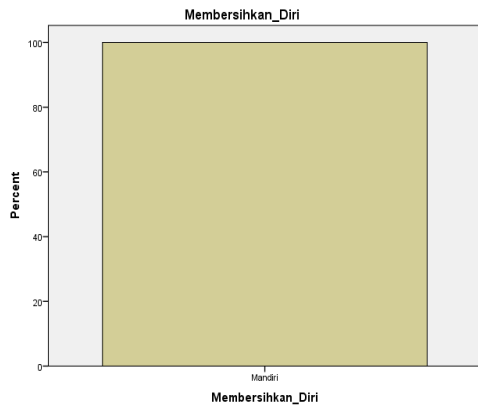
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
butuh pertolongan	10	14.1	14.1	14.1
Valid mandiri	61	85.9	85.9	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Mandi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mandiri	71	100.0	100.0	100.0

Bar Chart





Umur_Responden * Tingkat_Kemandirian Crosstabulation

			Tingkat_Kemandirian		Total
			Mandiri	Tidak Mandiri	
Umur_Responden	Usia_ Pertengahan	Count	14	6	20
		% within Umur_Responden	70.0%	30.0%	100.0%
	Lanjut_Usia	Count	29	19	48
		% within Umur_Responden	60.4%	39.6%	100.0%
	Lanjut_Usia_Tua	Count	2	1	3
		% within Umur_Responden	66.7%	33.3%	100.0%
	Total	Count	45	26	71
		% within Umur_Responden	63.4%	36.6%	100.0%

Jenis_Kelamin * Tingkat_Kemandirian Crosstabulation

			Tingkat_Kemandirian		Total
			Mandiri	Tidak Mandiri	
Jenis_Kelamin	Laki-Laki	Count	17	3	20
		% within Jenis_Kelamin	85.0%	15.0%	100.0%
	Perempuan	Count	28	23	51
		% within Jenis_Kelamin	54.9%	45.1%	100.0%
Total	Count	45	26	71	
	% within Jenis_Kelamin	63.4%	36.6%	100.0%	



Gambaran Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Lansia Dengan Barthel Index Di Desa Sei. Seluang Samboja

Raudhah¹, Wahyu Dewi Sulistyarini², Desy Ayu Wardani³

Latar Belakang : Tingkat kemandirian lansia semakin menurun seiring dengan waktu. Semakin lanjut usia seseorang, kemampuan fisiknya akan semakin menurun yang bisa mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya.

Tujuan : Untuk mendapatkan gambaran tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia

Metode: Jenis penelitian menggunakan deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 71 responden dengan teknik *consecutive sampling*. Analisa data menggunakan analisis univariat. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner *indeks barthel*

Hasil : menunjukkan bahwa dari 71 responden sebagian besar lansia berusia 60 – 74 tahun (67,6 %) dan berjenis kelamin perempuan (71,8 %). Terdapat 45 responden (63,4 %) mempunyai tingkat kemandirian yang mandiri sedangkan 26 responden (36,6 %) dikatakan tidak mandiri

Simpulan : Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dan bahan evaluasi dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemandirian lansia

Kata kunci : *activity daily living* (ADL), lansia

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

^{2,3} Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

PENDAHULUAN

Lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menurut Undang-Undang No 13 tahun 1998 pelaksanaan pembangunan nasional telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah (Kholifah, 2016)

Berdasarkan data proyeksi penduduk, tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%). Diprediksi jumlah penduduk lansia terus meningkat di tahun 2020 (27,08 juta jiwa), tahun 2025 (33,69 juta jiwa), tahun 2030

(40,95 juta) dan tahun 2035 (48,19 juta). (BPS RI, 2018)

Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan) (Kholifah, 2016).

Kemandirian merupakan kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa

bergantung dengan orang lain (RS Maryam, 2012).

Semakin lanjut usia seseorang maka kemampuan fisiknya akan semakin menurun yang bisa mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya, sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain. Jika ketergantungan tidak segera diatasi, maka akan menimbulkan beberapa akibat seperti gangguan system tubuh, timbulnya penyakit dan menurunnya *activity daily living* (ADL) (Tamher, 2011). Pada hasil penelitian di Posbindu Sindangjawa Cirebon Indonesia menunjukkan bahwa dari 152 responden lansia, mayoritas paling banyak lansia berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 106 lansia (69,7%) terdapat 85 responden (55,9 %) lansia mempunyai tingkat kemandirian yang mandiri dan 67 responden (44,1 %) lansia dikatakan tidak mandiri (Inayah, 2017). Faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian lansia adalah faktor kesehatan, sosial, dan dukungan keluarga (El Rahmayati, 2016)

Tingginya rasa keberdayagunaan mandiri pada lansia dapat meningkatkan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari, lansia akan merasa mampu dan akan mencoba melakukannya terlebih dahulu secara mandiri (Wulandari, 2014) Ketergantungan lansia yg terus menerus akan berdampak tidak hanya pada lansia tetapi juga anggota keluarga. Lansia yg terus menerus dilayani dan tidak mandiri dalam beraktifitas karena banyak mengalami kemunduran fisik dan psikis akan mengalami depresi yang ditandai dengan kemurungan dan

kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga lansia kehilangan gairah hidup, tubuhnya menjadi lebih rentan terhadap penyakit akut dan kronis, penyakit metabolik, gangguan psikososial, dan penyakit infeksi dapat meningkat (Ayuni, 2014). Berdasarkan masalah tersebut, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang tingkat kemandirian lanjut usia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di Desa Sei.Seluang Samboja.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Pendekatan penelitian yang digunakan dengan cara potong lintang (*Cross Sectional*). Populasi penelitian ini seluruh lansia usia yang tinggal bersama keluarga yang berada di Desa Sei Seluang Samboja yang berjumlah 244 orang. Teknik pengambilan sampel dengan metode nonprobability sampling dengan teknik consecutive sampling Sampelnya berjumlah 71 responden. Untuk mengetahui frekuensi dan presentasinya dilakukan analisis univariat.

HASIL

a. Karakteristik Responden

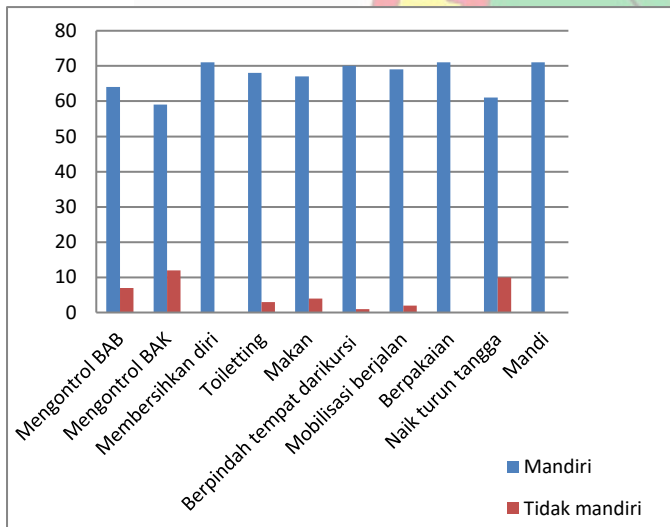
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Usia dan Jenis Kelamin Responden Lansia di Desa Sei Seluang Samboja Juli 2019

Karakteristik Responden	F	(%)
Usia		
45 – 59 tahun	20	28.2
60 – 74 tahun	48	67.6
75 – 90 tahun	3	4.2
Total	71	100.0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	28.2
Perempuan	51	71.8
Total	71	100.0

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan dan sebagian kecil lansia berjenis kelamin laki-laki. Responden lansia terbanyak adalah lansia yang berusia 60 – 74 tahun.

b. Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Lansia

Diagram 4.1 Distribusi Frekuensi Lansia berdasarkan Aktifitas Kemandirian



Berdasarkan diagram 4.1 menunjukkan bahwa lansia sebagian besar dapat mengontrol BAB dan BAK secara continence teratur, hanya sebagian kecil saja yang kadang kadang mengalami incontinence. Pada aktifitas membersihkan diri, mandi dan berpakaian seluruh lansia dapat

melakukannya secara mandiri. Untuk melakukan proses toileting sebagian besar lansia yang dapat melakukannya secara mandiri sebanyak dan hanya sebagian kecil lansia memerlukan bantuan pada beberapa aktivitas. Pada aktifitas makan, berpindah tempat, dan mobilisasi/berjalan, naik turun tangga hampir seluruh lansia dapat melakukannya secara mandiri hanya sebagian kecil yang memerlukan bantuan.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Lansia Di Desa Sei. Seluang Samboja

Tingkat Kemandirian	Frekuensi	Persentase (%)
Mandiri	45	63.4
Tidak Mandiri	26	36.6
Total	71	100.0

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa tingkat kemandirian responden lansia sebagian besar mandiri namun hampir setengahnya juga tidak mandiri

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Lansia Di Desa Sei. Seluang Samboja Berdasarkan Usia

Usia Responden	Tingkat Kemandirian				Total
	Mandiri	%	Tidak Mandiri	%	
Usia Pertengahan	14	70 %	6	30 %	20
Lanjut Usia	29	60.4 %	19	39.6 %	48
Lanjut Usia Tua	2	66.7 %	1	33.3 %	3
Total	45	63.4 %	26	36.6 %	71

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa pada lansia usia pertengahan (45 – 59 tahun), lanjut usia (60-

74 tahun) dan lanjut usia tua (74 – 90 tahun) sebagian besar respondennya berada pada kategori mandiri dan hampir setengahnya lagi dalam kategori tidak mandiri.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Lansia Di Desa Sei. Seluang Samboja Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Tingkat Kemandirian				Total
	Mandiri	%	Tidak Mandiri	%	
Laki- Laki	17	85 %	3	15 %	20
Perempuan	28	54.9 %	23	45.1 %	51
Total	45	63.4 %	26	36.6 %	71

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa responden laki laki hampir seluruhnya dalam kategori mandiri dan hanya sebagian kecil dalam kategori tidak mandiri. Sedangkan pada responden lansia wanita sebagian besar dalam kategori mandiri namun hampir setengahnya juga dalam kategori tidak mandiri

PEMBAHASAN

Tabel 4.1 menjelaskan bahwa berdasarkan rentang umur WHO sebagian besar responden termasuk dalam kategori usia lanjut (elderly). Data proyeksi penduduk Indonesia tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%). Diprediksi jumlah penduduk lansia akan meningkat di tahun 2020 (27,08 juta jiwa), tahun 2025 (33,69 juta jiwa), tahun 2030 (40,95 juta jiwa). Lansia Indonesia didominasi oleh kelompok umur 60-69 tahun (lansia muda) yang persentasenya mencapai 5,65 persen dari

penduduk Indonesia, sisanya diisi oleh kelompok umur 70-79 tahun (lansia madya) dan 80+ (lansia tua) (BPS RI, 2018).

Hasil analisa tabel 4.1 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden lansia berjenis kelamin perempuan. Jumlah lansia perempuan lebih tinggi dari pada jumlah lansia laki-laki. Hal ini sesuai dengan data usia harapan hidup perempuan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki di Kalimantan timur, yaitu 75,87 tahun untuk usia harapan hidup perempuan dan 72,13 tahun untuk usia harapan hidup laki-laki (BPS, 2018).

Dari tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar lansia mempunyai kemandirian ADL kategori mandiri, namun hampir setengahnya juga tidak mandiri. Activity of daily living adalah suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan activity of daily living secara mandiri, sehingga dapat meminimalkan morbiditas lansia (Primadayanti, 2011). Kemandirian lansia dalam ADL didefinisikan sebagai kemampuan seseorang dalam melakukan aktifitas dan melakukan fungsi fungsi kehidupan sehari hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Ediawati, 2012). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya adalah faktor kesehatan fisik dan mental, dan faktor sosial (Hardywinoto, 2007). Penurunan fungsi tubuh pada lansia dapat mengakibatkan kondisi fisik lansia mengalami perubahan dari waktu ke waktu seperti penurunan jumlah sel, sistem pernafasan terganggu, sistem pendengaran terganggu, sistem gastrointestinal mengalami penurunan, hilangnya jaringan lemak dan kekuatan otot yang dimiliki lansia berkurang

sehingga dapat mengakibatkan *activity daily living* mereka terganggu (Nugroho, 2015). Lansia yang mandiri dlm penelitian ini merupakan lansia yang masih aktif mengikuti kegiatan di lingkungan tempat tinggalnya dan selalu aktif dengan kegiatan yang meningkatkan kesehatan fisik dan mentalnya. Alasan lansia masih melakukan kegiatan atau aktivitas tersebut adalah karena lansia menganggap bahwa dengan bekerja akan membuat dirinya sehat dan menyumbangkan pengalaman yang dimilikinya serta ingin mengabdikan diri dengan sesama dan membantu sesama yang membutuhkan untuk memanfaatkan usianya yang sudah lanjut agar masih bermanfaat untuk diri sendiri, keluarga dan orang lain. Dari penelitian ini juga didapatkan lansia yang tidak mandiri. Kurangnya kemandirian lansia ini disebabkan oleh penurunan fungsi fisik lansia, adanya perubahan kehidupan sosial, perubahan lingkungan dengan kurangnya interaksi dan dukungan keluarga, kurangnya rekreasi, transportasi yang tidak memadai, yang dapat berpengaruh kepada *activity daily living* (ADL) lansia itu sendiri.

Dari tabel 4.4 menunjukkan lansia pada usia pertengahan (45 -59 tahun) memiliki tingkat kemandirian yang lebih baik dibandingkan lansia pada kategori lanjut usia dan lanjut usia tua. Semakin tinggi usia seseorang akan lebih berisiko mengalami masalah kesehatan karena adanya faktor-faktor penuaan lansia akan mengalami perubahan baik dari segi fisik, ekonomi, psikososial, kognitif dan spiritual. Meningkatnya usia secara alamiah akan terjadi penurunan

kemampuan fungsi untuk merawat diri sendiri maupun berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya, dan akan semakin bergantung pada orang lain (Ismail, 2015)

Dari tabel 4.5 menunjukkan bahwa responden lansia laki-laki memiliki tingkat kemandirian yang lebih tinggi jika dibandingkan responden lansia perempuan. Hal ini disebabkan karena responden lansia laki laki lebih bebas menentukan apa yang bisa dan harus mereka lakukan tanpa harus meminta pertimbangan orang lain. Mereka juga bebas membuat rencana dan mewujudkannya tanpa meminta bantuan dari orang lain. Sedangkan pada responden wanita lebih banyak menyesuaikan aktifitas yang akan dilakukan dan lebih tergantung pada orang lain. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan Widiyanti (2002) yang menunjukkan adanya perbedaan kemandirian antara lansia laki laki dan perempuan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) lansia di Desa Sei Seluang Samboja, dengan sampel sebanyak 71 orang, maka dapat diambil kesimpulan sebagian besar lansia berusia 60 – 74 tahun (67,6 %) dan berjenis kelamin perempuan (71,8 %). Tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) pada lansia sebagian besar pada kategori mandiri dengan jumlah responden 45 orang (63,4 %) sedangkan 26 responden (36,6 %) lagi pada kategori tidak mandiri. Kemandirian lansia dalam melakukan aktivitasnya sehari hari

harus terus dipelihara. Sebab menjadi lansia bukan berarti lemah tidak berdaya dan bergantung pada orang lain

DAFTAR PUSTAKA

Ayuni, N. H. (2014). Perbedaan Kejadian Depresi Pada Lansia Mandiri Dan Ketergantungan Dalam Activity Of Daily Living (Adl) Di Pstw Yogyakarta Unit Abiyoso Pakem Sleman, 1–23.

Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Badan Pusat Statistik Indonesia. (2018). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.

Ediawati, E. (2012). Gambaran Tingkat Kemandirian Dalam Activity Of Daily Living (ADL) Dan Resiko Jatuh Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Wherda Budi Mulia. *Skripsi Program Sarjana*, 1–63.

El Rahmayati, K. (2016). Faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari. *Jurnal Keperawatan*, XII(1), 81–89.

Hardywinoto, S. (2007). *Panduan Gerontologi*. Jakarta: Pustaka Utama.

Ismail, S. O. (2015). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Lansia. *Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 1–17. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Kholifah, S. N. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kholifah, S. N. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Gerontik*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Nugroho, W. (2015). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Widiyanti, A. Y. (2002). Perbedaan Kemandirian Antara Lansia Pria dan Wanita Yang Bertempat Tinggal di Rumah dan di PSTW. *Universitas Sanatha Darma*, Yogyakarta

Wiyono, J., Sahar, J., & Wiarsih, W. (2008). Pengalaman Keluarga Merawat Lansia dengan Tingkat Ketergantungan Tinggi di Rumah, Kota Malang, Jawa Timur: Studi Fenomenologi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), 76–83. <https://doi.org/10.7454/JKI.V12I2.204>

