

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN *ACTIVITIES DAILY LIVING*
(ADL) LANSIA TERHADAP PENGETAHUAN
DAN SIKAP KELUARGA
(Di Wilayah RW V Kelurahan Giriwono Kecamatan Wonogiri)**

**TESIS
Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Magister
Program Studi Magister Kedokteran Keluarga
Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan**



**Disusun Oleh :
NITA YUNIAN TI RATNASARI
S540809018**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2011**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN *ACTIVITIES DAILY LIVING*
(ADL) LANSIA TERHADAP PENGETAHUAN
DAN SIKAP KELUARGA
(Di Wilayah RW V Kelurahan Giriwono Kecamatan Wonogiri)**

Disusun Oleh :

NITA YUNIANTI RATNASARI

NIM : S540809018

Telah Disetujui Oleh Tim Pembimbing :
Dewan Pembimbing

Jabatan Tanggal	Nama	Tanda Tangan
Pembimbing I	Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr.,PAK.,MM.,M.Kes NIP. 19480313 197610 1 001
Pembimbing II	Pancrasia Murdani K, dr.,MPHEd NIP. 19480512 197903 2 001

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Kedokteran Keluarga

Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr.,PAK.,MM.,M.Kes
NIP. 19480313 197610 1 001

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN *ACTIVITIES DAILY LIVING*
(ADL) LANSIA TERHADAP PENGETAHUAN
DAN SIKAP KELUARGA
(Di Wilayah RW V Kelurahan Giriwono Kecamatan Wonogiri)**

**Disusun Oleh :
NITA YUNIANTI RATNASARI
NIM : S540809018**

Telah Disetujui dan Disyahkan Oleh Tim Penguji
Pada Tanggal :

<u>Jabatan</u>	<u>Nama</u>	<u>Tanda Tangan</u>
Ketua	Prof. Bhisma Murti, dr.,MPH.,M.Sc.,Ph.D NIP: 19551021 199412 1 001
Sekretaris	Dr. Nunuk Suryani, M.Pd NIP: 19661108 199003 2 001
Anggota	1. Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr.,PAK.,MM.,M.Kes NIP: 19480313 197610 1 001
	2. Pancrasia Murdani K, dr.,MPHed NIP: 19480512 197903 2 001

Mengetahui,
Direktur PPs UNS

Surakarta, Februari 2011

Ketua Program Studi
Magister Kedokteran Keluarga

Prof. Suranto, Drs, M.Sc, Ph.D
NIP. 19570820 198503 1 004

Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr.,PAK.,MM.,M.Kes
commit to user NIP. 19480313 197610 1 001

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Nita Yunianti Ratnasari

NIM : S540809018

Sebagai Mahasiswa Pasca Sarjana Program Studi Magister Kedokteran Keluarga, Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan, Universitas Sebelas Maret Surakarta Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang berjudul **Pengaruh Pendidikan Kesehatan Activities Daily Living (ADL) Lansia Terhadap Pengetahuan dan Sikap Keluarga di Wilayah RW V Kelurahan Giriwono Kecamatan Wonogiri** adalah betul-betul karya penulis sendiri. Hal-hal yang bukan merupakan karya penulis, dalam tesis tersebut diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan penulis tidak benar, maka penulis bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar yang penulis peroleh dari tesis tersebut.

Surakarta, Februari 2011

Yang membuat pernyataan

Nita Yunianti Ratnasari

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karuniaNya kami bisa menyelesaikan tulisan ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat magister di bidang Pendidikan Profesi Kesehatan pada Program Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Sehubungan dengan keterbaatsan yang ada pada penulis, penyusunan tesis berjudul **Pengaruh Pendidikan Kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) Lansia Terhadap Pengetahuan dan Sikap Keluarga di Wilayah RW V Kelurahan Giriwono Kecamatan Wonogiri** ini kurang sempurna namun penulis telah berusaha secara maksimal agar dapat bermanfaat bagi pembaca maupun penulis sendiri.

Pada kesempatan ini dengan rendah hati dan rasa hormat, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Muh. Syamsulhadi, dr.,SpKJ(K), selaku Rektor UNS, yang telah memberi kesempatan penulis mengikuti pendidikan Program Magister di program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Bapak Prof. Drs. Suranto, M.Sc, Ph.D, selaku Direktur Program Pasca Sarjana UNS yang telah memberikan kesempatan penulis mengikuti pendidikan Program Magister di program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
3. Bapak Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr.,PAK,MM,M.Kes selaku ketua program studi Magister Kedokteran Keluarga UNS, yang telah memberi kesempatan penulis mengikuti pendidikan, sekaligus selaku pembimbing I atas segala kesabaran, ketulusan serta meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
4. Ibu Pancrasia Murdani K, dr.,MPHed selaku ketua minat Pendidikan Profesi Kesehatan Program Studi Magister Kedokteran Keluarga, yang telah memberi kesempatan penulis mengikuti pendidikan, sekaligus selaku pembimbing II

commit to user

atas segala bimbingan, pengarahan, kesabaran serta ketulusan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

5. Bapak Drs. Usman Syarif selaku Kepala Kelurahan Giriwono, yang telah memberikan izin kepada penulis melakukan pengambilan data penelitian.
6. Ibu Budiyatmi selaku ketua tim penggerak PKK Kelurahan Giriwono, yang telah bersedia membantu penulis selama penelitian berlangsung.
7. Suamiku tercinta, anak-anakku dan orang tuaku yang selalu memberikan doa, dorongan dan semangat yang tulus kepada penulis.
8. Rekan rekan mahasiswa Program Pasca Sarjana Studi Kedokteran Keluarga minat utama Pendidikan Profesi Kesehatan yang telah memberikan dukungan dan kerjasama yang baik selama kuliah dan pembuatan tesis.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan motivasi kepada penulis sehingga kuliah berjalan lancar hingga bisa menyelesaikan tesis ini.

Akhirnya seperti pepatah kata tiada gading yang tak retak, dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan. Oleh Karena itu saran dan kritik dari pembaca sangat penulis harapkan. Harapan penulis semoga tesis ini bermanfaat bagi pembaca.

Surakarta, Februari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
i	
HALAMAN PERSETUJUAN	
ii	
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN	
iv	
KATA PENGANTAR	
v	
DAFTAR ISI	
viii	
DAFTAR TABEL	
x	
DAFTAR GAMBAR	
xi	
DAFTAR LAMPIRAN	
xii	
ABSTRAK	
xiii	
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Identifikasi Masalah.....	3
C. Pembatasan Masalah	4
D. Rumusan Masalah	4
E. Tujuan Penelitian	4
F. Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. KAJIAN TEORI	7
1. Konsep Pendidikan Kesehatan.....	7
2.	
Konsep Pengetahuan	10
3.	
Konsep Sikap	14
4. Konsep Keluarga	19
5. Konsep Lansia	23
Penelitian Yang Relevan.....	29
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	33
D. Kerangka Pikir	36
E. Hipotesis	36

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A.....	D
Desain Penelitian.....	37
B.....	L
Lokasi Dan Waktu Penelitian	37
C.....	P
Populasi dan Sampel Penelitian	37
D.....	V
Variabel dan Definisi Operasional	39
E.....	I
Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	39
F.....	T
Teknik Analisa Data	41

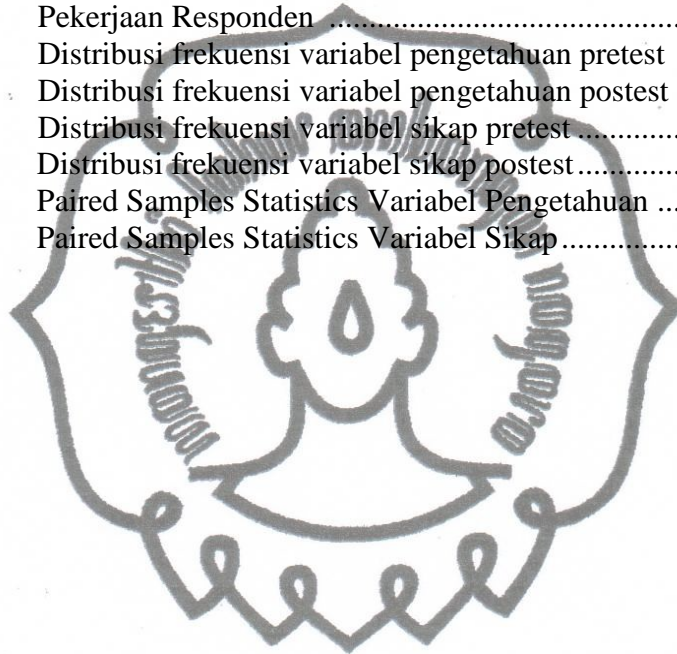
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A.....	A
Analisis Data	43

1.	K	
Ciri-ciri Karakteristik Data Sampel		43
2.	D	
Deskripsi Variabel Penelitian		47
3.	U	
Uji T Variabel Pengetahuan		49
4.	U	
Uji T Variabel Sikap Keluarga		49
B.	P	
Pengujian Hipotesis		50
C.	P	
Pembahasan		51
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		
A.	K	
Kesimpulan		58
B.	I	
Implikasi		58
C.		
Saran		59
DAFTAR PUSTAKA		61
LAMPIRAN.....		65

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 : Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	39
Tabel 3.2 : Kisi-Kisi Pertanyaan Variabel Penelitian	40
Tabel 4.1 : Umur Responden	44
Tabel 4.2 : Tingkat Pendidikan Responden	45
Tabel 4.3 : Pekerjaan Responden	46
Tabel 4.4 : Distribusi frekuensi variabel pengetahuan pretest	47
Tabel 4.5 : Distribusi frekuensi variabel pengetahuan posttest	47
Tabel 4.6: Distribusi frekuensi variabel sikap pretest	48
Tabel 4.7: Distribusi frekuensi variabel sikap posttest	48
Tabel 4.8: Paired Samples Statistics Variabel Pengetahuan	49
Tabel 4.9: Paired Samples Statistics Variabel Sikap	49



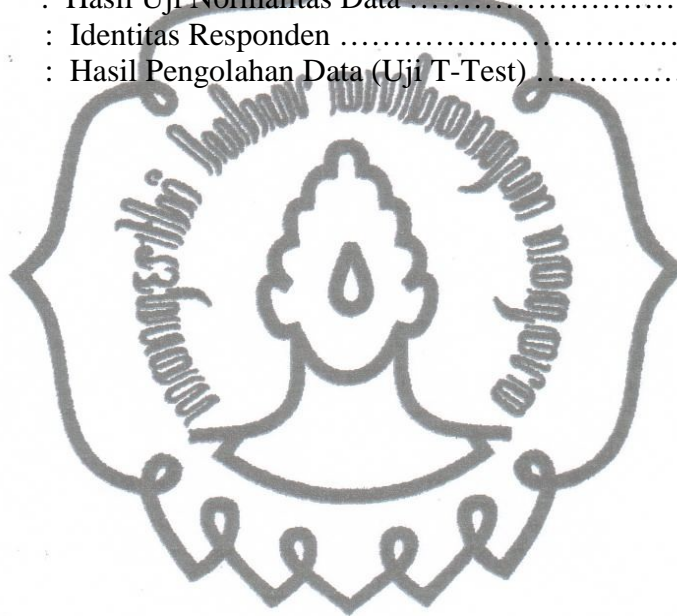
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : Kerangka Konsep Penelitian	33
Gambar 2.2 : Kerangka Pikir	36
Gambar 4.1 : Diagram Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur	44
Gambar 4.2 : Diagram Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan	45
Gambar 4.3 : Diagram Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan	46



DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran 1	: Pernyataan Kesediaan menjadi responden penelitian	65
Lampiran 2	: Permohonan Ijin Penelitian dari Universitas Sebelas Maret Surakarta	66
Lampiran 3	: Surat Ijin Penelitian dari Bakesbangpol dan Linmas Kabupaten Wonogiri	67
Lampiran 4	: Kuesioner Penelitian	68
Lampiran 5	: Daftar Hadir Peserta Pendidikan Kesehatan ADL Lansia ..	75
Lampiran 6	: Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	78
Lampiran 7	: Hasil Uji Normalitas Data	82
Lampiran 8	: Identitas Responden	83
Lampiran 9	: Hasil Pengolahan Data (Uji T-Test)	84



ABSTRAK

Nita Yuniarti Ratnasari, S540809018, 2011. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Activities Daily Living (ADL) Lansia Terhadap Pengetahuan dan Sikap Keluarga di Wilayah RW V Kelurahan Giriwono Kecamatan Wonogiri*. Tesis Program studi Magister Kedokteran Keluarga, Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Latar Belakang: Peningkatan jumlah penduduk lansia akan berdampak terhadap sosial ekonomi baik dalam keluarga, masyarakat, maupun dalam pemerintah. Kondisi fisik seseorang yang telah memasuki masa lansia mengalami penurunan yang pada akhirnya akan berpengaruh pada aktivitas kehidupan sehari-hari. Keluarga masih merupakan tempat tinggal utama bagi para lansia, sehingga keluarga memegang andil yang besar dalam pemberian perawatan lansia, sedangkan belum tentu semua keluarga sudah mengerti bagaimana merawat ADL lansia yang semestinya.

Tujuan: Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia terhadap pengetahuan dan sikap keluarga.

Metode: Quasy eksperimen dengan rancangan *one group pre test and post test design*. Populasi adalah keluarga dengan lansia di wilayah Kelurahan Giriwono sejumlah 50 orang. Teknik pengambilan sampel dengan purposive sampling diperoleh jumlah sampel sebanyak 43 orang. Uji validitas alat ukur dengan korelasi product moment, dan uji reliabilitas dengan korelasi item total dan Alpha Cronbach sebagai ukuran konsistensi internal. Pengelolaan data dengan SPSS 17, dengan uji T test.

Hasil: Terdapat pengaruh yang bermakna antara pengetahuan responden tentang ADL lansia sebelum dan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan t hitung sebesar 7.491 ($p=0,000$; $\alpha < 0,05$). Terdapat pengaruh yang bermakna antara sikap responden sebelum dan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan ADL lansia dengan nilai t hitung sebesar 3.130 ($p=0,003$; $\alpha < 0,05$).

Kesimpulan: Pemberian pendidikan kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia pada keluarga bermakna secara signifikan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap keluarga.

Kata kunci : Pendidikan kesehatan, *Activities Daily Living* (ADL) Lansia, Pengetahuan, Sikap, Keluarga.

ABSTRACT

Nita Yuniarti Ratnasari, S540809018, 2010. Effect of Health Education Activities for Daily Living (ADL) Elderly On The Knowledge and Attitudes of Family Area RW V Village Giriwono District Wonogiri. Thesis Master Study Program of Family Medicine, Postgraduate Program Sebelas Maret University Surakarta.

Background: An increasing number of elderly residents will have an impact on socioeconomic well in families, communities, and in government. The physical condition of a person who has entered a period of decline in the elderly will ultimately affect the activities of daily living. The family is still the main residence for the elderly, so that the family holds a great share in providing elderly care, while not all families have to understand how the proper care for ADL in the elderly.

Objective: This study proposed to determine the effect health education ADL elderly on knowledge and attitude of the family.

Method: It was quasy experimental methods with design one group pre test and post test design. The population is families with elderly in the village of Giriwono 50 people. Sample is families with elderly in RW V Kelurahan Giriwono. The sampling technique with the purposive sampling obtained sample size was 43 persons. Validity test gauge with product moment correlation, and reliability of measuring instruments checked with total item correlation and Cronbach Alpha as a measure of internal consistency. Managing data with SPSS 17, with T test.

Result: The results showed the significant influence of knowledge about elderly ADL before and after receiving health education ($p = 0.000$, $\alpha < 0.05$). There was significant influence between the attitudes of respondents before and after receiving health education elderly ADL ($p = 0.003$, $\alpha < 0.05$).

Conclusion: of this study is health education Activities of Daily Living (ADL) in elderly families is significantly meaningful in improving knowledge and attitude of the family.

Keywords: Health Education, Activities for Daily Living (ADL) in Geriatry, Knowledge, Attitude, Family.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa, dan akhirnya menjadi tua. Usia lanjut merupakan tahap akhir dari siklus hidup manusia, yaitu bagian dari proses kehidupan yang tak dapat dihindarkan dan akan di alami oleh setiap individu. Pada tahap ini individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya (Hidayati, 2009).

Di Indonesia saat ini terdapat sekitar 10 juta orang yang berusia di atas 65 tahun (4,6 % dari seluruh jumlah penduduk). Bahkan, Indonesia termasuk salah satu negara, yang jumlah penduduk lansianya bertambah paling cepat di Asia Tenggara. Peningkatan jumlah penduduk lansia ini sebagai konsekuensi dari peningkatan usia harapan hidup (Hidayati, 2009). Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia akan membawa dampak terhadap sosial ekonomi baik dalam keluarga, masyarakat, maupun dalam pemerintah. Implikasi ekonomis yang penting dari peningkatan jumlah penduduk adalah peningkatan dalam ratio ketergantungan usia lanjut (*old age ratio dependency*). Setiap penduduk usia produktif akan menanggung semakin banyak penduduk usia lanjut. Ketergantungan lanjut usia disebabkan kondisi orang lanjut usia banyak mengalami kemunduran fisik maupun psikis, artinya mereka mengalami perkembangan dalam bentuk

perubahan-perubahan yang mengarah pada perubahan yang negatif. Secara umum kondisi fisik seseorang yang telah memasuki masa lanjut usia mengalami penurunan yang pada akhirnya akan berpengaruh pada aktivitas kehidupan sehari-hari. Dengan menilik hal tersebut setidaknya penting bagi keluarga dengan lansia untuk lebih peduli dan memperhatikan dengan seksama kaum lansia dengan lebih dalam lagi.

Berbagai masalah kesehatan yang dihadapi usia lanjut adalah kurangnya bergerak (*immobilisasi*), kepikunan yang berat (*dementia*), besar buang air kecil atau buang air besar (*inkontinensia*), asupan makanan dan minuman yang kurang, lecet dan borok pada tubuh akibat berbaring yang lama (*decubitus*), patah tulang dan lain-lain (Narayani, 2008). Permasalahan yang dihadapi usia lanjut apabila tidak segera diatasi akan menimbulkan beberapa akibat. Akibat-akibat itu dapat dikelompokkan sebagai berikut: gangguan sistem, timbulnya penyakit, menurunnya *activities daily of living* (ADL). Penurunan ADL disebabkan oleh: persendian yang kaku, pergerakan yang terbatas, waktu beraksi yang lambat, keadaan tidak stabil bila berjalan, keseimbangan tubuh yang jelek, gangguan peredaran darah, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan pada perabaan. Faktor yang mempengaruhi penurunan ADL adalah kondisi fisik menahun, kapasitas mental, status mental seperti kesedihan dan depresi, penerimaan terhadap berfungsinya anggota tubuh dan dukungan anggota keluarga. Upaya yang dilakukan dalam menangani masalah kesehatan usia lanjut adalah upaya pembinaan kesehatan, pelayanan kesehatan dan upaya perawatan (Narayani, 2008).

Dengan adanya penurunan kesehatan dan keterbatasan fisik maka diperlukan perawatan sehari-hari yang cukup. Perawatan tersebut dimaksudkan agar lansia mampu mandiri atau mendapat bantuan yang minimal. Perawatan yang diberikan berupa kebersihan perorangan seperti kebersihan gigi dan mulut, kebersihan kulit dan badan serta rambut. Selain itu pemberian informasi pelayanan kesehatan yang memadai juga sangat diperlukan bagi lansia agar dapat mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai (Akhmadi, 2009). Berdasarkan fenomena di atas maka peneliti merasa tertarik untuk meneliti masalah pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan ADL lansia terhadap pengetahuan dan sikap keluarga. mengingat keluarga memegang andil yang besar dalam pemberian perawatan lansia, sedangkan belum tentu semua keluarga sudah mengerti bagaimana merawat ADL lansia yang semestinya.

B. IDENTIFIKASI MASALAH

Masalah yang ditemukan pada obyek penelitian ini adalah :

1. Perubahan komposisi penduduk lansia menimbulkan berbagai kebutuhan baru yang harus dipenuhi, sehingga dapat pula menjadi permasalahan yang kompleks
2. Peningkatan jumlah penduduk lansia akan berdampak terhadap peningkatan rasio ketergantungan
3. Dengan adanya penurunan kesehatan dan keterbatasan fisik maka diperlukan perawatan sehari-hari yang cukup agar lansia mampu mandiri atau mendapat bantuan yang minimal.

4. Pandangan sebagian orang yang menganggap lansia adalah kaum yang tidak berguna dan lemah
5. Kurangnya pengetahuan keluarga dengan lansia tentang perawatan ADL lansia di rumah

C. PEMBATASAN MASALAH

Karena keterbatasan waktu, dana, tenaga, teori, dan supaya penelitian ini lebih mendalam maka penelitian dibatasi pada tiga variabel saja, yaitu : pendidikan kesehatan *Activities Dially Living* (ADL), pengetahuan dan sikap keluarga.

D. RUMUSAN MASALAH

1. Adakah pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Dially Living* (ADL) lansia terhadap pengetahuan keluarga?
2. Adakah pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Dially Living* (ADL) lansia terhadap sikap keluarga?

E. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mempelajari pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Dially Living* (ADL) lansia terhadap pengetahuan dan sikap keluarga.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Dially Living* (ADL) lansia terhadap pengetahuan keluarga.
- b. Menganalisa pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Dially Living* (ADL) lansia terhadap sikap keluarga.

F. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

- a. Bagi Institusi keperawatan

Diharapkan dapat menambah referensi dan studi kepustakaan tentang pengaruh pendidikan kesehatan ADL lansia terhadap pengetahuan dan sikap keluarga.

- b. Bagi peneliti dan peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat dipakai untuk meningkatkan pengalaman dan wawasan dalam menganalisa pengaruh pendidikan kesehatan ADL lansia terhadap pengetahuan dan sikap keluarga serta sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Dinas Pendidikan Kabupaten Wonogiri dan Instansi terkait

Diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pentingnya pendidikan kesehatan ADL lansia bagi keluarga.

b. Bagi komunitas (lansia dan keluarga)

- 1) Memberikan wawasan bagi keluarga tentang pentingnya memahami kebutuhan lansia sejak dini.
- 2) Memberikan dukungan atau support keluarga agar lebih memperhatikan perawatan usia lanjut.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KAJIAN TEORI

Dalam bab ini akan di uraikan tentang konsep pendidikan kesehatan, konsep pengetahuan, konsep sikap, konsep keluarga, konsep lansia, penelitian yang relevan, kerangka berfikir, dan hipotesis.

1. Konsep Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian

Pendidikan berasal dari bahasa Yunani yaitu *pedagogik* artinya ilmu menuntun anak. Menurut orang Romawi pendidikan diartikan sebagai *edueare*, yaitu mengeluarkan dan menuntun, tindakan merealisasikan potensi anak yang dibawa waktu dilahirkan didunia. Pendidikan dalam bahasa jawa berarti *panggulawentah* (pengolahan), mengolah, mengubah kejiwaan, mematangkan perasaan, pikiran, kemauan dan watak, mengubah kepribadian sang anak (Notoatmodjo, 2003:127-128).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tujuan kesehatan baik perorangan maupun pada masyarakat (Mubarak, 2006). Sedangkan WHO menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka.

Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan untuk mencapai kesehatan optimal.

b. Tujuan

Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2003), menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan. Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut antara lain, menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Sedangkan menurut Arifin (2009), tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan.

c. Proses Pendidikan Kesehatan

Dalam proses pendidikan kesehatan terdapat tiga persoalan pokok yaitu masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*). Masukan (*input*) dalam pendidikan kesehatan menyangkut sasaran belajar yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan dan perilaku pada diri subyek belajar. Dalam proses pendidikan kesehatan terjadi timbal balik berbagai faktor antara lain adalah pengajar, tehnik belajar dan materi atau bahan pelajaran. Sedangkan keluaran merupakan kemampuan sebagai hasil perubahan yaitu perilaku sehat dari sasaran didik melalui pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

d. Metode

Menurut Notoatmodjo (2003), metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dipilih berdasarkan tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan perawat sebagai tenaga pengajar, kemampuan individu, kelompok, masyarakat, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan, dan ketersediaan fasilitas pendukung. Metode pendidikan kesehatan dapat bersifat pendidikan individual, pendidikan kelompok dan pendidikan massa. Metode yang sering digunakan dalam pendidikan kesehatan yaitu bimbingan dan penyuluhan, wawancara, ceramah, seminar, simposium, diskusi kelompok, *buzz group*, curah gagasan, forum panel, demonstrasi, simulasi, dan permainan peran.

e. Sasaran

Sasaran pendidikan kesehatan adalah masyarakat atau individu baik yang sehat maupun sakit. Sasaran pendidikan kesehatan tergantung pada tingkat, dan tujuan penyuluhan yang diberikan. Lingkungan pendidikan kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui berbagai lembaga dan organisasi masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

2. Konsep Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan adalah pelbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan akal. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya (Wikipedia, Kamus Besar Bahasa Indonesia).

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Berdasarkan definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah hasil dari tahu setelah melakukan proses pembelajaran dengan menggunakan panca indera.

b. Tingkatan Pengetahuan

Tingkatan pengetahuan dalam domain kognitif meliputi tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis

commit to user

(*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah diajarkan melalui pendidikan kesehatan. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari dalam pendidikan kesehatan. Oleh karena itu “tahu” merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan. Salah satu contohnya adalah mendefinisikan apa yang dimaksud lanjut usia.

Tingkatan pengetahuan selanjutnya adalah memahami (*comprehension*), artinya kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang obyek yang diketahui. Seseorang yang telah paham tentang sesuatu harus dapat menjelaskan, member contoh dan menyimpulkan. Misalnya keluarga paham bagaimana perawatan lanjut usia di rumah.

Aplikasi (*application*) sebagai tingkat pengetahuan yang ketiga merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi nyata atau dapat menggunakan hukum-hukum, rumus, metode dalam situasi nyata. Misalnya keluarga dapat menerapkan cara perawatan lanjut usia dengan tepat di rumah. Sementara analisis (*analysis*) sebagai tingkat pengetahuan yang keempat diartikan sebagai kemampuan untuk menguraikan ke dalam bagian-bagian lebih kecil, tetap masih di dalam suatu struktur obyek tersebut dan masih terkait satu sama

lain. Ukuran kemampuan menganalisis ditunjukkan dengan dapat menggambarkan, membuat bahan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan. Salah satu contohnya adalah keluarga mampu membedakan cara melakukan perawatan lansia yang benar dan yang kurang tepat.

Sintesis (*synthesis*) sebagai tingkat pengetahuan yang kelima adalah suatu kemampuan untuk menggabungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Ukuran kemampuan sintesis diperlihatkan dengan dapat menyusun, meringkas, merencanakan, dan menyesuaikan suatu teori yang telah ada. Misalnya keluarga dapat merencanakan tindakan apa saja yang harus dilakukan untuk merawat lansia di rumah. Tingkat pengetahuan terakhir adalah evaluasi (*evaluation*) yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu obyek. Evaluasi dapat menggunakan criteria yang telah ada atau disusun sendiri. Misalnya keluarga dapat mengetahui manfaat perawatan lansia di rumah. (Notoatmodjo, 2003).

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Nasution dalam Notoatmodjo (2000) adalah tingkat pendidikan, informasi, budaya, pengalaman, dan social ekonomi. Semakin tinggi tingkat pendidikan (pengetahuan) seseorang maka ia akan mudah menerima informasi tentang sesuatu. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan selanjutnya adalah

informasi, budaya karena budaya yang diperoleh belum sesuai dengan budaya yang ada sekarang sehingga mempengaruhi informasi yang ada.

Pengalaman sebagai faktor yang mempengaruhi pengetahuan yang keempat, berkaitan dengan umur dan pendidikan individu, maksudnya semakin bertambahnya umur dan pendidikan yang tinggi maka pengalaman akan lebih luas tentang sesuatu. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan yang terakhir adalah social ekonomi, hal ini berarti bahwa kemampuan keluarga untuk memberikan perawatan pada lansia disesuaikan dengan kemampuan ekonomi keluarga tersebut, sehingga menuntut pengetahuan yang dimiliki untuk dipergunakan semaksimal mungkin.

c. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara langsung atau dengan angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden atau subyek penelitian. Kedalaman pengetahuan responden yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat pengetahuan.

Hasil pengukuran pengetahuan dengan menggunakan angket atau kuesioner pada umumnya berupa prosentase yang menggambarkan tingkat pengetahuan baik, cukup atau pengetahuan kurang. Menurut Waridjan (1999), pengetahuan seseorang tentang sesuatu hal dikatakan baik bila nilai jawaban benar berkisar pada rentang 80 - 100%, dikatakan cukup bila

menjawab benar sebesar 65 – 79 % dan pengetahuan dikatakan kurang bila prosentase nilai benar kurang dari 65 %.

d. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku

Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2003), bahwa pemberian pendidikan kesehatan adalah suatu upaya untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat mengetahui atau menyadari bagaimana memelihara kesehatan mereka. Lebih dari itu pendidikan kesehatan pada akhirnya bukan hanya meningkatkan pengetahuan pada masyarakat, namun yang lebih penting adalah mencapai perilaku kesehatan (*healthy behavior*). Berarti tujuan akhir pendidikan kesehatan agar masyarakat dapat mempraktekkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat dapat berperilaku hidup sehat.

3. Konsep Sikap

a. Pengertian Sikap

Sikap adalah derajat efek positif atau efek negatif terhadap suatu objek psikologis (Edwards dalam Azwar, 2003: 5). Sedangkan menurut Lapierre dalam Azwar (2003: 5), sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipasif, predisposisi adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan.

Menurut Petty dan Cacioppo dalam Azwar (2005:6) sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, objek atau isu-isu. Sedangkan Notoatmodjo (2003: 124) menyatakan sikap

commit to user

adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap sesuatu stimulus atau objek.

b. Komponen Pokok Sikap

Allport dalam Notoatmodjo (2003: 125), menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

c. Tingkatan Sikap

Notoatmodjo (2003: 126), mengemukakan tingkatan sikap sebagai berikut:

- 1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

- 2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

- 3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

- 4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

d. Ciri - Ciri Sikap

Sikap menentukan jenis atau tabiat tingkah laku dalam hubungannya dengan perangsang yang relevan, orang-orang atau kejadian-kejadian. Adapun ciri-ciri sikap adalah sebagai berikut:

1) Sikap itu dipelajari (*learn ability*)

Sikap merupakan hasil belajar. Ini perlu dibedakan dari motif-motif psikologi. Beberapa sikap dipelajari tidak sengaja dan tanpa kesadaran kepada sebagian individu. Barangkali yang terjadi adalah mempelajari sikap dengan sengaja bila individu mengerti bahwa hal itu akan membawa lebih baik (untuk dirinya sendiri), membantu tujuan kelompok atau memperoleh suatu nilai yang sifatnya perseorangan.

2) Memiliki kestabilan (*stability*)

Sikap bermula dari dipelajari, kemudian menjadi lebih kuat, tetap dan stabil, melalui pengalaman.

3) *Personal-societal significance*

Sikap melibatkan hubungan antara seseorang dan orang lain dan juga antara orang dan barang atau situasi.

4) Berisi kognisi dan afeksi

Komponen kognisi sikap adalah berisi informasi yang faktual.

5) *Approach-avoidance directionality*

Bila seseorang memiliki sikap yang favorable gerakan suatu objek. Mereka akan mendekati dan membantunya, tetapi bila seseorang

memiliki sikap yang *unfavorable* mereka akan menghindarinya (Ahmadi, 1999: 178-179).

e. Karakteristik Sikap

Dalam bukunya yang berjudul *Principle Of Educational And Psychological Measurement And Evaluation*, Sax dalam Azwar, (2003: 87-89) menunjukkan beberapa karakteristik (dimensi) sikap yaitu:

- 1) Arah, artinya sikap terpilah pada dua arah persetujuan yaitu apakah setuju atau tidak setuju. Apakah mendukung atau tidak mendukung, apakah memihak atau tidak memihak terhadap sesuatu atau seseorang sebagai objek.
- 2) Intensitas, artinya kedalaman atau kekuatan sikap terhadap sesuatu belum tentu sama walaupun arahnya tidak berbeda.
- 3) Keluasan, artinya kesetujuan atau tidak kesetujuan terhadap suatu objek sikap dapat mengenai hanya aspek yang sedikit dan sangat spesifik akan tetapi dapat pula mencakup banyak sekali aspek yang ada pada objek sikap.
- 4) Konsistensi, artinya kesesuaian antara pernyataan sikap yang dikemukakan dengan responnya terhadap objek sikap termaksud.
- 5) Spontanitasnya, artinya mencakup sejauh mana kesiapan individu untuk menyatakan sikapnya secara spontan.

f. Stuktur dan Pembentukan Sikap

1) Stuktur sikap

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang, yaitu komponen kognitif (*cognitive*), komponen afektif (*affective*) dan komponen konatif (*conative*).

- a) Komponen kognitif, berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.
- b) Komponen afektif, menyangkut masalah emosional seseorang terhadap suatu objek sikap.
- c) Komponen perilaku atau komponen konatif, menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya (Azwar, 2003: 23 - 27).

2) Pembentukan sikap

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Interaksi sosial mengandung arti lebih dari pada sekedar adanya kontak sosial atau hubungan antara individu sebagai anggota kelompok sosial dalam interaksi sosial, terjadi hubungan saling mempengaruhi diantara individu yang satu dengan yang lain, terjadi hubungan timbal balik yang turut mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu sebagai anggota masyarakat. Lebih lanjut, interaksi sosial itu meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun psikologis disekelilingnya.

3) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Sikap

Dalam interaksi sosialnya, individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai aspek psikologis yang dihadapinya. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2003:30).

4. Konsep Keluarga

a. Pengertian

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan, emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Mubarak, 2006:255).

Menurut Depkes RI (1998) keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

b. Tipe-Tipe Keluarga

Mubarak (2006 : 259) menyatakan bahwa tipe-tipe keluarga dibagi atas keluarga inti, keluarga orientasi, keluarga besar. Keluarga inti adalah keluarga yang sudah menikah, sebagai orang tua, atau pemberi nafkah.

Keluarga inti terdiri dari suami istri dan anak mereka baik anak kandung ataupun anak adopsi. Keluarga orientasi (keluarga asal) yaitu unit keluarga yang didalamnya seseorang dilahirkan. Keluarga besar yaitu keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah seperti kakek dan nenek, paman dan bibi.

c. Struktur Keluarga

- 1) Patrilineal : keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah
- 2) Matrilineal : keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu
- 3) Matrilokal : sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu
- 4) Patrilokal : sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami
- 5) Keluarga kawinan : hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

d. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Samuel (2009) menyatakan bahwa fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

commit to user

1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga.

2) Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

- 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga.

e. Tugas Keluarga Berdasarkan Tahap Perkembangan Keluarga

Tugas keluarga berdasarkan tahap perkembangan keluarga :

- 1) Keluarga baru menikah
- 2) Keluarga dengan anak baru lahir
- 3) Keluarga dengan anak usia pra sekolah
- 4) Keluarga dengan anak usia sekolah
- 5) Keluarga dengan anak remaja
- 6) Keluarga mulai melepas anak sebagai dewasa
- 7) Keluarga usia pertengahan
- 8) Keluarga usia tua. (Ludi, 2008).

e. Fungsi Keluarga

Menurut WHO dalam Mubarak (2006 : 264) fungsi keluarga adalah :

- 1) Fungsi Biologis
 - a) Untuk meneruskan keturunan
 - b) Memelihara dan membesarkan anak
 - c) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
 - d) Memelihara dan merawat anggota keluarga
- 2) Fungsi Psikologis
 - a) Memberikan kasih sayang dan rasa aman
 - b) Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
 - c) Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga

d) Memberikan identitas keluarga

3) Fungsi Sosialisasi

a) Membina sosialisasi pada anak

b) Membina norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkah perkembangan anak

c) Meneruskan nilai-nilai keluarga

4) Fungsi Ekonomi

a) Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga

b) Pengaturan dan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga

c) Menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa yang akan datang. Misalnya : pendidikan anak, jaminan hari tua.

5) Fungsi Pendidikan

a) Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki.

b) Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi perannya sebagai orang dewasa.

c) Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

5. Konsep Lansia

a. Pengertian

Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process*. Ilmu yang mempelajari fenomena penuaan meliputi proses menua dan degenerasi sel termasuk masalah-masalah yang ditemui dan harapan lansia disebut gerontology (Erfandi, 2009).

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 bahwa seseorang dinyatakan sebagai orang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai usia 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah orang lain.

b. Batasan Lansia

- 1) Batasan usia menurut WHO meliputi usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun; lanjut usia (*elderly*), antara 60 sampai 74 tahun; lanjut usia tua (*old*), antara 75 sampai 90 tahun dan usia sangat tua (*very old*), diatas 90 tahun.
- 2) Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 dijelaskan bahwa seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah. Saat ini berlaku UU No. 13 tahun 1998 tentang

kesejahteraan lansia yang berbunyi sebagai berikut: lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun (Badrushsholih, 2008).

c. Pendekatan Perawatan Lanjut Usia

1) Pendekatan fisik

Perawatan fisik secara umum bagi klien lanjut usia ada 2 bagian yaitu :

- a) Klien lanjut usia yang masih aktif, yang masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain.
- b) Klien lanjut usia yang pasif atau tidak dapat bangun yang mengalami kelumpuhan atau sakit.

2) Pendekatan Psikis

Perawatan mempunyai peranan yang panjang untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lanjut usia, perawat dapat berperan sebagai supporter, interpreter terhadap segala sesuatu yang asing, sebagai penampung rahasia pribadi dan sebagai sahabat yang akrab.

3) Pendekatan Sosial

Mengadakan diskusi, tukar pikiran, dan bercerita merupakan upaya perawatan dalam pendekatan sosial. Memberi kesempatan berkumpul bersama dengan sesama klien lanjut usia untuk menciptakan sosialisasi mereka.

4) Pendekatan Spiritual

Perawat harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin dalam hubungannya dengan tuhan atau agama yang dianutnya, terutama jika klien dalam keadaan sakit atau mendekati kematian (Irianto, 2008).

d. Kemandirian Lansia

Menurut Yulian (2009), kemandirian mengandung pengertian yaitu suatu keadaan dimana seseorang yang memiliki hasrat bersaing untuk maju demi kebaikan dirinya, mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi, memiliki kepercayaan diri dalam mengerjakan tugas – tugasnya, bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukannya. Lebih lanjutnya Mu'tadin (2002), menyebutkan bahwa kemandirian merupakan suatu sikap dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi di lingkungan sehingga individu pada akhirnya mampu berfikir dan bertindak sendiri.

Fungsi kemandirian pada lansia mengandung pengertian yaitu kemampuan yang dimiliki oleh lansia untuk tidak tergantung pada orang lain dalam melakukan aktivitasnya, semuanya dilakukan sendiri dengan keputusan sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhannya (Yulian, 2009). Mempertahankan kemandirian pada lansia umumnya sudah mandiri, kemandirian ini sangat penting untuk merawat dirinya dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Meskipun sulit bagi anggota keluarga yang lebih muda untuk menerima orang tua melakukan aktivitas sehari – hari secara lengkap dan lambat, dengan pemikiran dan caranya sendiri (Yulian, 2009)

Pengukuran tingkat kemandirian dalam ADL (*Activities Of Daily Living*) digunakan suatu skala “*rating scale*” yang didasarkan pada *commit to user*

ketrampilan fungsi biologis, yang memerlukan bekerjanya system syaraf dan anggota gerak dari lansia tersebut (Narayani, 2008)

Kemandirian pada aktivitas sehari – hari dapat diukur dengan menggunakan indeks barthel yang dimodifikasi. Penilaian berdasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas fungsional. Pengukuran meliputi sepuluh kemampuan berikut : makan, berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur, kebersihan diri, mencuci muka, dan menggosok gigi, aktivitas di toilet (menyemprot, mengelap), mandi, berjalan di jalan yang datar (jika tidak berjalan, lakukan dengan kursi roda), naik turun tangga, berpakaian termasuk mengenakan sepatu, mengontrol defekasi, mengontrol berkemih. Penilaian, 0-20 ketergantungan penuh, 21-61 ketergantungan berat / sangat tergantung, 62-90 ketergantungan moderat, 91-99 ketergantungan ringan 100 mandiri.

e. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kemandirian

Menurut Adilasari (2008), faktor – faktornya adalah sebagai berikut :

1) Tanggung jawab

Tanggung jawab berarti memiliki tugas untuk menyelesaikan sesuatu dan diminta pertanggungjawaban atas hasil kerjanya. Misalnya lansia diberi tanggung jawab yang dimulai dengan tanggung jawab untuk mengurus dirinya sendiri. Lansia yang diberi tanggung jawab sesuai dengan kondisinya akan merasa dipercaya, berkompeten dan dihargai.

commit to user

2) Mandiri

Percaya diri dan mandiri adalah dua hal yang saling menguatkan. Semakin lansia dapat mandiri, dia akan semakin mampu mengelola kemandirian, kemudian mengembangkan kemandirian. Keluarga harus memberikan kesempatan dan waktu agar lansia dapat memiliki tugas – tugas praktis.

3) Pengalaman praktis dan akal sehat yang relevan

Akal sehat yang berkembang melalui pengalaman yang praktis dan relevan. Seseorang yang memiliki kemandirian akan memahami diantaranya mampu:

- a) Memenuhi kebutuhan makan untuk dirinya sendiri
- b) Membuat keputusan rasional bagaimana membelanjakan uang sesuai kebutuhan
- c) Menggunakan sarana transportasi umum
- d) Krasi secara cepat dan tepat dalam berbagai situasi darurat

4) Otonom

Merupakan kemampuan untuk menentukan arah tersendiri (*self determination*) yang berarti mampu mengendalikan, mengetahui atau mempengaruhi apa yang ada pada dirinya.

5) Kemampuan memecahkan masalah

Dengan adanya dukungan dan arahan yang memadai, lansia akan terdorong untuk mencari jalan keluar bagi persoalan – persoalan yang praktis dan berhubungan dengan mereka sendiri.

6) Kebutuhan akan kesehatan yang baik

Olah raga atau berbagai aktivitas fisik adalah penting untuk mengembangkan atau meningkatkan proses koordinasi yang baik dan kebugaran.kita semua tau bahwa latihan dapat member kita keuntungan dan berpengaruh terhadap kesehatan kita. Latihan dapat memberi energy baru dan dianggap dapat meningkatkan sikap dan motivasi kita maka jika tubuh kita bugar, kita akan memiliki stamina yang lebih baik.

B. PENELITIAN YANG RELEVAN

Berbagai penelitian tentang *Activities Daily Living* (ADL) lansia, pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap telah banyak dilakukan, berikut diantaranya :

1. Penelitian yang dilakukan oleh Nurul Huda (2003) berjudul Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Memenuhi Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari di BRSD Kapanjen Malang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kemampuan lansia dalam memenuhi ADL pada tingkat mandiri, mengetahui kemampuan lansia dalam memenuhi ADL pada tingkat ketergantungan ringan, mengetahui kemampuan lansia dalam melakukan ADL pada tingkat ketergantungan sedang, mengetahui kemampuan lansia dalam melakukan ADL pada tingkat ketergantungan berat, mengetahui kemampuan lansia dalam melakukan ADL pada tingkat ketergantungan total. Jenis penelitian adalah deskriptif, sampel yang digunakan adalah

lansia yang berumur 55 tahun keatas dan tidak membatasi dalam berbagai bentuk macam penyakit pada penderita, juga tidak membedakan agama dan tidak membedakan penderita perempuan dan penderita laki-laki. Teknik pengambilan sampel adalah tehnik quota sampling sebanyak 30 responden di BRSD Kepanjen Malang dan dalam pengumpulan data menggunakan lembar 2 minggu \pm observasi *index barthel of ADL* yang dilakukan selama penelitian. Hasil penelitian yang didapat dari 20 responden yang mana kemampuan responden dalam memenuhi ADL pada tingkat mandiri 1 orang (5%), kemampuan pada tingkat ketergantungan ringan 6 orang (30%), kemampuan pada tingkat ketergantungan sedang 3 orang (15%), kemampuan pada tingkat ketergantungan berat 8 orang (40%), dan kemampuan lansia pada tingkat ketergantungan total 2 orang (10%). Agar lansia dapat mandiri tanpa bantuan orang lain perlu motivasi dari perawat dan keluarga pada klien Lansia supaya klien bisa melakukannya sendiri sebab kenyataan yang ada dilapangan kebanyakan klien bisa melakukannya sendiri. Dan perlu adanya penyuluhan dan pelatihan tentang program aktivitas lansia.

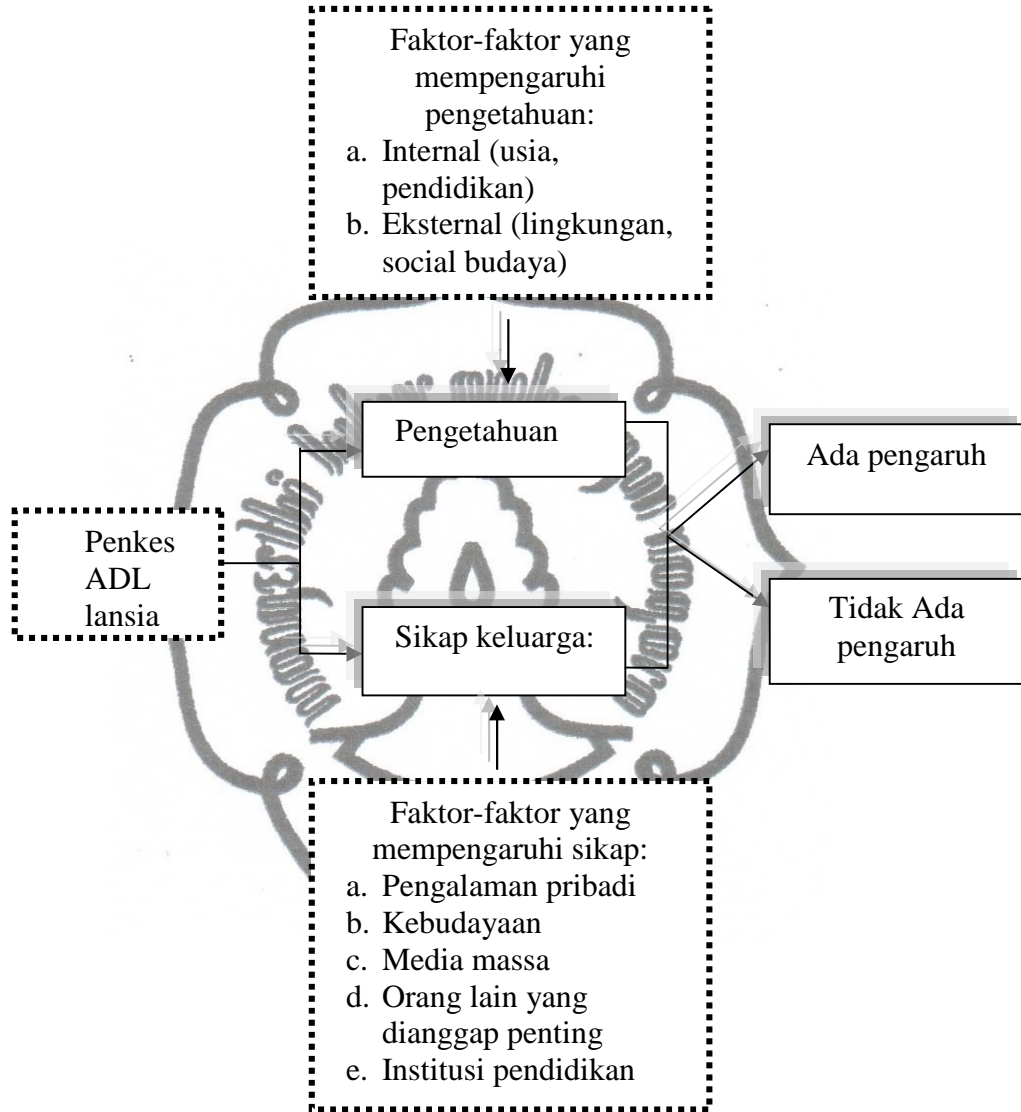
2. Penelitian yang dilakukan Icca Narayani (2008) berjudul Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Terhadap Sikap Keluarga Dalam Pemberian Perawatan *Activities Daily Living* (ADL) Pada Lansia Di Rumah Desa Tanjungrejo Margoyoso Pati. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan tingkat pengetahuan keluarga terhadap sikap keluarga dalam pemberian perawatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia di rumah desa

Tanjungrejo Margoyoso, Pati. Adapun perbedaan dengan penelitian ini adalah peneliti lebih menitikberatkan pada pemberian pendidikan kesehatan apakah berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap keluarga, sementara Icca Narayani lebih menitikberatkan pada pengetahuan dan sikap keluarga dalam perawatan ADL nya pada usia lanjut yang pasif. Rancangan penelitian yang dilakukan peneliti sebelumnya adalah *deskriptif correlation*.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Adam Wisudiyanto (2008) yang berjudul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Posyandu Lansia Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Kader Dalam Pemberian Pelayanan Di Posyandu Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Kauman Ngawi. Dalam kegiatan Posyandu Lansia, kader mempunyai peran sebagai pelaku dari sebuah sistem kesehatan. Kader diharapkan bisa memberikan berbagai pelayanan, untuk itu kader harus terus dibina, dituntun serta didukung oleh pembimbing yang terampil dan berpengalaman, sehingga apa yang menjadi tujuan dari Posyandu Lansia dapat tercapai. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang posyandu lansia terhadap pengetahuan dan sikap kader dalam memberikan pelayanan di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Kauman. Di dalam penelitian ini, digunakan metode Eksperimental dengan rancangan penelitian one group pretest – posttest design. Populasi dalam penelitian ini adalah kader Posyandu Lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kauman yang berjumlah 60 orang. Sampel yang diambil yaitu kader Posyandu Lansia

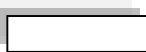
yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kauman. Metode yang digunakan dalam pengambilan sampel adalah total sampling. Teknik pengujian hipotesis penelitian menggunakan uji t -test. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini adalah: (1) Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan tentang posyandu lansia terhadap pengetahuan kader di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Kauman Ngawi. Pengetahuan kader setelah pemberian pendidikan kesehatan lebih baik daripada sebelum pemberian pendidikan kesehatan, dan (2) terdapat pengaruh pendidikan kesehatan tentang posyandu lansia terhadap sikap kader dalam pemberian pelayanan di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Kauman Ngawi. Sikap kader setelah pemberian pendidikan kesehatan lebih baik daripada sebelum pemberian pendidikan kesehatan. Terdapat persamaan antara penelitian di atas dengan yang dilakukan peneliti, yaitu persamaan variabel bebas dan terikat. Letak perbedaannya adalah sasaran / responden pendidikan kesehatan, dimana peneliti menggunakan keluarga dengan lansia sebagai responden.

C. KERANGKA KONSEP



Gambar 1.1. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



= Variabel yang diteliti



= Variabel yang tidak diteliti

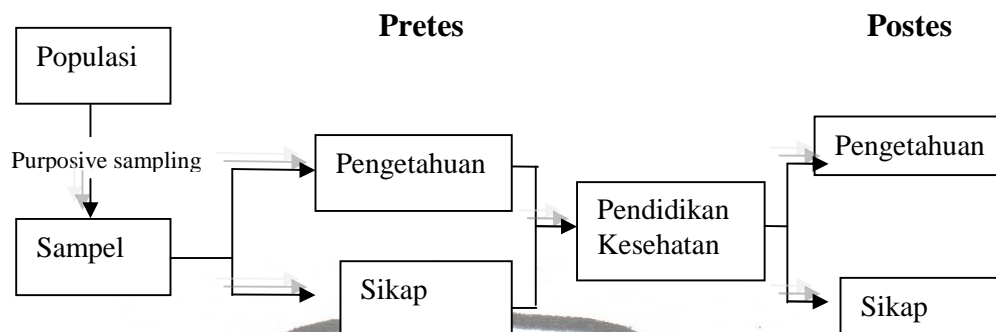
Pada gambar 1.1 di atas dapat dijelaskan bahwa pemberian pendidikan kesehatan tentang perawatan ADL lansia dengan sasaran penyuluhan keluarga dengan lansia, dipengaruhi oleh banyak faktor. Adapun faktor yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah variabel pengetahuan dan sikap keluarga. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan keluarga itu diantaranya adalah internal, meliputi usia dan pendidikan. Sementara faktor ekstrnal adalah lingkungan dan sosial budaya. Hanya saja dalam penelitian ini kedua faktor tersebut tidak diteliti pengaruhnya. Adapun faktor yang mempengaruhi sikap keluarga, seperti pengalaman pribadi, kebudayaan, media massa, keberadaan orang lain yang dianggap penting dan institusi pendidikan. Kelima factor tersebut tidak diteliti pengaruhnya, sehingga disini peneliti mencoba mencari informasi tentang pengaruh pendidikan kesehatan ditinjau dari variabel pengetahuan dan sikap keluarga.

Pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan untuk mencapai kesehatan optimal. Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Sikap adalah derajat efek positif atau efek negatif terhadap suatu objek psikologis (Azwar, 2003: 5).

Pemberian pendidikan kesehatan tentang perawatan ADL lansia dengan sasaran penyuluhan keluarga dengan lansia, dipengaruhi oleh banyak faktor. Adapun faktor yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah variabel pengetahuan dan sikap keluarga. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan keluarga itu diantaranya adalah internal, meliputi usia dan pendidikan. Sementara faktor ekstrnal adalah lingkungan dan sosial budaya. Hanya saja dalam penelitian ini kedua faktor tersebut tidak diteliti pengaruhnya.

Adapun faktor yang mempengaruhi sikap keluarga, seperti pengalaman pribadi, kebudayaan, media massa, keberadaan orang lain yang dianggap penting dan institusi pendidikan. Kelima factor tersebut tidak diteliti pengaruhnya, sehingga disini peneliti mencoba mencari informasi tentang pengaruh pendidikan kesehatan ditinjau dari variabel pengetahuan dan sikap keluarga. Seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah. Fungsi kemandirian pada lansia mengandung pengertian yaitu kemampuan yang dimiliki oleh lansia untuk tidak tergantung pada orang lain dalam melakukan aktivitasnya, semuanya dilakukan sendiri dengan keputusan sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhannya (Yulian, 2009).

D. KERANGKA PIKIR



Gambar 1.2 Kerangka Pikir

Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel dengan metode purposive sampling, dimana sampel dipilih berdasarkan kriteria yang ditetapkan peneliti. Sampel diukur variabel pengetahuan dan sikap sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, kemudian diukur lagi pengetahuan dan sikap responden setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang *Activities Daily Living* (ADL) lansia.

E. HIPOTESIS

1. Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Dially Living* (ADL) lansia terhadap pengetahuan keluarga.
2. Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Dially Living* (ADL) lansia terhadap sikap keluarga.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *quasy eksperimen* dengan rancangan *one group pre test and post test design*.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di wilayah RW V kalurahan Giriwono, kecamatan Wonogiri. Adapun waktu penelitian ini mulai bulan Agustus sampai dengan Desember 2010.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

Pada penelitian ini populasinya adalah keluarga dengan lansia di Kelurahan Giriwono, Kecamatan Wonogiri. Sampel adalah keluarga dengan lansia di wilayah RW V Kelurahan Giriwono. Peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel dengan metode *purposive sampling*. Dalam penetapan sampel peneliti menentukan kriteria *inklusi* dan *ekslusi*.

Kriteria inklusi :

1. Keluarga dengan lansia (batasan usia: *old*, antara 75-90 tahun)
2. Bersedia menjadi responden penelitian.
3. Keluarga yang dapat membaca dan menulis

Kriteria eksklusi :

1. Keluarga dengan lansia yang sedang sakit dan dirawat inap di Rumah Sakit.
2. Lansia yang tidak tinggal bersama keluarganya (lansia yang hidup sendiri)

Besar Sampel

Roscoe dalam buku *Research Methods For Bussines* (1982:253) ditulis kembali oleh Sugiyono (2010 : 131) menyatakan ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30 sampai dengan 500. Dalam menentukan besar sampel peneliti menggunakan Rumus yang dikembangkan oleh *Isaac dan Michael* dalam Sugiyono (2010 : 126), yaitu :

$$s = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N - 1) + 1 \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

Keterangan :

s = Jumlah sampel

λ^2 dengan dk = 1 , taraf kesalahan bisa 1 % , 5 % , 10 %

d = 0,05

P = Q = 0,5

Berdasarkan rumus diatas, dalam tabel 5.1 (Sugiyono, 2010 : 128) Apabila jumlah populasi yang akan diteliti sejumlah 50 orang, dengan Taraf Kesalahan (*Confidence Interval*) CI = 5 % , maka sampel yang representatif untuk penelitian ini sejumlah 43 orang.

D. Variabel dan Definisi Operasional

Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil ukur/ Kategori	Skala
1	Pendidikan kesehatan ADL lansia	Pendidikan kesehatan tentang ADL lansia yang ditujukan bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga lansia.		
2	Pengetahuan	Hal-hal yang harus dimiliki oleh keluarga dengan lansia tentang cara-cara perawatan ADL lansia yang benar di rumah.	Terdapat pernyataan tentang pengetahuan, rentang jawaban dinyatakan dengan skor benar (1) dan salah (0), dengan parameter : Skor tertinggi : 25 Skor terendah : 0	Nominal
3	Sikap	Tanggapan keluarga mengenai hal-hal yang berkaitan dengan pentingnya memberikan perawatan ADL lansia dengan benar.	Pengukuran sikap dengan menanyakan 25 item pertanyaan kepada responden yang harus menjawab salah satu dari lima pilihan jawaban yang tersedia, yaitu : STS skor 1, TS skor 2, R skor 3, S skor 4 dan SS skor 5, dengan parameter : 1. Positif 2. Negatif	Interval

E. Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

Angket / kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap keluarga tentang perawatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia di rumah, dengan kisi-kisi pertanyaan sebagai berikut:

commit to user

Tabel 3.2 Kisi-kisi Pertanyaan Variabel Penelitian

No	Variabel	Indikator	Sub Indikator	Item Pernyataan	
1	Pengetahuan	a. Macam-macam masalah kesehatan lansia	1) Imobilisasi	(+) : 1,2, 10	
			2) Demensia	(-) : 3, 11, 23	
			3) Inkontinensia		
			4) Asupan nutrisi kurang		
		b. Akibat lanjut masalah kesehatan lansia	5) Gangguan system	(+) : 4, 5	
			6) Munculnya penyakit	(-) : 7, 22	
			7)Gangguan pemenuhan ADL		
		c.Penurunan ADL	8) Kondisi fisik menahun	(+) : 8, 12, 21 (-) : 13, 25	
			9) status mental (depresi)		
			10) Penerimaan terhadap berkurangnya fungsi anggota tubuh		
			11) Support keluarga		
			d. Upaya mengatasi	12) Pembinaan kesehatan	(+) : 14, 16 (-) : 17
				13) Pelayanan kesehatan	
				14) Perawatan kesehatan	
			e. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia	15) Tanggung Jawab	(+) : 15, 18, 20
				16) Mandiri	
				17) Pengalaman praktis yang relevan	(-) : 19, 24
		18) Otonom			
		19) Kemampuan memecahkan masalah			
		20) Kebutuhan akan kesehatan yang baik			
2	Sikap	a. Macam-macam masalah kesehatan lansia	1) Imobilisasi	(+) : 1, 2	
			2) Demensia	(-) : 3, 11, 23	
			3) Inkontinensia		
			4) Asupan nutrisi kurang		
		b. Akibat lanjut masalah kesehatan lansia	5) Gangguan system	(+) : 5, 7, 13	
			6) Munculnya penyakit	(-) : 4, 22	
			7)Gangguan pemenuhan ADL		

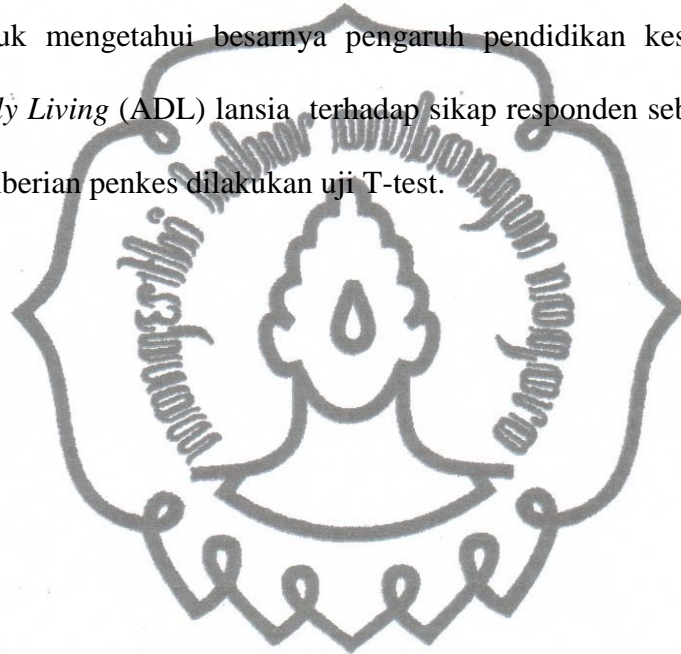
c. Penurunan ADL	8) Kondisi fisik menahun	(+) : 8, 10, 21 (-) : 6, 9, 12
	9) status mental (depresi)	
	10) Penerimaan terhadap berkurangnya fungsi anggota tubuh	
	11) Support keluarga	
d. Upaya mengatasi	12) Pembinaan kesehatan	(+) : 14, 16 (-) : 17
	13) Pelayanan kesehatan	
e. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia	14) Perawatan kesehatan	
	15) Tanggung Jawab	(+) : 15, 18, 20
	16) Mandiri	
	17) Pengalaman praktis yang relevan	(-) : 19, 24
	18) Otonom	
	19) Kemampuan memecahkan masalah	
	20) Kebutuhan akan kesehatan yang baik	

F. Teknik Analisa Data

Data – data dalam penelitian ini diolah dan dianalisis secara kuantitatif dengan menggunakan SPSS versi 17 dengan analisa sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui karakteristik responden, yang meliputi umur, pendidikan dan pekerjaan menggunakan *analisa deskriptif*.
2. Untuk mengetahui besarnya nilai variabel pengetahuan dan sikap sebelum dan setelah pemberian pendidikan kesehatan dengan *analisa deskriptif*.
3. Validitas instrumen menggunakan uji statistik *Pearson Product Moment* (r). Kemudian untuk mengetahui konsistensi dari variabel yang digunakan menggunakan uji reliabilitas Alfa Cronbach.

4. Untuk mengetahui homogenitas data, apakah data telah terdistribusi normal dilakukan tes Kolmogorov-Smirnov satu sampel.
5. Untuk mengetahui besarnya pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia terhadap pengetahuan responden sebelum dan setelah pemberian penkes dilakukan uji T-test.
6. Untuk mengetahui besarnya pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia terhadap sikap responden sebelum dan setelah pemberian penkes dilakukan uji T-test.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. ANALISIS DATA

Dari data yang diperoleh dari penelitian akan dianalisis pada bab IV ini, dimana pada bab-bab sebelumnya telah dibahas masalah cara pengambilan sampel dan alat uji yang digunakan. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dengan lansia di wilayah kelurahan Giriwono, kecamatan Wonogiri sejumlah 50 orang, sedangkan sampel adalah keluarga dengan lansia di wilayah RW V Kelurahan Giriwono Kecamatan Wonogiri, yaitu sejumlah 43 orang yang diambil dengan teknik purposive sampling berdasarkan sejumlah kriteria yang ditetapkan peneliti. Penelitian ini menggunakan metode quasi eksperimen dengan rancangan *one group pre test and post test design*. Dalam penetapan sampel peneliti menentukan kriteria *inklusi* dan *ekslusi*. Sebelum dan setelah penelitian dilakukan test dengan menyebarkan kuesioner /angket yang digunakan untuk mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap keluarga tentang perawatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia baik sebelum dan setelah pemberian pendidikan kesehatan untuk dideskriptifkan dan diolah secara statistik.

1. Karakteristik Data Sampel

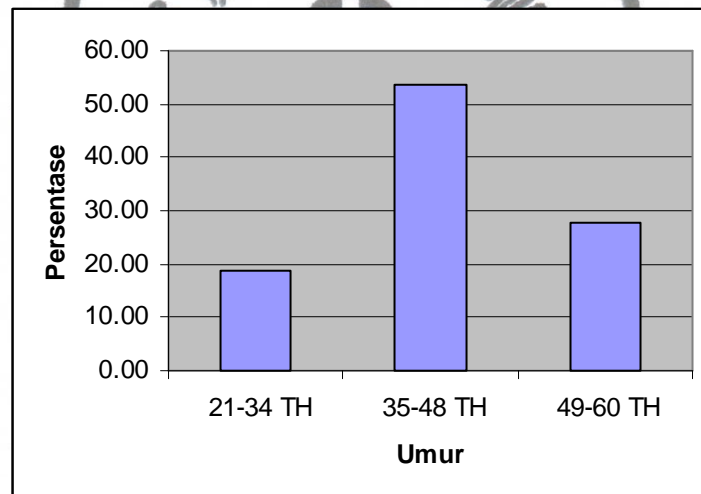
a. Distribusi Umur Sampel Penelitian

Tabel 4.1. Umur Responden

commit to user

Umur	Frekuensi	Persentase
21 – 34 tahun	8	18.60
35 – 48 tahun	23	53.49
49 – 60 tahun	12	27.91
Jumlah	43	100.00

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia sekitar 35-48 tahun yaitu sebesar 53,49%, usia 49-60 tahun sebesar 27,91% dan 21-34 tahun sebesar 18,60%.



Gambar 4.1. Diagram Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

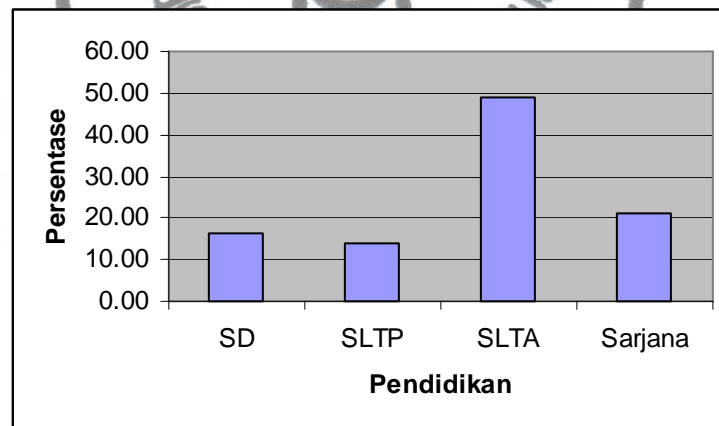
b. Distribusi Tingkat Pendidikan Responden

Tabel 4.2. Tingkat Pendidikan Responden.

Umur	Frekuensi	Persentase
	<i>commit to user</i>	

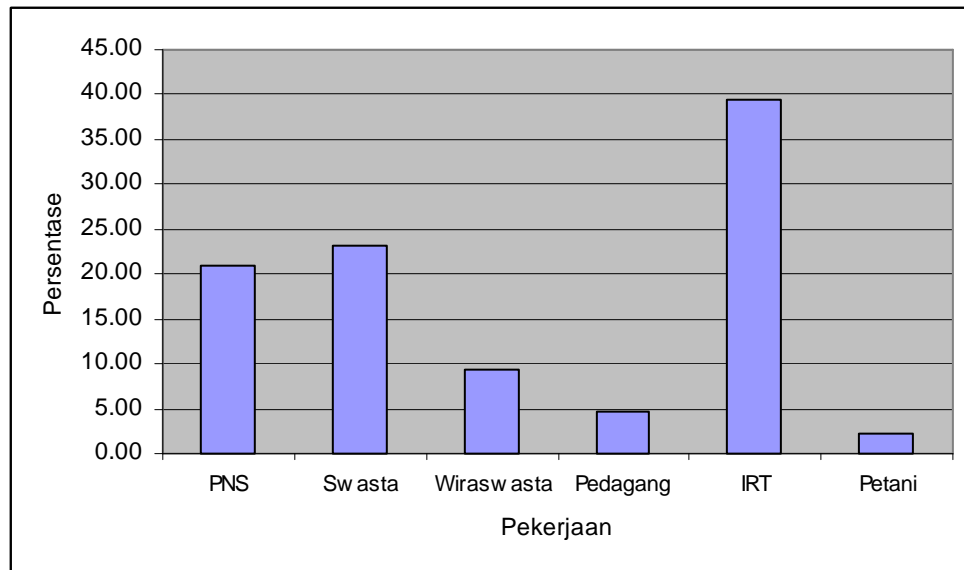
SD	7	16.28
SLTP	6	13.95
SLTA	21	48.84
Sarjana	9	20.93
Jumlah	43	100.00

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SLTA sebesar 48,84%, Sarjana sebesar 20,93%, SD sebesar 16,28% dan terendah SLTP sebesar 13,95%.



Gambar 4.2. Diagram Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan

c. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan



Gambar 4.3. Diagram Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Tabel 4.3. Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
PNS	9	20.93
Swasta	10	23.26
Wiraswasta	4	9.30
Pedagang	2	4.65
Ibu Rumah Tangga	17	39.53
Petani	1	2.33
Jumlah	43	100.00

Dari tabel 4.3 di atas sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga yaitu sebesar 39.53%, pegawai swasta 23.26%, PNS 20.93%, wiraswasta 9.30%, pedagang 4.65% dan petani 2.33%.

2. Deskriptif Variabel Penelitian

a. Distribusi Frekuensi Variabel Pengetahuan

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Variabel Pengetahuan pretest

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	9	20,9 %
Cukup	31	72,1 %
Baik	3	7,0 %
Jumlah	43	100.00

Tabel di atas menunjukkan pengetahuan pretes yang kurang 20,9%, cukup 72,1% dan baik 7.0%.

b. Distribusi Frekuensi Variabel Pengetahuan Postest

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Variabel Pengetahuan Postest

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	6	14,0 %
Cukup	31	72,0 %
Baik	6	14,0 %
Jumlah	43	100.00

Tabel di atas menunjukkan pengetahuan postest yang baik 14%, cukup 72,0% dan kurang 14.0%.

c. Variabel Sikap

commit to user

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Variabel Sikap pretest

Sikap	Frekuensi	Persentase
Kurang	7	16,3 %
Cukup	31	72,1 %
Baik	5	11,6 %
Jumlah	43	100.00

Tabel 4.6 di atas menunjukkan sikap responden sebelum pemberian pendidikan kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia yang menunjukkan hasil prosentase tertinggi adalah sikap cukup sebesar 72,1%, kurang 16,3% dan sikap baik 11,6%.

d. Variabel sikap Postest

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Variabel Sikap postest

Sikap	Frekuensi	Persentase
Kurang	4	9,3 %
Cukup	32	74,4 %
Baik	7	16,3 %
Jumlah	43	100.00

Tabel 4.7. di atas menunjukkan sikap responden setelah pemberian pendidikan kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia yang menunjukkan hasil tertinggi adalah cukup dengan prosentase 74,4%; baik 16,3% dan sikap kurang baik sebesar 9,3%.

3. Uji T Variabel Pengetahuan.

Dari hasil perhitungan dengan program SPSS versi 17 maka dapat ditabulasikan sebagai berikut:

Tabel 4.8. Paired Samples Statistics Variabel Pengetahuan

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pengetahuan (Postest)	20.95	43	2.267	.346
	Pengetahuan (Pretest)	18.37	43	2.082	.317

Nilai rata-rata variabel pengetahuan dari hasil perhitungan data pretest sebesar 18,37 dengan standar deviasi sebesar 2,082 dan nilai rata-rata data posttest sebesar 20,95 dengan standar deviasi 2,267. Sedangkan untuk nilai t hitung sebesar 7.491 dengan signifikansi $0,000 < \alpha = 0,05$ yang berarti ada pengaruh yang bermakna pengetahuan responden tentang *Activities Daily Living* (ADL) lansia sebelum dan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan.

4. Uji T Variabel Sikap Keluarga

Dari hasil perhitungan dengan program SPSS versi 17 maka dapat ditabulasikan sebagai berikut:

Tabel 4.9. Paired Samples Statistics Variabel Sikap

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skala Sikap (Postest)	90.67	43	5.340	.814
	Skala Sikap (Pretest)	86.09	43	8.017	1.223

Nilai rata-rata variabel sikap dari hasil perhitungan data pretest sebesar 86,09 dengan standar deviasi sebesar 8,017 dan nilai rata-rata data posttest sebesar 90,67 dengan standar deviasi 5,340 . Sedangkan untuk nilai t hitung sebesar 3.130 dengan signifikansi $0,003 < \alpha = 0,05$ yang berarti ada pengaruh yang bermakna antara sikap responden tentang *Activities Daily Living* (ADL) lansia sebelum dan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan.

B. PENGUJIAN HIPOTESIS

Hipotesis 1: Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia terhadap pengetahuan keluarga. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik dengan uji T test didapatkan nilai t hitung sebesar 7.491 dengan nilai signifikansi (p) 0,000; artinya $p < \alpha$, dengan nilai $\alpha < 0,05$, yang berarti ada pengaruh yang bermakna antara pengetahuan responden tentang *Activities Daily Living* (ADL) lansia sebelum dan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan. Pengetahuan responden berbeda secara signifikan antara sesudah mendapat pendidikan kesehatan Activity Daily Living (ADL) dan sebelum mendapat pendidikan kesehatan Activity Daily Living (ADL). Dilihat dari nilai rata-rata setelah mendapat pendidikan mengalami peningkatan, sebelumnya nilai rata-rata pengetahuan 18.37 sedangkan setelah adanya pendidikan meningkat menjadi 20,95.

Hipotesis 2: Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan *Activities Daily Living* (ADL) lansia terhadap sikap keluarga. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik didapatkan nilai t hitung sebesar 3.130 dengan signifikansi (p) 0,003 dengan nilai $\alpha = 0,05$ yang berarti $p < \alpha$ atau ada pengaruh yang bermakna antara sikap responden tentang *Activities Daily Living* (ADL) lansia sebelum dan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan. Sikap responden berbeda secara signifikan antara sesudah mendapat pendidikan kesehatan Activity Daily Living (ADL) dan sebelum mendapat pendidikan kesehatan Activity Daily Living (ADL). Dilihat dari nilai rata-rata sikap setelah mendapat pendidikan mengalami peningkatan, sebelumnya nilai rata-rata sikap 86,09 sedangkan setelah adanya pendidikan meningkat menjadi 90,67. Sikap adalah derajat efek positif atau efek negatif terhadap suatu objek psikologis (Edwards dalam Azwar, 2003: 5).

C. PEMBAHASAN

Menurut Mubarak, (2006) Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tujuan kesehatan baik perorangan maupun pada masyarakat. Sedangkan WHO menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka. Menurut orang Romawi pendidikan diartikan sebagai *edueare*, yaitu mengeluarkan dan menuntun, tindakan merealisasikan potensi anak yang dibawa waktu

dilahirkan didunia. Pendidikan dalam bahasa jawa berarti *panggulawentah* (pengolahan), mengolah, mengubah kejiwaan, mematangkan perasaan, pikiran, kemauan dan watak, mengubah kepribadian sang anak (Notoatmodjo, 2003 : 127-128). Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan untuk mencapai kesehatan optimal. Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2003), menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan. Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut antara lain, menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Sedangkan menurut Arifin (2009), tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yg sesuai dengan kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2000) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah tingkat pendidikan, Semakin

tinggi tingkat pendidikan (pengetahuan) seseorang maka ia akan mudah menerima informasi tentang sesuatu. Tingkatan pengetahuan selanjutnya adalah memahami (*comprehension*), artinya kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang obyek yang diketahui. Seseorang yang telah paham tentang sesuatu harus dapat menjelaskan, memberi contoh dan menyimpulkan. Misalnya keluarga paham bagaimana perawatan lanjut usia di rumah. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Husnia (2007), dimana jenis penelitian adalah penelitian pre eksperimental dengan menggunakan desain one group pre post test design. Sampel adalah lansia di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran sebanyak 10 orang. Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan tingkat pengetahuan lansia tentang demensia setelah diberikan pendidikan kesehatan (p-value 0.000) dan ada peningkatan sikap lansia terhadap demensia setelah diberikan pendidikan kesehatan (p-value 0.000). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan tingkat pengetahuan dan sikap lansia tentang demensia.

Menurut Lapierre dalam Azwar (2003: 5), sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan. Menurut Petty dan Cacioppo dalam Azwar, (2005:6) sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, objek atau isu-isu. Sedangkan Notoatmodjo (2003: 124) menyatakan sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap sesuatu stimulus atau objek.

Sedangkan menurut Azwar (2003) dalam interaksi sosialnya, individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai aspek psikologis yang dihadapinya. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. Dengan adanya pendidikan maka akan mempengaruhi sikap dan pengetahuan seseorang, menurut WHO dalam Notoatmodjo (2003), bahwa pemberian pendidikan kesehatan adalah suatu upaya untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat mengetahui atau menyadari bagaimana memelihara kesehatan mereka. Lebih dari itu pendidikan kesehatan pada akhirnya bukan hanya meningkatkan pengetahuan pada masyarakat, namun yang lebih penting adalah mencapai perilaku kesehatan (*healthy behavior*). Berarti tujuan akhir pendidikan kesehatan agar masyarakat dapat mempraktekkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat dapat berperilaku hidup sehat.

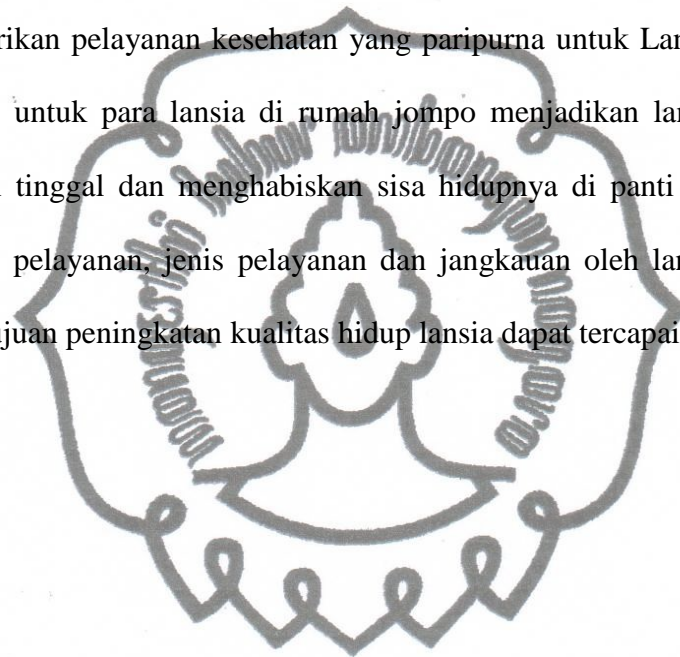
Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan, emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Mubarak, 2006). Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Mubarak, 2006:255). Bagi lansia, keluarga masih menjadi tempat paling nyaman untuk tinggal. Peran keluarga tersebut relevan dengan hasil penelitian yang dilakukan

Grahacendikia (2009) yang menyatakan ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di wilayah puskesmas Mojolangu Malang, dimana jenis dukungan terbanyak adalah dukungan penghargaan. Lansia sebagian besar yaitu sebanyak 64.1 % adalah mandiri dalam pemenuhan aktivitas sehari – hari. Meskipun masih ada anggapan segelintir orang yang menganggap panti jompo sebagai solusi. Panti jompo bak dua sisi mata uang. Di satu sisi, kaum lansia memperoleh kebahagiaan karena berada di lingkungan yang senasib dengan mereka. Tapi di sisi lain, mereka merasa kesepian dan tidak berguna (etena syndrome). Mereka akan merasa lebih nyaman berada di tengah keluarga, berkumpul bersama anak dan cucu. Padahal, meski usia dan fisik sudah uzur, mereka masih dapat berkarya. Tinggal bagaimana cara kita memotivasi agar mereka dapat mengaktualisasi diri secara optimal (Farmacia, 2007). Namun pada keadaan dimana keluarga dengan lansia mempunyai keterbatasan waktu, dana, tenaga dan kemampuan untuk merawat lansia maka rumah jompo dapat menjadi pilihan. Di rumah jompo para lansia akan mendapatkan banyak teman dimana selain mereka mendapatkan perawatan maksimal, juga telah diadakan berbagai kegiatan dan aktivitas yang dapat membantu mereka dalam mempertahankan fungsi motorik dan kognitifnya, seperti permainan, olah raga, ketrampilan dan juga hiburan. Makanannyapun telah diatur sedemikian rupa sehingga dapat memenuhi kebutuhan nutrisi dengan baik. Pengukuran tanda-tanda vital telah menjadi program rutin di rumah jompo tersebut (Versayanti, 2008).

Kelompok lanjut usia adalah kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas (Setiabudhi, 1999;8). Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi. Penggolongan lansia menurut Depkes RI menjadi tiga kelompok yakni : a) kelompok lansia dini (55 – 64 tahun), merupakan kelompok yang baru memasuki lansia; b) kelompok lansia (65 tahun ke atas) dan c) kelompok lansia resiko tinggi, yaitu lansia yang berusia lebih dari 70 tahun. Orang lanjut usia (Lansia) di Indonesia lebih sejahtera dibanding di luar negeri, karena umumnya anak atau keluarga masih mau merawatnya. Sebagaimana hasil penelitian yang disampaikan Humaini (2010) bahwa sebanyak 52% lansia di Indonesia dirawat oleh anak atau keluarga, hal tersebut menggembirakan. Di negara Barat umumnya karena anak tidak mau repot, orang tua dititipkan di panti. Hal ini sesuai dengan budaya timur dan ajaran agama, bahwa anak tidak boleh menelantarkan orang tuanya. Namun hal tersebut bertentangan dengan penelitian yang ditulis oleh Rahwie (2007) tentang sistem perawatan lansia di Jepang. “*Long-Term Care Insurance System*” yang diluncurkan dari Departemen Kesehatan, Tenaga Kerja dan Kesejahteraan Jepang pada tahun 2000 adalah jawaban untuk mengatasi masalah peningkatan jumlah Lansia. Di Jepang banyak terdapat rumah jompo. Rumah Jompo adalah pelayanan untuk Lansia dengan tingkat ketergantungan perawatan yang tinggi (fisik lemah), mereka tinggal difasilitas tersebut sampai waktu yang tidak ditentukan, pada

commit to user

umumnya mereka berada di Panti Jompo sampai akhir hidupnya. Fasilitas pelayanan kesehatan untuk Lansia ditunjang oleh tim kesehatan yang bekerja secara professional. Tim kesehatan terdiri dari dokter, perawat, *care manager*, *care worker*, *physical therapy*, *occupational therapy*, *pharmacist* dan *nutritionist*. Tim kesehatan bekerja sama dalam setiap fasilitas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna untuk Lansia. Layanan dan fasilitas untuk para lansia di rumah jompo menjadikan lansia merasa lebih nyaman tinggal dan menghabiskan sisa hidupnya di panti tersebut. Dengan kualitas pelayanan, jenis pelayanan dan jangkauan oleh lansia yang terpadu maka tujuan peningkatan kualitas hidup lansia dapat tercapai (Rahwie, 2007).



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Ada pengaruh positif yang bermakna antara pengetahuan responden tentang *Activities Daily Living (ADL)* lansia sebelum dan setelah mendapat pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan kesehatan tentang *Activities Daily Living (ADL)* lansia dapat meningkatkan pengetahuan keluarga.
2. Ada pengaruh positif yang bermakna antara sikap responden tentang *Activities Daily Living (ADL)* lansia sebelum dan setelah mendapat pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan kesehatan *Activities Daily Living (ADL)* lansia terbukti dapat memperbaiki sikap responden seputar ADL lansia.

B. IMPLIKASI

1. Bagi Dinas Kesehatan, terkait pemberian pendidikan kesehatan pada masyarakat, perlu adanya peningkatan kerjasama terpadu dengan pihak-pihak terkait sehingga pelaksanaan penyuluhan kesehatan lebih maksimal sesuai yang diharapkan.
2. Bagi Instansi pemerintahan dan Puskesmas, terkait pengetahuan responden sebagian besar berada pada tahap cukup, perlu adanya peningkatan pengetahuan responden dengan menambah kuantitas

penyelenggaraan pendidikan kesehatan secara rutin untuk menindaklanjuti upaya pembelajaran yang dilakukan puskesmas.

3. Bagi komunitas dan keluarga dengan lansia, terkait sikap responden sebagian besar berada pada tahap cukup, perlu upaya penyadaran pada masyarakat tentang perawatan lansia dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari sehingga masyarakat diharapkan lebih peduli pada lansia.

C. SARAN

Dari hasil penelitian ini dapat disarankan :

1. Bagi keluarga pada umumnya dan keluarga dengan lansia khususnya, diharapkan lebih proaktif dalam memperhatikan segala kebutuhan lansia terutama terkait pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
2. Bagi Kelurahan Giriwono diharapkan dapat meningkatkan peran dalam memfasilitasi penyelenggaraan kegiatan pendidikan kesehatan bagi masyarakat, terutama dengan mendatangkan narasumber yang kompeten.
3. Petugas yang terkait / kader lansia seharusnya lebih aktif menghimbau pada masyarakat untuk berpartisipasi mengikuti program pendidikan kesehatan atau penyuluhan kesehatan tentang lansia.
4. Bagi Instansi terkait hendaknya memberikan penyuluhan atau pendidikan kepada masyarakat tentang pengetahuan ADL, melalui posyandu Lansia.

5. Bagi penelitian lebih lanjut diharapkan lebih banyak menambah jumlah sampel penelitian atau menambah daerah penelitian sehingga dapat terjangkau sasaran penelitian untuk mengetahui sejauh mana pengaruh pengetahuan dan sikap terhadap pendidikan kesehatan ADL lansia.



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar. 2009. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya. Edisi II*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Akhmadi. 2009. *Permasalahan Lanjut Usia (Lansia)*. <http://www.rajawana.com/artikel/kesehatan/326-permasalahan-lanjut-usia-lansia.html>. Diakses tanggal 3 September 2010, jam 13.00 WIB
- Amemiya Takeshi, Koji Oda, Masahiko Ando, Takashi Kawamura, Yuichi Kitagawa, yayoi Okawa, Akihiro Yasui, Hideyuki Ike, Hiroshi Shimada, Kojiro Kuroiwa, Yuji Nimura and Shinji Fukata. 2007. *Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers*. Pubmed Central, 246(2): 222-228; Augst 2007. Diunduh 10 Januari 2011
- Anonim. *Pengertian Lansia*. <http://miksfisipusu.wordpress.com/2010/08/23/pengertian-lansia/>. Diunduh tanggal 14 Januari 2011 Jam 01.00 WIB
- Anonim. *Pengertian Lanjut Usia (Lansia)*. <http://creasoft.wordpress.com/2008/04/15/lansia/>. Diunduh Tanggal 14 Januari 2011 Jam 01.00 WIB
- Anonim. *Mereka (Lansia) Juga Butuh Perhatian*. Majalah Farmacia, Edisi Juni 2007. http://www.majalah-farmacia.com/rubrik/one_news.asp?IDNews=489. Diunduh Tanggal 14 Januari 2011 Jam 01.25 WIB
- Anonim. 2010. <http://www.damandiri.or.id/file/ratnasuhartiniunairbab1.pdf>. Diakses tanggal 27 Agustus 2010 jam 16.15 WIB
- Anonim. 2010. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/104/jtptunimus-gdl-apriliaika-5194-3-bab2.pdf>. Diakses tanggal 5 September 2010 jam 09.30 WIB
- Anonim. *Pengetahuan*. <http://id.wikipedia.org/wiki/Pengetahuan>. Diakses tanggal 5 September 2010 jam 09.30 WIB
- Arifin. 2009. *Prinsip-prinsip Pendidikan Kesehatan*. <http://httpyasir.blogspot.com.blogspot.com/2009/01/prinsip-prinsip-pendidikan-kesehatan.html>. Diakses tanggal 8 September 2010 jam 09.15 WIB.
- Badrushsholih. 2008. *Batas-batas Lanjut Usia*. <http://ahmadalfikri.blogspot.com/2008/05/batas-batas-lanjut-usia.html>. Diakses tanggal 4 September 2010 jam 10.00 WIB
- Depkes RI. 1998. *Panduan Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Depkes RI.
commit to user

- Erfandi. 2009. *Lansia Dalam Kependudukan*. <http://stikeskabmalang.wordpress.com/2009/10/03/lansia-dalam-kependudukan-2/>. Diakses tanggal 5 September 2010 jam 08.00 WIB
- Grahacendikia. 2009. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari di Wilayah Kerja Puskesmas XX*. <http://grahacendikia.wordpress.com/2009/04/01/hubungan-dukungan-keluarga-dengan-kemandirian-lansia-dalam-pemenuhan-aktivitas-sehari-hari-di-wilayah-kerja-puskesmas-xx/>. Diakses tanggal 13 Januari 2011 Jam 23.15 WIB.
- Hidayati. 2009. *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Kelurahan Daleman Tulung Klaten*. <http://etd.eprints.ums.ac.id/6425/1/J210050063.pdf>. Diakses tanggal 2 September 2010 Jam 20.10 WIB.
- Husnia. 2007. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Lansia Tentang Demensia Di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran*. <http://eprints.undip.ac.id/16288/>. Diakses tanggal 15 Januari 2011 jam 14.00 WIB.
- Humaini. 2010. *Lansia Bahagia Karena Dirawat Anaknya*. <http://suaramerdeka.com/v1/index.php/read/news/2010/12/04/72183/Lansia-Bahagia-Karena-Dirawat-Anaknya>. Diunduh tanggal 14 Januari 2011 Jam 01.30 WIB
- Huda. 2003. *Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Memenuhi Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari di BRSD Kepanjen Malang*. <http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jiptumm-gdl-s1-2003-nurulhuda0-724&q=Usia>. Diakses tanggal 8 September 2010 jam 12.10 WIB.
- Ivanoff-Synneve Dahlin, Gunilla Gosman-Hedstrom, Anna Karin Edberg, Katarina Wilhelmson, Kajsa Edlund, Anna Duner, Lena Ziden, Anna-Karin Welmer, Sten Landahl. 2010. *Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health – promoting, randomized three-armed controlled trial for "prefail" people of 80+ years living at home*. *BMJ Geriatrics*. 10:27; May 26, 2010. Diunduh 6 Januari 2011
- Irianto. 2008. *Asuhan Keperawatan Lansia. Perubahan Pada Lansia*. <http://binahusada.blogspot.com/2008/06/asuhan-keperawatan-lansia-perubahan.html>. Diakses tanggal 4 September 2010 jam 11.00 WIB
- Lena A, K Ashok, M Padma, V Kamath, and A Kamath. 2009. *Health and social problems of the elderly: a cross sectional study in Udipi Taluk, Karnataka*. *Indian Journal of Community Medicine*. 34 (2): 131-134; April 2009. Diunduh 10 Januari 2011 *commit to user*

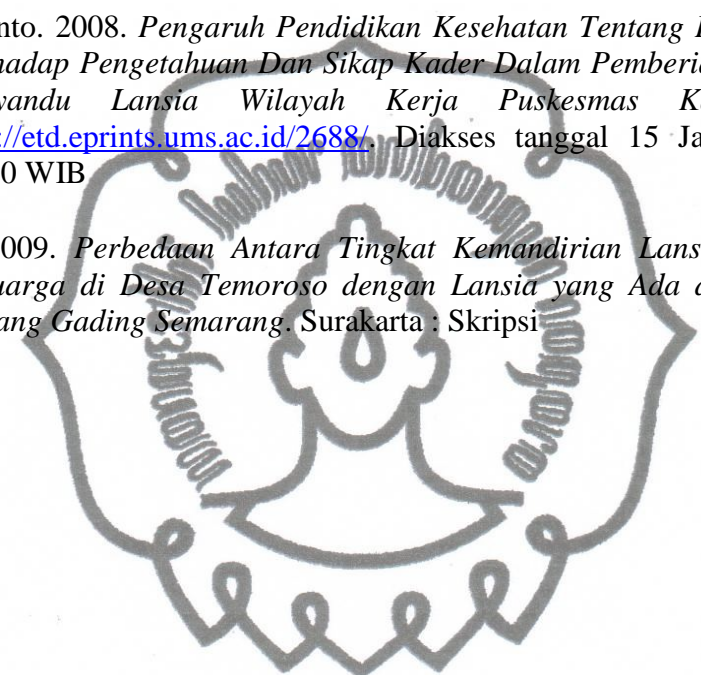
- Ludi. 2008. *Keperawatan Keluarga. Sebuah Pengantar*. <http://ilmukeperawatan.wordpress.com/2008/04/07/keperawatan-keluarga-sebuah-pengantar/>. Diakses tanggal 5 September 2010 Jam 10.00 WIB.
- Mubarak. 2006. *Ilmu Keperawatan Komunitas Jilid II. Teori dan Aplikasi Dalam Praktik dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Keluarga*. Jakarta : Sagung Seto.
- Notoatmodjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo. 2003. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Narayani. 2008. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Terhadap Sikap Keluarga Dalam Pemberian Perawatan Activities Daily Living (ADL) Pada Lansia Di Rumah Desa Tanjungrejo Margoyoso Pati*. Surakarta : Skripsi
- Nurul H. 2003. *Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Memenuhi Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari di BRSD Kepanjen Malang*. Surakarta : Skripsi
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian*. Edisi Pertama. Jakarta : Salemba Medika
- Oida Yukio, Yoshinori Kitabatake, Yohko Nishijima, Toshiya Nagamatsu, Hiroshi Kohno, Kenichi Egawa, Takashi Arao. 2003. *Effects of a 5-year exercise-centered health-promoting programme on mortality and ADL impairment in the elderly*. *Age and Aging* 2003; 32: 585-592. Diunduh 7 Januari 2011
- Rahmat. 2010. *Mensos : Lansia Adalah Aset*. <http://www.primaironline.com/berita/sosial/mensos-lansia-adalah-aset>. Diakses tanggal 3 September 2010 jam 12.15 WIB.
- Rahwie. 2007. *Perawatan Lansia di Jepang: Catatan Pengalaman, Pengamatan dan Pembelajaran*. http://rahwie.multiply.com/journal/item/13?&item_id=13&view=replies=reverse. Diunduh Tanggal 14 Januari 2011 Jam 02.00 WIB
- Rubio Encarnacion, Angelina Lazaro, and Antonio Sanchez-Sanchez. 2009. *Social participation and independent in activities of daily living: a cross sectional study*. *BMC Geriatrics*. 9: 26. July 7, 2009. Diunduh 6 Januari 2011
- Siagian. 2009. *Proses Keperawatan Keluarga*. <http://samuelsiagian.blogspot.com/2009/08/proses-keperawatan-keluarga.html>. Diakses tanggal 5 September 2010 jam 10.00 WIB

Sugiyono. 2010. *Statistik Non Parametris Untuk Penelitian*. Cetakan ke 8. Bandung : CV Alfabeta

Versayanti. 2008. *Merawat Lansia: di Rumah Sendiri Atau Di Rumah Jompo?*. <http://www.tanyadokteranda.com/artikel/2008/06/merawat-lansia-di-rumah-sendiri-atau-rumah-jompo>. Diunduh tanggal 14 Januari 2011 Jam 20.00 WIB

Wisudiyanto. 2008. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Posyandu Lansia Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Kader Dalam Pemberian Pelayanan Di Posyandu Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Kauman Ngawi*. <http://etd.eprints.ums.ac.id/2688/>. Diakses tanggal 15 Januari 2011 jam 14.00 WIB

Yulian. 2009. *Perbedaan Antara Tingkat Kemandirian Lansia Yang Ada di Keluarga di Desa Temoroso dengan Lansia yang Ada di Panti Wredha Pucang Gading Semarang*. Surakarta : Skripsi



Lampiran 1**KUESIONER**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN *ACTIVITIES DAILY LIVING*
(ADL) TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP LANSIA DAN
KELUARGA**

(Di Wilayah Kelurahan Giriwono Kecamatan Wonogiri)

IDENTITAS RESPONDEN:

1. Nama :
2. Alamat :
3. Umur :
4. Pendidikan terakhir :
5. Pekerjaan :
6. Alamat :

A. PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG ADL

Petunjuk Pengisian :

1. Silakan membaca setiap kalimat pernyataan di bawah ini dengan teliti.
2. Berilah tanda *check* (✓) pada kolom "B" jika menurut saudara adalah benar dan beri tanda *check* (✓) pada kolom "S" jika menurut saudara adalah salah.
3. Semua item pernyataan mohon diisi.

No	Pernyataan	B	S	KODE
1	Keterbatasan pergerakan merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada lansia.			
2	Lansia sering mengalami besar karena melemahnya kemampuan berkemih.			
3	Lansia tidak membutuhkan nutrisi seimbang karena aktivitasnya yang mulai berkurang dan lemah.			
4	Semakin melemahnya kondisi tubuh akan berpengaruh terhadap gangguan system dalam tubuh.			
5	Contoh penyakit yang biasa dialami pada masa lansia adalah kencing manis dan tekanan darah tinggi.			
6	Semakin melemahnya kekuatan otot tidak akan berpengaruh terhadap ketahanan tubuh lansia dalam menghadapi penyakit yang muncul.			

7	Pengeroposan tulang adalah jenis penyakit yang banyak terjadi pada kaum lansia			
8	Lansia yang mengalami depresi akan merasa tidak berguna lagi di lingkungannya.			
9	Dukungan dari keluarga akan sangat berharga bagi lansia yang sudah merasa tidak berdaya lagi.			
10	Lansia seharusnya telah memahami bahwa suatu saat nanti mereka akan menjadi golongan yang lemah dan perlu disantuni.			
11	Pikun pada lansia dapat dicegah dengan selalu rajin membaca buku.			
12	Lansia akan marah dengan tidak berfungsinya lagi anggota tubuh seperti sedia kala.			
13	Penyakit yang banyak terjadi pada lansia membuat angka ketergantungan lansia pada usia produktif semakin besar.			
14	Kaum lansia akan merasa terbantu jika terdapat upaya pembinaan kesehatan yang memadai			
15	Pemberian tugas pada lansia akan membuat lansia merasa terbebani			
16	Keberadaan Posyandu lansia dapat menjadi jembatan bagi para lansia untuk berkreasi dan mencurahkan pikiran dengan sesamanya			
17	Lansia yang baik tidak akan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk pengobatan ketika sakit melainkan mencari alternative penyembuhan secara tradisional			
18	Ketika menghadapi suatu masalah maka lansia akan banyak menggunakan pengalaman praktis masa lalunya sebagai perbandingan.			

19	Lansia tidak senang aktivitasnya dibatasi.			
20	Lansia membutuhkan sarana pelayanan kesehatan yang baik			
21	Lansia membutuhkan dukungan dari keluarga untuk mencapai kualitas hidup optimal			
22	“Buyuten” pada lansia memang wajar terjadi dan tidak perlu tindakan khusus untuk mengatasinya.			
23	Lansia tidak perlu memakai pampers untuk mengatasi besar (sering kencing)			
24	Keluarga yang baik akan memahami kebutuhan lansia untuk beraktivitas sebagai perwujudan aktualisasi diri mereka			
25	Ketika harus menghadapi masa pensiun banyak lansia yang merasa dirinya tidak berguna lagi, merasa menjadi kaum yang tersisihkan.			

B. SIKAP KELUARGA TENTANG ADL

Petunjuk Pengisian :

1. Silakan membaca setiap kalimat pernyataan di bawah ini dengan teliti.
2. Berilah tanda *check* (√) pada setiap pernyataan yang menurut saudara adalah benar.

SS : Sangat Setuju

R : Ragu-ragu

STS : Sangat

Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

3. Semua item pernyataan mohon diisi.

No	Pernyataan	Sikap					KODE
		SS	S	R	TS	STS	
1	Saya yakin keterbatasan pergerakan merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada lansia.						
2	Saya percaya bahwa lansia sering mengalami besar karena melemahnya kemampuan berkemih						

3	Seandainya saya menjadi lansia saya tidak membutuhkan nutrisi seimbang karena kegiatan saya yang mulai menurun dan lemah						
4	Saya tidak yakin bahwa semakin melemahnya kondisi tubuh akan berpengaruh terhadap gangguan system dalam tubuh.						
5	Saya percaya bahwa kencing manis dan tekanan darah tinggi adalah jenis penyakit yang banyak dialami kaum lansia.						
6	Seandainya saya menjadi lansia maka saya tidak yakin bahwa semakin melemahnya kekuatan otot tidak akan berpengaruh terhadap ketahanan tubuh lansia dalam menghadapi penyakit yang muncul.						
7	Saya yakin bahwa pengeroposan tulang adalah jenis penyakit yang banyak terjadi pada kaum lansia						
8	Seandainya saya menjadi lansia nanti maka saya tidak yakin bahwa depresi yang terjadi pada lansia akan menyebabkan lansia merasa tidak berguna lagi di lingkungannya.						
9	Saya tidak percaya bahwa dukungan dari keluarga akan sangat berharga bagi lansia yang sudah merasa tidak berdaya lagi.						

10	Saya senang bila lansia telah memahami bahwa suatu saat nanti mereka akan menjadi golongan yang lemah dan perlu disantuni.						
11	Saya tidak yakin bahwa pikun pada lansia dapat dicegah dengan selalu rajin membaca buku						
12	Saya tidak percaya bahwa lansia akan marah dengan tidak berfungsinya lagi anggota tubuh seperti sedia kala.						
13	Saya yakin bahwa penyakit yang banyak terjadi pada lansia membuat angka ketergantungan lansia pada usia produktif semakin besar.						
14	Seandainya saya menjadi lansia nanti maka saya akan merasa terbantu dengan adanya upaya pembinaan kesehatan yang memadai						
15	Saya yakin bahwa pemberian tugas pada lansia akan membuat lansia merasa terbebani						
16	Saya senang dengan posyandu lansia karena keberadaan Posyandu lansia dapat menjadi jembatan bagi para lansia untuk berkreasi dan mencurahkan pikiran dengan sesamanya						
17	Saya tidak yakin bahwa lansia yang baik akan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk pengobatan ketika sakit melainkan mencari alternative						

	penyembuhan secara tradisional						
18	Saya yakin bahwa ketika menghadapi suatu masalah maka lansia akan banyak menggunakan pengalaman praktis masa lalunya sebagai perbandingan.						
19	Seandainya saya menjadi lansia kelak maka saya menganggap lansia tidak senang aktivitasnya dibatasi.						
20	Saya yakin bahwa lansia membutuhkan sarana pelayanan kesehatan yang baik						
21	Saya percaya bahwa lansia membutuhkan dukungan dari keluarga untuk mencapai kualitas hidup optimal						
22	Seandainya saya menjadi lansia maka "buyuten" pada lansia memang wajar terjadi dan tidak perlu tindakan khusus untuk mengatasinya.						
23	Saya tidak senang jika ada lansia menggunakan pampers						
24	Saya tidak percaya bahwa keluarga yang baik akan memahami kebutuhan lansia untuk beraktivitas sebagai perwujudan aktualisasi diri mereka						
25	Saya tidak percaya jika memasuki masa pension kelak banyak lansia yang merasa dirinya tidak berguna lagi, merasa menjadi kaum yang tersisihkan						

VARIABEL PENGETAHUAN**Scale: ALL VARIABLES** *commit to user*

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.928	25

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	17.45	40.471	.560	.925
p2	17.40	41.200	.475	.927
p3	17.65	39.503	.603	.925
p4	17.40	41.095	.498	.926
p5	17.45	40.471	.560	.925
p6	17.70	40.116	.493	.927
p7	17.45	40.471	.560	.925
p8	17.50	39.526	.688	.923
p9	17.45	40.576	.540	.926
p10	17.45	40.366	.581	.925
p11	17.45	40.471	.560	.925
p12	17.45	40.471	.560	.925
p13	17.45	40.576	.540	.926
p14	17.50	39.737	.648	.924
p15	17.70	40.221	.476	.927
p16	17.50	39.737	.648	.924
p17	17.70	40.116	.493	.927
p18	17.50	39.737	.648	.924
p19	17.50	39.632	.668	.924
p20	17.45	40.576	.540	.926
p21	17.40	41.200	.475	.927
p22	17.75	39.355	.613	.925
p23	17.45	40.471	.560	.925
p24	17.40	41.095	.498	.926
p25	17.90	39.568	.610	.925

VARIABEL SIKAP

Scale: ALL VARIABLES

commit to user

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.935	25

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	79.15	242.766	.573	.933
s2	79.00	241.789	.541	.933
s3	80.95	220.471	.683	.931
s4	80.60	225.200	.742	.930
s5	79.60	236.463	.584	.932
s6	79.75	235.461	.571	.932
s7	79.35	241.187	.570	.933
s8	80.25	235.776	.579	.932
s9	81.10	222.095	.699	.931
s10	80.15	228.134	.696	.931
s11	80.40	220.253	.725	.930
s12	80.35	234.766	.547	.933
s13	80.45	232.155	.531	.933
s14	79.20	241.116	.532	.933
s15	80.45	228.997	.555	.933
s16	79.65	227.503	.815	.929
s17	80.10	233.253	.556	.933
s18	79.60	239.516	.558	.933
s19	79.75	237.882	.520	.933
s20	78.90	240.832	.781	.932
s21	79.00	242.316	.602	.933
s22	79.65	236.871	.524	.933
s23	79.75	238.513	.538	.933
s24	80.80	226.800	.595	.933
s25	80.05	233.313	.520	.933

NPar Tests

commit to user

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pengetahuan (Pretest)	Pengetahuan (Postest)	Skala Sikap (Pretest)	Skala Sikap (Postest)
N		43	43	43	43
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	18.37	20.95	86.09	90.67
	Std. Deviation	2.082	2.267	8.017	5.340
Most Extreme Differences	Absolute	.178	.128	.104	.083
	Positive	.117	.128	.104	.064
	Negative	-.178	-.096	-.066	-.083
Kolmogorov-Smirnov Z		1.169	.840	.680	.544
Asymp. Sig. (2-tailed)		.130	.481	.744	.929

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.



T-Test

commit to user

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pengetahuan (Postest)	20.95	43	2.267	.346
	Pengetahuan (Pretest)	18.37	43	2.082	.317



Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Pengetahuan (Postest) & Pengetahuan (Pretest)	43	.463	.002



Paired Samples Test

		Paired Differences					t
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		
					Lower	Upper	
Pair 1	Pengetahuan (Postest) - Pengetahuan (Pretest)	2.581	2.260	.345	1.886	3.277	7.491

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skala Sikap (Postest)	90.67	43	5.340	.814
	Skala Sikap (Pretest)	86.09	43	8.017	1.223

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Skala Sikap (Posttest) & Skala Sikap (Pretest)	43	.008	.960

Paired Samples Test

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 1	Skala Sikap (Posttest) - Skala Sikap (Pretest)	4.581	9.597	1.464	1.628	7.535



Frequency Table

Pengetahuan postest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	6	14.0	14.0	14.0
	Cukup	31	72.1	72.1	86.0
	Baik	6	14.0	14.0	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Pengetahuan Pretest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	9	20.9	20.9	20.9
	Cukup	31	72.1	72.1	93.0
	Baik	3	7.0	7.0	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Sikap Pretest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	7	16.3	16.3	16.3
	Cukup	31	72.1	72.1	88.4
	Baik	5	11.6	11.6	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Sikap Postest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	4	9.3	9.3	9.3
	Cukup	32	74.4	74.4	83.7
	Baik	7	16.3	16.3	100.0
	Total	43	100.0	100.0	





































