

SKRIPSI

**GAMBARAN DEMOGRAFI DAN FAKTOR SOSIAL
BERDASARKAN TINGKAT KEMANDIRIAN USIA
LANJUT DI DESA TUNTUNGAN II WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PANCUR BATU
TAHUN 2019**

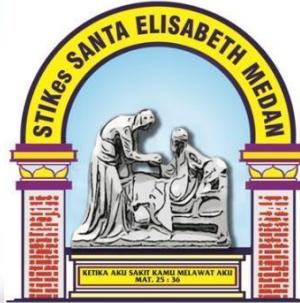


Oleh:
JOICE PANJAITAN
012016010

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2019**

SKRIPSI

GAMBARAN DEMOGRAFI DAN FAKTOR SOSIAL BERDASARKAN TINGKAT KEMANDIRIAN USIA LANJUT DI DESA TUNTUNGAN II WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANCUR BATU TAHUN 2019



Memperoleh Untuk Gelar Ahli Madya Keperawatan (AMK)
Dalam Program Studi D3 Keperawatan Pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh:
JOICE PANJAITAN
012016010

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2019

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : JOICE PANJAITAN
NIM : 012016010
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Skripsi : Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan skripsi yang telah saya buat ini merupakan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata di kemudian hari hasil penulisan skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan tata tertib di STIKes Santa Elisabeth Medan.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan.

Peneliti,



STKES
SANTA ELISABETH MEDAN



JAN

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Persetujuan

Nama : Joice Panjaitan
NIM : 012016010
Judul : Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

Menyetujui Untuk diujikan pada Ujian Sidang Ahli Madya Keperawatan (AMK)
Medan, 22 Mei 2019.



(Indra Hizkia P., S.Kep., Ns., M.Kep)

Pembimbing

(Nagoklan Simbolon, SST., M.Kes)

Telah diuji

Pada tanggal, 22 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua :

Nagoklan Sirabolon, SST., M.Kes

Anggota :

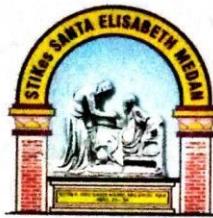
1. Indra Hizkia P., S.Kep., Ns., M.Kep

2.

Meriaty Bunga Arta Purba, SST., M.K.M



(Indra Hizkia P., S.Kep., Ns., M.Kep)



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Joice Panjaitan
NIM : 012016010
Judul : Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

Telah Disetujui, Diperiksa Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
Pada Rabu, 22 Mei 2019 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

Penguji I : Nagoklan Simbolon, SST., M.Kes

Penguji II : Indra Hizkia P., S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji III : Meriati Bunga Arta Purba, SST., M.K.M

TANDA TANGAN

Ketua Program Studi D3 Keperawatan



(Indra Hizkia P., S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademis Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	: <u>JOICE PANJAITAN</u>
Nim	: 012016010
Program Studi	: D3 Keperawatan
Jenis Karya	: Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non ekslusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas Skripsi yang berjudul: **Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019**. Beserta pengangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan hak bebas royalti Non-eklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan menyimpan, mengalih media formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Medan, 22 Mei 2019
Yang menyatakan



(Joice Panjaitan)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan rahmat-Nya serta karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini, dengan judul **“Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019”**. Peneliti ini bertujuan untuk melengkapi tugas dalam menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan. Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurnan baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga karya tulis ini dapat lebih baik lagi. Penelitian karya tulis ini telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terimahkasih kepada.

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan pada peneliti untuk mengikuti pendidikan di Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan dan untuk mengikuti penyusunan skripsi.
2. dr. Tetty Rossanti Keliat selaku kepala Puskesmas dan Herli S.Kep., Ns selaku Kepala Tata Usaha Puskesmas Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019.

3. Drs. Suryono selaku Kepala Desa Tuntungan II yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu.
4. Indra Hizkia Perangin-angin, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan peneliti untuk mengikuti penyusunan skripsi ini.
5. Nagoklan Simbolon, SST., M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan serta dukungan kepada peneliti selama penyusunan skripsi ini.
6. Hotmarina Lumban Gaol, S.Kep., Ns selaku dosen pemimpin akademik yang telah banyak memberikan waktu dan arahan dari Semester 1 sampai sekarang.
7. Staf Dosen tenaga kependidikan dan tenaga pendukung di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membantu dan memberikan dukungan, bimbingan kepada peneliti selama mengikuti pendidikan dan penyusunan skripsi di STIKes Santa Elisabeth Medan.
8. Sr. Maria Atanasya FSE dan ibu Lambai Situmorang selaku koordinator asrama STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memotivasi, mendoakan saya dalam menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
9. Teristimewa kepada keluarga, orang tua tercinta ibu Lince Ratnawati Butar-Butar, kakak Grace Irianti Panjaitan dan adik Andre Panjaitan yang selalu memberikan dukungan baik materi, doa, motivasi dan semangat serta kasih sayang yang luar biasa yang diberikan selama ini.

10. Fernando Butar-Butar yang bersedia menemani serta memotivasi peneliti selama perkuliahan terutama selama penyusunan skripsi ini sampai selesai.
11. Kepada teman Program Studi Diploma 3 Keperawatan terkhusus angkatan XXV stambuk 2016, yang selalu memberi semangat dan motivasi kepada peneliti dalam meyelesaikan skripsi ini serta yang peneliti sayangin.

Dengan rendah hati peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa yang membalas segala kebaikan semua pihak yang terlibat. Demikian kata pengantar dari peneliti, akhir kata peneliti mengucapkan banyak terimah kasih.

Medan, Mei 2019
Peneliti

(Joice Panjaitan)

ABSTRAK

Joice Panjaitan, 012016010

Gambaran Demografi Dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut Di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

Program Studi D3 Keperawatan

Kata Kunci: Tingkat Kemandirian, Lanjut Usia

(xviii +59 + Lampiran)

Jumlah lansia di Indonesia menurut Susenas 2016, mencapai 22,4 juta jiwa (8,69%). Pada tahun 2018 diperkirakan jumlah lansia mencapai 9,3% (24,7% juta jiwa) BPS memproyeksikan lansia akan bertambah hingga 19% tahun 2045. Peningkatan jumlah lansia (*ageng population*) ini akan menjadi tantangan bagi kita semua agar dapat mempersiapkan lansia yang sehat sehingga tidak menjadi beban. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019. Desain penelitian *deskriptif*. Populasi dalam penelitian ini 299 orang usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu. Besar sampel 73 orang usia lanjut. Menggunakan instrumen *Indeks Barthel* menurut *Jonathan Gleadle* (Mao,2010), dengan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan demografi proporsi tertinggi perempuan 43 orang (58,9%), dengan ketergantungan ringan 31 orang (42%). Kondisi kesehatan lansia yang sehat 60 orang (82%), dengan ketergantungan ringan 39 orang (53%). Lansia yang mengikuti ibadah ke gereja/masjid sebanyak 45 orang (62%), dengan ketergantungan ringan 29 orang (40%). Lansia yang mengikuti posyandu lansia 44 orang (60%) dengan ketergantungan ringan 33 orang (45%). Dapat disimpulkan semakin tua usia seseorang maka tingkat ketergantungan semakin tinggi, kondisi kesehatan, beribadah, aktifitas sosial yang baik meningkatkan kemandirian lansia. Disarankan pada puskesmas, kepala desa, dan keluarga untuk mengangkat lansia dalam berbagai kegiatan sosial dan posyandu.

ABSTRACT

Joice Panjaitan, 012016010

The Demographics and Social Factors Based on the Elderly Independence Level at Tuntungan Village II of Puskesmas Pancur Batu Working Area 2019

D3 of Nursing Study Program

Keywords: Level of Independence, Seniors

(xviii + 59 + Appendix)

The number of elderly in Indonesia according to Susenas 2016, reached 22.4 million (8.69%). In 2018, it is estimated that the number of elderly will reach 9.3% (24.7% million), BPS projects that the elderly will increase by 19% in 2045. The elderly increasing number (ageng population) will be a challenge for all of us to be able to prepare healthy elderly so that it does not become a burden. The purpose of the study is to determine the description of demographics and social factors based on the level of old age independence at Tuntungan Village II at Puskesmas Pancur Batu working area 2019. The reseacrh uses descriptive design. The populations in this study are 299 elderly at Tuntungan Village II Puskesmas Pancur Batu Working Area. The samples are 73 elderly. This study uses Barthel Index instrument according to Jonathan Gleadle (Mao, 2010), with a purposive sampling technique. The results show the highest demographic proportions of women are 43 people (58.9%), with a mild dependence of 31 people (42%). Health conditions of 60 healthy elderly (82%), with mild dependence of 39 people (53%). Elderly people who attend church / mosque services are 45 people (62%), with mild dependence of 29 people (40%). Elderly who follow elderly of posyandu 44 people (60%) with a mild dependence of 33 people (45%). Can be concluded that the older a person is the higher the independence level, health conditions, worship, good social activities increase the elderly independence. It is recommended for pustkesmas, village heads, and families to enable the elderly to be involved in various social activities and posyandu.

References (2008-2016)

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Indeks Barthel Menurut Johathan Gleadle	28
Tabel 4.1 Defenisi Operasional dan Metode Penelitian.....	39
Tabel 4.2 Kerangka Konsep.....	43
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Demografi Responden Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019	47
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Faktor Sosial Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019	48
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Kehidupan Beragama Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019	49
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Aktifitas Sosial Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019	50

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 4.1	Pengajuan Judul Proposal.....	61
Lampiran 4.2	Permohonan Pengambilan Data Awal.....	62
Lampiran 4.3	Surat Ijin Penelitian	63
Lampiran 4.4	Surat Persetujuan Penelitian	64
Lampiran 4.5	Surat Balasan Penelitian.....	65
Lampiran 4.6	Surat Pernyataan Selesai Peneliti	66
Lampiran 4.7	Keterangan Layak Etik	67
Lampiran 4.8	<i>Infomed Consent</i>	68
Lampiran 4.9	Alat Ukur	69
Lampiran 4.10	Daftar Bimbingan	70
Lampiran 4.11	Hasil Penelitian.....	71

DAFTAR SINGKATAN

ADL: (*Activity Of Daily Living*)

AKS: (Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari)

IB: (*Indeks Barthel*)

Susenas: (Survei Sosial Ekonomi Nasional)

WHO: (*World Health Organization*)



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPULAN DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN GELAR	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	v
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xii
ABSTRAK.....	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR BAGAN.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan	10
1.3.1 Tujuan umum.....	10
1.3.2 Tujuan khusus.....	11
1.4 Manfaat Penelitian	12
1.4.1 Manfaat teoritis.....	12
1.4.2 Manfaat praktis	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	13
2.1 Konsep Usia Lanjut.....	13
2.1.1 Pengertian lansia	13
2.1.2 Klasifikasi lansia	13
2.1.3 Karakteristik usia lanjut	15
2.1.4 Perubahan- perubahan yang terjadi pada lansia	15
2.1.5 Proses menua.....	19
2.2 Kemandirian Lansia	20
2.2.1 Defenisi	20
2.2.2 <i>Activity of Daily Living (ADL)</i>	20
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi ADL	22

2.2.4 Alat untuk mengukur tingkat kemandirian.....	27
2.2.4.1 Indeks Barthel (IB)	28
2.2.4.2 Indeks ADL Katz	29
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....	32
3.1 Kerangka Konsep	32
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	33
4.1 Rancangan Penelitian	33
4.2 Populasi dan Sampel	33
4.2.1 Populasi	33
4.2.2 Sampel.....	34
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	36
4.3.1 Variabel penelitian	36
4.3.2 Definisi operasional.....	36
4.4 Instrumen Penelitian.....	40
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
4.5.1 Lokasi.....	40
4.5.2 Waktu	40
4.6 Prosedur Penggumpulan dan Pengambilan Data.....	41
4.6.1 Teknik pengambilan data.....	41
4.6.2 Teknik pengumpulan data	41
4.6.3 Uji validitas dan reliabilitas	42
4.7 Kerangka Operasional	43
4.8 Analisa Data	44
4.9 Etika Penelitian.....	44
BAB 5 HASIL DAN PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	46
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	46
5.2 Hasil Penelitian.....	47
5.2.1 Karateristik responden berdasarkan tingkat kemandirian.....	47
5.2.2 Faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian.....	48
5.2.3 Kehidupan beragama berdasarkan tingkat kemandirian	49
5.2.4 Aktifitas sosial berdasarkan tingkat kemandirian	50
5.3 Pembahasan	51
5.3.1 Demografi usia lanjut berdasarkan tingkat kemandirian	51
5.3.2 Faktor sosial usia lanjut berdasarkan tingkat kemandirian	53
5.3.3 Kehidupan beragama usia lanjut tingkat kemandirian	55
5.3.4 Aktifitas sosial usia lanjut tingkat kemandirian	56
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....	57
6.1 Simpulan	57

6.2 Saran	59
DAFTAR PUSTAKA	60

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pengajuan Judul Proposal	61
2. Permohonan Pengambilan Data Awal	62
3. Surat Ijin Penelitian.....	63
4. Surat Persetujuan Penelitian.....	64
5. Surat Balasan Penelitian.....	65
6. Surat Pernyataan Selesai Peneliti.....	66
7. Keterangan Layak Etik	67
8. <i>Infomed Consent</i>	68
9. Alat Ukur.....	69
10. Daftar Bimbingan.....	70
11. Hasil Penelitian	71

BAB 1 **PENDAHULUAN**

1.1. Latar Belakang Masalah

Lanjut usia merupakan orang yang sistem-sistem biologis mengalami perubahan struktur dan fungsi yang dikarenakan usianya yang sudah lanjut. Perubahan ini dapat berlangsung mulus sehingga tidak menimbulkan ketidakmampuan atau dapat terjadi secara nyata dan berakibat ketidakmampuan total. Konsep diri pada lansia mempengaruhi perawatan diri. Hal ini menunjukkan bahwa konsep diri adalah satu parameter sedangkan perawatan diri adalah salah satu indicator. Dampak utama peningkatan lansia ini adalah peningkatan ketergantungan lansia. Ketergantungan ini disebabkan oleh kemunduran fisik, psikis, dan sosial lansia yang dapat digambarkan melalui empat tahap, yaitu kelemahan, keterbatasan fungsional, ketidakmampuan, dan keterhambatan yang akan dialami bersamaan dengan proses kemunduran akibat proses menua (Amalia, 2014).

Menurut WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas dan penduduk lansia di Asia Tenggara pada tahun 2010 mencapai 9,77%. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia di Indonesia pada tahun 2010 meningkat menjadi 20,24 juta jiwa, sedangkan di Indonesia jumlah lansia mencapai 11,34% (Kemenkes RI, 2013). Pada tahun 2014 meningkat menjadi 23 juta jiwa. Pada tahun 2020 diprediksi jumlah lanjut usia mencapai 28,8 juta jiwa (11,34%). Populasi lansia di dunia dari tahun ke tahun semakin meningkat.

Data *World Population Prospects the 2015 Revision*, ada 901.000.000 orang berusia 60 tahun atau lebih (*United Nations*, 2015). Jumlah lansia di Indonesia menurut Susenas 2016, mencapai 22,4 juta jiwa (8,69%). Pada tahun 2018 diperkirakan jumlah lansia mencapai 9,3% (24,7% juta jiwa) BPS memproyeksikan lansia akan bertambah hingga 19% tahun 2045. Peningkatan jumlah lansia (*ageng population*) ini akan menjadi tantangan bagi kita semua agar dapat mempersiapkan lansia yang sehat sehingga tidak menjadi beban.

Di Indonesia, jumlah penduduk lanjut usia mengalami peningkatan secara cepat setiap tahunnya, sehingga Indonesia telah memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia. Para ahli memproyeksikan pada tahun 2020 mendatang usia harapan hidup di Indonesia menjadi 71,7 tahun dengan perkiraan jumlah lansia menjadi 28,8 juta atau 11,34% (Tani, 2017). Badan perencanaan pembangunan/Bappenas memperkirakan pada tahun 2050 akan ada 80 juta lansia di Indonesia dengan komposisi usia lansia antara 60-69 tahun berjumlah 35,8 juta, usia 70-79 tahun berjumlah 21,4 juta dan 80 tahun ke atas ada 11,8 juta (Wardana, 2014).

Berdasarkan data Susenas (2014), jumlah rumah tangga lansia sebanyak 16,08 juta atau 24,50 persen dari seluruh rumah tangga di Indonesia. Rumah tangga lansia adalah yang minimal salah satu anggota rumah tangganya berumur 60 tahun ke atas. Jumlah lansia di Indonesia mencapai 20,24 juta jiwa, setara dengan 8,03 persen dari seluruh penduduk Indonesia tahun 2014. Jumlah lansia perempuan lebih besar dari pada laki-laki, yaitu 10,77 juta lansia perempuan dibandingkan 9,47 juta lansia laki-laki. Adapun lansia yang tinggal di pedesaan

sebanyak 10,87 juta jiwa, lebih banyak dari pada lansia yang tinggal di perkotaan sebanyak 9,37 juta jiwa. Nilai rasio ketergantungan lansia sebesar 12,71 menunjukkan bahwa setiap 100 orang penduduk usia produktif harus menanggung sekitar 13 orang lansia. Rasio ketergantungan lansia di daerah perdesaan lebih tinggi dari pada di perkotaan, berturut-turut 14,09 dibanding 11,40. Dibedakan antara lansia laki-laki dan perempuan, lebih banyak lansia perempuan yang ditanggung oleh penduduk usia produktif. Ketergantungan lansia perempuan (13,59) lebih tinggi dari pada lansia laki-laki (11,83). Sebagian besar lansia tinggal bersama dengan keluarga besarnya. Sebanyak 42,32 persen lansia tinggal bersama tiga generasi dalam satu rumah tangga, yaitu tinggal bersama anak/menantu dan cucunya, atau bersama anak/menantu dan orangtua/mertuanya.

Menurut Badan Pusat Statistik tahun 2015, hasil dari proyeksi penduduk 2010-2035, Indonesia akan memasuki periode lansia (*ageing*), dimana 10% penduduk akan berusia 60 tahun ke atas. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, secara umum jumlah penduduk lansia di Provinsi Sumatera Utara sebanyak 765.822 orang atau 5,90 persen dari keseluruhan penduduk. Jumlah penduduk lansia perempuan (433.717 orang) lebih banyak dari jumlah penduduk lansia laki-laki (332.105 orang). Jauh lebih banyak di daerah perdesaan (419.149 orang) dibandingkan di daerah perkotaan (346.673 orang). Jika dilihat menurut kelompok umur, jumlah penduduk lansia terbagi menjadi lansia muda (60-69 tahun) sebanyak 461.33 orang, lansia menengah (70-79 tahun) sebanyak 223.306 orang, dan lansia tua (80 tahun ke atas) sebanyak 81.185 orang. Sementara itu, penduduk pra lansia yaitu kelompok umur 45-54 tahun dan 55-59 tahun masing-

masing sebanyak 1.298.026 orang dan 420.329 orang. Lebih lanjut, bila dilihat menurut jenis kelamin tampak bahwa pada kelompok umur lansia lebih banyak lansia perempuan dibandingkan lansia laki-laki, begitu pula pada kelompok umur pra lansia kecuali pada kelompok umur 55-59 tahun di perkotaan lebih banyak pra lansia laki-laki (103.726 orang) dibandingkan pra lansia perempuan (101.245 orang).

Menurut Profil Kesehatan Kota Medan tahun 2016, struktur penduduk adalah penduduk muda (0–14 tahun) memiliki persentase 26,10%, sedangkan jumlah penduduk produktif (15–64 tahun) sebesar 70,07% dan penduduk tua (\geq 65 tahun) sebesar 3,82%. Struktur penduduk dapat menggambarkan permasalahan kesehatan dan sosial ekonomi seperti angka beban tanggungan yang ada di suatu wilayah. Berdasarkan data yang diperoleh tahun 2018 di Puskesmas Pancur Batu jumlah usia lanjut pada bulan Januari-Agustus 2018, struktur usia lanjut, usia pertengahan (45-59 tahun) laki-laki sebanyak 1.840 orang dan perempuan sebanyak 3.807 orang. Pada lanjut usia/*elderly* (60-69 tahun) laki-laki 1.492 orang dan perempuan 2.733 orang. Sedangkan lanjut usia (>70 tahun) jumlah laki-laki 748 orang dan perempuan 1.685.

Berdasarkan data yang diperoleh tahun 2018 di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu usia lanjut pada bulan Januari-Agustus 2018, usia pertengahan (45-59 tahun) laki-laki sebanyak 45 orang dan perempuan sebanyak 186 orang. Pada lanjut usia/*elderly* (60-69 tahun) laki-laki 114 orang dan perempuan 122 orang. Sedangkan lanjut usia (>70 tahun) jumlah laki-laki 21 orang dan perempuan 42 orang.

Menurut WHO (*World Health Organization*) menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua, saat itu lansia berangsur-angsur mengalami penurunan daya tahan fisik sehingga rentan terhadap serangan penyakit dan mengalami perubahan pada tubuhnya, secara perlahan jaringan kehilangan kemampuannya untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya. Akibat dari proses penuaan tersebut masalah yang sering dialami oleh lansia adalah pada sistem muskuloskeletal. Penyakit yang paling sering dialami oleh lansia adalah asam urat, osteoporosis, osteomalasia, osteoarthritis, nyeri punggung bawah, dan gangguan otot badan (Padila, 2013).

Pengaruh peningkatan populasi usia lanjut ini akan sangat tampak pada hal ekonomi dan sosial, dimana seperti kita ketahui saat ini angka kejadian penyakit kronis, degeneratif, maupun berbagai macam kanker semakin meningkat, juga angka kematian akibat penyakit-penyakit tersebut. Kecacatan akibat penyakit degeneratif pun tidak akan terhindarkan, sehingga menurunkan produktifitas para usia lanjut. Penurunan produktifitas dari kelompok usia lanjut ini terjadi karena penurunan fungsi, sehingga akan menyebabkan kelompok usia lanjut mengalami penurunan dalam melaksanakan kegiatan hidup harian seperti makan, ke kamar mandi, berpakaian, dan lainnya dan Activities Daily Living (ADL) lainnya.

Dalam berbagai masalah fisik yang dialami oleh lansia membuat mereka memiliki ketergantungan pemenuhan kebutuhan dasarnya, hal inilah yang menyebabkan pada akhirnya lansia ditempatkan ke panti werdha (David, 2013).

Secara umum kondisi fisik seseorang yang telah memasuki masa lanjut usia mengalami penurunan. Hal ini dapat dilihat dari beberapa perubahan. Perubahan penampilan pada bagian wajah, tangan, dan kulit. Perubahan bagian dalam tubuh seperti sistem saraf, perubahan panca indra seperti penurunan fungsi penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan perubahan motorik antara lain berkurangnya kekuatan, kecepatan dan belajar keterampilan baru. Perubahan-perubahan tersebut pada umumnya mengarah pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang akhirnya akan berpengaruh juga pada aktivitas ekonomi dan sosial mereka. Sehingga secara umum akan berpengaruh pada aktivitas kehidupan sehari-hari. Secara biologi, lanjut usia mengalami proses penuaan secara terus menerus yang ditandai dengan menurunnya daya fisik terhadap penyakit (Hardiwinoto, 2005).

Hasil penelitian Wulandari pada tahun 2014 dengan judul gambaran tingkat kemandirian lansia dalam pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) berdasarkan usia secara universal diperoleh bahwa lanjut usia yang umur 60-74 tahun terdiri 24 orang (54,5%), lanjut usia yang berumur 75-90 tahun terdiri 19 orang dan lanjut usia yang usia >90 terdiri dari 1 orang. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi usia lanjut akan lebih berisiko mengalami masalah kesehatan terutama pada tingkat kemandirian karena lansia akan mengalami perubahan akibat proses menua baik dari segi fisik, mental, dan dalam melakukan kemandirian.

Demikian juga dengan penelitian Rinajumita pada tahun 2011 dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia berdasarkan jenis

kelamin, laki-laki 33 orang (84,6%) mandiri, perempuan 46 orang (90,2%) yang mandiri sedangkan yang membutuhkan bantuan/tidak mandiri laki-laki 6 orang (15,4%) dan perempuan 5 orang (9,8%). Hal ini menunjukkan bahwa laki-laki lebih tergantung/tidak mandiri dibandingkan dengan perempuan. Demikian dalam hal pendidikan dapat dilihat bahwa lanjut usia yang berpendidikan tinggi berjumlah 25 orang (96,2%) dan yang tidak mandiri 1 orang (3,8%) dan pada lanjut usia yang berpendidikan rendah terdapat 54 orang (84,4%) yang mandiri dan yang tidak mandiri 10 orang (15,6%). Hal ini menunjukkan bahwa usia lanjut yang berpendidikan tinggi lebih mandiri dalam perawatan dirinya dibandingkan dengan pendidikan rendah.

Berdasarkan kondisi kesehatan, lanjut usia yang sehat, mandiri 76 orang (97,4%) dan yang tidak mandiri 2 orang (2,6%), lanjut usia yang tidak sehat mandiri sebanyak 3 orang (25%) dan yang tidak mandiri sebanyak 9 orang (75%). Hal ini menunjukkan bahwa kondisi kesehatan mempengaruhi tingkat kemandirian dalam memenuhi ADL. Dalam kehidupan beragama, lansia dengan kehidupan beragama yang baik, mandiri sebanyak 65 orang (94,2%) dan 4 orang (5,8%) tidak mandiri, sedangkan yang kehidupan beragama tidak baik sebanyak 14 orang (66,7%) yang mandiri 7 orang (33,3%). Hal ini menunjukkan kehidupan beragama yang baik akan membuat lanjut usia lebih mandiri memenuhi kebutuhan

Berdasarkan kondisi ekonomi lanjut usia lanjut, bahwa ekonomi yang baik sebanyak 41 orang (97%) yang mandiri dan ada 1 orang (2,4%) lanjut usia usia yang kondisi ekonomi tidak mampu 38 orang (79,2%) yang mandiri, dan 10

orang (20,8 orang) yang tidak mandiri. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi ekonomi usia lanjut yang baik membuat lansia semakin mandiri atau kondisi ekonomi lanjut usia memengaruhi tingkat kemandirian dalam pemenuhan ADL. Aktifitas sosial, yang mandiri pada lanjut usia beraktifitas sosial yang aktif terdapat 30 orang (96,8%) dan 1 orang (3,2%) tidak mandiri. Pada lanjut usia yang mandiri dengan aktifitas sosial yang tidak aktif 49 orang (83,1%) yang mandiri dan 10 orang (16,9%) yang tidak mandiri. Hal ini menunjukkan aktifitas sosial bahwa pada lanjut usia yang tingkat kemandirian yang lebih mandiri yaitu pada aktifitas sosial yang tidak aktif. Dukungan keluarga, pada lanjut usia berdasarkan usia dukungan keluarga yang mandiri terdapat ada 67 orang (95%) dan 3 orang (4,3%) yang tidak mandiri sedangkan pada dukungan keluarga yang tidak ada 12 orang (60%) yang mandiri dan 8 orang (40%) yang tidak mandiri. Hal ini menunjukkan bahwa lanjut usia yang lebih mandiri yaitu yang tidak memiliki dukungan keluarga (Rinajumita, 2011).

Hasil penelitian Rasyid pada tahun 2016 dalam judul faktor-faktor berhubungan dengan kemandirian lansia di Kecamatan Wara Timur Kota Palopo usia hasil analisis secara universal diperoleh bahwa lanjut usia berumur 56-59 tahun terdiri dari 104 orang (39,8%), lanjut usia yang berumur 60-70 tahun terdiri dari 61 orang (23,4%) dan lanjut usia yang berumur >70 tahun terdiri dari 96 orang (36,8%). Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi usia lanjut akan lebih berisiko mengalami masalah kesehatan terutama pada tingkat kemandirian karena lansia akan mengalami perubahan akibat proses menua baik dari segi fisik, mental, dan dalam melakukan kemandirian.

Berdasarkan pendidikan usia lanjut yang tidak berpendidikan/tidak sekolah berjumlah 37 orang (14,2%), berpendidikan SD berjumlah 108 orang (41,4%), berpendidikan SMP terdiri dari 79 orang (30,3%), berpendidikan SMA berjumlah 37 orang (14,2%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kemandirian berdasarkan pendidikan tidak sekolah dan SMA sama-sama membutuhkan orang lain lain dalam perawatan dirinya. Berdasarkan status kesehatan usia lanjut, status kesehatan usia lanjut yang baik berjumlah 125 orang (47,9%) dan yang kurang baik berjumlah 136 orang (52,1%). Hal ini menunjukkan tingkat kemandirian yang lebih mandiri yaitu usia lanjut yang status kesehatan yang baik. Keadaan sosial, usia lanjut dalam keadaan sosial yang baik berjumlah 155 orang (59,4%) dan usia lanjut yang keadaan sosial kurang berjumlah 106 orang (40,6%). Hal ini menunjukkan pada usia lanjut yang lebih mandiri yaitu keadaan sosial yang baik dibandingan dengan kondisi sosial yang kurang (Rasyid, 2016).

Hasil penelitian Amy tahun 2009 dalam judul hubungan fungsi kognitif lansia dan karakteristik keluarga dengan tingkat kemandirian lansia dalam memenuhi aktivitas dasar sehari-hari suku hasil penelitian ini menunjukkan di Desa Kutoharjo keluarga responden memiliki suku bangsa keluarga adalah jawa dengan hasil 78 orang (100%), hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa suku jawa mempunyai nilai sebanyak 17 orang (36,96%), sedangkan suku sunda 7 orang (15,22%) dan sisanya dari suku betawi terdapat 5 orang (10,87%) (Ahmad, 2009). Dalam hal ini suku/adat tidak ada perlakuan khusus terhadap salah satu suku, sehingga adat kebudayaan dipahami sebagai sistem pengetahuan yang dimiliki masyarakat yang dijadikan sebagai pedoman dalam bertingkah laku,

karena kedudukan dan peran orang lansia dalam keluarga dan masyarakat sangat ditentukan oleh kebudayaan yang dimiliki oleh keluarga dan masyarakat tersebut.

Salah satu solusi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kemandirian lansia dalam aktivitas sehari-hari yakni dengan dukungan keluarga. Dukungan tersebut dapat berasal dari keluarga (anak, istri, suami, kerabat). Dukungan itu dapat berupa anjuran yang bersifat mengingatkan lansia untuk tidak bekerja berlebihan, memberikan kesempatan pada lansia untuk melakukan aktifitas yang menjadi hobinya, memberikan waktu istirahat yang cukup kepada lansia agar tidak mudah stress dan cemas. Sehingga diharapkan lansia tetap mendapatkan kualitas hidup yang baik, tentang melakukan aktifitas hidup sehari-hari dengan mandiri serta tetap menjaga kesehatannya (Ismayadi, 2015). Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk meneliti "Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lajut Di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019".

1.2. Perumusan Masalah

Latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini "bagaimana gambaran demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019?".

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat kemandirian usia lanjut dalam melakukan tingkat kemandirian berdasarkan demografi.
2. Mengidentifikasi tingkat kemandirian usia lanjut dalam melakukan tingkat kemandirian berdasarkan faktor sosial.
3. Mengidentifikasi tingkat kemandirian usia lanjut dalam melakukan tingkat kemandirian berdasarkan kehidupan beragama.
4. Mengidentifikasi tingkat kemandirian usia lanjut dalam melakukan tingkat kemandirian berdasarkan aktifitas sosial.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Untuk menambah pengetahuan dan informasi tentang gambaran demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut, dan penelitian ini digunakan oleh institusi pelayanan kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi institusi

Dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dibidang keperawatan khususnya Program Study D3 Keperawatan dalam menggambarkan tingkat kemandirian usia lanjut.

2. Bagi Puskesmas Pancur Batu Deli Serdang

Menjadi sumber informasi bagi para staf medis dalam pengembangan gambaran demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut.

3. Bagi keluarga dan usia lanjut

Menambah informasi bagi keluarga dalam memberikan dukungan keluarga terhadap tingkat kemandirian usia lansia dan dukungan keluarga yang optimal diberikan maka usia lanjut terdorong untuk mandiri dalam tingkat kemandirian, sehingga status kesehatannya meningkat.

4. Bagi peneliti

Untuk menambah wawasan bagi peneliti dan pengalaman bagi peneliti dalam penelitian selanjutnya yang terkait tentang gambarkan demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Usia Lanjut

2.1.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu neonatus, toddler, pra sekolah, sekolah, remaja, dewasa, dan lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis (Padila, 2013).

Lanjut usia adalah satu kelompok rawan dalam keluarga, pembinaan lansia sangat memerlukan perhatian khusus sesuai dengan keberadaannya, dimana individu menjadi tua dan seluruh organ tubuh mulai tidak berfungsi dengan baik (Hadi, 2014). Usia lanjut adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang. Masa ini dimulai dari umur enam puluh tahun sampai meninggal, yang ditandai dengan adanya perubahan yang bersifat fisik dan psikologis yang semakin menurun. Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai 60 tahun ke atas (PP No. 34/2004). Usia lanjut diklasifikasikan oleh banyak ahli (Wibowo, 2014).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Menurut UU No.4 tahun 1965 Pasal 1 seperti dikutip oleh (Ritonga, & Lestari, 2018) bahwa seseorang dapat dinyatakan sebagai lansia setelah mencapai usia 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk

keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. Adapun beberapa pendapat tentang batasan umur lansia yaitu:

1. Menurut *World Health Organisation* lanjut usia meliputi :
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) ialah kelompok usia 45-59 tahun.
 - b. Lanjut usia (*elderly*) antara 60 dan 74 tahun.
 - c. Lanjut usia tua (*old*) antara 75 dan 90 tahun.
 - d. Usia sangat tua (*very old*) ialah diatas 90 tahun.
2. Klasifikasi pada lansia ada 5 yakni:
 - a. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
 - b. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
 - c. Lansia resiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
 - d. Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan aktivitas.
 - e. Lansia tidak potensial lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Departemen Kesehatan RI, 2003).
3. Menurut Birren and Jenner (2008), mengusulkan untuk membedakan antara usia biologis, usia psikologis dan usia sosial.
 - a. Usia biologis adalah jangka waktu seseorang sejak lahirnya berada dalam keadaan hidup tidak mati.
 - b. Usia psikologis adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian pada situasi yang dihadapinya.

c. Usia sosial adalah peran yang diharapkan atau diberikan masyarakat kepada seseorang sehubungan dengan usianya.

Batasan lansia yang ada di Indonesia adalah 60 tahun ke atas. Pernyataan tersebut dipertegas dalam Undang–Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat (2) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.

2.1.3 Karakteristik Usia Lanjut

Menurut Padila (2013), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang kesehatan).
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.1.4 Perubahan- Perubahan yang terjadi pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia berupa perubahan fisik, psikososial, perubahan mental (Bandiyah Siti, 2009).

1. Perubahan Fisik

Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi:

- a. Sel: Lebih sedikit jumlahnya, lebih besar ukurannya, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler, jumlah sel otak menurun.

b. Sistem kardiovaskuler: katup jantung menebal dan menjadi kaku, elastisitas dinding pembuluh darah menurun, tekanan darah tinggi diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer: sistolis normal ± 170 mmHg, diastolik normalnya 90 mmHg.

c. Sistem pernafasan: otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, kemampuan untuk batuk berkurang, menurunya aktifitas dari silia, alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.

d. Sistem persarafan: cepatnya menurun hubungan persyarafan, kurang sensitif terhadap sentuhan, lambat dalam respon dan waktunya untuk bereaksi, khususnya dengan stres, mengencilnya saraf panca indra: berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.

e. Sistem gastrointestinal: kehilangan gigi, indra pengecap menurun, esofagus melebar, asam lambung menurun, peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi, mengurangnya aliran darah, fungsi absorpsi melemah.

f. Sistem genitourinaria: aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, tubulus berkurang akibatnya kemampuan mengkonsentrasi urin, vesika urinaria menjadi lemah, pembesaran prostat $\pm 75\%$ dialami oleh pria usia diatas 65 tahun.

g. Sistem endokrin: produksi dari hampir semua hormon menurun, fungsi parathyroid dan sekresinya tidak berubah, menurunnya sekresi hormon kelamin (progesteron, estrogen dan testosteron).

h. Sistem indra: pendengaran, penglihatan, perabaan:

- Pendengaran: hilangnya kemampuan/daya pendengaran pada telinga dalam, sulit mengerti kata-kata, suara yang tidak jelas.
- Penglihatan: spinger pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar, turunnya lapang pandang, menurunnya daya membedakan warna biru/hijau pada skala.
- Rabaan: indra peraba memberikan pesan yang paling intim dan yang paling mudah untuk menterjemahkan.
- Pengecap dan penghidu: empat rasa dasar yaitu asam, manis, dan pahit. Diantara semuanya, rasa manis yang paling tumpul pada lansia.

i. Sistem integumen: kulit mengkerut, kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu, rambut dalam telinga menebal, pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku jari jadi keras dan rapuh.

j. Sistem muskuloskeletal: tulang kehilangan cairan dan makin rapuh, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan mengalami sklerosis, kifosis.

k. Sistem reproduksi dan seksualitas: mencuatnya ovari dan uterus, orang-orang yang makin menua sexual intercourse masih juga membutuhkannya tidak ada batasan umur, pada laki-laki testis masih

dapat memproduksi spermatozoa, dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun, produksi estogen dari progesteron ole ovarium menurun saat menopause.

2. Perubahan psikososial

a. Pensiun

Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun, ia akan mengalami kehilangan-kehilangan antara lain:

- 1) Kehilangan finansial (income berkurang)
- 2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap segala fasilitasnya)
- 3) Kehilangan teman/kenalan atau relasi
- 4) Kehilangan pekerjaan/kegiatan

b. Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*)

- c. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit
- d. Perubahan dalam cara hidupnya, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit
- e. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*)
- f. Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan
- g. Penyakit kronis dan ketidakmampuan.

3. Perubahan mental

Faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

- a. Perubahan fisik terutama organ organ perasa
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan (hereditar)
- e. Lingkungan

2.1.5 Proses Menua

Menurut WHO (*World Health Organization*) dan Undang-Undang No 13

Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 yang menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, akan tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian. Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara berlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengantikan dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Martono dan Pranarka 2009).

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses menua terdiri dari dua faktor yaitu: 1). faktor Internal, faktor internal hal ini seperti terjadinya penurunan anatomi, fisiologi, dan perubahan psikososial pada proses menua yang semakin besar, perubahan ini menyebabkan lebih mudah terkena penyakit yang di mana

ada penurunan tersebut dengan penyakit yang sering sekali tidak terlihat begitu nyata. 2). Faktor Eksternal, faktor eksternal ini berpengaruh pada percepatan proses menua antara lain gaya hidup, faktor lingkungan dan pekerjaan (Hadi Martono, 2009).

2.2 Kemandirian Lansia

2.2.1 Defenisi

Kemandirian adalah hal atau keadaan dapat berdiri sendiri tanpa bergantung kepada orang lain (KBBI). Kemandirian merupakan sikap individu yang diperoleh secara komulatif dalam perkembangan dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi di lingkungan, sehingga individu mampu berpikir dan bertindak sendiri (Husain, 2013). Kemandirian lansia dalam ADL (*Activity Daily Living*) didefinisikan seseorang dalam melakukan aktifitas dan fungsi-fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal.

2.2.2 *Activity of Daily Living* (ADL)

ADL adalah suatu kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan sehari-harinya secara mandiri. Penentu kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam, 2008). Sedangkan pengertian ADL dilihat dari kegiatan-kegiatan yang dilakukan lansia, ADL merupakan aktivitas yang lebih kompleks namun mendasar bagi situasi kehidupan lansia dalam bersosialisasi. Termasuk disini kegiatan belanja, masak, pekerjaan rumah tangga, mencuci, telepon, menggunakan sarana transportasi, mampu menggunakan obat secara

benar, serta manajemen keuangan (Tamher dan Noorkasiani, 2011). Menurut Noorkasiani, 2009 ada pun bentuk-bentuk ADL sebagai berikut:

1. Dalam hal ini mandi, dinilai kemampuan klien menggosok/membersihkan sendiri seluruh bagian badannya, atau dalam hal mandi dengan cara pancuran atau dengan cara masuk keluar sendiri dari bath tub. Dikatakan indenpenden/mandiri, bila dalam melakukan aktivitas ini, klien hanya memerlukan bantuan untuk misalnya menggosok/membersihkan sebagian tertentu dari anggota badannya. Lansia mampu mandi sendiri tapi tak lengkap seluruhnya. Dikatakan dependen bila klien memerlukan bantuan untuk lebih dari satu bagian badannya. Juga bila klien tak mampu masuk keluar bath tub sendiri.
2. Dalam hal berpakaian, dikatakan independen bila tidak mampu mengambil sendiri pakaian dalam lemari atau laci misalnya, mengenakan sendiri bajunya, memasang kancing atau resleting (mengikat tali sepatu, dikecualikan).
3. Ke toilet, dikatakan independen bila lansia tak mampu ke toilet sendiri, beranjak dari kloset, merapikan pakaian sendiri, membersihkan sendiri alat kelamin, bila harus menggunakan bed pan hanya digunakan di malam hari.
4. Transferring, dikatakan independen bila mampu naik-turun sendiri ke dari tempat tidur dan atau kursi roda. Bila hanya memerlukan sedikit bantuan atau bantuan yang bersifat mekanis, tidak termasuk.

Sebaliknya, dependen bila selalu memerlukan bantuan untuk kegiatan tersebut di atas.

5. Kontinensia tergolong independen bila mampu buang hajat sendiri.

Sebaliknya termasuk dependen bila pada salah satu atau keduanya memerlukan enema dan atau kateter.

6. Makan, dikatakan independen, bila mampu menyiapkan makanan sendiri, mengambil dari piring. Dalam penilaian tidak termasuk mengiris potongan daging.

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi ADL (*Activity of Daily Living*)

Menurut Heryanti (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian usia lanjut adalah sebagai berikut:

1. Usia

Lansia yang telah memasuki usia 70 tahun ialah lansia resiko tinggi. Biasanya akan menghalangi penurunan dalam berbagai hal termasuk tingkat kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

2. Jenis kelamin

Lansia yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki atau perempuan lebih mandiri dari pada laki-laki (Rinajuminta, 2011).

3. Pendidikan

Kemandirian pada lansia dapat dipengaruhi oleh pendidikan lansia, juga oleh gangguan sensori khususnya penglihatan dan pendengaran, dipengaruhi pula oleh penurunan dalam kemampuan fungsional, serta

dipengaruhi pula oleh kemampuan fungsi kognitif lansia yang juga menurun. Lebih lanjut dikatakan bahwa dengan pendidikan yang lebih tinggi maka seseorang akan mampu mempertahankan hidupnya lebih lama dan bersamaan dengan itu dapat mempertahankan kemampuan fungsional atau kemandiriannya juga lebih lama karena cenderung melakukan pemeliharaan dan upaya pencegahan pada kesehatannya.

4. Kondisi kesehatan

Lanjut usia yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi adalah yang secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima. Persentase yang paling tinggi adalah mereka yang mempunyai kesehatan baik. Dengan kesehatan yang baik mereka bisa melakukan aktivitas apa saja dalam kehidupannya sehari-hari seperti: mengurus dirinya sendiri, bekerja dan rekreasi. Hal ini sejalan dengan pendapat Setiati (2015) bahwa kemandirian bagi orang lanjut usia dapat dilihat dari kualitas kesehatan sehingga dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS). AKS ada 2 yaitu AKS standar dan AKS instrumental. AKS standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi. Sedangkan AKS instrumental meliputi aktivitas yang komplek seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang. Sedangkan pada lanjut usia dengan kesehatan sedang cenderung tidak mandiri. Hal ini disebabkan karena kondisi kesehatan mereka baik fisik maupun psikis yang kadang-kadang sakit atau mengalami

gangguan, sehingga aktivitas sehari-hari tidak semuanya dapat dilakukan sendiri. Pada beberapa kegiatan mereka memerlukan bantuan orang lain, misalnya mengerjakan pekerjaan yang berat atau mengambil keputusan. Orang lanjut usia dengan kondisi kesehatan baik dapat melakukan aktivitas apa saja sedangkan yang memiliki kondisi kesehatan sedang cenderung memilih aktivitas yang memerlukan sedikit kegiatan fisik. Untuk mengerjakan beberapa aktivitas fisik dan psikis yang berat mereka memerlukan pertolongan dari orang lain. Dampak dari menurunnya kondisi kesehatan seseorang secara bertahap dalam ketidakmampuan secara fisik mereka hanya tertarik pada kegiatan yang memerlukan sedikit tenaga dan kegiatan fisik (Hurlock, 2008).

5. Kehidupan beragama

Kegiatan agama yang paling tinggi dilaksanakan adalah sholat 5 waktu sehari semalam, yang paling rendah dilakukan bersedekah/memberikan santunan anak yatim dan fakir miskin. Agama memainkan peran mendukung bagi banyak lansia, hal ini antara lain dukungan sosial keinginan akan gaya hidup yang sehat, pesepsi, tentang kontrol terhadap hidup mereka melalui doa, mendorong kondisi emosi positif, penurunan stress dan keinginan terhadap Tuhan sebagai cara hidup yang baik. Agama memiliki pengaruh positif pada kesehatan mental secara fisik.

6. Kondisi ekonomi

Lanjut usia yang mandiri pada kondisi ekonomi sedang karena mereka dapat menyesuaikan kembali dengan kondisi yang mereka alami sekarang. Misalnya perubahan gaya hidup. Dengan berkurangnya pendapatan setelah pensiun, mereka dengan terpaksa harus menghentikan atau mengurangi kegiatan yang dianggap menghamburkan uang (Hurlock, 2008). Pekerjaan jasa yang mereka lakukan misalnya mengurus surat-surat, menyampaikan undangan orang yang punya hajatan, baik undangan secara lisan maupun berupa surat undangan. Walaupun upah yang mereka terima sedikit, tetapi mereka merasa puas yang luar biasa. Karena ternyata dirinya masih berguna bagi orang lain. Lanjut usia yang tidak mandiri juga berada pada ekonomi sedang. Untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mereka tidak bekerja, tetapi mendapat bantuan dari anak-anak atau keluarga. Bantuan tersebut berupa uang atau kebutuhan-kebutuhan lain seperti makan, pakaian, kesehatan atau kebutuhan untuk acara sosial. Sikap anak yang telah dewasa terhadap orang tua yang sudah berusia lanjut dan sering berhubungan dengan mereka dapat menciptakan penyesuaian sosial dan personal yang baik bagi orang-orang berusia lanjut (Hurlock, 2008).

7. Aktifitas sosial

Bahwa kehidupan sosial usia lanjut juga mengalami perubahan seperti keikutsertaan secara aktif dalam berbagai macam organisasi umumnya

menjadi berkurang. Komunikasi dengan orang lain menjadi terbatas, apabila jika lansia mengalami kemunduran pendengaran dan penglihatan (Depkes RI, 2005).

8. Pekerjaan

Dihubungkan dengan faktor ekonomi, ekonomi laki-laki lebih mandiri dibandingkan dengan perempuan. Kebanyakan dari mereka masih bekerja, dan menerima pensiun. Dengan kemampuan finansial ini lansia laki-laki dapat melakukan kegiatan apa saja. Sedangkan perempuan pada umumnya tergantung secara finansial baik kepada suami, anak maupun keluarga yang lain. Dengan kondisi seperti ini mereka tidak dapat bebas dalam merencanakan sesuatu dalam kehidupannya, termasuk didalamnya pilihan untuk memilih tempat tinggal di masa tuanya menjadi seorang ibu rumah tangga biasanya (Novayenni 2015).

9. Suku

Karakteristik terkait dengan suku/adat tidak ada perlakuan khususterhadap salah satu suku, sehingga adat kebudayaan dipahami sebagai sistem pengetahuan yang memiliki masyarakat yang dijadikan sebagai pedoman dalam bertingkah laki, karena kedudukan dan peran orang orang lansia dalam keluarga dan masyarakat sangat ditentukan oleh kebudayaan yang dimiliki oleh keluarga dan masyarakat tersebut. Maka suku Jawa lebih banyak dalam proses perawatan lansia karena pada seseorang yang memiliki adat turun temurun yang lebih kuat dalam keluarga.

10. Status perkawinan

Status perkawinan juga dapat mempengaruhi lansia hal ini sesuai dengan data yang diperoleh bahwa lebih dominan lansia berpasangan (masih lengkap suami/istri). Hal ini dapat mendorong pemenuhan aktivitas fisik lansia karena dengan status masih lengkap atau berpasangan, tentu akan ada dukungan atau dorongan baik dari pribadi maupun dari pasangan untuk melakukan aktivitasnya masing-masing. Aktivitas yang dilakukan dari lansia laki-laki dapat berupa bekerja demi memperoleh hasil tambahan untuk pemenuhan kebutuhan rumah tangga atau mengikuti kegiatan warga lainnya. Begitu juga hal serupa dengan pasangannya lansia perempuan, akan terdorong untuk melakukan aktivitas seperti menyiapkan makan bagi suami dan anggota keluarga, memasak atau bahkan mencuci dan menyetrika pakaian. Aktivitas dari lansia yang masih berpasangan diatas itu merupakan aktivitas selain dari aktivitas rutinitas lainnya seperti membersihkan diri, mandi, makan/minum, berpindah tempat (Surti. dkk, 2017).

2.2.4. Alat untuk Mengukur Tingkat Kemandirian

Untuk menilai ADL digunakan berbagai skala seperti Katz Index, Barthel yang dimodifikasi dan *Functional Activities Questioner* (FAQ) (Ediawati, 2013). Di bawah ini akan dijelaskan alat yang dimaksud:

2.2.4.1. Indeks Barthel (IB)

Indeks Barthel mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. Mao (2010), mengungkapkan bahwa Indeks Barthel dapat

digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional terutama pada lansia.

Tabel 2.1 Indeks Barthel Menurut Jonathan Gleadle

No	Item yang di nilai	Skor	Nilai
1.	Makan (<i>feeding</i>)	0 (Tidak mampu) 1 (Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll) 2 (Mandiri)	
2.	Mandi (<i>bathing</i>)	0 (Tergantung orang lain) 1 (Mandiri)	
3.	Perawatan diri (<i>grooming</i>)	0 (Membutuhkan bantuan orang lain) 1 (Mandiri dalam merawat muka, rambut, gigi dan bercukur)	
4.	Berpakaian (<i>dressing</i>)	0 (Tergantung orang lain) 1 (Sebagian dibantu (misal menggantung baju)) 2 (Mandiri)	
5.	Buang air kecil (<i>bowel</i>)	0 (Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol) 1 (Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam)) 2 (Kontinensia teratur untuk lebih dari 7 hari)	
6.	Buang air besar (<i>bladder</i>)	0 (Inkontinensia/tidak teratur atau perlu (enema)) 1 (Kadang Inkontinensia/sekali seminggu) 2 (Kontinensia)	
7.	Penggunaan toilet	0 (Tergantung bantuan orang lain) 1 (Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri) 2 (Mandiri)	
8.	Bergerak (dari tempat tidur ke kursi dan kembali lagi)	0 (Tidak mampu) 1 (Butuh bantuan untuk bisa duduk) 2 (Bantuan kecil/satu orang) 3 (Mandiri)	
9.	Mobilitas (pada tempat yang datar)	0 (Immobile/tidak mampu) 1 (Menggunakan kursi roda) 2 (Berjalan dengan bantuan satu orang) 3 (Mandiri meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat)	
10.	Naik turun tangga	0 (Tidak mampu) 1 (Membutuhkan bantuan/alat bantu) 2 (Mandiri)	

Interpretasi hasil :

- A. 20 : Mandiri
- B. 12 -19 : Ketergantungan ringan
- C. 9 - 11 : Ketergantungan sedang
- D. 5 - 8 : Ketergantungan berat
- E. 0 - 4 : Ketergantungan total

2.2.4.2 Indeks ADL Katz

Index Katz merupakan suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang di dasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat.

Indeks ADL di dasarkan pada fungsi psikososial dan biologis dasar dan mencerminkan status kesehatan respon neurologis dan motorik yang terorganisasi. Penilaian indeks ADL Katz di dasarkan pada tingkat kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas secara mandiri. Jadi suatu aktivitas akan diberi nilai jika aktivitas tersebut dapat dilakukan secara mandiri atau tanpa bantuan orang lain. Daftar faktor, sifat, dan keterampilan yang diukur melalui ADL adalah mandi (*bathing*), buang air besar (*toileting*), buang air kecil (*continence*), berpakaian (*dressing*), bergerak (*transfer*), dan makan (*feeding*) (Darmojo. Dkk. 2004).

Mandi (*bathing*) meliputi aspek ketidaktergantungan berupa bantuan mandi hanya pada satu bagian tubuh (seperti punggung atau ketidakmampuan ekstermitas) atau mandi sendiri dengan lengkap. Aspek ketergantungan berupa bantuan saat mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan saat masuk dan keluar dari tub atau tidak mandi sendiri. Pergi ke toilet (*toileting*) meliputi aspek

ketidaktergantungan meliputi masuk dan keluar toilet, melepas dan mengenakan celana, membersihkan organ ekresi dan juga menangani bedpan sendiri atau tidak menggunakan bantuan mekanis. Aspek ketergantungan berupa tidak melepaskan atau mengenakan celana secara mandiri, penggunaan bedpan atau komode atau mendapat bantuan untuk masuk dan menggunakan toilet.

Kontinensia (*continence*) meliputi aspek ketidaktergantungan berupa berkemih dan defekasi secara keseluruhan terkontrol oleh tubuh. Ketergantungan akan inkontinensia parsial atau total dalam berkemih atau defekasi. Dikontrol parsial atau total dengan enema, kateter, atau penggunaan urinal atau bedpan secara teratur. Berpakaian (*dressing*) meliputi aspek ketidaktergantungan meliputi mampu mengambil pakaian dari lemari, mengenakan pakaian luar, kutang, menangani pengikat yang dilakukan secara mandiri. Aspek ketergantungan meliputi tidak mengenakan pakaian sendiri atau dibantu oleh orang lain.

Berpindah (*transfer*) meliputi aspek ketidaktergantungan meliputi bergerak masuk dan keluar dari tempat tidur secara mandiri, berpindah kedalam dan ke luar kursi dan berpindah dari posisi tidur ke duduk. Aspek ketergantungan meliputi bantuan dalam bergerak masuk dan keluar tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau dua perpindahan. Makan (*feeding*) meliputi aspek ketidaktergantungan berupa mengambil makanan dari piring, memasukkan makanan ke dalam mulut secara mandiri. Aspek ketergantungan meliputi bantuan dalam mengambil makanan atau tidak makan sama sekali atau makan secara parenteral. Dari keenam aktivitas yang dinilai, pemeriksa dapat mengkategorikan pasien ke dalam kelompok:

KATZ A: Ketidaktergantungan dalam hal makan, kontinen BAK/BAB, mengenakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi.

KATZ B: Ketidaktergantungan pada semuanya kecuali salah satu dari fungsi di atas.

KATZ C: Ketidaktergantungan semuanya kecuali mandi dan salah satu dari fungsi di atas.

KATZ D: Ketidaktergantungan semuanya kecuali mandi, berpakaian dan salah satu dari fungsi di atas.

KATZ E: Ketidaktergantungan semuanya kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu dari fungsi di atas.

KATZ F: Ketidaktergantungan semuanya kecuali makan, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu dari fungsi di atas.

KATZ G: Ketergantungan untuk semua fungsi di atas.

Keterangan: Ketidaktergantungan berarti tanpa pengamatan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap tidak melakukan fungsi meskipun dia dianggap mampu (Darmojo, Dkk. 2004).

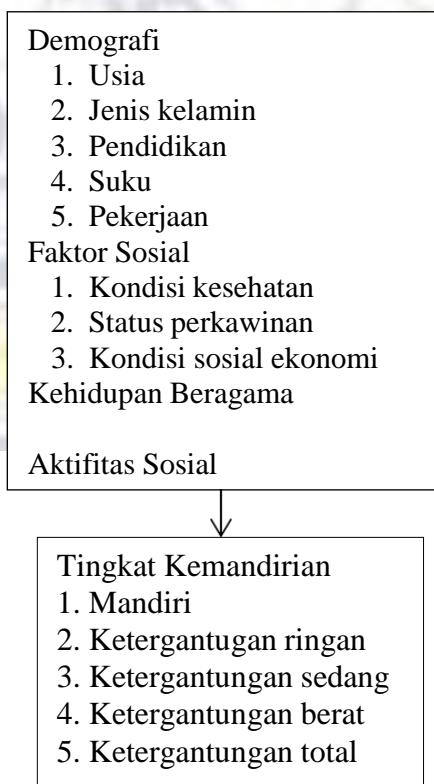
BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Tahapan yang penting dalam suatu penelitian adalah menyusun kerangka konsep. Konsep adalah abstraktif dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antara varibel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2014). Konsep penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kemandirian lansia dalam pemenuhan ADL (*Activity of Daily Living*)/ tingkat kemandirian pada usia lanjut.

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Istilah rancangan penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan kedua rancangan penelitian digunakan untuk mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan. Penelitian deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Deskriptif peristiwa dilakukan secara sistematika dan lebih menekankan pada data factual dari pada penyimpulan. Hasil penelitian deskriptif sering digunakan atau dilanjutkan dengan melakukan analitik (Nursalam, 2014). Racangan penelitian ini adalah deskriptif dimana peneliti akan mengamati, menggambarkan atau mengobservasi gambaran demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah kecenderungan keseluruhan kumpulan kasus yang diikutsertakan oleh seorang peneliti. Populasi tidak hanya pada manusia tetapi juga objek dan benda-benda yang lain (Polit, 2012). Populasi yang digunakan

penelitian yaitu lanjut usia (*elderly*) 60-69 tahun, laki-laki 114 orang dan perempuan 122 orang. Sedangkan lanjut usia (>70 tahun) jumlah laki-laki 21 orang dan perempuan 42 orang. Total populasi yang diambil adalah 299 orang.

4.2.2 Sampel

Pengambilan sampel adalah proses pemilihan kasus untuk mewakili seluruh populasi sehingga kesimpulan tentang populasi dapat dilakukan. Sampel adalah subjek dari elemen populasi, yang merupakan unit yang paling dasar tentang data mana yang dikumpulkan. Dalam penelitian keperawatan, unsur sampel biasanya manusia (Polit, 2012). Teknik sampling adalah cara untuk menentukan sampel yang jumlahnya sesuai dengan ukuran sampel yang akan dijadikan sumber data sebenarnya, dengan memperhatikan sifat-sifat dan penyebaran populasi agar diperoleh sampel yang representatif (Nursalam, 2014).

Penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini adalah dengan teknik *purposive sampling/ judgement sampling*, artinya suatu teknik penetapan sampel dengan cara memiliki sample diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2014).

Teknik pengambilan sampel ini dilakukan dengan menggunakan rumus *Vincent Gaspersz* yaitu sebanyak 73 orang.

Menurut WHO (2012), adapun kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti yaitu:

1. Lansia yang berusia 60 tahun keatas
2. Lansia yang bersedia menjadi responden

Menurut *Vincent Gaspersz* (2014), penentuan besarnya sampel dengan menduga proporsi populasi dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$n = \frac{NZ^2 P (1-P)}{NG^2 + Z^2 P (1-P)}$$

Ket:

n = Jumlah sampel

N = Ukuran populasi dalam penelitian ini = 299 orang

Z = Tingkat keandalan (confidence level =95% sehingga Ztabel = 1,96)

P = Proporsi populasi (tidak diketahui gunakan 50%)

G = Galat pendugaan dalam penelitian ini =10%

Sehingga sampel dalam penelitian ini adalah:

$$\begin{aligned} n &= \frac{NZ^2 P (1-P)}{NG^2 + Z^2 P (1-P)} \\ &= \frac{299 (1,96)^2 \cdot 0,5 (1-0,5)}{299(0,1)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,5 (1-0,5)} \\ &= \frac{299 \cdot 3,8416 \cdot 0,25}{299 \cdot (0,01) + 3,8416 \cdot 0,25} \\ &= \frac{287,1596}{2,99 + 0,9604} \\ &= \frac{287,1596}{3,9504} \\ &= 72,69 = 73 \text{ orang} \end{aligned}$$

Jadi jumlah sampel yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 73 orang responden.

4.3 Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian. Variabel independen (bebas) mempengaruhi atau menilai menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulasi yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2014).

Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain. Dalam ilmu keperawatan, variabel bebas biasanya merupakan stimulasi atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien untuk mempengaruhi tingkah laku klien. Sedangkan variabel dependen (terikat), variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respons akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain. Dalam ilmu perilaku, variabel terikat adalah aspek tingkah laku yang diamati dari suatu organisme yang dikenai stimulus. Dengan kata lain, variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2014).

4.3.2 Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati atau diukur merupakan kunci defenisi operasional. Dapat diamati artinya

memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulang lagi oleh orang lain (Nursalam, 2014). Definisi operasional dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Demografi

- a. Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia meningkat atau menurun kerentanan terhadap penyakit tertentu. Dikatakan usia lanjut menurut WHO (2012), usia pertengahan (*middle age*) kelompok usia 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60 dan 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) antara 75 dan 90 tahun, usia sangat tua (*very old*) ialah diatas 90 tahun. Usia yang diambil sesuai dengan kriteria pada peneliti yaitu usia 60 tahun ke atas.
- b. Jenis kelamin adalah sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa, manusia dibedakan menurut jenis kelaminya yaitu laki-laki dan perempuan.
- c. Suku adalah seseorang yang memiliki adat atau kebudayaan yang berbeda-beda sesuai yang dimilikinya. Suku yang termasuk di dalam penelitian ini adalah suku Batak Toba, Batak Mandailing, Batak Karo, Batak Pakpak, Batak Simalungun, Melayu, Nias, Jawa.
- d. Pekerjaan adalah suatu kegiatan atau aktifitas yang dimiliki seseorang yang bekerja pada orang lain atau instasi, kantor, perusahaan untuk memperoleh hasil. Penghasilan yang rendah,

cukup dan tinggi akan mempengaruhi tingkat kemandirian pada usia lanjut.

- e. Pendidikan adalah bagian integral dalam pembangunan. Pembangunan diarahkan dan bertujuan untuk mengembangkan sumber daya manusia yang berkualitas. Pendidikan dari mulai tingkat yang tidak sekolah, SD, SMP, SMA, Diploma, S1, S2, dan S3 (rendah, menengah, dan tinggi) akan mempengaruhi tingkat kemandirian seseorang.

2. Faktor Sosial

- a. Kondisi kesehatan adalah kondisi yang dimiliki oleh seseorang yaitu sehat dan tidak sehat.
- b. Kondisi sosial ekonomi adalah seseorang yang memiliki kebutuhan dari hasil pekerjaannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Dalam UMR yang dimiliki di Sumatera yaitu dikatakan baik (\geq Rp 2.969.824 - Rp. 5.000.000), cukup (diatas Rp.5.000.000) dan kurang ($<$ Rp 2.969.824).
- c. Status perkawinan adalah dimana suatu pasangan yang memiliki suatu tujuan yang sama yaitu membangun suatu keluarga. Dalam penelitian ini status perkawinan dikategorikan menikah, tidak menikah/Singel, cerai dan sudah meninggal.

- 3. Kehidupan beragama adalah seseorang yang mengikuti kebaktian atau kegiatan agama. Misalnya menjalankan sholat/berdoa, mengikuti ibadah ke gereja/masjid/mushollah, mengikuti doa

lingkungan/perwiritan, mengikuti perayaan hari-hari besar keagamaan.

4. Aktifitas sosial seseorang yang apabila mengikuti kegiatan yang ada dilingkungannya. Misalnya mengikuti kegiatan sosial (pesta/adat yang ada di lingkungan sekitar), mengikuti kegiatan STM, organisasi (Marga dan perkumpulan lainnya), posyandu lansia/pemeliharaan kesehatan lainnya. Aktifitas sosial dapat dikategorikan sering, kadang-kadang, dan tidak pernah.
5. Tingkat kemandirian adalah seseorang yang mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Tabel 4.1 Defenisi Operasional dan Metode Penelitian

Variabel	Defenisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019	Mendeskripsikan sesuatu yang melekat pada diri lansia dan menggambarkan faktor sosial tentang kemampuan lansia untuk memenuhi kebutuhan lansia	Demografi 1. Usia 2. Jenis kelamin 3. Suku 4. Pekerjaan 5. Pendidikan Faktor Sosial 1. Kondisi kesehatan 2. Kondisi sosial ekonomi 3. Status perkawinan Kehidupan Beragama Aktifitas Sosial Tingkat Kemandirian 1. Makan 2. Mandi 3. Perawatan diri 4. Berpakaian 5. Buang air kecil	Kuesioner	1.Nominal 2.Ordinal 3. Nominal 4. Ordinal 5. Ordinal 6. Ordinal	1. Nominal 2. Ordinal 3. Nominal 4. Ordinal 5. Ordinal 6. Ordinal

6. Buang air besar	sedang: 9-11
7. Penggunaan toilet	Ketergan tungan
8. Bergerak (dari tempat tidur ke kursi dan kembali lagi)	berat: 5-8 Ketergan tungan
9. Mobilitas	total: 0-4
10. Naik turun tangga	

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengukur variabel yang akan diamati. Instrumen penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah menggunakan lembar kuesioner. Pada penelitian ini peneliti menggunakan kuesioner dengan *Index Barthel*. Akan mendapatkan skor:

0= Tidak mampu

1= Butuh bantuan orang lain

2= Mandiri

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas

Pancur Batu Tahun 2019.

4.5.2 Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April 2019 di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019.

4.6 Prosedur Pengambilan Data dan Teknik Pengumpulan Data

4.6.1 Pengambilan Data

Langkah-langkah dalam penggumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan (Burns dan Grove, 1999 dalam Nursalam, 2014). Selama penggumpulan data peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga penggumpulan data (jika diperlukan), memperhatikan prinsip validasi dan reliabilitas, serta menyelesaikan masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung kepada responden sesuai dengan kuesioner yang disusun oleh peneliti. Dan juga menggunakan data sekunder, data jumlah usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekataan kepada subjek dan proses pengumpulan data karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2014). Teknik wawancara adalah wawancara dilakukan dengan responden penelitian kecuali lansia dalam keadaan sakit atau tidak dapat berbicara, maka dapat dilakukan wawancara kepada keluarga. Jenis pengumpulan data yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah jenis data primer yakni memperoleh data secara langsung dari sasarannya. Pada awal penelitian terlebih dahulu mengajukan permohonan izin pelaksanaan penelitian kepada Ketua Program Studi D3 Keperawatan di STIKes Santa Elisabeth Medan, selanjutnya

dikirimkan ke Puskesmas Pancur Batu. Selanjutnya pada tahap pelaksanaan, peneliti telah memberikan penjelasan tentang yang dilakukan terhadap usia lanjut sebagai subjek peneliti. Jika responden bersedia, maka responden akan menandatangani lembar (*informed consent*).

4.6.3 Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji validitas

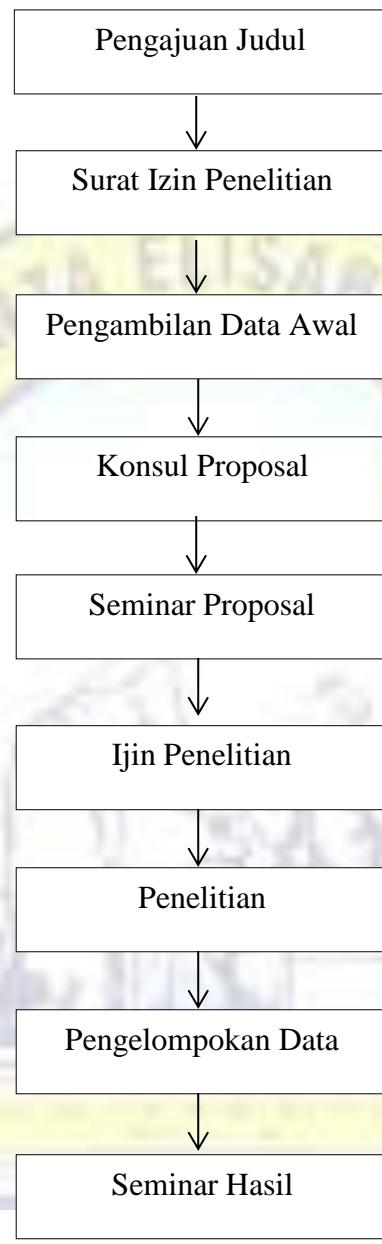
Menurut Nursalam (2014), validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Jadi validitas disini pertama-pertama lebih menekankan pada alat pengukur/pengamatan. Pada penelitian ini tidak perlu uji valid karena kuesioner tingkat kemandirian menggunakan Indeks Barthel (Jonathan Gleadle).

2. Uji reliabilitas

Sebelum melakukan pengumpulan data, terlebih dahulu peneliti melakukan uji reliabilitas pada instrumen penelitian. Reliabilitas adalah Indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama (Notoatmajo, 2012). Instrumen yang digunakan oleh penelitian menggunakan Indeks Barthel (Jonathan Gleadle) tidak perlu uji reliabilitas karena instrumen tersebut sudah terstandar sebelumnya.

4.7 Kerangka Operasional

Bagan 4.1 Kerangka Operasional dalam Penelitian



4.8 Analisa Data

Analisa univariate (deskriptif) adalah suatu prosedur pengelompokan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel. Bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariate tergantung dari jenis datanya (Nursalam, 2014). Analisa data berfungsi mengurangi, mengatur, dan memberi makna pada data (Grove, 2015). Analisa data pada penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana gambaran demografi dan faktor sosial berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu.

4.9 Etika Penelitian

Etika peneliti adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak penelitian, pihak yang diteliti dan masyarakat yang memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Adapun masalah etika menurut (Polit & Back, 2012), sebagai berikut:

1. *Beneficence* (kebaikan)

Seorang peneliti harus memberikan banyak manfaat dan memberikan kenyamanan kepada responden serta meminimalkan kerugian. Selain itu, jika terdapat resiko berbahaya ataupun kecelakaan yang tidak diduga selama penelitian dihentikan.

2. *Respect to human dignity* (menghargai hak responden)

Setiap peneliti harus memberi penjelasan kepada responden tentang keseluruhan tindakan yang akan dilakukan. Selain itu, jika responden

menerima untuk ikut serta dalam penelitian maka akan dijadikan sebagai sampel penelitian. Tetapi jika responden menolak karena alasan pribadi, maka penolakan harus diterima peneliti. Selama penelitian berlangsung tidak ada paksaan dari peneliti untuk responden.

3. *Justice* (keadilan)

Selama penelitian, tidak terjadi diskriminasi kepada setiap responden. Penelitian yang dilakukan kepada responden yang satu dan lainnya sama. Selain itu, setiap privasi dan kerahasiaan responden harus dijaga oleh peneliti. Dalam penelitian ini, peneliti tanpa membedakan suku, ras, agama, maupun budaya. Selama penelitian ini berlangsung tidak ada perbedaan perlakuan antara responden yang satu dengan yang lainnya. Sedangkan untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mempublikasikan data lengkap responden hanya menampilkannya dalam bentuk kode atau inisial.

4. *Informed consent*

Sebelum penelitian ini dilakukan penelitian membagikan lebar persetujuan (*Informed consent*) kepada responden untuk mengetahui keikutsertaan dalam penelitian serta ikut dalam setiap tindakan yang akan dialakukan. Jika responden menolak, peneliti akan menyetujuinya dan tidak ada paksaan untuk menjadi responden.

5. Penelitian ini sudah layak etik oleh komite Etik STIKes Santa Elisabeth Medan dengan nomor surat 0122/KEPK/PE-DT/V/2019.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Desa Tuntungan II disebut juga Kampung KB karena satuan wilayah yang memiliki kriteria tertentu dimana terdapat ketergantungan Program Kependudukan, Keluarga Berencana, pembangunan (KKBPK) dan pembangunan sektor terkait yang dilaksanakan secara sistemik dan sistematis. Desa Tuntungan II dipilih oleh Dinas Pengendalian Penduduk, KB dan Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak Kabupaten Deli Serdang sebagai desa yang akan diintervensi untuk pelaksanaan Kambung KB masih dibawah rata-rata. Penduduk yang tinggal di desa Tuntungan II di dominasi dari suku Jawa dan terdapat beberapa suku lainnya diantaranya suku Batak Toba dan Batak Karo. Mata pencarian penduduk pada umumnya adalah sebagai buruh harian lepas dengan mengelola tanaman rumput hias dan kuli bangunan.

Secara administratif, Desa Tuntungan II terdiri dari 4 dusun dengan luas wilayah 390 Ha dan jumlah penduduk sebanyak 4.396 jiwa. *Visi* Desa Tuntungan II “Terbentuknya masyarakat Desa sesuai dengan program KKBPK (Kependudukan Keluarga Berencana Pembangunan Keluarga). *Misi* dari Desa Tuntungan II dengan tercapainya masyarakat yang terampil dan sejahtera melalui peningkatan 8 fungsi keluarga yaitu fungsi agama, fungsi sosial budaya, fungsi cinta dan kasih sayang, fungsi perlindungan, fungsi reproduksi, fungsi sosialisasi dan pendidikan, fungsi ekonomi, fungsi lingkungan.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Demografi Responden Berdasarkan Tingkat Kemandirian

Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 73 orang, yaitu usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019. Penelitian ini meliputi gambaran demografi responden dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, suku, pekerjaan, pendidikan. Hasil penelitian tentang karakteristik usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu lebih lengkap dapat dilihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Demografi Responden Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

Karakteristik Responden	Tingkat Kemandirian								Total			
	Mandiri		Ringan		Sedang		Berat		F	%	F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Umur												
1. 60-74 (Lanjut usia)	10	13	31	42	7	9	1	1	49	67		
2. 75- 90(Lanjut usia)			16	21	7	9	1	1	24	32		
Total	10	13	47	63	14	18	2	2	73	100		
Jenis Kelamin												
1. Laki-laki	3	4	16	21	10	13	1	1	30	41		
2. Perempuan	7	9	31	42	4	5	1	1	43	58		
Total	10	13	47	63	14	18	2	2	73	100		
Pekerjaan												
1. Wiraswasta	3	4	11	15	6	8			20	27		
2. Pensiunan			4	5	2	3			6	8		
3. Bertani	2	3	13	17	4	5	1	1	20	27		
4. IRT	4	5	19	26	2	3	1	1	26	35		
5. PNS	1	1							1	1		
Total	10	13	47	63	14	19	2	2	73	100		
Suku												
1. Batak Karo	5	7	13	17					18	24		
2. Jawa	3	4	31	42	12	16	2	3	48	65		
3. Padang	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5		
4. Melayu	1	1	1	1	1	1			3	4		
5. Batak Mandailing		1	1									
Total	10		47		14	18	3	4	73	100		
Pendidikan												
1. Tidak Sekolah	1	1	10	13	3	4	1	1	15	20		
2. SD	6	8	23	31	8	11	1	1	38	52		
3. SMP	1	1	9	12	1	1			11	15		
4. SMA	1	1	5	7	2	3			8	11		
5. Sarjana	1	1							1	1		
Total	10	12	47	63	14	19	2	2	73	100		

5.2.2 Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian

Faktor sosial dalam penelitian ini meliputi kondisi kesehatan dikategorikan baik, jika usia lanjut bisa melakukan aktifitasnya sendiri tanpa bantuan orang lain dan yang sakit (tidak sehat) jika usia lanjut tidak dapat mengurus diri sendiri. akan membutuhkan bantuan dari orang lain. Kondisi sosial ekonomi dikategorikan pekerjaan (wiraswasta, pensiunan, IRT, PNS, bertani) penghasilan dikategorikan baik, cukup, dan kurang Dikatakan baik jika pendapatan $>5.000.000$, dikatakan cukup $2.500.000-5.000.000$, dan yang kurang $\leq 2.500.000$. Status perkawinan dikategorikan tidak menikah/singel, cerai, dan sudah meninggal. Hasil penelitian tentang faktor sosial usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu lebih lengkap dapat dilihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Faktor Sosial Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

	Tingkat Kemandirian								Total	
	Mandiri		Ringan		Sedang		Berat		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Kondisi Kesehatan										
1. Baik	9	12	39	53	11	15	1	1	60	82
2. Sakit	1	1	8	11	3	4	1	1	13	18
Total	10	13	47	64	14	19	2	2	73	100
Kondisi Sosial Ekonomi										
1. Penghasilan										
a. Tinggi	1	1	10	13	7	9	1	1	19	26
b. Cukup	7	9	24	33	7	9			38	52
c. Kurang	2	3	13	18			1	1	16	21
Total	10	13	47	65	14	18	2	2	73	100
Status Perkawinan										
1. Tidak Menikah/Singel	2	3	13	18	5	7			20	27
2. Cerai	5	7	15	20	4	5	1	1	25	34
3. Sudah Meninggal	3	4	19	26	5	7	1	1	28	38
Total	10	14	47	64	14	19	2	2	73	100

5.2.3 Kehidupan Beragama Berdasarkan Tingkat Kemandirian

Kehidupan beragama dalam penelitian ini ada 4 yaitu: kegiatan menjalankan sholat/berdoa, mengikuti ibadah ke gereja/masjid/mushollah, mengikuti doa lingkungan/perwiritan, mengikuti perayaan hari-hari besar keagamaan dikategorikan/dinilai dengan sering, kadang-kadang, dan tidak pernah. Agama dalam penelitian ini ada 3 yaitu Islam, Kristen Protestan, dan Katolik. Hasil penelitian tentang kehidupan beragama usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu lebih lengkap dapat dilihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Kehidupan Beragama Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

Agama	Tingkat Kemandirian								Total			
	Mandiri		Ringan		Sedang		Berat		F	%	F	%
1. Islam	5	7	29	39	9	12	1	1			44	60
2. Kristen Protestan	3	4	4	5	2	3					9	12
3. Katolik	2	3	14	20	3	4	1	1			20	27
Total	10	14	47	67	14	19	2	2			73	100

Kehidupan Beribadah/Agama	Tingkat kemandirian								Total			
	Mandiri		KR		KS		KB		KT	F	%	
1. Menjalankan sholat/berdoa												
a. Sering	10	13	21	28	6	8	1	1		28	38	
b. Kadang-kadang												
c. Tidak Pernah			16	22	6	8				32	44	
Total			10	13	2	3	1	1		13	18	
2. Mengikuti ibadah ke gereja/masjid/mushollah												
a. Sering	7	9	29	40	7	9				45	62	
b. Kadang-kadang												
c. Tidak Pernah			4	5						4	5	
Total			3	4	14	19	7	9		24	33	
			10	13	47	64	14	18	2	3	73	100

3. Mengikuti doa lingkungan/perw ritan	6	8	25	34	11	15	1	1	43	59
a. Sering	1	1	8	11			1	1	10	14
b. Kadang-kadang										
c. Tidak Pernah	3	4	14	19	3	4			20	27
Total	10	13	47	67	14	19	2	2	73	100

4. Mengikuti perayaan hari-hari besar keagamaan	5	7	23	31	8	11	1	1	36	49
a. Sering	4	5	17	23	5	7			27	37
b. Kadang-kadang										
c. Tidak Pernah	1	1	7	9	1	1	1	1	10	13
Total	10	13	47	63	14	19	2	2	73	100

5.2.4 Aktifitas Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian

Aktifitas sosial dalam penelitian ini ada 3 kegiatan mengikuti kegiatan sosial (pesta/adat yang ada di lingkungan sekitar), mengikuti kegiatan STM, organisasi (marga dan perkumpulan lainnya), posyandu lansia/pemeliharaan kesehatan lainnya. Hasil penelitian tentang faktor sosial usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu lebih lengkap dapat dilihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Aktifitas Sosial Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

a. Sering	6	8	22	30	6	8	1	1	35	48
b. Kadang-kadang			12	16	2	3			14	19
c. Tidak Pernah	4	5	13	17	6	8	1	1	24	33
Total	10	13	47	63	14	19	2	2	73	100

3. Posyandu Lansia/pemelihara an kesehatan lainnya	a. Sering	5	7	33	45	5	7	1	1	44	60
	b. Kadang-kadang			3	4	3	4			6	8
	c. Tidak Pernah	5	7	11	15	6	8	1	1	23	31
	Total	10	14	47	64	14	19	2	2	73	100

5.3 Pembahasan

5.3.1 Demografi Lanjut Usia Berdasarkan Tingkat Kemandirian

Hasil penelitian berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019 menunjukan bahwa umur responden bahwa distribusi responden golongan umur pada tingkat kemandirian, proporsi tertinggi adalah usia 60-74 tahun sebanyak 31 orang 42% (ketergantungan ringan) dan proporsi yang paling rendah pada responden yang berusia 75-90 tahun sebanyak 1 orang (1%) ketergantungan berat. Usia sangat berpengaruh terhadap tingkat kemandirian dimana semakin tua umur seseorang itu maka tingkat kemandiriannya akan tergantung pada orang lain, karena banyak organ dalam tubuhnya sudah menurun. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rinajumita (2011), proporsi yang paling tinggi adalah umur 60-74 tahun 95,3% yang mandiri dan proporsi yang paling rendah umur 75-90 tahun 19,1% yang tidak mandiri/ketergantungan. Menurut Heryanti (2014), lansia yang telah memasuki usia 70 tahun ialah lansia resiko tinggi. Biasanya akan mengalami penurunan dalam berbagai hal termasuk tingkat kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

Hasil penelitian berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019 menunjukkan bahwa responden yang jenis kelamin perempuan lebih tinggi tingkat kemandirian sebanyak 31 orang (42%) ketergantungan ringan dan yang paling rendah proporsinya laki-laki sebanyak 1 orang (1%) ketergantungan berat. Jenis kelamin perempuan lebih mandiri dibandingkan yang jenis kelamin laki-laki karena perempuan bisa melakukan kegiatan dalam tingkat kemandirian. Berdasarkan teori Novayenni (2015), laki-laki lebih mandiri dari pada perempuan. Kebanyakan laki-laki masih bekerja dan menerima pensiunan. Dengan kemampuan finasial lansia laki-laki dapat melakukan kegiatan apapun. Sedangkan pada perempuan kebanyakan masih tergantung pada suami, anak, maupun keluarga yang lain. Menurut teori Rinajuminta (2011), lansia yang berjenis kelamin perempuan yang lebih banyak dibandingkan jenis kelamin laki-laki.

Hasil penelitian berdasarkan tingkat kemandirian usia lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019 menunjukkan bahwa suku proporsi yang paling tinggi adalah suku Jawa sebanyak 31 orang (42%) dan proporsi yang paling rendah adalah suku Padang sebanyak 1 orang (1%). Hasil peneliti berdasarkan pekerjaan responden proporsi yang paling tinggi adalah ibu rumah tangga sebanyak 19 orang (26%) ketergantungan ringan dan proporsi. Semakin seorang lansia itu sering melakukan aktifitas atau bekerja maka mereka akan lebih aktif dibandingkan usia lanjut yang tidak bekerja lagi.

Hasil penelitian berdasarkan pendidikan di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu, pendidikan proporsi yang paling tinggi adalah

yang tidak sekolah sebanyak 23 orang (31%) yang ketergantungan ringan dan yang paling rendah proporsinya adalah Perguruan Tinggi (Sarjana) 1 orang (1%) yang mandiri. Semakin tinggi pendidikan seseorang itu maka mereka dapat melakukan tingkat kemandirian itu secara mandiri. Hasil penelitian ini sejalan dengan Lestari Nurindah (2018), dimana tingkat pendidikan yang paling tinggi adalah SD 33,3% yang mandiri dan proporsi yang paling rendah Perguruan Tinggi 6,1% yang mandiri. Menurut teori Heryanti (2014), mengenai tingkat kemandirian usia lanjut berdasarkan pendidikan dimana pendidikan sangat berpengaruh terhadap tingkat kemandirian dimana pendidikan yang lebih tinggi maka seseorang akan mampu mempertahankan hidupnya lebih lama untuk melakukan pemeliharaan dan upaya pencegahan pada kesehataan.

5.3.2 Faktor Sosial Usia Lanjut Berdasarkan Tingkat Kemandirian

Hasil penelitian berdasarkan kondisi kesehatan di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu, proporsi yang paling tinggi proporsi kondisi kesehatan yang paling tinggi adalah kondisi kesehatan yang baik sebanyak 39 orang (31%) ketergantungan ringan dan proporsi yang paling rendah kondisi kesehatan yang sakit 1 orang (1%) yang mandiri. Pada tingkat kondisi kesehatan yang baik maka seorang lansia itu dapat melakukan aktifitasnya dengan sendiri tanpa membutuhkan bantuan, sedangkan pada kondisi kesehatan yang kurang/sakit maka usia lanjut itu akan bergantung kepada keluarga dalam melakukan aktifitas dan perawatan dirinya. Hasil penelitian ini sejalan dengan Zakariya (2009), proporsi yang paling tinggi adalah kondisi kesehatan yang baik 52,22% dan proporsi yang paling rendah kondisi kesehatan yang kurang 47,8%.

Hasil penelitian Oktavianti (2015), ini tidak sejalan dengan peneliti karena pada kondisi kesehataan yang paling tinggi proporsinya adalah kondisi kesehatan kurang 52,5% dan proporsi yang paling rendah kondisi kesehatan yang baik 47,5%. Menurut teori Setiati (2015), mengatakan bahwa kondisi kesehatan yang baik usia lanjut yang bisa melakukan perawatan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain.

Hasil penelitian berdasarkan kondisi ekonomi di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu, proporsi yang paling tinggi kondisi ekonomi penghasilan yang cukup 24 orang (33%) ketergantungan rendah dan proporsi kondisi ekonomi yang yang rendah sebanyak 1 orang (1%) yang mandiri. Dalam kondisi ekonomi yang baik maka tingkat kemandirian seseorang itu akan lebih baik dalam tingkat kemandirian. Hasil peneliti Oktavianti (2015), sejalan dengan peneliti kondisi ekonomi yang proporsi yang paling tinggi kondisi ekonomi yang kurang 52,5% dan proporsi yang paling rendah cukup 47,5%. Menurut teori Hurlock (2008), lanjut usia yang mandiri pada kondisi ekonomi sedang karena mereka dapat menyesuaikan kembali kondisi yang mereka alami sekarang. Dengan berkurangnya pendapatan setelah pensiun usia lanjut akan terpaksa harus menghentikan atau mengurangi kegiatan yang dianggap menghamburkan uang.

Hasil penelitian berdasarkan status perkawinan di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu proporsi yang paling tinggi yang sudah meninggal sebanyak 19 orang (26%) yang ketergantungan ringan dan proporsi yang paling rendah proporsinya yang tidak menikah/*singel* sebanyak 2 orang (3%)

mandiri. Status perkawinan sangat berpengaruh terhadap tingkat kemandirian usia lanjut. Jika lansia memiliki pasangan hidup maka usia lanjut itu akan termotifasi untuk melakukan perawatan diri dengan baik dari dalam diri maupun dari pasangan. Menurut teori Surti (2017), lebih dominan lansia yang memiliki pasangan akan mendorong pemenuhan aktifitas fisik lansia karena dengan status yang masih lengkap tentu akan mendukung baik dari pribadi atau pasangan untuk melakukan aktifitas.

5.3.3 Kehidupan Beragama Usia Lanjut Berdasarkan Tingkat Kemandirian

Hasil peneliti yang dilakukan di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja

Puskesmas Pancur Batu tentang proporsi yang beragama Islam lebih tinggi sebanyak 29 orang (39%) dan proporsi yang paling rendah agama Katolik sebanyak 1 orang (1%). Dan hasil penelitian yang dilakukan di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu tentang kehidupan beragama proporsi yang paling tinggi adalah mengikuti ibadah ke gereja/masjid/mushollah sebanyak 29 orang (40%) yang ketergantungan ringan dan yang paling rendah atau tidak pernah proporsinya menjalankan sholat/berdoa 1 orang (1%) ketergantungan berat. Dalam kehidupan beragama disini usia lanjut akan mendapat dukungan dari masyarakat atau keluarga untuk meningkatkan tingkat kemandirianya dan kepercayannya dalam melakukan tingkat kemandirian akan baik. Hasil penelitian Rina (2012), responden yang mandiri dengan kehidupan agamnya baik lebih besar 94,2% dalam kegiatan sholat lima waktu sehari semalam dan yang tidak baik dalam kehidupan beragama 66,7% dalam kegiatan bersedekah/memberikan santunan anak yatim dan fakir miskin. Hasil penelitian ini sejalan dengan

penelitian Rinajuminta (2011), proporsi responden dengan kehidupan yang menjalankan ibadah yang baik menjalankan ibadah secara rutin dan teratur berupa sholat lima waktu setiap harinya 97,7% yang mandiri dan proporsi yang paling rendah bersedekah, memberiakan santunan kepada anak yatim/fakir miskin 66,6%.

5.3.4 Aktifitas Sosial Usia Lanjut Berdasarkan Tingkat Kemandirian

Hasil peneliti yang dilakukan di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu tentang aktifitas sosial proporsi yang paling tinggi posyandu lansia/pemeliharaan kesehatan lainnya 33 orang (45%) ketergantungan ringan dan yang paling rendah proporsinya adalah mengikuti kegiatan sosial (pesta/adat yang ada di lingkungan sekitar) 2 orang (3%) ketergantungan berat. Dalam aktifitas sosial usia lanjut yang aktif dalam melakukan kegiatan yang ada di lingkungannya maka usia lanjut itu akan termotivasi baik dari lingkungan atau pun diri sendiri dalam tingkat kemandiriannya. Hasil penelitian yang dilakukan Jurnita (2012), proporsi responden yang paling tinggi adalah yang tidak aktif 66,7%. Aktifitas sosial yang dilakukan yang responden meliputi kegiatan arisan ibu-ibu, wirit/ptngkajian/yasin, kegiatan PKK, kerja bakti, membantu pesta, senam lansia. Menurut teori DepKes RI (2005), bahwa kehidupan sosial usia lanjut juga mengalami perubahan seperti keikutsertaan secara aktif dalam berbagai macam organisasi umumnya menjadi berkurang, komunikasi dengan orang lain terbatas.

BAB 6 **SIMPULAN DAN SARAN**

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur 60-74 tahun sebanyak 31 orang (42%) ketergantungan ringan dalam perawatan diri. Hal ini disebakan karena semakin tua seseorang akan terjadi penurunan dari berbagai fungsi organ tubuh kondisi ini yang menyebabkan semakin tua akan semakin tinggi tingkat ketergantungan.
2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi kesehatan yang baik sebanyak 39 orang (53%) ketergantungan ringan. Kondisi kesehatan berpengaruh terhadap tingkat kemandirian dimana jika usia lanjut itu sehat maka bisa melakukan perawatan dirinya sendiri dan pada kondisi kesehatan yang sakit maka dia akan tergantung pada orang lain atau keluarga.
3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi kehidupan beragama proporsi yang paling tinggi sebanyak 29 orang (40%) yang ketergantungan ringan (mengikuti ibadah ke gereja masjid/musholla) Lanjut usia yang aktif dalam beribadah maka mereka akan termotivasi dari teman di lingkungan mereka beribadah untuk melakukan tingkat kemandirian.

4. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi yang paling tinggi sebanyak 33 orang (45%) yang ketergantungan ringan (mengikuti posyandu lansia/pemeliharan kesehatan. Lanjut usia yang aktif dalam aktifitas sosial maka mereka akan baik dalam tingkat kemandirian. Karena dalam aktifitas yang diikuti dalam lingkungannya maka usia lanjut itu ada dorongan untuk melakukan tingkat kemandiriannya.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat diambil beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi puskesmas

Diharapkan bagi puskesmas lebih meningkatkan lagi pelayanan kesehatan melalui posyandu untuk meningkatkan kualitas hidup lansia melalui informasi dan sosialisasi tentang kesehatan .

2. Bagi keluarga

Disarankan keterlibatan keluarga dalam meningkatkan tingkat kemandirian usia lanjut terutama lansia yang berusia 60-74 tahun ke atas agar memberikan perhatian, kasih sayang, dukungan pada lansia seperti memenuhi sumber keuangan dalam mengontrol kondisi kesehatan. Dimana kondisi kesehatan usia lanjut yang sehat mempengaruhi tingkat kemandirian.

3. Bagi kepala desa

Disarankan kepada Kepala Desa Tuntungan II untuk lebih meningkatkan lagi kehidupan beragama seperti mengikuti ibadah ke

gereja/masid/mushollah bagi usia lanjut. Usia lanjut yang aktif dalam melakukan kehidupan beragama usia lanjut itu akan lebih baik tingkat kemandiriannya dibandingkan usia lanjut yang tidak aktif.

4. Bagi lansia

Diharapkan lansia tetap menjaga hubungan harmonis dengan keluarga, membina hubungan dan berinteraksi sosial yang baik dengan tetangga melalui kelompok, mengikuti posyandu lansia yang ada di lingkungan sekitar seperti senam lansia, kegiatan sosial seperti pesta, perkumpulan marga dan lain-lain dan keluarga dapat memberikan dukungan terhadap kegiatan yang berhubungan dengan lansia yang ada dalam lingkungan terutama dalam tingkat kemandirian.

DAFTAR PUSTAKA

Amalia, (2014). *Hubungan Konsep Diri dengan Perawatan Diri pada Lansia di BPLU Senja Cerah Propinsi Sulawesi Utara*. E-journal Keperawatan. Vol 5. <https://scholar.google.co.id>. Diakses 2 Agustus 2017.

Amy, dkk. (2009). *Hubungan Fungsi Kognitif Lansia dan Karakteristik Keluaraga dengan Tingkat Kemandirian Lansia dalam Memenuhi Aktifitas Sehari-hari*.

Badiyah Siti, (2009). *Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Darmojo, dkk. (2004). Faktor yang Berhubungan dengan Kemandirian Lansia di Desa Borimatangkasa Kecamatan Bajeng Barat Kabupaten Gowa. *Skripsi. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar*.

David, (2013). *Tingkat Kemandirian Lansia dalam Activities Daily Living di Panti Sosial Trensna Werdha Senja Rawi*. Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia. Vol. 2. Ejurnal.upi.edu. Diakses 1 Juli 2016.

Husain, (2013). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari Di Desa Tualango Kecamatan Tilango Kabupaten Gorontalo. *Skripsi, Universitas Negeri Gorontalo*.

Kantor Puskesmas Pancur Batu, (2018).

Kementerian Kesehatan, (2013). *Gambaran Perilaku Personal Hygiene pada Lansia Di Upt Pstw Khusnul Khotimah Pekan Baru*. Journal Photon. Vol. 8. Ejurnal.umri.ac.id. Diakses 1 Oktober 2017.

Marya, dkk. (2008). *Mengenai Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.

Maryam, (2008). *Gambaran tentang Kemandirian Lanjut dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari di Posbindu Desa Sindangjawa Kabupaten Cirebon*. *Skripsi, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayahullah Jakarta*.

Novayenni, Dkk. (2015). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Angka Kunjungan Lansia ke Posyandu Lansia*.

Nursalam, (2014). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekataan Praktis*, edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Padila, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Dilengkapi Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik, Terapi Modalitas, dan Kompetensi Standar*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pranarka & Martono, (2009). *Gambaran tentang Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktifitas Sehari-hari di Posbindu Desa Sindangjawa Kabupaten Cirebon*.

Profil Kesehatan Kota Medan tahun 2016.

Rasyid, (2016). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kemandirian Lansia di Kecamatan Wara Timur Kota Palopo*.

Rinajumita, (2011). *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kemandirian Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lampasi Kecamatan Payakumbuh Utara*.

Ritonga & Lestari, (2018). *Tingkat Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan ADL (activity of daily living) dengan Metode Katz di Posyandu Lansia Keluaran Tegal Sari III Medan Area*.

Statistik Penduduk Lanjut Usia. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional. Jakarta. 2015.

United Nations. (2015). *World population prospect: The 2015 revision*. Diakses 14 Februari 2016

Wardana, (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari di Posyandu Lansia Permadi Kelurahan Tlogomas Kota Malang*.

World Health Organization. (2012), *Ageing and Life Course*. <http://www.who.int>. Diakses 19 September 2015.

Wulandari, (2014). *Gambaran Tingkat Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan ADL(Activity Daily Living)*. Jurnal Ners dan Kebidanan. Vol 1. <https://media.neliti.com>. Diakses 2 Juli 2014.

PENGABDIAN DAN
PENGABDIAN
PENGABDIAN JUDUL PROPOSAL

PROPOSAL

Gambaran Demografi dan Faktor Sosial berdasarkan
Tingkat kemandirian Usia Lanjut di Dera Tuntungan II
Wilayah Kerja Pukemas Pancur Batu Tahun 2019

nama Mahasiswa

Joice Pangaitan

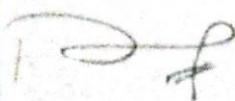
012016010

Jugam Studi

D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan

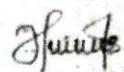
Medan, 13 Maret 2019

Mewakili,
Jugam Studi D3 Keperawatan



F.P. & Kep. No. M.Kep

Mahasiswa



Joice Pangaitan



AN

USULAN JUDUL SKRIPSI DAN TIM PEMBIMBING

1. Nama Mahasiswa

Joice Panjaitan

2. NIM

012016010

3. Program Studi

D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan

4. Judul

Gambaran Demografi dan Faktor Sosial tentang Tingkat Kemandirian Usia Lanjut Di Dera Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

5. Tim Pembimbing

Pembimbing	Jabatan	Nama	Kesediaan
			Nasoklan Simbolon SST. M.Kep

6. Rekomendasi:

a. Dapat diterima judul Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut Di Dera Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019

Yang tercantum dalam usulan Judul diatas

b. Lokasi penelitian dapat diterima atau dapat diganti dengan perumahan objektif

c. Judul dapat disempurnakan berdasarkan perumahan ilmiah

d. Tim Pembimbing dan mahasiswa divajibkan menggunakan buku panduan penulisan

Proposal penelitian dan skripsi, dan ketentuan khusus tentang Skripsi yang terlampir dalam surat ini.

Medan, 13 Maret 2019

Ketua Program Studi D3 Keperawatan

R. f

Indra Hizkia P. S. Kep. Ns. M.Kep

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
SANTA ELISABETH MEDAN**

Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang

Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Nomor : 144/STIKes/Puskesmas-Penelitian/II/2018

Medan, 11 Februari 2019

Lamp. :-

Hal : Permohonan Pengambilan Data Awal Penelitian

Kepada Yth.:

Kepala Puskesmas Pancur Batu

Kecamatan Pancur Batu Kab. Deli Serdang

di-

Tempat.

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin pengambilan data awal.

Adapun nama mahasiswa dan judul penelitian adalah sebagai berikut:

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL
1.	Joice Panjaitan	012016010	Gambaran Tingkat Kemandirian Perawatan Diri Pada Usia Lanjut di Desa Tuntungan III Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019.
2.	Raskita Sepriyanti	012016022	Gambaran Pengetahuan Orang Tua Tentang Diare Pada Anak di Desa Tuntungan III Kecamatan Pancur Batu.
3.	Soolastika Purba	012016024	Gambaran Karakteristik Penyakit Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Kecamatan Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang Tahun 2019.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.



Mestiana Br Karo, S.Kep., Ns., M.Kep., DNS
Ketua

Tembusan:

1. Mahasiswa yang bersangkutan
2. Arsip

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
SANTA ELISABETH MEDAN**

Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang

Telp. 061-8714020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikes-elisabethmedan.co.id

Nomor: 485/STIKes/Desa-Penelitian/IV/2019

Medan, 09 April 2019

Lamp. : Permohonan Ijin Penelitian
Hal. :

Kepada Yth.:
Kepala Desa Tuntungan II
Kecamatan Pancur Batu
di-
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian akhir masa studi Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin penelitian untuk mahasiswa tersebut di bawah ini (daftar nama dan judul penelitian terlampir).

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapan terimakasih.

Hormat kami,
STIKes Santa Elisabeth Medan

Mestiana Br Karo, DNSc
Ketua

Tembusan:

1. Mahasiswa yang bersangkutan
2. Pertinggal

-AN

No	Nama	NIM	NIM
1	Joyra Santika Saptiuring	0120160113 Faktor Yang Mempengaruhi Pendidikan Posyandu Lansia Di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancar Batu Tahun 2019	0120160013 Faktor Yang Mempengaruhi Pendidikan Posyandu Lansia Di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancar Batu Tahun 2019
2	Astridanna Bella Bi Targan	012016002 Gambaran Pengetahuan Ibu Terhadap Perilaku Pertama Pada Bantuan Tersedia Di Desa Tuntungan II	012016002 Gambaran Pengetahuan Ibu Terhadap Perilaku Pertama Pada Bantuan Tersedia Di Desa Tuntungan II
3	Giovani Francisca A Bi Manuharuk	012015011 Gambarkan Kemampuan Fungsional Fisik Pada Lansia 60 Tahun Ke Atas Di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancar Batu	012015011 Gambarkan Kemampuan Fungsional Fisik Pada Lansia 60 Tahun Ke Atas Di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancar Batu
4	Ningsah Krishna Sibuan	012016019 Gambarkan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Demam Pada Anak Balita Di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancar Batu	012016019 Gambarkan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Demam Pada Anak Balita Di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancar Batu
5	Joice Parajatan	012016010 Gambarkan Demografi Dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lansia Di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019	012016010 Gambarkan Demografi Dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lansia Di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019
6	Raskita Sepriyanti	012016022 Gambarkan Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Diare Pada Balita Di Desa Tuntungan II Tahun 2019	012016022 Gambarkan Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Diare Pada Balita Di Desa Tuntungan II Tahun 2019

AUDIT PENELITIAN
Medan, 09 April 2019

STIKeS Santa Bethesda Medan

Mesmane B.Karo, DNSc
Ketua



PEMERINTAH KABUPATEN DELI SERDANG KECAMATAN PANCUR BATU DESA TUNTUNGAN II

Alamat : Jl. Tunas Mekar No.1 Dusun II Tuntungan II Kodepos 20353

Tanggal : 31 Mei 2019
Nomor : 470 / ~~STIKES~~ / TT.II / V / 2019
Lampiran : -
Perihal : **Balasan Hasil Penelitian**

Menindak lanjuti Surat Ketua Fakultas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes)
Santa Elisabeth Medan Nomor : 485/STIKes/Desa-Penelitian/IV/2019 tanggal 09 April 2019
Perihal Permohonan Ijin Penelitian.

Berdasarkan hal tersebut diatas, Kepala Desa Tuntungan II menerangkan bahwa :

No	Nama	NIM	Judul Penelitian
1	Lisna Santika Sembiring	012016013	Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Posyandu Lansia Di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancur Batu Tahun 2019
2	Astrianna Bella Br. Tarigan	012016002	Gambaran Pengetahuan Ibu Terhadap Pertolongan Pertama Pada Batita Tersedak di Desa Tuntungan II
3	Giovani Franciska A. Br. Manihuruk	012015011	Gambaran Kemampuan Fisik Pada Lanjut Usia 60 Tahun ke atas di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancur Batu Tahun 2019
4	Ningsih Kristina Siburian	012016019	Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Demam pada Anak Balita Di Desa Tuntungan II Kecamatan Pancur Batu Tahun 2019
5	Joice Panjaitan	012016010	Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019
6	Raskita Sepriyanti	012016022	Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Diare pada Balita di Desa Tuntungan II Tahun 2019

Benar telah selesai melakukan penelitian di Desa Tuntungan II, Kecamatan Pancur Batu , mulai tanggal 01 April - 30 April 2019.

Demikian surat ini diperbaat untuk dapat dipergunakan seperlunya.



PEMERINTAH KABUPATEN DELI SERDANG
KECAMATAN PANCUR BATU
DESA TUNTUNGAN II



Alamat : Jl. Tunas Mekar No.1 Dusun II Tuntungan II Kodepos 20353

Nomor : 470 / 512 / TT-II / V / 2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Selesai Penelitian

Desa Tuntungan II, 31 Mei 2019

Kepada yth :

Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan
Jl. Bunga Terompet No. 118
di

Medan

Sehubungan dengan surat saudara 485/STIKes/Desa-Penelitian/IV/2019 tanggal 09 April 2019 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan bahwa Mahasiswa tersebut telah selesai melakukan Penelitian di Desa Tuntungan II, Kecamatan Pancur Batu, Kabupaten Deli Serdang.

Demikian surat ini diperbaat untuk dapat dipergunakan seperlunya.



STIKes SANTA ELISABETH MEDAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"
No.0122/KEPK/PE-DT/V/2019

protokol penelitian yang diusulkan oleh :
the research protocol proposed by

Peneliti Utama : JOICE PANJAITAN
Principal In Investigator

Nama Institusi : STIKES SANTA ELISABETH MEDAN
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

**"GAMBARAN DEMOGRAFI DAN FAKTOR SOSIAL BERDASARKAN TINGKAT
KEMANDIRIAN USIA LANJUT DI DESA TUNTUNGAN II WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PANCUR BATU TAHUN 2019"**

**"DESCRIPTION OF DEMOGRAPHY AND SOCIAL FACTORS BASED ON FURTHER AGE
INDEPENDENCE AT TUNTUNGAN VILLAGE II 2019 PANCUR PUSKESMAS WORKING
AREA"**

menyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) meratakan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksplorasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) setujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards. 1) Social Values, 2) Scientific Values, Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

nyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 15 Mei 2019 sampai dengan tanggal 15 November 2019.

declaration of ethics applies during the period May 15, 2019 until November 15, 2019.

Mengetahui,
Mengabdi Br. Karti, D.N.Sc.

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta mengetahui tentang tujuan jelas dari penelitian yang berjudul **“Gambaran Demografi dan Faktor Sosial Berdasarkan Tingkat Kemandirian Usia Lanjut di Desa Tuntungan II Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2019”**. Maka dengan ini saya menyatakan persetujuan untuk ikut serta dalam penelitian ini dengan catatan bila sewaktu-waktu saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun, saya berhak membatalkan persetujuan ini.



Lampiran 1

KUESIONER PENELITIAN

AMBARAN DEMOGRAFI DAN FAKTOR SOSIAL BERDASARKAN TINGKAT KEMANDIRIAN LANSIA DI DESA TUNTUNGAN II WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANCUR BATU TAHUN 2019

Nomor Responden : _____
Tanggal Pengisian : _____

(Diisi oleh Peneliti)

I. Petunjuk:

- A. Kuesioner demografi, isilah data demografi di bawah ini dengan jelas, kecuali nama hanya menggunakan inisial.
- B. Kuesioner faktor sosial (Kondisi Kesehatan, Sosial Ekonomi, dan Status Perkawinan), isilah kuesioner ini dengan memberikan tanda check (✓) pada kolom di depan jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara pilih.
- C. Kuesioner Pilih salah satu jawaban yang dianggap paling tepat dan sesuai dengan pendapat Ibu/Bapak/Saudara dengan memberi tanda check (✓) pada jawaban " S untuk Sering, KK untuk Kadang-Kadang, TP untuk Tidak Pernah.
- D. Kuesioner tingkat kemandirian, Bapak/Ibu/Saudara isilah kuesioner ini dengan memberikan skor pada kolom nilai dari setiap item tingkat kemandirian.
- E. Sebelum selesai wawancara, periksa dan baca sekali lagi serta yakinkan bahwa pertanyaan telah terjawab semuanya.

II. Kuesioner Penelitian

A. Demografi Responden

1. Nama : _____
2. Umur : _____
3. Jenis Kelamin : _____
4. Perkerjaan : _____
5. Agama : _____
6. Suku : _____
7. Pendidikan :
 - a. Pendidikan dasar (SD, SMP)
 - b. Pendidikan Menengah (SMA Sederajat)
 - c. Pendidikan Tinggi (D3, S1, S2, dan S3)

B. Faktor Sosial

1. Kondisi Kesehatan Baik Sakit/Tidak Ada
2. Kondisi Sosial Ekonomi
 - a. Ada Pekerjaan/Pensiunan Ya Tidak
 - b. Penghasilan < 2.500.000 2.510.000-5.000.000 > 5.000.000
3. Status Perkawinan
 - a. Pasangan hidup Ada Tidak Ada
 - b. Perkawinan Tidak Menikah/Single Cerai Sudah Meninggal

4. Kehidupan Beragama

No	Kehidupan Beribadah/Agama	S	K
1	Menjalankan sholat/berdoa		
2	Mengikuti ibadah ke gereja/masjid/mushollah		
3	Mengikuti doa lingkungan/perwiritan		
4	Mengikuti perayaan hari-hari besar keagamaan		

5. Aktivitas Sosial

No	Aktivitas Sosial	S	KK
1	Mengikuti Kegiatan Sosial (pesta/adat yang ada di lingkungan sekitar)		
2	Mengikuti Kegiatan STM, organisasi (Marga dan perkumpulan lainnya)		
3	Posyandu Lansia/pemeliharaan kesehatan lainnya		



SKRIPSI

Mahasiswa

Joice Parbaktan

012016 010

Gambarkan Demografi dan faktor

Serial berdasarkan Tingkat Iemardinan

Ung lanjut Di Pera Tuntungan II Wilayah

Kerja Putternet Pancur Batu Tahun 2013

Pembimbing

Nugoklan Simbolon SST. M.Kes

HARI/TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
09/05/2016	Nugoklan Simbolon SST. M.Kes	<ul style="list-style-type: none">- Pengolahan data dapat dibuat menggunakan program excel atau SPSS- Cara memanfaatkan data di Bab 5 dan Bab 6 penelitian	
Senin 16/05/2016	Nugoklan Simbolon SST. M.Kes	<ul style="list-style-type: none">- Perbaikan BAB 5- Bab 6 penelitian durenukan dengan teori	
Jumat 17/05/2016	Nugoklan Simbolon SST. M.Kes	<ul style="list-style-type: none">- Analisa data terlebih dahulu dan yang besar dari tersebut- Bab 6 kerimpulan buat senarai hasil penelitian dan s	

AN

SI



NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
1	17/05/2019	Nagoktan Simbolon SST., M.Kes	Perbaiki BAB 5 dan BAB 6.	
2	Sabtu 18/05/2019	Nagoktan Simbolon SST., M.Kes	Perbaiki pembuatan BAB 5 dan BAB 6.	
3	Sabtu 18/05/2019	Nagoktan Simbolon SST., M.Kes	lengkap: BAB 5 dan BAB 6	
4.	Minggu 19/05/2019	Nagoktan Simbolon SST., M.Kes	VIA POS Menghubungi dosen pembimbing melalui email anjuran ACC Jild.	
5.	Sabtu 25/05/2019	Kadher Hikmio Perangin-Arin S.Kep.,N.S., M.Kep	Perbaiki - Bab 5, pembuatan 1. Hasil penelitian, opini, penelitian orang, dan Teori yang mendukung, Hasil penelitian	
6.	Sabtu 25/05/2019	Nagoktan Simbolon SST., M.Kes	Kelengkapan Hasil 4. Hasil penelitian Dalam hasil penelitian bukan mendukung.	



Buku Bimbingan Proposal dan Skripsi Prodi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan

HARI/TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
Sabtu, 05/05/2019	Indra Hizkia Perangin-Argan, S.Kep.Nr., M. Kep.	Perbaikan bab 5 1. Pembahasan (Hari Penelitian, Opini, Hari) Penelitian orang, Teori Bob 6 kesimpulan dan saran	
Senin, 07/05/2019	Indra Hizkia Perangin-Argan, S.Kep., Ns., M.Kep	Analogi tipe adaptasi daur	
Selasa, 08/05/2019	Meriati Bunga Arta Putra, SST., M.K.M	Perbaiki Saran.	
Selasa, 08/05/2019	Meriati Bunga Arta Putra, SST., M.K.M	Acc jilid.	
Selasa 10/05/2019	Indra Hizkia Perangin-Argan, S.Kep., Ns., M.Kep	Modul dibuat Simpul Analisis.	
Rabu 29/05/2019	Nugokan Simbolon, SST., M.Kes	Acc wpt sign Simbolon Kamboli.	

Buku Bimbingan Proposal dan Skripsi Prodi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan



NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
15	Jumat, 31 Mei 2019	Amando Sindaga, M. Pd	Abstrak	

Umur * TKL Crosstabulation

		TKL				Total
		Mandiri	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Berat	
Umur	60-74	Count	10	31	7	1 49
	Tahun (lanjut usia)	% within Umur	20,4%	63,3%	14,3%	2,0% 100,0%
	75-90	Count	0	16	7	1 24
	Tahun (lanjut usia)	% within Umur	0,0%	66,7%	29,2%	4,2% 100,0%
	tua)	Count	10	47	14	2 73
		% within Umur	13,7%	64,4%	19,2%	2,7% 100,0%
Total						

JK * TKL Crosstabulation

		TKL				Total
		Mandiri	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Berat	
JK	Laki-laki	Count	3	16	10	1 30
	% within JK	10,0%	53,3%	33,3%	3,3%	100,0%
	Perempuan	Count	7	31	4	1 43
	% within JK	16,3%	72,1%	9,3%	2,3%	100,0%
Total		Count	10	47	14	2 73
		% within JK	13,7%	64,4%	19,2%	2,7% 100,0%

Pekerjaan * TKL Crosstabulation

		TKL				Total
		Mandiri	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Berat	
Pekerjaan	Wiraswasta	Count	3	11	6	0 20
	% within Pekerjaan	15,0%	55,0%	30,0%	0,0%	100,0%
	Pensiunan	Count	0	4	2	0 6
	% within Pekerjaan	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
IRT	Count	4	19	2	1	26
	% within Pekerjaan	15,4%	73,1%	7,7%	3,8%	100,0%

Bertani	Count	2	13	4	1	20
	% within Pekerjaan	10,0%	65,0%	20,0%	5,0%	100,0%
PNS	Count	1	0	0	0	1
	% within Pekerjaan	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	10	47	14	2	73
	% within Pekerjaan	13,7%	64,4%	19,2%	2,7%	100,0%

		TKL				Total
		Mandiri	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Berat	
Islam	Count	5	29	9	1	44
	% within Agama	11,4%	65,9%	20,5%	2,3%	100,0%
Kristen	Count	3	4	2	0	9
	% within Agama	33,3%	44,4%	22,2%	0,0%	100,0%
Katholik	Count	2	14	3	1	20
	% within Agama	10,0%	70,0%	15,0%	5,0%	100,0%
Total	Count	10	47	14	2	73
	% within Agama	13,7%	64,4%	19,2%	2,7%	100,0%

		TKL				Total
		Mandiri	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Berat	
Batak	Count	5	13	0	0	18
	% within Suku	27,8%	72,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Jawa	Count	3	31	12	2	48

	% within Suku	6,2%	64,6%	25,0%	4,2%	100,0%
	Count	1	1	1	0	3
Melayu	% within Suku	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%
	Count	1	1	1	0	3
Padang	% within Suku	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%
	Count	0	1	0	0	1
Batak	% within Suku	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Mandailin	Count	10	47	14	2	73
Total	% within Suku	13,7%	64,4%	19,2%	2,7%	100,0%

		Pendidikan * TKL Crosstabulation				Total
		Mandiri	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Berat	
	Count	1	10	3	1	15
Tidak Sekolah	% within Pendidikan	6,7%	66,7%	20,0%	6,7%	100,0%
	Count	6	23	8	1	38
SD	% within Pendidikan	15,8%	60,5%	21,1%	2,6%	100,0%
	Count	1	9	1	0	11
Pendidikan	SMP	% within Pendidikan	9,1%	81,8%	9,1%	0,0%
	Count	1	5	2	0	8
SMA	% within Pendidikan	12,5%	62,5%	25,0%	0,0%	100,0%
	Count	1	0	0	0	1
Perguruan	Tinggi (Sarjana)	Count	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Count	10	47	14	2	73
Total	% within Pendidikan	13,7%	64,4%	19,2%	2,7%	100,0%

KS * TKL Crosstabulation

		TKL				Total
		Mandiri	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Berat	
KS	Count	9	39	11	1	60
	% within KS	15,0%	65,0%	18,3%	1,7%	100,0%
	Count	1	8	3	1	13
	% within KS	7,7%	61,5%	23,1%	7,7%	100,0%
Total	Count	10	47	14	2	73
	% within KS	13,7%	64,4%	19,2%	2,7%	100,0%

Ada pekerjaan/Pensiunan * TKL Crosstabulation

		TKL				Total
		Mandiri	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Berat	
Ada pekerjaan/Pensiunan	Count	10	38	11	2	61
	% within					
	Ada pekerjaan/Pensiunan	16,4%	62,3%	18,0%	3,3%	100,0%
	Count	0	9	3	0	12
Tidak	% within					
	Ada pekerjaan/Pensiunan	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	Count	10	47	14	2	73
	% within					
Total	Ada pekerjaan/Pensiunan	13,7%	64,4%	19,2%	2,7%	100,0%