



LAPORAN PENELITIAN  
DIPA PNBP UNIVERSITAS AIRLANGGA  
TAHUN ANGGARAN 2006

**ANALISIS FAKTOR UNTUK MENGETAHUI SIKAP BERISIKO  
KECELAKAAN PADA LANJUT USIA (LANSIA)**

Peneliti:

**Rachmah Indawati, SKM., MKM.  
Dr. Hj. Soenarnatalina M. Ir., M.Kes.  
Muji Sulistyowati, SKM., M.Kes.**

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Dibiayai oleh DIPA Penerimaan Negara Bukan Pajak  
Universitas Airlangga Tahun 2006

SK Rektor Universitas Airlangga Nomor 4017/J03/PP/2006

Tanggal 2 Juni 2006

Nomor Urut 66

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Nopember, 2006





- AGED - ACCIDENTS



LAPORAN PENELITIAN  
DIPA PNPB UNIVERSITAS AIRLANGGA  
TAHUN ANGGARAN 2006

## ANALISIS FAKTOR UNTUK MENGETAHUI SIKAP BERISIKO KECELAKAAN PADA LANJUT USIA (LANSIA)

Peneliti:

Rachmah Indawati, SKM., MKM.  
Dr. Hj. Soenarnatalina M. Ir., M.Kes.  
Muji Sulistyowati, SKM., M.Kes.

KKC  
KK  
LP 136/08  
Ind  
a

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Dibiayai oleh DIPA Penerimaan Negara Bukan Pajak  
Universitas Airlangga Tahun 2006  
SK Rektor Universitas Airlangga Nomor 4017/J03/PP/2006  
Tanggal 2 Juni 2006  
Nomor Urut 66

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Nopember, 2006

MILIK  
PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA



**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
LEMBAGA PENELITIAN DAN  
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT**

Kampus C Unair, Jl. Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5995246, 5995248, 5995247 Fax. (031) 5962066  
E-mail : infolemlit@unair.ac.id - http : //lppm.unair.ac.id

**IDENTITAS DAN PENGESAHAN  
LAPORAN AKHIR HASIL PENELITIAN**

1. Judul Penelitian : Analisis Faktor Untuk Mengetahui Sikap Berisiko Kecelakaan pada Lanjut Usia (Lansia)
- a. Macam Penelitian : ( ) Fundamental, ( ) Terapan, ( ) Pengembangan, ( ) Institusional
- b. Katagori Penelitian : ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV
2. Kepala Proyek Penelitian
- a. Nama Lengkap dan Gelar : Rachmah Indawati, SKM.,MKM.
- b. Jenis Kelamin : Perempuan
- c. Pangkat/Golongan dan NIP: Penata Tk. 1 (Gol. III/d) 132049482
- d. Jabatan Sekarang : Lektor
- e. Fakultas/Puslit/Jurusan : Fakultas Kesehatan Masyarakat
- f. Univ./Inst./Akademi : Universitas Airlangga
- g. Bidang Ilmu Yang Diteliti : Kesehatan
3. Jumlah Tim Peneliti : 3 (tiga) orang
4. Lokasi Penelitian : -
5. Kerjasama dengan Instansi Lain
- a. Nama Instansi : -
- b. A l a m a t : -
6. Jangka Waktu Penelitian : 5 (lima) bulan
7. Biaya Yang Diperlukan : 6.000.000,00
8. Seminar Hasil Penelitian
- a. Dilaksanakan Tanggal :
- b. Hasil Penelitian : ( ) Baik Sekali ( V ) Baik  
( ) Sedang ( ) Kurang

Surabaya, September 2006



Mengetahui/Mengesahkan :  
a.n. Rektor

Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat

Prof. Dr. H. Sarmanu, MS.  
NIP. 130 701 125

## RINGKASAN

### ANALISIS FAKTOR UNTUK MENGETAHUI SIKAP BERISIKO KECELAKAAN PADA LANJUT USIA (LANSIA)

(Rachmah Indawati, Hj. Soenarnatalina M, Muji Sulistyowati, 2006, 49 halaman)

Masalah kesehatan lansia merupakan masalah di bidang kesehatan masyarakat yang harus mendapat perhatian, karena risiko kecelakaan dapat berdampak bukan hanya pada sisi kesehatan tetapi juga aspek sosial dan ekonomi.

Kecelakaan yang sering menimpa orang-orang tua ini adalah jatuh, sebagai akibat dari kondisi fisik yang mulai menurun. Kira-kira 30% orang-orang yang berumur lebih dari 65 tahun jatuh paling sedikit satu kali dalam setahun (Clemson, 2005). Banyak faktor yang diduga mempengaruhi kejadian kecelakaan selain faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik juga faktor situasional yang mempresipitasi jatuh yang terkait dengan individu maupun lingkungan.

Tujuan penelitian adalah menganalisis sikap yang berisiko terhadap kejadian kecelakaan pada lanjut usia yang valid dan reliabel serta menganalisis sejumlah faktor yang digunakan untuk menentukan sikap yang berisiko untuk kejadian kecelakaan pada lanjut usia.

Penelitian yang dilakukan secara *crosssectional* ini untuk mendapat informasi mengenai risiko kecelakaan pada lansia dengan melakukan wawancara terhadap orang tua berkaitan dengan sikap dalam hal kesehatannya menggunakan kuesioner terstruktur. Adapun responden yang masuk sebagai sampel penelitian adalah lansia yang berumur  $\geq$  55 tahun baik laki-laki atau perempuan yang berada di wilayah Surabaya. Besar sampel seluruhnya 240 keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan, sebagian besar lansia dengan status janda/duda meskipun demikian, para lansia hidup bersama dengan anggota keluarga/familinya. Kondisi ini akan memberikan peluang di bidang kesehatan yakni mendukung kondisi psikologis (ketentraman, kenyamanan, perhatian dan kasih sayang). Dan di bidang ekonomi adalah peranan keluarga dalam bantuan keuangan (di mana sebagian besar lansia sudah memasuki masa pensiun dan sudah tidak bekerja lagi).

Tidak adanya pekerjaan setelah memasuki usia lanjut menyebabkan penghasilan berkurang. Hasil tersebut memberikan arti bahwa banyak diantara lansia perlu mendada:

perhatian khusus mengingat proses menjadi tua terus berjalan seiring dengan bertambahnya usia disamping itu persoalan kesehatan akan muncul seperti penyakit-penyakit degeneratif.

Masalah kesehatan umum terjadi pada lanjut usia adalah jatuh. Sebanyak 64 lansia mengalami jatuh dalam satu tahun terakhir dengan rata-rata 0,42 per orang dan perempuan lebih banyak yang mengalami jatuh. Sementara itu, dalam hal sikap yang berisiko, sebagian besar telah memahami dengan benar yakni 88,8%. Akan tetapi jika dilihat sikap lansia mengenai jatuh sebagian besar (55,4%) berpendapat tidak setuju.

Dari komponen pengetahuan mengenai jatuh ditemukan dimensi pengetahuan lansia sebanyak 10 item yang valid dan reliabel. Dari komponen persepsi sebanyak 8 item yang valid dan reliabel. Dan komponen sikap sebanyak 13 item yang valid dan reliabel.

*kata kunci: Risiko kecelakaan; lanjut usia (lansia).*

(Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Nomor kontrak: 615/JO3.2/PG/2006 tanggal 7 Juni 2006).

## **SUMMARY**

### **THE FACTOR ANALYSIS TO IDENTIFICATION OF RISK ATTITUDE OF ACCIDENT TO OLDER AGE (ELDERLY)**

**(Rachmah Indawati, Hj. Soenarnatalina M, Muji Sulistyowati, 2006, 49 pages)**

Health problem among the elderly is the problem in public health that requires special attention because the accident risk can impact not only health aspect but also social and economy aspects.

The accident frequently happened to elderly is fall, consequence of declining physical condition. Approximately 30% of 65 year old people fall at least once a year (Clemson, 2005). There are many factors affecting the accident. Besides the intrinsic and extrinsic factors, there is also situational factor related to the individual and environment.

The object of the study was the analyze of the risk attitude to elderly accident that valid and reliable and to analyze amount factors that used to found risk attitude to accident among elderly.

The observational study which used crosssectional research gains information about accident risk among elderly by interviewing them using structured questionnaire about their health behavior. The responden for the sample was people old age  $\geq 55$  male or female that lived in Surabaya and the sample size was 240 household.

The research result indicates that most of elderly who are widow/widower still live with with their family. Such condition gives opportunity in health field such as supporting psychological condition (peacefulness, attention, comfort, and love). In the economy, the family role is to provide financial help because most of these people are in their retiremen.

Unemployment in senior age results in income reduction. It means that many of them require special attention because as they get older, health problems will be apparent such as degeneratif disease.

Generally, the health problem to elderly is fall. Many of elderly had experienced fall. average 0,42 per person in the last one year. And female the more experience to fall than male. On the other hand, regarding the risky behavior, many of them (88,8%) are

very aware of it. However, the elderly behavior about fall (55.4%) the most elderly rejected/disagree.

The principle of factor analysis will treat confirm to basically theory that had been made. The knowledge component about fall found the knowledge dimension to elderly was 10 items that valid and reliable. The perception component found 8 items that valid and reliable, and The attitude component about fall found the attitude dimension to elderly was 13 items that valid and reliable.

(Public Health Faculty, Airlangga University, Number: 615/JO3.2/PG/2006 date Juni, 7 2006).



## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT, karena atas ridho-Nya laporan penelitian mengenai analisis faktor untuk mengetahui sikap berisiko kecelakaan pada lanjut usia (lansia) dapat terselesaikan.

Terima kasih kami sampaikan kepada Rektor dan Ketua Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk melakukan penelitian sehingga kami dapat melakukan pendalaman kajian ilmiah di bidang kesehatan.

Kami sadar bahwa laporan penelitian ini jauh dari sempurna, oleh karena itu kami mengharapkan semoga laporan penelitian ini berguna dan bermanfaat bagi pihak pengambil kebijakan kesehatan maupun bagi perluasan kasanah informasi ilmiah.

Surabaya November 2006

Peneliti

## DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR IDENTITAS DAN PENGESAHAN .....	i
RINGKASAN DAN SUMMARY .....	ii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	
DAFTAR LAMPIRAN .....	
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Rumusan Masalah Penelitian .....	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	3
2.1. Pengertian Gerontologi dan Geriatri .....	3
2.2. Aging .....	4
2.3. Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia .....	5
2.4. Masalah Fisik Sehari-hari dan Sering Ditemukan Pada Lanjut Usia .....	9
2.5. Aspek Kesehatan .....	12
2.6. Sikap .....	12
BAB III TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN .....	19
3.1. Tujuan Penelitian .....	19
3.2. Manfaat Penelitian .....	19
BAB IV METODE PENELITIAN .....	21
4.1. Rancangan Penelitian .....	21
4.2. Lokasi Penelitian .....	21
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian .....	21
4.4. Teknik Pengumpulan Data .....	22
4.5. Variabel dan Definisi Operasional .....	22
4.6. Pengolahan dan Analisis Data .....	24
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....	25
5.1. Karakteristik Lansia .....	25
5.2. Sikap Berisiko Kejadian Kecelakaan .....	31
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....	46
6.1. Kesimpulan .....	46
6.2. Saran .....	46
DAFTAR PUSTAKA .....	48
LAMPIRAN .....	50

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Karakteristik sosio demografi lansia di kota Surabaya tahun 2006 .....	25
Tabel 2. Besar Keluarga Lansia di kota Surabaya tahun 2006 .....	27
Tabel 3. Riwayat jatuh dalam satu tahun terakhir yang dialami lansia di kota Surabaya tahun 2006 .....	28
Tabel 4. Pengetahuan lansia mengenai jatuh .....	30
Tabel 5. Sikap lansia mengenai jatuh .....	30
Tabel 6. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi pengetahuan lansia .....	33
Tabel 7. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi pengetahuan lansia yang signifikan .....	35
Tabel 8. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi persepsi lansia .....	37
Tabel 9. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi persepsi lansia signifikan .....	38
Tabel 10. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi sikap lansia .....	40
Tabel 11. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi sikap lansia signifikan .....	42

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Bagan 1. Faktor risiko jatuh .....	10
Bagan 2. Hubungan antara nilai, sikap motif dan dorongan .....	13
Diagram 3a. CFA pada dimensi pengetahuan lansia .....	32
Diagram 3b. T-value CFA pada dimensi pengetahuan lansia .....	32
Diagram 4a. CFA pada dimensi pengetahuan lansia yang signifikan .....	34
Diagram 4b. T-value CFA pada dimensi pengetahuan lansia yang signifikan .....	34
Diagram 5a. CFA pada dimensi persepsi lansia .....	35
Diagram 5b. T-value CFA pada dimensi persepsi lansia .....	36
Diagram 6a. CFA pada dimensi persepsi lansia yang signifikan .....	37
Diagram 6b. T-value CFA pada dimensi persepsi lansia yang signifikan .....	38
Diagram 7a. CFA pada dimensi sikap lansia .....	39
Diagram 7b. T-value CFA pada dimensi sikap lansia .....	39
Diagram 8a. CFA pada dimensi sikap lansia yang signifikan .....	41
Diagram 8b. T-value CFA pada dimensi sikap lansia yang signifikan .....	41



## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Kuesioner .....	50

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Analisis faktor merupakan metode statistik yang digunakan untuk menggambarkan sekelompok variabel dalam suatu jumlah variabel yang lebih kecil (Kim dan Mueller, 1978<sup>1,2</sup>). Adapun prinsip dasar analisis faktor ini adalah mengesktrasi sejumlah faktor bersama (common faktor dari gugusan variabel asal  $x_1, x_2, \dots, x_p$ , sehingga banyaknya faktor lebih sedikit dibandingkan variabel asal (Solimun dan Astutik, 2005).

Untuk melakukan analisis faktor lebih kongkret, maka studi dilakukan pada lansia mengenai sikap atau persepsi mereka mengenai hal-hal yang berkaitan dengan risiko terjadinya kecelakaan dan kondisi kesehatan pada diri mereka sendiri. Selanjutnya dengan menggunakan metode statistika diharapkan dapat ditemukan suatu informasi yang menunjukkan adanya bukti pada kesehatan lanjut usia (lansia) yang berisiko untuk kecelakaan.

Masalah kesehatan lansia merupakan masalah di bidang kesehatan masyarakat yang harus mendapat perhatian, karena risiko kecelakaan dapat berdampak bukan hanya pada sisi kesehatan (memerlukan bantuan perawatan medis) tetapi juga aspek sosial dan ekonomi (ketergantungan pada anggota keluarga lain).

Kecelakaan yang sering menimpa orang-orang tua ini adalah jatuh, sebagai akibat dari kondisi fisik yang mulai menurun. Kira-kira 30% orang-orang yang berumur lebih dari 65 tahun jatuh paling sedikit satu kali dalam setahun. Patah tulang merupakan kejadian yang paling banyak menimpa orang-orang tua ini dan sebagai akibatnya 16% pada perempuan dan 5% pada laki-laki mengalami patah tulang pinggang selama

kehidupannya (Clemson, 2005). Di Indonesia belum banyak data yang tersedia mengenai riwayat yang berhubungan dengan penyebab kejadian kecelakaan pada orang tua ini. Namun fenomena yang terjadi di masyarakat banyak diantara lansia ini pernah mengalaminya. Menurut Arisman, 2004. Sekitar 30% lansia yang berusia di atas 65 tahun yang tidak tinggal di panti terjatuh sendiri. Angka ini meningkat menjadi 50% jika usia lansia tersebut telah melebihi 85 tahun. Sekitar 10% kejatuhan ini mengakibatkan kondisi yang serius, diantaranya 5% patah tulang dan 5% trauma jaringan lunak. Wanita lebih sering jatuh (46%) ketimbang pria (30%).

Banyak faktor yang diduga mempengaruhi kejadian kecelakaan ini yakni faktor yang ada pada individu (berkaitan dengan persepsi, sikap, dan perilaku), di mana risiko kejadian kecelakaan yang paling sering menimpa lansia adalah kepeleset atau jatuh dan menyebabkan gangguan dalam beraktifitas sehari-hari maupun dalam aktifitas sosial.

Sementara itu, faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh berdasarkan hasil penelitian kasus kontrol ditemukan bukti bahwa sangat sedikit perbedaannya antara mereka yang jatuh dan tidak jatuh (Clemson, 2005).

Berkaitan dengan kondisi tersebut, maka fokus penelitian ini untuk menyelidiki apakah ada atau tidak sikap kearah keselamatan diri dalam masa-masa tua. Pengaruh sikap yang kurang baik pada lansia merupakan hal yang dapat menimbulkan bahaya.

## **1.2. Rumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan latar belakang penelitian tersebut teridentifikasi bahwa faktor pada orang tua merupakan respon awal yang perlu mendapat perhatian. Oleh karena itu bagaimanakah hasil analisis faktor mengenai sikap berisiko kecelakaan terkait dengan kesehatan pada lansia?

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Pengertian Gerontologi dan Geriatri (Nugroho, 1992), (E.N. Kosasih, 2002) dan (Hardywinoto dan Setiabudhi, 1999)

*Gerontologi* berasal dari kata *geros* = lanjut usia dan *logos* = ilmu. Jadi *gerontologi* adalah ilmu yang mempelajari secara khusus mengenai faktor-faktor yang menyangkut lanjut usia. Pengertian *Gerontologi* menurut K.T. Josaputra, 1987, adalah ilmu yang mempelajari, membahas, meneliti segala bidang masalah lanjut usia. Bukan saja mengenai kesehatan, namun juga mencakup soal kesejahteraan, permukiman, lingkungan hidup, pendidikan, perundang-undangan dan sebagainya.

*Geriatri* berasal dari kata *geros* dan *eatriea*. *Geros* = lanjut usia dan *eatriea* = kesehatan. Adapun pengertiannya ada beberapa:

1. *Geriatri* adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari tentang penyakit pada lanjut usia
2. *Geriatri* adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari aspek-aspek klinis, preventif maupun terapeutis bagi klien lanjut usia
3. *Geriatri* adalah ilmu yang mempelajari proses menjadi tua pada manusia serta akibat-akibatnya pada tubuh manusia.
4. *Geriatri* adalah bagian dari ilmu kedokteran yang mempelajari tentang pencegahan penyakit dan kekurangan-kekurangannya pada lanjut usia.



**2.2. Aging (Nugroho, 1992), (E.N. Kosasih, 2002) dan (Hardywinoto dan Setiabudhi, 1999)**

Merupakan proses menua atau proses yang terus-menerus secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umum dialami pada semua makhluk hidup. Sebenarnya belum ada kesepakatan siapa yang disebut golongan lanjut usia. Menurut Bernice Neugarden (1975) yang dikutip oleh E. Oswari, 1997, yang disebut lanjut usia muda yaitu orang yang berumur antara 55-75 tahun, dan lanjut usia tua yaitu mereka yang berumur lebih dari 75 tahun. Kemudian menurut Levinson seperti yang dikutip oleh E. Oswari, 1997, bahwa Levinson membagi lagi orang lanjut usia muda menjadi tiga kelompok yaitu orang lanjut usia peralihan awal (50-55 tahun), orang lanjut usia peralihan menengah (55 – 60 tahun), dan orang lanjut usia peralihan terakhir (60-65 tahun).

Sedangkan batasan lanjut usia menurut WHO yang dikutip oleh Nugroho, 1992 adalah:

1. Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45-59 tahun
2. Usia lanjut (*elderly*), antara 60-70 tahun
3. Usia lanjut tua (*old*), antara 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*), diatas 90 tahun

Di Indonesia memberikan batasan yang beragam. Namun pengertian mereka yang disebut lansia menurut Depkes RI, 1989 adalah:

1. Kelompok usia menjelang usia lanjut (40-54 tahun) atau dalam masa virilitas, di dalam keluarga maupun masyarakat luas.
2. Kelompok usia lanjut masa *prasenium* (55-64 tahun) dalam keluarga, organisasi masyarakat usia lanjut dan masyarakat pada umumnya

3. Kelompok usia lanjut dalam masa *senescens* ( $\geq 65$  tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi ( $> 70$  tahun), hidup sendiri, terpencil, hidup dalam panti, penderita penyakit berat, cacat dan lain-lain.

### 2.3. Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia (Nugroho, 1992), (E.N. Kosasih, 2002) dan (Hardywinoto dan Setiabudhi, 1999)

Perubahan fisik yang terjadi pada lanjut usia, antara lain:

1. Perubahan pada sel (lebih sedikit jumlahnya, lebih besar ukurannya, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intracellular)
2. Sistem persyarafan (cepatnya menurun hubungan persyarafan, lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres, mengecilnya syaraf panca indera, berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya syaraf pencium dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin)
3. Sistem pendengaran (gangguan pada pendengaran, membrana timpani menjadi atropi menyebabkan otosklerosis, terjadinya pengumpulan cerumen, dapat mengeras karena meningkatnya keratin)
4. Sistem penglihatan (sfingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola, lensa lebih suram, meningkatnya ambang pengamatan sinar, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapangan pandang, menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau)
5. Sistem kardiovaskular (katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 15 setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas

pembuluh darah, tekanan darah meninggi diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer – sistol normal  $\pm$  170 mmHg dan diastol normal  $\pm$  95 mmHg))

6. Sistem respirasi (otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas dari silia, paru-paru kehilangan elastisitas, alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang, O<sub>2</sub> pada arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO<sub>2</sub> pada arteri tidak berganti)
7. Sistem Gastrointestinal (kehilangan gigi, indera pengecap menurun, esofagus melebar, fungsi absorpsi melemah, liver makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah)
8. Sistem Genito Urinaria
9. Sistem endokrin (produksi dari hampir semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah)
10. Sistem kulit (kulit mengkerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk, kelenjar keringat berkurang jumlahnya dan fungsinya)
11. Sistem Muskuloskeletal (tulang kehilangan densiti (cairan) dan makin rapuh, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengkerut, atropi serabut otot).

Pada umumnya hampir semua orang mengalami kerapuhan tulang bersamaan dengan bertambahnya umur. Kerapuhan tulang sangat erat hubungannya dengan masalah gizi dan penyakit yang diderita orang lanjut usia.

Orang kulit putih lebih sering mengalami kerapuhan tulang dari pada orang kulit berwarna. Perokok berat menambah beratnya kerapuhan tulang, tulang yang dapat menjadi rapuh biasanya pada tulang panggul, tungkai bawah, dan tungkai atas, namun kerapuhan tulang dapat terjadi pada semua tulang.

Kondisi Tulang belulang menurut Suparto (2000) dan K.T. Josaputra, (1987) adalah karena proses penuaan kadar kapur (kalsium) dalam tulang menurun akibatnya tulang belulang menjadi keropos (osteoporosis) dan mudah patah. Gigi geligi menjadi goyah dan satu per satu tanggal. Patah tulang yang paling sering terjadi terutama pada lanjut usia wanita adalah patah tulang pada bagian atas di dekat persendiannya (fraktur kolumna femoris).

Proses degenerasi juga mengenai tulang rawan. Misalnya, cakram tulang rawan antarruas tulang belakang menjadi lebih tipis. Akibatnya tulang punggung memendek. Jadi, tinggi badan lansia menurun karena selain melemahnya otot-otot di kanan kiri tulang punggung yang berfungsi menegakkan tulang punggung, membuat lansia menjadi agak bungkuk.

Kelemahan otot-otot dan degenerasi jaringan ikat menyebabkan cakram antarruas tulang belakang mudah melejit ke luar dan menekan syaraf (hernia nucleus pulposus). Hal ini mudah terjadi bila mengangkat beban/benda dengan posisi membungkukkan badan. Gejala yang dirasakan adalah timbulnya rasa nyeri di punggung dan tidak dapat meluruskan tubuh dan sakit bila berjalan. Untuk mencegah timbulnya gejala itu, bila mengangkat barang harus dengan tulang punggung dalam posisi tegak. Jadi, lututlah yang ditekuk untuk mengangkatnya, bukan dengan membungkukkan tubuh.

Proses degenerasi lainnya adalah terjadinya pengapuran tulang rawan. Bila hal ini terjadi pada tulang rawan iga akan menyebabkan gerakan waktu bernafas menjadi kaku



dan berkurang. Ditambah dengan menyusutnya otot-otot pernafasan, maka kemampuan menghisap oksigen dalam berolahraga juga menurun.

Pada persendian, kedua ujung tulang di dalam persendian memiliki lapisan tulang rawan yang licin, tipis, dan lunak. Karena itu gerakannya dapat mulus dan leluasa. Akibat degenerasi (atau infeksi) di persendian, permukaan tulang rawannya menjadi kasar. Bila tulang rawan itu hilang sama sekali, mengakibatkan kedua ujung tulang yang keras saling bergesek. Ini menyebabkan penyakit sendi yang disebut artrosis dan artritis. Waktu bergerak terdengar suara gesekan itu (kretek), lebih menyulitkan lagi bila disertai rasa nyeri sehingga sulit berjalan.

Perubahan pada mental, antara lain: (1). Perubahan kepribadian yang drastis; (2). Kenangan (memory). Sedangkan perubahan pada psikososial, meliputi: (1). Pensiun, nilai seseorang sering diukur oleh produktifitasnya, identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan; (2). Merasakan atau sadar akan kematian; (3). Perubahan dalam cara hidup, memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit; (4). Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan; (5). Penyakit kronis dan ketidakmampuan; (6). Kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial; (8). Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan; (9). Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik.

#### **2.4. Masalah Fisik Sehari-hari dan Sering Ditemukan Pada Lanjut Usia (Nugroho, 1992)**

Mudah jatuh, penyebab mudah jatuh adalah bermacam-macam atau multi faktor, antara lain:

1. Faktor Intrinsik, yaitu gangguan jantung dan atau sirkulasi darah, gangguan sistem susunan syaraf, gangguan sistem anggota gerak, pengaruh obat-obatan yang dipakai, gangguan penglihatan, gangguan psikologis
2. Faktor ekstrinsik, yaitu cahaya ruangan yang kurang terang, lingkungan yang tidak biasa bagi lanjut usia sehingga dirasakan asing pada sekitarnya, lantai yang licin
3. Faktor yang sukar diketahui

Pengaruh makanan yang kurang. Jatuh sering membawa akibat berkelanjutan yang berangkai misalnya: timbul perubahan pada persendian alat-alat gerak tubuh, patah tulang, infeksi kulit dan lain-lain.

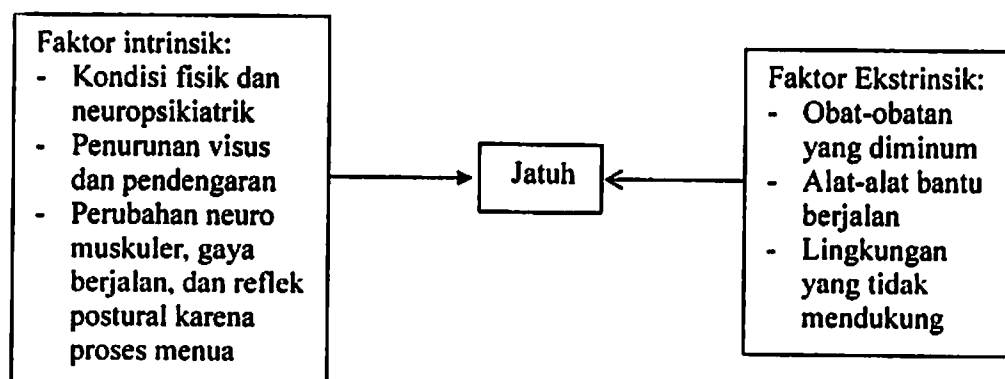
Mudah lelah, penyebab mudah lelah antara lain:

1. Faktor psikologis (perasaan bosan, keletihan atau perasaan depresi)
2. Gangguan organis (anemia, kekurangan vitamin, perubahan pada tulang (osteomalasia), gangguan pencernaan, kelainan metabolisme (hipertiroid, kencing manis), gangguan ginjal dengan uremia/gangguan faal hati dan gangguan sistem peredaran darah dan jantung)
3. Pengaruh obat-obatan (obat penenang, obat jantung, dan obat-obatan yang melelahkan daya kerja otot)

Menurut Gallo, dkk. 1998, diantara lansia, kecelakaan dan jatuh merupakan penyebab kecelakaan yang utama. Keamanan terhadap bahaya (pencahayaan yang buruk, rintangan kabel, asbak dekat tempat tidur, keset dan lantai yang licin), faktor-

faktor diri sendiri (penglihatan yang buruk, ketidakseimbangan, osteoporosis), perubahan-perubahan lingkungan yang baru terjadi (rumah baru, perubahan yang baru terjadi pada lingkungan sekitar yang belum dikenal), kesemuanya itu membuat lansia menjadi lebih rentan terhadap bahaya jatuh. Pejalan kaki lansia yang ada, mungkin tidak menyadari adanya bahaya lalu lintas pada persimpangan jalan raya. Adanya riwayat jatuh, atau keadaan-keadaan medis yang berkaitan dengan gangguan fungsional sensoris dan motorik akan menempatkan lansia pada risiko jatuh yang lebih tinggi lagi. Penghindaran dari obat-obatan sedatif dan pemberian latihan-latihan halus yang meningkatkan kekuatan dan fungsi diri disarankan penerapannya pada pasien-pasien yang memiliki risiko jatuh.

Menurut Andayani, 1999. Jatuh sering terjadi atau dialami oleh usia lanjut. Banyak faktor berperan di dalamnya, baik faktor intrinsik dalam diri lansia juga faktor ekstrinsik. Secara singkat faktor risiko jatuh dapat dilihat dalam bagan 1 di bawah ini.



Bagan 1. Faktor risiko jatuh

Faktor lingkungan yang sering dihubungkan dengan kecelakaan pada lansia:

1. Alat-alat atau perlengkapan rumah tangga yang sudah tua, tidak stabil, atau tergeletak di bawah
2. Tempat tidur atau WC yang rendah / jongkok

3. Tempat berpegangan yang tidak kuat/tidak mudah dipegang

- Lantai yang tidak datar baik ada trapnya atau menurun
- Karpet yang tidak dilem dengan baik, keset yang tebal/menekuk pinggirnya, dan benda-benda alas lantai yang licin atau mudah tergeser
- Lantai yang licin atau basah
- Penerangan yang tidak baik (kurang atau menyilaukan)
- Alat bantu jalan yang tidak tepat ukuran, berat maupun cara penggunaannya.

Sementara itu, faktor situasional yang mungkin mempresipitasi jatuh antara lain:

1. Aktivitas, sebagian besar jatuh terjadi pada saat lansia melakukan aktivitas biasa seperti berjalan, naik atau turun tangga, mengganti posisi. Hanya sedikit sekali (5%), jatuh terjadi pada saat lansia melakukan aktivitas berbahaya seperti mendaki gunung atau berolahraga berat. Jatuh juga sering terjadi pada lansia dengan banyak kegiatan dan olahraga, mungkin disebabkan oleh kelelahan atau terpapar bahaya yang lebih banyak. Jatuh juga sering terjadi pada lansia yang imobil (jarang bergerak) ketika tiba-tiba dia ingin pindah tempat atau mengambil sesuatu tanpa pertolongan.
2. Lingkungan, Sekitar 70% jatuh pada lansia terjadi di rumah, 10% terjadi di tangga dengan kejadian jatuh saat turun tangga lebih banyak dibanding saat naik, yang lainnya terjadi karena tersandung/menabrak benda perlengkapan rumah tangga, lantai yang licin atau tidak rata, penerangan ruang yang kurang.
3. Penyakit akut, *Dizziness* dan *syncope*, sering menyebabkan jatuh. Eksaserbasi akut dari penyakit kronik yang diderita lansia juga sering menyebabkan jatuh, misalnya sesak nafas akut pada penderita penyakit paru obstruktif menahun, nyeri dada tiba-tiba pada penderita penyakit jantung iskemik, dan lain-lain.

## 2.5. Aspek Kesehatan (Hardywinoto dan Setiabudhi, 1999)

Tujuan pembinaan kesehatan lanjut usia adalah meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berguna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan keberadaannya dalam masyarakat.

Secara umum, tindakan pencegahan praktis yang kiranya dapat dijalankan adalah sebagai berikut: (1). Hindari berat badan yang terlalu berat; (2). Kurangi makan dan pilihlah makanan yang sesuai; (3). Olahraga ringan yang teratur harus dilakukan; (4). Faktor risiko penyakit perlu dihindari misalnya merokok; (5). Menghindari timbulnya kecelakaan; (7). Tindakan mengisi kehidupan; (9). Persiapan menghadapi pensiun; (10). Pemeriksaan kesehatan secara periodik.

## 2.6. Sikap (Mar'at, 1984)

### 2.6.1. Pengertian Sikap

Sikap merupakan produk dari proses sosialisasi di mana seseorang bereaksi sesuai dengan rangsang yang diterimannya. Jika sikap mengarah pada obyek tertentu, berarti bahwa penyesuaian diri terhadap obyek tersebut dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan kesediaan untuk bereaksi dari orang tersebut terhadap obyek.

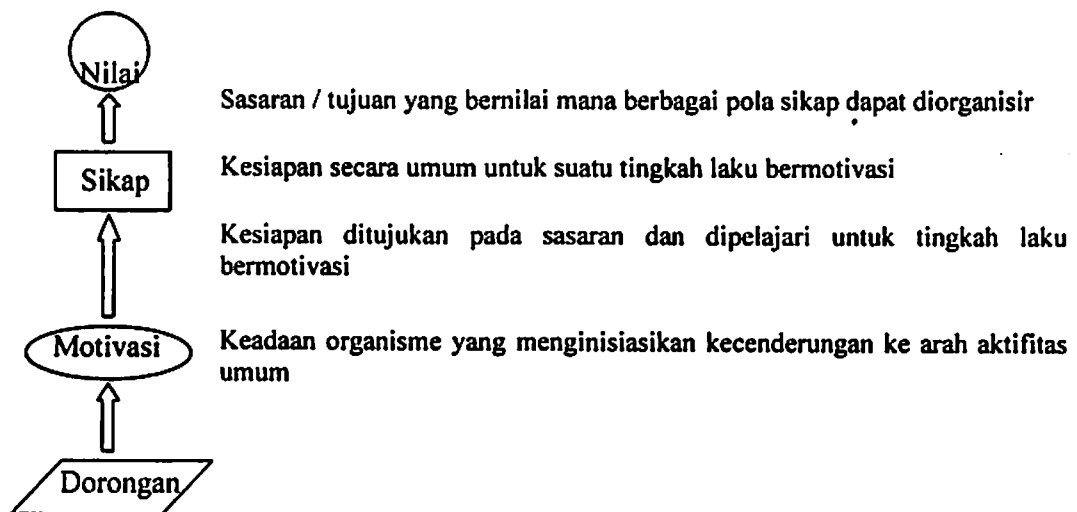
Dari pengertian sikap muncullah berbagai problema yang berpangkal pada pembawaan-pembawaan ialah pengertian sikap dari unsur kepribadian; sikap yang berkaitan dengan motif dan mendasari tingkah laku seseorang dan pengertian sikap sebagai suatu keyakinan, kebiasaan, pendapat atau konsep. Di samping itu perumusan sikap ada yang bersifat operasional, ada yang bersifat teoritis dan ada sebagai suatu konstruk. Namun adanya perbedaan pendekatan terdapat persamaan karakteristik dari pengertian sikap ialah:



*'Attitude entails an existing predisposition to respond to social objects which, in interaction with situational and other dispositional variables, guides and direct the overt behavior of the individual'* (Cardno, 1955 dalam Mar'at 1984).

Dari definisi di atas dapat terlihat bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, akan tetapi harus ditafsirkan terlebih dahulu sebagai tingkah laku yang masih tertutup. Secara operasional pengertian sikap menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap kategori stimulus tertentu dan dalam penggunaan praktis, sikap seringkali dihadapkan dengan rangsang sosial dan reaksi yang bersifat emosional.

Menurut Newcomb seperti yang dituturkan oleh Mar'at, 1984, sikap merupakan suatu kesatuan kognisi yang mempunyai valensi dan akhirnya berintegrasi ke dalam pola yang lebih luas. Lihat bagan berikut:



Bagan 2. Hubungan antara nilai, sikap, motif dan dorongan

Bagan tersebut melukiskan perkembangan seleksi dan degenerasi tingkah laku individu yang berpangkal pada 'drives' dan akhirnya mencapai puncak pada 'values'. Nilai inilah yang menunjukkan konsistensi organisasi tingkah laku individu.

Definisi sikap yang dirumuskan mencantumkan kata 'predisposition' atau 'kecenderungan' yang berarti senantiasa adanya kecenderungan kesediaan dapat diramalkan tingkah laku apa yang dapat terjadi jika telah diketahui sikapnya. Dengan sendirinya tindakan yang diawali melalui proses yang cukup kompleks dan sebagai titik awal untuk menerima stimulus adalah melalui alat indera seperti penglihatan, pendengaran, alat raba, rasa dan bau. Dalam diri individu itu sendiri terjadi dinamika berbagai psikofisik seperti kebutuhan, motif, perasaan, perhatian dan pengambilan keputusan. Semua proses ini sifatnya tertutup sebagai dasar pembentukan suatu sikap yang akhirnya melalui ambang batas terjadi tindakan yang bersifat terbuka, dan inilah yang disebut tingkah laku.

#### **2.6.2. Komponen Sikap (Mar'at, 1984), (Azwar, 1988), dan Notoatmodjo (1993)**

Dilihat dari strukturnya sikap memiliki tiga komponen yang saling menunjang, Yakni:

1. Komponen kognisi yang berhubungan dengan kepercayaan, ide dan konsep
2. Komponen afeksi yang menyangkut kehidupan emosional seseorang
3. Komponen konasi yang merupakan kecenderungan bertingkah laku

Untuk lebih menjelaskan konteks sikap, perlu dibedakan terlebih dahulu fungsi sikap dan kejadian. Karakteristik dari sikap senantiasa mengikutsertakan segi evaluasi yang berasal dari komponen afeksi. Sedangkan kejadiannya tidak diikutsertakan dengan evaluasi emosional. Oleh karena itu sikap adalah relatif konstan dan agak sukar berubah. Jika ada perubahan dalam sikap berarti adanya suatu tekanan yang kuat dan dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam sikap melalui proses tertentu. Selanjutnya dapat dikatakan bahwa sikap merupakan kumpulan dari berpikir, keyakinan dan pengetahuan. Namun disamping itu memiliki evaluasi negatif dan positif yang bersifat

emosional yang disebabkan oleh komponen afeksi. Semua hal ini dengan sendirinya berhubungan dengan obyek atau masalah yang disebut 'the attitude object'. Pengetahuan dan perasaan yang merupakan kluster dalam sikap akan menghasilkan tingkah laku tertentu. Obyek yang dihadapinya pertama-tama berhubungan langsung dengan pemikiran dan penalaran seseorang. Sehingga komponen kognisi melukiskan obyek tersebut, dan sekaligus dikaitkan dengan obyek-obyek lain di sekitarnya. Hal ini berarti adanya penalaran pada seseorang terhadap obyek mengenai karakteristiknya. Misalnya seseorang melihat lalu-lintas di jalan akan sekaligus masuk pada komponen kognisinya dan menggambarkan bahayanya lalu lintas tersebut. Akibat dari gambaran ini akan memiliki keyakinan bahwa lalu lintas dapat mengakibatkan kecelakaan yang mengerikan.

Berdasarkan evaluasi ini, maka komponen afeksi memiliki penilaian emosional yang dapat bersifat positif atau negatif. Berdasarkan penilaian ini maka terjadilah kecenderungan untuk bertingkah laku hati-hati. Komponen afeksi yang memiliki sistem evaluasi emosional mengakibatkan timbulnya perasaan senang/tidak senang atau takut/tidak takut. Dengan sendirinya pada proses evaluasi ini terdapat suatu valensi positif atau negatif. Oleh karena itu pada manusia yang tingkat kecerdasannya rendah, kurang memiliki aspek penalaran yang baik, dan dalam evaluasi emosionalnyapun kurang adanya kehalusan sehingga mengakibatkan kecenderungan tingkah laku yang kurang serasi.

Berdasarkan berbagai batasan dan keterangan, sikap diartikan derajat kesesuaian seseorang terhadap obyek tertentu. Kesesuaian atau ketidaksesuaian ini dinyatakan dalam skala. Obyek sikap oleh Edwards (1969) seperti yang diungkapkan oleh Mar'at 1984 disebut psikological object.



Predisposisi untuk bertindak senang atau tidak senang terhadap obyek tertentu mencakup komponen kognisi, afeksi dan konasi. Komponen kognisi akan menjawab pertanyaan apa yang dipikirkan atau dipersepsikan tentang obyek. Komponen afeksi menjawab pertanyaan tentang apa yang dirasakan (senang/tidak senang) terhadap obyek. Dan komponen konasi akan menjawab pertanyaan bagaimana kesediaan/kesiapan untuk bertindak terhadap obyek. Ketiga komponen tersebut tidak berdiri sendiri, akan tetapi menunjukkan bahwa manusia merupakan suatu sistem kognitif. Ini berarti bahwa yang dipikirkan seseorang tidak akan terlepas dari perasaannya. Masing-masing komponen tidak dapat berdiri sendiri, namun merupakan interaksi dari komponen-komponen tersebut secara kompleks. Aspek kognisi merupakan aspek penggerak perubahan karena informasi yang diterima menentukan perasaan dan kemauan berbuat. Oleh karena itu, dapatlah dikatakan bahwa pendekatan yang digunakan dalam penulisan ini adalah secara kognitif. Berdasarkan pendekatan ini setiap orang akan berusaha mencari keseimbangan dalam bidang kognisinya dan terbentuk sikap dari yang bersangkutan. Apabila terjadi ketidakseimbangan, individu akan berusaha mengubahnya sehingga terjadi keseimbangan kembali.

Persepsi merupakan proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognisi. Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor-faktor pengalaman, proses belajar, cakrawala dan pengetahuannya. Manusia mengamati suatu obyek psikologik dengan kacamatanya sendiri yang diwarnai oleh nilai dari kepribadiannya. Sedangkan obyek psikologik ini dapat berupa kejadian, ide atau situasi tertentu. Faktor pengalaman, proses belajar atau sosialisasi memberikan bentuk dan struktur terhadap apa yang dilihat. Sedangkan pengetahuannya dan cakrawalannya memberikan arti terhadap obyek psikologik tersebut. Melalui komponen kognisi ini akan timbul ide, kemudian konsep

mengenai apa yang dilihat. Berdasarkan nilai dan norma yang dimiliki pribadi seseorang akan terjadi keyakinan terhadap obyek tersebut.

Selanjutnya komponen afeksi memberikan evaluasi emosional (senang/tidak senang) terhadap obyek. Pada tahap selanjutnya, berperan komponen konasi yang menentukan kesediaan/kesiapan jawaban berupa tindakan terhadap obyek. Atas dasar tindakan ini maka situasi yang semula kurang/tidak seimbang menjadi seimbang kembali. Keseimbangan dalam situasi ini berarti bahwa antara obyek yang dilihat sesuai dengan penghayatannya di mana unsur nilai dan norma sesuai dengan penghayatannya di mana unsur nilai dan norma dirinya dapat menerima secara rasional dan emosional. Jika situasi ini tidak tercapai, maka individu menolak dan reaksi yang timbul adalah sikap apatis, acuh tak acuh atau menentang sampai ekstrim memberontak.

Keseimbangan ini dapat kembali jika persepsi dapat diubah melalui komponen kognisi. Terjadinya keseimbangan ini akan melalui perubahan sikap di mana tiap komponen mengolah masalahnya secara baik.

### **2.6.3. Pembentukan Sikap**

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

Dalam interaksi sosialnya, individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai obyek psikologis yang dihadapinya. Di antara berbagai faktor yang

mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu.

#### **2.6.4. Berbagai tingkatan sikap**

1. Menerima, artinya orang mau memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
2. Merespon, memberikan tanggapan merupakan suatu indikasi dari sikap. Ini berarti bahwa orang menerima ide tersebut (terlepas dari tanggapan yang diberikan positif atau negatif).
3. Menghargai, melakukan diskusi tentang suatu hal merupakan indikasi sikap tingkat tiga
4. Bertanggung jawab, segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap ini dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek.

## **BAB III**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **3.1. Tujuan Penelitian**

##### **Tujuan Umum:**

Menganalisis sejumlah faktor yang digunakan untuk menentukan sikap yang berisiko untuk kejadian kecelakaan pada lanjut usia

##### **Tujuan Khusus:**

1. Mengidentifikasi karakteristik lansia, meliputi umur saat ini, agama, suku bangsa, status perkawinan, kondisi keluarga, besarnya anggota keluarga, tingkat pendidikan formal terakhir, pekerjaan, pengeluaran, riwayat jatuh, pengetahuan, dan sikap mengenai jatuh.
2. Menganalisis sikap yang berisiko untuk kejadian kecelakaan pada lanjut usia yang valid dan reliabel serta menganalisis sejumlah faktor yang digunakan untuk menentukan sikap yang berisiko untuk kejadian kecelakaan pada lanjut usia.

#### **3.2. Manfaat Penelitian**

1. Untuk menyediakan informasi dan dapat dilakukan evaluasi berkaitan dengan risiko yang dialami lansia berkaitan dengan persepsi mengenai jatuh yang digambarkan oleh model tersebut. Dan dengan adanya sejumlah faktor tersebut maka dapat digunakan sebagai dasar untuk kajian penelitian selanjutnya.
2. Pengembangan ilmu yang terkait dengan bidang pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku yang berhubungan dengan persepsi tentang kesehatan diri mercka sendiri

dan bidang epidemiologi yang berkaitan dengan risiko kejadian kecelakaan pada masyarakat yang menyangkut orang dan tempat dan dengan menggunakan metode statistika untuk menunjukkan bukti-bukti secara ilmiah.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang dilakukan secara crossecional artinya untuk mendapat informasi mengenai risiko kecelakaan pada lansia dengan melakukan wawancara terhadap orang tua berkaitan dengan sikap dalam hal kesehatannya yang dilakukan pada satu kali pengamatan.

#### **4.2. Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di Kota Surabaya

#### **4.3. Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi adalah keluarga yang ada di wilayah kota Surabaya. Sampel adalah keluarga yang mempunyai lansia berumur  $\geq 55$  tahun di wilayah kota Surabaya. Teknik pengambilan sampel *multiple stage sample*:

1. Surabaya dibagi dalam wilayah (Surabaya Pusat, Surabaya Utara, Surabaya Timur, Surabaya Selatan, Surabaya Barat). Adapun pembagian lima wilayah ini didasarkan pada pembagian administratif kota Surabaya.
2. Setiap wilayah dipilih kecamatan secara *Proporsional* di mana terambil 15 kecamatan
3. Setiap kecamatan dipilih 1 kelurahan secara acak. Sehingga terdapat 15 kelurahan
4. Setiap kelurahan diambil blok sensus (menurut BPS), setiap blok sensus diambil 16 keluarga (sesuai dengan petunjuk pelaksanaan sensus penduduk tahun 2000).

Berdasarkan teknik pengambilan sampel tersebut didapatkan besar sampel seluruhnya = 15 kelurahan x 16 keluarga = 240 keluarga.

Responden yang masuk sebagai sampel penelitian adalah lansia yang berumur  $\geq$  55 tahun baik laki-laki atau perempuan. Jika ditemukan lebih dari satu lansia dalam satu keluarga maka diambil satu lansia. Adapun kriteria responden yang tidak masuk dalam penelitian adalah: (1). Tidak mampu untuk jalan – menggunakan tongkat, (2). Menggunakan kursi roda, (3). Menderita penyakit sistem syaraf: stroke, alzheimer, (4). Menderita gangguan kognitif: demensia/pelupa, (5). Buta, (6). Tuli tanpa menggunakan alat bantu pendengaran.

#### **4.4. Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara melakukan wawancara pada lansia mengenai sikap yang berisiko kejadian kecelakaan - jatuh dan kondisi kesehatannya dengan menggunakan kuesioner yang terstruktur. Pewawancara adalah lulusan FKM Unair yang sebelumnya telah mendapat latihan terlebih dahulu baik mengenai substansi maupun cara melakukan wawancara.

#### **4.5. Variabel dan Definisi Operasional**

Suatu obyek psikologi yang akan dijadikan obyek sikap adalah membatasi aspek-aspek sikap yang akan diukur mencakup semua aspek penting bagi obyek sikap yakni mengenai kecelakaan yang menimpa lansia. Adapun Kecelakaan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jatuh atau kepeleset, suatu peristiwa di mana seorang individu yang dengan tidak sengaja mengalami kecelakaan.

Variabel	Definisi Operasional	Pengumpulan Data
<b>Karakteristik</b>		
Umur	Umur saat dilakukan wawancara	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Status perkawinan	Status perkawinan responden dikelompokkan 1 = Janda/duda 2 = Kawin 3 = Lainnya	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Kondisi keluarga	Keberadaan responden sehari-hari dalam rumah tangga 1 = Sendiri 2 = Bersama anggota keluarga (istri atau suami, anak, cucu, dan famili yang lain) 3 = Bersama orang lain (selain anggota keluarga)	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Besar keluarga	Banyaknya anggota keluarga dalam satu rumah tangga	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditempuh responden 1 = Tidak sekolah 2 = SD dan sederajat tamat atau tidak tamat 3 = SMP dan sederajat tamat atau tidak tamat 4 = SMA dan sederajat tamat atau tidak tamat 5 = Akademi tamat atau tidak tamat 6 = Perguruan Tinggi tamat atau tidak tamat	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan untuk mencari nafkah 1 = Tidak bekerja 2 = Pensiun 3 = Bekerja, sebutkan .....	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Pengeluaran	Kebutuhan untuk memenuhi kehidupan dalam sehari selama satu bulan untuk seluruh keluarga	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Riwayat jatuh	Kejadian kecelakaan dan atau kepeleset yang dialami lansia selama satu tahun terakhir sejak wawancara dilakukan 1 = Tidak 2 = Ya, berapa kali: -----	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur



Komponen Pembentuk Sikap		
Pengetahuan	Adalah pengetahuan apa saja yang dipercayai atau diyakini lansia mengenai kesehatan pada diri sendiri dan khususnya hal tentang jatuh meliputi makna jatuh pada lansia, kondisi fisik lansia, perawatan kesehatan, bahaya lingkungan di sekitar, dan prosedur keamanan	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Sikap terhadap kejadian kecelakaan - Persepsi	Hal-hal yang menyangkut mengenai konsep apa yang dilihat seseorang terhadap kejadian kecelakaan atau jatuh pada lansia yang meliputi perasaan takut jatuh, penerimaan diri sebagai orang tua, menjaga kondisi tubuh untuk tidak jatuh.	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur
Sikap berisiko	Sikap yang menunjukkan kecenderungan berperilaku yang berbahaya yang dapat menimbulkan kejadian kecelakaan atau jatuh meliputi berjalan pada ubin yang licin, memakai alas kaki atau baju, pemeriksaan kesehatan diri, penataan ruang dan perabotan, serta latihan (olahraga)	Wawancara menggunakan kuesioner terstruktur

Pengukuran skala sikap tersebut menggunakan metode rating yang dijumlahkan (lebih populer dengan nama skala model Likert) pada sejumlah variabel. Pada pendekatan ini setiap pertanyaan ditentukan oleh distribusi jawaban setuju atau tidak setuju dari sekelompok yang hendak diukur sikapnya, kemudian berdasarkan pilihan jawaban responden diberi bobot (Mar'at, 1981).

Dari sejumlah pertanyaan sikap, penyusunan skala diasumsikan bahwa: (1). Setiap pertanyaan sikap dibuat dalam suatu pernyataan yang favorabel dan pernyataan yang tak favorabel, (2). Jawaban yang diberikan oleh responden yang mempunyai sikap favorabel diberi nilai yang lebih tinggi dari pada jawaban tidak favorabel. Untuk pertanyaan yang favorabel 1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, 4 = sangat setuju. Sedangkan untuk pertanyaan yang tak favorabel 4 = sangat tidak setuju, 3 = tidak setuju, 2 = setuju, 1 = sangat setuju.

#### 4.6. Pengolahan dan Analisa Data

Setelah selesai dalam pengumpulan data, kemudian diperiksa ulang untuk mengetahui kebenaran dan kelengkapannya. Selanjutnya analisis data dilakukan dengan menggunakan komputer. Langkah analisis sebagai berikut:

1. Membangun distribusi frekuensi untuk data: memilih angka (dengan memperhatikan angka di dalam data yang berisi informasi di dalamnya); menyederhanakan (dengan melakukan perhitungan tanpa kehilangan sesuatu serta tetap memelihara ketelitian yang dibutuhkan/diyakini)
2. Analisis multivariat dengan menggunakan *Confirmatory Factor analysis* (CFA).

## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 5.1. Karakteristik Lansia

Tabel 1. Karakteristik sosio demografi lansia di Surabaya tahun 2006

Uraian	Laki-laki	Perempuan	Total
	87	153	
<b>Kelompok umur dalam tahun</b>			
≤ 59	23 (39%)	36 (61%)	59 (100%)
60 – 70	49 (40,5%)	72 (59,5%)	121 (100%)
71 – 90	14 (23,7%)	45 (76,3%)	59 (100%)
> 90	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
<b>Suku Bangsa</b>			
Jawa	66 (33,2%)	133 (66,8%)	199 (100%)
Madura	15 (57,7%)	11 (42,3%)	26 (100%)
Lainnya	6 (40%)	9 (60%)	15 (100%)
<b>Status perkawinan</b>			
Belum kawin	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Kawin	65 (57,5%)	48 (42,5%)	113 (100%)
Janda/duda	21 (16,7%)	105 (83,3%)	126 (100%)
<b>Kondisi keluarga</b>			
Sendiri	6 (24%)	19 (76%)	25 (100%)
Bersama anggota keluarga	81 (37,7%)	134 (62,3%)	215 (100%)
<b>Tingkat pendidikan formal terakhir</b>			
Tidak sekolah	15 (23,1%)	50 (76,9%)	65 (100%)
SD dan sederajat tamat / tidak	21 (32,3%)	44 (67,7%)	65 (100%)
SMP dan sederajat tamat / tidak	12 (26,7%)	33 (73,3%)	45 (100%)
SMA dan sederajat tamat / tidak	28 (56%)	22 (44%)	50 (100%)
Akademi / PT	11 (73,3%)	4 (26,7%)	15 (100%)
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak bekerja	24 (21,8%)	86 (78,2%)	110 (100%)
Pensiunan	34 (47,9%)	37 (52,1%)	71 (100%)
Wirastasta	21 (42,9%)	28 (57,1%)	49 (100%)
Pegawai swasta	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Buruh	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9 (100%)
<b>Pengeluaran per bulan (Rp.)</b>			
< 1 juta	54 (33,1%)	109 (66,9%)	163 (100%)
1 – 1,5 juta	24 (38,7%)	38 (61,3%)	62 (100%)
1,5 – 2 juta	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)
> 2 juta	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)

Distribusi lansia terbanyak adalah pada lansia perempuan yaitu sebanyak 153 (63,8%) dan 87 (36,2%) pada lansia laki-laki. Dan sebagian besar beragama Islam yakni 88,8%.

Menurut Batasan WHO seperti yang dikutip oleh Nugroho, 1992. Dari hasil survei, ada sebanyak 40,5% pada lansia laki-laki dan 59,5% pada lansia perempuan yang tergolong usia lanjut (*elderly*) yakni antara umur 60-70 tahun. Sebanyak 23,7% pada lansia laki-laki dan 76,3% pada lansia perempuan yang tergolong usia lanjut tua (*old*) yakni antara 71-90 tahun. Hanya satu lansia tergolong usia sangat tua (*very old*) yakni diatas 90 tahun. Distribusi lansia yang paling muda berusia 55 tahun dan yang paling tua berusia 92 tahun dengan rata-rata pada umur 65,88 tahun.

Jika dilihat suku bangsa responden sebagian besar adalah suku Jawa (199 orang), kemudian suku Madura. Sementara lainnya sebanyak 15 orang adalah suku bangsa Bugis, Sunda, Dayak, Ambon, NTT, dan etnis Cina.

Status perkawinan responden, 16,7% dengan status duda dan 83,3% dengan status janda. Sedangkan status kawin 57,5% pada lansia laki-laki dan 42,5% pada lansia perempuan. Sementara itu, dilihat dari keberadaan lansia dalam hubungan keluarga. Sebanyak 24% lansia laki-laki dan 76% lansia perempuan hidup sendiri tanpa anggota keluarga. Sedangkan sebagian besar lansia hidup bersama anggota keluarga. Dan tidak ditemukan lansia yang tinggal bersama orang lain/keluarga lain.

Adapun besarnya keluarga sangat bervariasi mulai dari keluarga inti (hanya ayah dan atau ibu dan anak) sampai keluarga besar (selain orang tua dan anak ada anggota keluarga/famili lain) dengan rata-rata anggota keluarga dalam sebuah rumah tangga terdapat 2,27 orang. Dapat dilihat pada tabel 2. Di mana sebagian besar lansia tinggal

bersama anggota keluarga lebih dari 5 orang (43,3%). Dan 15,8% lansia tinggal bersama 1-2 orang anggota keluarga.

Tabel 2. Besar keluarga lansia di kota Surabaya tahun 2006

Besarnya keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
1 – 2 orang	34	15,8
3 – 4 orang	88	40,9
> 5 orang	93	43,3
Jumlah	215	100

Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditempuh responden sebagian besar 23,1% pada lansia laki-laki dan 76,9% pada lansia perempuan tidak pernah menempuh pendidikan formal. Dari lansia yang tidak pernah menempuh pendidikan formal tersebut, 20,4% mengatakan mereka tidak bisa membaca dan menulis huruf latin sedangkan sisanya 79,6% mengatakan bisa membaca dan menulis huruf latin.

Keaktifan lansia dalam hubungan sosial terlihat sebagian besar sudah tidak mampu bekerja lagi yakni 21,8% pada lansia laki-laki dan 78,2% pada lansia perempuan. Sementara itu, ditemukan bahwa sebanyak 77,8% pada lansia laki-laki dan 22,2% pada lansia perempuan yang masih bekerja sebagai buruh (kuli bangunan, tukang becak, tukang rombeng, jualan es, sebagai sinoman). Dari pengeluaran per bulan baik pada lansia yang tinggal sendiri maupun bersama anggota keluarga sebagian besar (163 orang) mengatakan di bawah 1 juta rupiah. Hanya 70% pada lansia laki-laki dan 30% pada lansia perempuan yang mengatakan pengeluaran per bulan lebih dari 2 juta rupiah.

Sebagian besar lansia dengan status janda/duda meskipun demikian, para lansia hidup bersama dengan anggota keluarga/famili yang lain. Kondisi ini akan memberikan peluang di bidang kesehatan yakni mendukung kondisi psikologis (ketentraman, kenyamanan, perhatian dan kasih sayang). Dan di bidang ekonomi adalah peranan keluarga dalam bantuan keuangan (di mana sebagian besar lansia sudah memasuki masa

pensiun dan sudah tidak bekerja lagi). Rendahnya pendapatan tentunya akan disesuaikan dengan pengeluaran setiap bulan untuk memenuhi seluruh anggota keluarga. Dari pengeluaran yang rendah tentu akan sangat sulit untuk memenuhi kebutuhan khusus terutama lansia (misalnya, kebutuhan gizi yang memadai, perbaikan rumah yang disesuaikan kebutuhan lansia, perawatan kesehatan secara rutin, dll).

Tidak adanya pekerjaan setelah memasuki usia lanjut menyebabkan penghasilan berkurang. Selain itu, tingkat pendidikan yang rendah dapat digunakan sebagai petunjuk rendahnya saingan dalam mencari pekerjaan setelah usia lanjut. Hasil tersebut memberikan arti bahwa banyak diantara lansia perlu mendapat perhatian khusus mengingat proses menjadi tua terus berjalan seiring dengan bertambahnya usia disamping itu persoalan kesehatan akan muncul seperti penyakit-penyakit degeneratif.

Perubahan yang umum terjadi pada lanjut usia antara lain terjadi perubahan pada fisik, mental, dan psikososial. Jatuh yang dialami responden dapat berakibat masalah sosial, medis, dan psikologis. Adapun penyebab jatuh ini adalah multifaktor seperti dalam Nugroho (1992) dan Gallo, dkk. (1998). Tabel 3 di bawah ini adalah riwayat jatuh yang pernah dialami responden selama satu tahun terakhir.

Tabel 3. Riwayat jatuh dalam satu tahun terakhir yang dialami lansia di kota Surabaya tahun 2006

Riwayat jatuh dalam satu tahun terakhir	Laki-laki	Perempuan	Total
	87	153	
Belum pernah	75 (42,6%)	101 (57,4%)	176 (100%)
1 kali	11 (24,4%)	34 (75,6%)	45 (100%)
2 kali	1 (10%)	9 (90%)	10 (100%)
3 kali	0 (0,0%)	4 (100%)	4 (100%)
4 kali	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)
5 kali	0 (0,0%)	4 (100%)	4 (100%)

Sebanyak 176 lansia belum pernah mengalami jatuh dalam satu tahun terakhir.

Dan sebanyak 64 lansia mengalami jatuh dalam satu tahun terakhir dengan rata-rata 0,42

per orang. Sedangkan lansia yang mengalami jatuh satu kali dialami oleh 24,4% lansia laki-laki dan 75,6% lansia perempuan. Tampaknya perempuan lebih banyak yang mengalami jatuh, hal ini dapat dilihat distribusi lansia perempuan yang mengalami jatuh dua kali atau lebih di mana sebagian besar terekam pada mereka dengan jenis kelamin perempuan.

Berdasarkan hasil survei ditemukan rata-rata 0,42 lansia mengalami jatuh setiap tahunnya. Meskipun angka ini sedikit lebih rendah dibandingkan hasil penelitian Reuden, dkk (1996) dalam Andayani (1999) yakni 0,6 insiden jatuh pada masyarakat Amerika terjadi pada kelompok usia > 65 tahun. Namun, perhatian khusus perlu dilakukan oleh keluarga, masyarakat, dan pemerintah.

Khusus mengenai jatuh dan atau kepeleset dapat merupakan penyebab serius jika lansia tidak segera mendapat bantuan yang cukup di bidang kesehatan. Mengingat banyak penduduk lansia adalah perempuan sedangkan risiko jatuh ini lebih banyak terjadi pada perempuan hal ini berhubungan dengan proses menua dan osteoporosis. Selain itu, risiko jatuh yang terjadi pada lansia selain faktor intrinsik dan ekstrinsik juga faktor situasional yang mungkin mempresipitasi jatuh (misalnya, jatuh terjadi pada saat lansia melakukan aktifitas biasa seperti berjalan, naik dan turun tangga, mengganti posisi, lansia yang banyak kegiatan, juga sering terjadi pada lansia yang jarang bergerak) ketika tiba-tiba ingin pindah tempat atau mengambil sesuatu tanpa pertolongan menurut Andayani (1999). Mengingat hal ini maka hal-hal yang berhubungan dengan pengetahuan lansia mengenai risiko terjadi jatuh pada lanjut usia dan makna jatuh bagi lansia teridentifikasi dalam tabel 4.

Tabel 4. Pengetahuan lansia mengenai jatuh

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	5	2,0
Cukup	22	9,2
Baik	213	88,8
Jumlah	240	100,0

Pengetahuan lansia mengenai arti jatuh sebagian besar telah memahami dengan benar yakni 88,8% dan hanya 2,0% lansia yang kurang memahami makna jatuh yang menimpa pada orang-orang tua ini. Akan tetapi jika dilihat sikap lansia mengenai jatuh (55,4%) berpendapat tidak setuju bahwa jatuh tersebut adalah hal-hal yang berkaitan dengan faktor lingkungan, aktifitas, maupun proses alamiah menjadi tua yang berisiko untuk kesehatan yang berakibat timbul kecacatan ringan hingga berat. Lihat tabel 5.

Tabel 5. Sikap lansia mengenai jatuh

Sikap	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak setuju	133	55,4
Setuju	107	44,6
Jumlah	240	100,0

Berdasarkan hasil identifikasi, ditemukan bahwa masih banyak diantara mereka yang belum pernah menempuh pendidikan formal namun, pengetahuan dalam memahami jatuh khususnya yang menimpa lansia adalah baik/benar akan tetapi, sikap mereka masih tertutup dalam mengoperasionalkan pengertian sikap tersebut. Menurut Mar'at (1984), sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek tersebut. Pada penelitian ini ditemukan jika seseorang benar-benar menghayati arti jatuh (khusus menimpa lansia) maka, seseorang akan memiliki sikap untuk berhati-hati jika risiko jatuh lebih banyak terjadi pada kelompok usia lanjut.



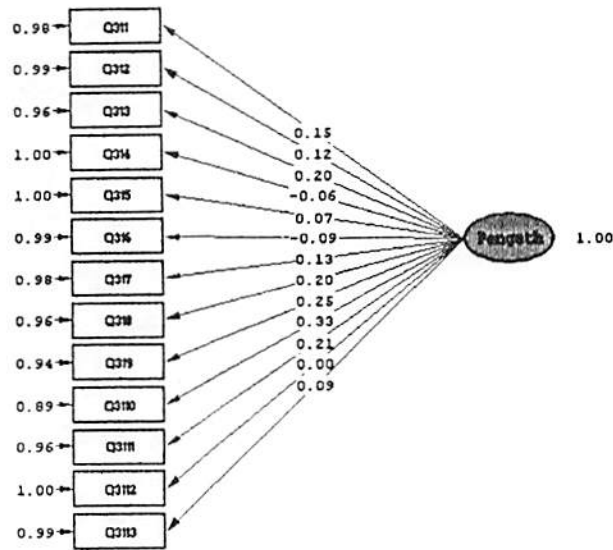
## **5.2. Sikap Berisiko Kejadian Kecelakaan**

### **5.2.1. Komponen pembentuk sikap yang valid dan reliabel**

Komponen sikap yang dikembangkan terdiri dari komponen kognisi, afeksi, dan komponen sikap yang lebih mengarah pada persepsi. Adapun masing-masing komponen ini dilakukan analisis dengan menggunakan analisis faktor dengan tujuan untuk mendapatkan variabel latent yang mewakili variabel-variabel tersebut (Solimun dan Astutik, 2005).

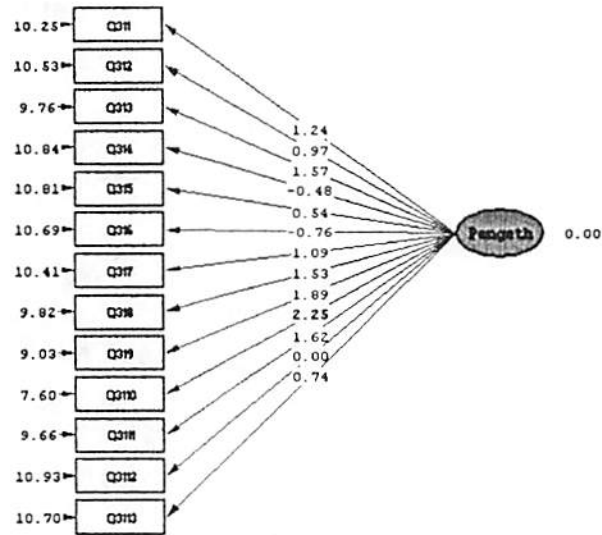
Pada prinsipnya dengan melakukan analisis faktor ini hanyalah akan melakukan konfirmasi berdasarkan teori atau konsep yang telah ada terhadap keakuratan instrumen pembentuk sikap yang mengukur komponen kognisi, afeksi, dan sikap yang lebih mengarah pada persepsi dari lansia. Adapun instrumen yang dibuat didasarkan pada obyek sikap pada lansia mengenai kejadian kecelakaan (jatuh). Sementara itu, obyek sikap lansia pengembangannya kepada faktor-faktor yang relevan dengan obyek itu sendiri. Dan agar lebih mengarah pada obyek sikap maka ditunjukkan beberapa aspek yang relevan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kecelakaan baik pengaruh lingkungan sekitar atau faktor yang menjadikan alasan seseorang mengenai aspek yang diperhatikan. Oleh karena itu, dari teori obyek sikap lansia mengenai kejadian kecelakaan maka untuk lebih memperjelas aplikasinya, dapat dilihat hasil diagram berikut.

Pada komponen pengetahuan, ada sebanyak 13 pertanyaan dengan menggunakan skala rating. Dari hasil analisis dengan menggunakan CFA terlihat bahwa hanya pertanyaan q3110 (meminimalkan barang yang berserakan) yang valid dan reliabel. Dapat dilihat dalam diagram 3a dan 3b. di bawah ini.



Chi-Square=27.65, df=65, P-value=0.99999, RMSEA=0.000

Diagram 3a. CFA pada dimensi pengetahuan lansia



Chi-Square=27.65, df=65, P-value=0.99999, RMSEA=0.000

Diagram 3b. T-value CFA pada dimensi pengetahuan lansia

**Keterangan:**

q311 = Percaya jatuh terjadi pada lansia  
 q312 = Kondisi fisik yang menurun  
 q313 = Perawatan kesehatan  
 q314 = Kesehatan tubuh  
 q315 = Langkah keamanan  
 q316 = Tindakan keamanan  
 q317 = Tempat tidur dan kursi yang stabil

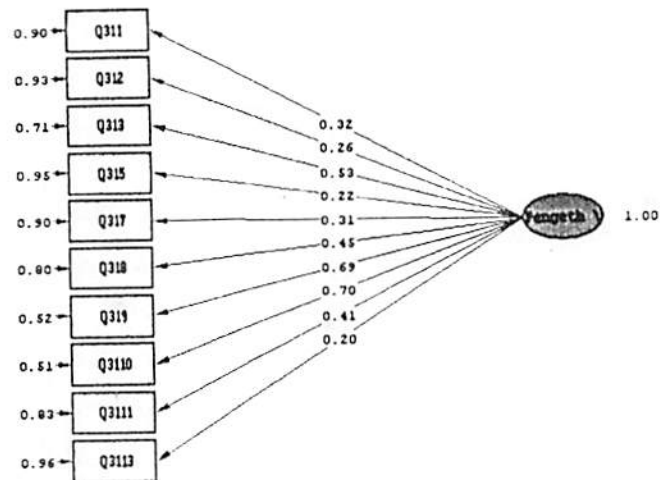
q318 = Sandaran kursi  
 q319 = Pengaturan furniture  
 q3110 = Meminimalkan barang berserakan  
 q3111 = Pemakaian kaca mata  
 q3112 = Kondisi penerangan  
 q3113 = Berbicara tentang kesehatan dengan anggota rumah

Dari diagram tersebut dapat diringkas secara lengkap pada tabel 6.

Tabel 6. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi pengetahuan lansia

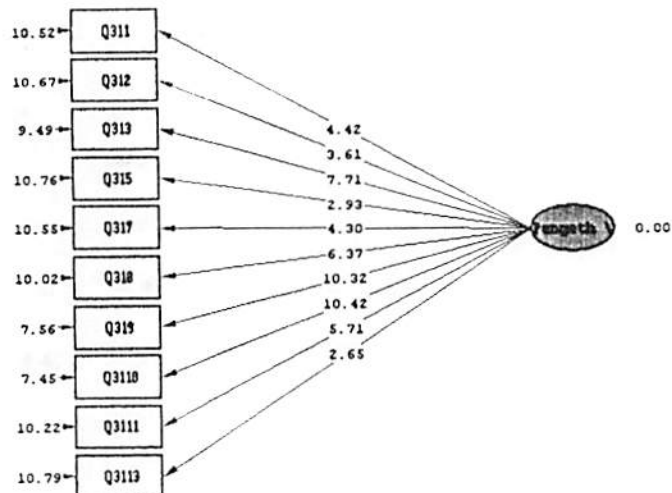
No	Variabel	Validitas		Reliabilitas	
		$\lambda$	p-value	1- $\delta$	p-value
1	Percaya jatuh terjadi pada lansia	0,15	0,1846	0,98	0,0000
2	Kondisi fisik yang menurun	0,12	0,2487	0,99	0,0000
3	Perawatan kesehatan	0,20	0,1163	0,96	0,0000
4	Kesehatan tubuh	0,06	0,3550	1,00	0,0000
5	Langkah keamanan	0,07	0,3442	1,00	0,0000
6	Tindakan keamanan	0,09	0,2983	0,99	0,0000
7	Tempat tidur dan kursi stabil	0,13	0,2197	0,98	0,0000
8	Sandaran kursi	0,20	0,1237	0,96	0,0000
9	Pengaturan furniture	0,25	0,0671	0,94	0,0000
10	Meminimalkan barang berserakan	0,33	0,0322	0,89	0,0000
11	Pemakaian kaca mata	0,21	0,1074	0,96	0,0000
12	Kondisi penerangan	0,00	0,3985	1,00	0,0000
13	Berbicara tentang kesehatan dengan anggota rumah	0,09	0,3028	0,99	0,0000

Dari uji validitas tersebut hanya variabel meminimalkan barang berserakan yang valid dan reliabel. Langkah analisis selanjutnya agar didapatkan dimensi pengetahuan yang valid, maka dikeluarkan variabel yang paling tidak signifikan dan dilakukan analisis ulang. Analisis berhenti setelah didapatkan faktor pengetahuan yang valid dan reliabel. Lihat diagram 4a dan 4b berikut ini.



Chi-Square=312.25, df=35, P-value=0.00000, RMSEA=0.182

Diagram 4a. CFA pada dimensi pengetahuan lansia yang signifikan



Chi-Square=312.25, df=35, P-value=0.00000, RMSEA=0.182

Diagram 4b. T-value CFA pada dimensi pengetahuan lansia yang signifikan

Berdasarkan pertanyaan yang valid dan reliabel diringkas dalam tabel 7 berikut. Dari tabel tersebut ada 10 variabel yang valid dan reliabel yang membentuk pengetahuan.

Tabel 7. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi pengetahuan lansia yang signifikan

No	Variabel	Validitas		Reliabilitas	
		$\lambda$	p-value	1- $\delta$	p-value
1	Percaya jatuh terjadi pada lansia	0,32	0,0000	0,90	0,0000
2	Kondisi fisik yang menurun	0,26	0,0006	0,93	0,0000
3	Perawatan kesehatan	0,53	0,0000	0,71	0,0000
4	Langkah keamanan	0,22	0,0057	0,95	0,0000
5	Tempat tidur dan kursi yang stabil	0,31	0,0000	0,90	0,0000
6	Sandaran kursi	0,45	0,0000	0,80	0,0000
7	Pengaturan furniture	0,69	0,0000	0,52	0,0000
8	Meminimalkan barang berserakan	0,70	0,0000	0,51	0,0000
9	Pemakaian kaca mata	0,41	0,0000	0,83	0,0000
10	Berbicara kesehatan dengan anggota rumah	0,20	0,0123	0,96	0,0000

Analisis selanjutnya adalah mengenai obyek sikap yang lebih mengarah pada persepsi lansia. Pada komponen persepsi, ada sebanyak 11 pertanyaan dengan menggunakan skala likert dengan 4 skor. Dari hasil analisis dengan menggunakan CFA terlihat bahwa hanya pertanyaan (q321 = jatuh hal biasa bagi orang tua, q322 = jatuh akan berulang pada orang tua, q325 = mencegah terhadap kerugian, q328 = mencegah adalah melanggar kebebasan, q3210 = pencegahan sangat rumit prosedurnya) yang valid dan reliabel. Dapat dilihat dalam diagram 5a dan 5b. di bawah ini.

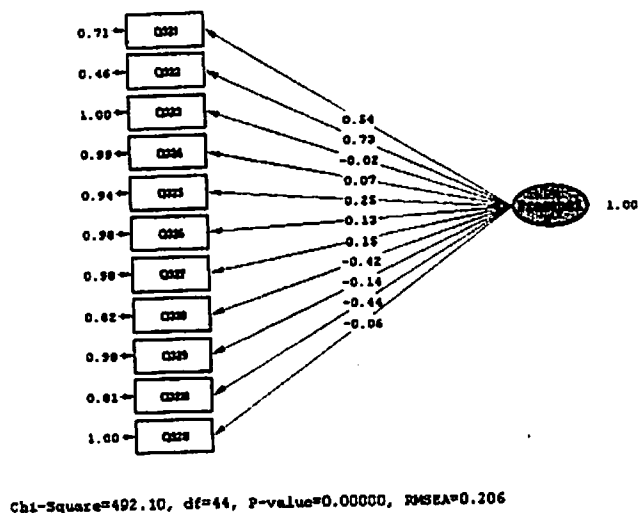
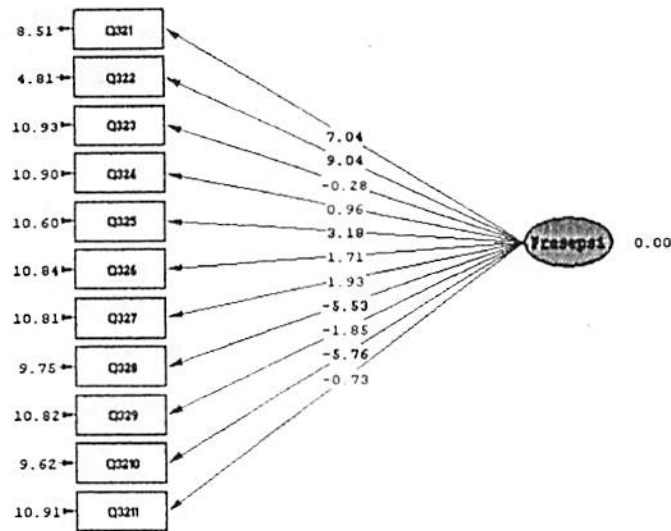


Diagram 5a. CFA pada dimensi persepsi lansia



Chi-Square=492.10, df=44, P-value=0.00000, RMSEA=0.206

Diagram 5b. T-value CFA pada dimensi persepsi lansia

Keterangan:

q321 = Pemahaman mengenai jatuh  
 q322 = Pemahaman kejadian jatuh berulang  
 q323 = Penolakan sebagai usia tua  
 q324 = Pemahaman pencegahan dari jatuh  
 q325 = Pencegahan terhadap kerugian fisik  
 q326 = Pilihan tentang tindakan pencegahan

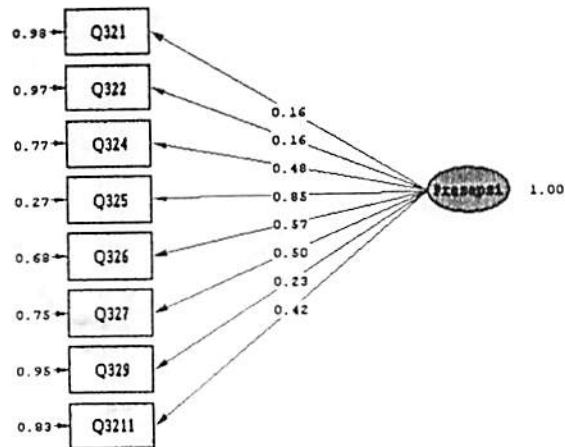
q327 = Penerimaan pencegahan tidak jatuh  
 q328 = Pencegahan melanggar kebebasan  
 q329 = Pencegahan perlu dilakukan bagi lansia  
 q3210 = Pencegahan sangat rumit prosedurnya  
 q3211 = Pencegahan dilakukan pada semua lansia

Dari diagram tersebut dapat diringkas secara lengkap pada tabel 8.

Tabel 8. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi persepsi lansia

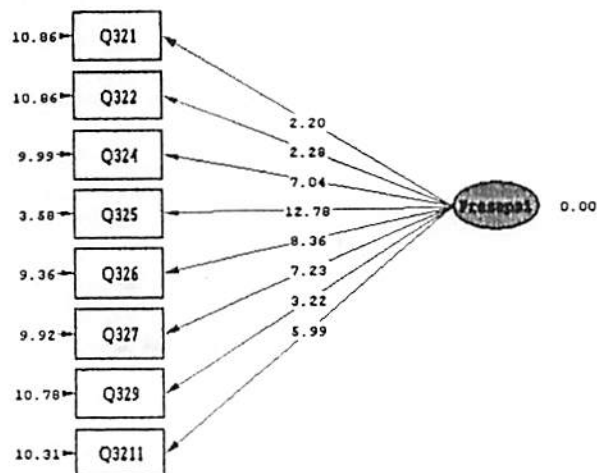
No	Variabel	Validitas		Reliabilitas	
		$\lambda$	p-value	1- $\delta$	p-value
1	Pemahaman mengenai jatuh	0,54	0,0000	0,71	0,0000
2	Pemahaman kejadian jatuh berulang	0,73	0,0000	0,46	0,0000
3	Penolakan sebagai usia tua	0,02	0,3831	1,00	0,0000
4	Pemahaman pencegahan dari jatuh	0,07	0,2511	0,99	0,0000
5	Pencegahan terhadap kerugian fisik	0,25	0,0027	0,94	0,0000
6	Pilihan tentang tindakan pencegahan	0,13	0,0926	0,98	0,0000
7	Penerimaan pencegahan tidak jatuh	0,15	0,0622	0,98	0,0000
8	Pencegahan melanggar kebebasan	0,42	0,0000	0,82	0,0000
9	Pencegahan perlu dilakukan bagi lansia	0,14	0,0723	0,98	0,0000
10	Pencegahan sangat rumit prosedurnya	0,44	0,0000	0,81	0,0000
11	Pencegahan dilakukan pada semua lansia	0,06	0,3050	1,00	0,0000

Dari uji validitas tersebut terdapat tiga variabel yang tidak valid. Untuk mendapatkan faktor sikap yang mengarah pada persepsi yang optimal maka dikeluarkan variabel yang paling tidak signifikan dan dilakukan analisis ulang. Hasil analisis selengkapnya didapatkan faktor sikap yang lebih mengarah pada persepsi yang valid dan reliabel adalah dalam diagram 6a dan 6b berikut ini.



Chi-Square=134.11, df=20, P-value=0.00000, RMSEA=0.155

Diagram 6a. CFA pada dimensi persepsi lansia yang signifikan



Chi-Square=134.11, df=20, P-value=0.00000, RMSEA=0.155

Diagram 6b. T-value CFA pada dimensi persepsi lansia yang signifikan

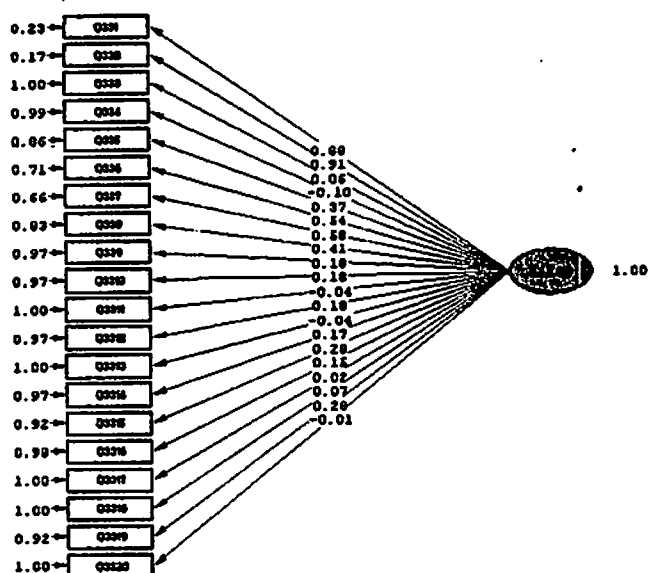
Dari tabel tersebut ada 8 variabel yang valid dan reliabel yang membentuk sikap (mengarah pada persepsi). Selengkapnya lihat tabel 9 berikut ini.

Tabel 9. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi persepsi lansia yang signifikan

No	Variabel	Validitas		Reliabilitas	
		$\lambda$	p-value	1- $\delta$	p-value
1	Pemahaman mengenai jatuh	0,16	0,0359	0,98	0,0000
2	Pemahaman kejadian jatuh berulang	0,16	0,0301	0,97	0,0000
3	Pemahaman pencegahan dari jatuh	0,48	0,0000	0,77	0,0000
4	Pencegahan terhadap kerugian fisik	0,85	0,0000	0,27	0,0007
5	Pilihan tentang tindakan pencegahan	0,57	0,0000	0,68	0,0000
6	Penerimaan pencegahan tidak jatuh	0,50	0,0000	0,75	0,0000
7	Pencegahan perlu dilakukan bagi lansia	0,23	0,0024	0,95	0,0000
8	Pencegahan dilakukan pada semua lansia	0,42	0,0000	0,83	0,0000

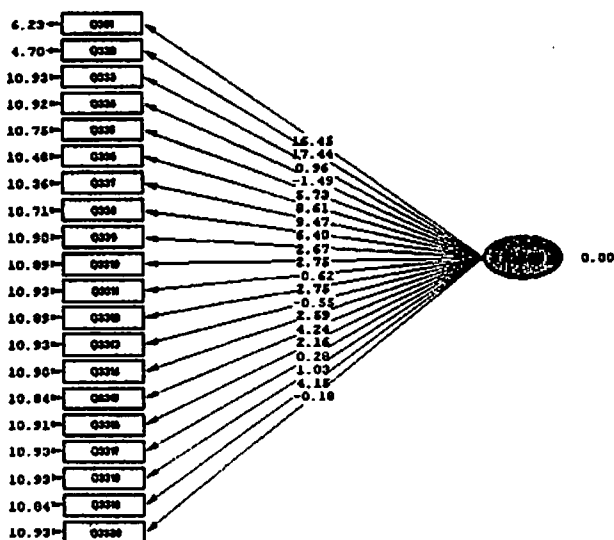
Pada komponen sikap, ada sebanyak 20 pertanyaan dengan menggunakan skala likert dengan 4 skor. Dari hasil analisis dengan menggunakan CFA terlihat bahwa pertanyaan q333 = kecepatan berjalan, q334 = berdiri setelah duduk, q3311 = berhenti melakukan aktifitas, q3313 = perbaikan rumah, q3317 = keluar rumah tanpa anggota keluarga, q3318 = perasaan takut jatuh, q3320 = pemampilan fisik yang tidak valid. Dapat dilihat dalam diagram 7a dan 7b. di bawah ini.





Chi-Square=1777.81, df=170, P-value=0.00000, RMSEA=0.199

Diagram 7a. CFA pada dimensi sikap lansia



Chi-Square=1777.81, df=170, P-value=0.00000, RMSEA=0.199

Diagram 7b. T-value CFA pada dimensi sikap lansia

**Keterangan:**

q331 = Hati-hati berjalan  
 q332 = Berjalan pada lantai yang kering  
 q333 = Kecepatan berjalan  
 q334 = Berdiri setelah duduk  
 q335 = Sepatu dan sandal yang cocok/pas  
 q336 = Hak untuk alas kaki  
 q337 = Bahan untuk alas sepatu dan sandal

q3311 = Berhenti melakukan aktifitas  
 q3312 = Letak perabotan rumah  
 q3313 = Perbaikan rumah  
 q3314 = Kondisi kamar mandi  
 q3315 = Penggunaan lampu ruang  
 q3316 = Pemakaian baju pas  
 q3317 = Keluar rumah tanpa anggota keluarga

q338 = Pemeriksaan kesehatan  
 q339 = Olahraga rutin  
 q3310 = Konsumsi obat tidur

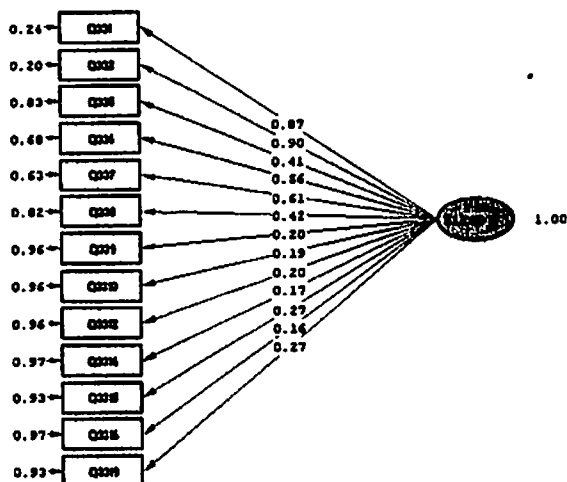
q3318 = Perasaan takut jatuh.  
 q3319 = Mengambil barang dari bawah  
 q3320 = Pemampilan fisik

Dari diagram tersebut dapat diringkas secara lengkap pada tabel 10

Tabel 10. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi sikap lansia

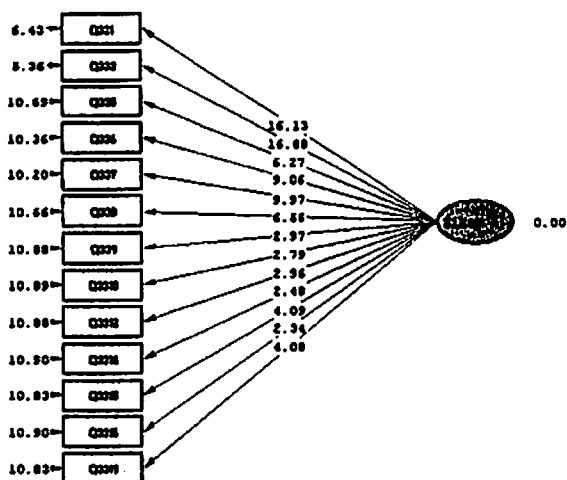
No	Variabel	Validitas		Reliabilitas	
		$\lambda$	p-value	1- $\delta$	p-value
1	Hati-hati berjalan	0,88	0,0000	0,23	0,0000
2	Berjalan pada lantai yang kering	0,91	0,0000	0,17	0,0000
3	Kecepatan berjalan	0,06	0,2511	1,00	0,0000
4	Berdiri setelah duduk	0,10	0,1313	0,99	0,0000
5	Sepatu dan sandal yang cocok/pas	0,37	0,0000	0,86	0,0000
6	Hak untuk alas kaki	0,54	0,0000	0,71	0,0000
7	Bahan untuk alas sepatu dan sandal	0,58	0,0000	0,66	0,0000
8	Pemeriksaan kesehatan	0,41	0,0000	0,83	0,0000
9	Olahraga rutin	0,18	0,0117	0,97	0,0000
10	Konsumsi obat tidur	0,18	0,0094	0,97	0,0000
11	Berhenti melakukan aktifitas	0,04	0,3286	1,00	0,0000
12	Letak perabotan rumah	0,18	0,0094	0,97	0,0000
13	Perbaikan rumah	0,04	0,3424	1,00	0,0000
14	Kondisi kamar mandi	0,17	0,0143	0,97	0,0000
15	Penggunaan lampu ruang	0,28	0,0000	0,92	0,0000
16	Pemakaian baju pas	0,15	0,0391	0,98	0,0000
17	Keluar rumah tanpa anggota keluarga	0,02	0,3831	1,00	0,0000
18	Perasaan takut jatuh	0,07	0,2342	1,00	0,0000
19	Mengambil barang dari bawah	0,28	0,0000	0,92	0,0000
20	Pemampilan fisik	0,01	0,3920	1,000	0,0000

Untuk menguji validitas dan reliabilitas dari instrumen mengenai sikap, maka dikeluarkan variabel yang paling tidak signifikan dan dilakukan analisis ulang. Hasil analisis selengkapnya didapatkan faktor sikap yang valid dan reliabel dalam diagram 8a dan 8b berikut ini.



Chi-Square=842.79, df=65, P-value=0.00000, RMSEA=0.224

Diagram 8a. CFA pada dimensi sikap lansia yang signifikan



Chi-Square=842.79, df=65, P-value=0.00000, RMSEA=0.224

Diagram 8b. T-value CFA pada dimensi sikap lansia yang signifikan

Dari diagram tersebut ditemukan sebanyak 13 variabel yang signifikan, selengkapnya dapat dilihat pada tabel 11 berikut ini.

Tabel 11. Uji validitas dan reliabilitas dari dimensi sikap lansia yang signifikan

No	Variabel	Validitas		Reliabilitas	
		$\lambda$	p-value	I- $\delta$	p-value
1	Hati-hati berjalan	0,87	0,0000	0,24	0,0000
2	Berjalan pada lantai yang kering	0,90	0,0000	0,20	0,0000
3	Sepatu dan sandal yang cocok/pas	0,41	0,0000	0,83	0,0000
4	Hak untuk alas kaki	0,56	0,0000	0,68	0,0000
5	Bahan untuk alas sepatu dan sandal	0,61	0,0000	0,63	0,0000
6	Pemeriksaan kesehatan	0,42	0,0000	0,82	0,0000
7	Olahraga rutin	0,20	0,0051	0,96	0,0000
8	Konsumsi obat tidur	0,19	0,0085	0,96	0,0000
9	Letak perabotan rumah	0,20	0,0052	0,96	0,0000
10	Kondisi kamar mandi	0,17	0,0188	0,97	0,0000
11	Penggunaan lampu ruang	0,27	0,0001	0,93	0,0000
12	Pemakaian baju	0,16	0,0262	0,97	0,0000
13	Mengambil barang dari bawah	0,27	0,0001	0,93	0,0000

### 5.2.2. Menentukan sejumlah faktor dari sikap yang berisiko

Sikap individu sangat memegang peranan penting dalam menentukan bagaimana reaksi seseorang terhadap lingkungan dan pada gilirannya lingkungan secara timbal balik akan mempengaruhi perilaku. Interaksi antara situasi lingkungan dengan sikap, dengan berbagai faktor di dalam maupun di luar diri individu akan membentuk suatu proses kompleks yang akhirnya menentukan bentuk perilaku yang ditampakkan (azwar, 1988).

Untuk menentukan sejumlah faktor dari sikap, salah satu dasar pemahaman adalah mempelajari kaitan sikap individu sebagai bagian dari keseluruhan kelompok lansia. Dari komponen pengetahuan mengenai jatuh ditemukan bahwa dimensi pengetahuan pada lansia adalah:

Pengetahuan = 0,32 (percaya jatuh terjadi pada lansia) + 0,26 (kondisi fisik yang menurun) + 0,53 (perawatan kesehatan) + 0,22 (langkah keamanan) + 0,31 (tempat tidur dan kursi yang stabil) + 0,45 (sandaran kursi) + 0,69

(pengaturan furniture) + 0,70 (meminimalkan barang berserakan) + 0,41 (pemakaian kaca mata) + 0,20 (berbicara tentang kesehatan dengan anggota rumah).

Artinya, dari pemahaman yang dipercayai atau diyakini lansia mengenai kesehatan diri mereka sendiri khususnya yang berkaitan dengan risiko kecelakaan meliputi yakin bahwa jatuh akan terjadi pada lansia, kondisi fisik yang menurun, kaitan perawatan kesehatan (cek up secara rutin), perlunya prosedur (langkah) keamanan, tempat tidur dan kursi yang stabil, sandaran kursi yang cocok, keyamanan dalam bergerak oleh lansia (meliputi, tata letak atau pengaturan furniture dan meminimalkan barang berserakan), serta bantuan kesehatan pribadi (meliputi, pemakaian kaca mata khususnya bagi mereka yang membutuhkan dan keterbukaan dengan anggota rumah untuk membicarakan mengenai kesehatan lansia).

Dari komponen sikap (mengarah pada persepsi) merupakan proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognisi lansia. Hasil analisis ditemukan bahwa:

Persepsi = 0,16 (pemahaman mengenai jatuh) + 0,16 (pemahaman kejadian jatuh berulang) + 0,48 (pemahaman pencegahan dari jatuh) + 0,85 (pencegahan terhadap kerugian fisik) + 0,57 (pilihan tentang tindakan pencegahan) + 0,50 (penerimaan pencegahan tidak jatuh) + 0,23 (pencegahan perlu dilakukan bagi lansia) + 0,42 (pencegahan dilakukan pada semua lansia)

Artinya, persepsi lansia mengenai kejadian kecelakaan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain pengetahuan atau pemahaman jatuh bagi lansia dengan risiko kejadian jatuh yang berulang. Demikian juga bagaimana pemahaman dalam tindakan pencegahan yang seharusnya bagi lansia.

Pada komponen sikap adalah pengamatan terhadap obyek sikap yang dirasakan (setuju atau tidak) dari pertanyaan yang diajukan terbentuk bahwa sikap lansia:

Sikap = 0,87 (hati-hati berjalan) + 0,90 (berjalan pada lantai yang kering) + 0,41 (sepatu dan sandal yang cocok/pas) + 0,56 (hak untuk alas kaki) + 0,61 (bahan untuk alas sepatu dan sandal) + 0,42 (pemeriksaan kesehatan) + 0,20 (olahraga rutin) + 0,19 (tidak mengkonsumsi obat tidur) + 0,20 (letak perabotan rumah) + 0,17 (kondisi kamar mandi) + 0,27 (penggunaan lampu ruang) + 0,16 (pemakaian baju pas) + 0,27 (menggambil barang dari bawah)

Artinya, reaksi emosional pada lansia terhadap kecelakaan senang atau tidak senang lansia harus melihat bahaya lingkungan sekitarnya (antara lain, hati-hati ketika berjalan, menunggu kering ketika lantai sedang dibersihkan), lansia perlu menjaga keseimbangan tubuh (antara lain, pemakaian sepatu/sandal dan baju harus cocok/pas; alas untuk sepatu/sandal anti slip), dan lansia perlu memperhatikan keadaan di dalam rumah (antara lain, kondisi kamar mandi yang bersih dan pemakaian penerangan yang cukup untuk semua ruangan, serta mengambil barang yang tidak membungkuk).

Menjadi tua tetapi tetap sehat salah satunya adalah menghindari jatuh. Dari pengembangan instrumen menunjukkan bahwa faktor pada individu berpengaruh pada terjadinya risiko kejadian kecelakaan. Jika tidak dicegah maka lansia tersebut akan lebih cepat mengalami masalah serius di bidang kesehatan, sosial dan ekonomi. Meskipun pemahaman cukup bagus akan tetapi sikap terhadap bahaya yang mengancam kehidupan belum menjadi suatu pilihan dalam bertindak. Hal ini bisa terjadi secara psikologik bahwa sikap lansia terhadap proses menua yang mereka hadapi mungkin dalam kebingungan untuk memikirkannya atau tidak pernah terpikir sebelumnya. Sehingga segala sesuatu yang berkaitan dengan risiko untuk jatuh belum menjadi perhatian yang

perlu artinya, keyamanan dan keamanan dalam bergerak belum ada reaksi kesigapan dan kecepatan berpikir.

Manusia mengamati suatu obyek psikologik (dalam hal ini berupa kejadian jatuh) dengan kacamatanya sendiri yang diwarnai oleh nilai dari kepribadiannya. Faktor pengetahuan akan memberikan arti terhadap jatuh. Berdasarkan evaluasi ini maka komponen sikap memiliki penilaian emosional yang bersifat positif atau tidak takut bahwa jatuh merupakan hal yang umum bagi lanjut usia dan berdasarkan pengetahuannya pula terpikir tentang perlunya tindakan pencegahan dari sesuatu yang berisiko jatuh.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1. Kesimpulan**

1. Sebagian lansia berstatus janda/duda dan sebagian besar hidup bersama dengan anggota keluarga/famili yang lain. Tingkat pendidikan yang rendah dan sebagian besar sudah pensiun dan tidak bekerja lagi maka keluarga menjadi tumpuhan utama dalam menyokong kehidupan sehari-hari. Sebagian besar lansia masuk dalam kelompok usia lanjut (*elderly*) dan sebagian besar adalah penduduk perempuan. Penduduk perempuan lebih banyak mengalami jatuh. Faktor yang mendasari adalah pengetahuan yang baik masih belum disingkapi tentang makna jatuh itu sendiri.
2. Terdapat keakuratan dan kejegan pada instrumen pertanyaan. Variabel pengetahuan mengenai jatuh terdapat 10 item pertanyaan. Pada variabel sikap (mengarah pada persepsi) terdapat 8 item pertanyaan. Dan pada variabel sikap terdapat 13 item pertanyaan

#### **6.2. Saran**

1. Upaya yang baik ditujukan pada puskesmas melalui posyandu lansia adalah terus meningkatkan pembinaan dalam rangka meningkatkan pengetahuan (pengertian dan pemahaman kecelakaan yang sering terjadi pada lansia), melakukan pemeriksaan rutin.
2. Melalui relawan atau LSM untuk berupaya terus meningkatkan derajat kesehatan melalui kegiatan pemeriksaan kesehatan rutin, mengadakan aktifitas sosial, menggerakkan kegiatan olahraga.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arisman, 2004. *Buku Ajar Ilmu Gizi, Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta, Buku Kedokteran.
- Azwar, Saifuddin, 1988. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya seri Psikologi*. Yogyakarta, Liberty.
- Clemson. *Case-control study of Hazards in the home and risk of falls and hip fractures*.  
[http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m2459/is\\_n2\\_v25/al\\_18175040/print](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2459/is_n2_v25/al_18175040/print)  
diakses pada tanggal 25 Februari 2005.
- Andayani R, Rejeki, 1999. *Jatuh dalam Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Depkes RI, 1989. *Buku Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut I*. Jakarta, Direktorat Bina Kesehatan Keluarga Departemen Kesehatan RI.
- E. Oswari, 1997. *Menyongsong Usia Lanjut Dengan Bugar dan Bahagia*. Jakarta, Pustaka Sinar Harapan.
- E.N. Kosasih, 2002. *Menuju Bahagia di Usia Lanjut*. Jakarta, Pusat Kajian Nasional Masalah Lanjut Usia.
- Gallo, Joseph J., Reichel, William, and Andersen, Lillian M., 1998. *Buku Saku Gerontologi Edisi 2*. Jakarta, Buku Kedokteran, EGC.
- Hardywinoto dan Setiabudhi, Tony, 1999. *Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para Lanjut Usia Panduan Gerontologi Tinjauan dari Berbagai Aspek*. Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama.
- K.T. Josaputra, 1987. *Interaksi antara Proses Menua, Olahraga, dan Kesehatan*. Jakarta, Penerbit Bhratara Karya aksara.
- Kim, jae - On, and Mueller, Charles W., 1978<sup>1</sup>. *Introduction to Factor Analysis What It Is and How To Do It Series Quantitative applications in The Social Sciences*. Sage University Paper.
- Kim, jae - On, and Mueller, Charles W., 1978<sup>2</sup>. *Factor Analysis Statistical Methods and Practical Issues Series Quantitative applications in The Social Sciences*. Sage University Paper.
- Mar'at, 1984. *Sikap Manusia Perubahan Serta Pengukurannya seri Psikologi*. Jakarta, Ghalia Indonesia.

- Notoatmodjo, Soekidjo, 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta, Andi Offset.
- Nugroho, Wahjudi. 1992. *Perawatan lanjut usia*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Suparto, 2000. *Sehat Menjelang Usia Senja*. Bandung, PT Remaja Rosdakarya.
- Solimun, dan Astutik, Suci. 2005. *Multivariate statistical Analysis dan struktural Equation Modeling (SEM)*. Disampaikan pada pelatihan multivariate statistical analysis dan struktural equation modeling (SEM) di Jurusan Matematika FMIPA Universitas Brawijaya Malang Tanggal 18-21 Juli 2005.

**Lampiran 1.**

--	--	--

**ANALISIS FAKTOR UNTUK MENGETAHUI SIKAP BERISIKO KECELAKAAN PADA LANJUT USIA (LANSIA)**

---

**I. Sosio Demografi**

- 1. Nama :
- 2. Alamat :
- 3. Lokasi Geografi :
  - A. Wilayah :
  - B. Kecamatan :
  - C. Kelurahan :
- 4. Umur : \_\_\_\_\_ tahun
- 5. Jenis kelamin :
  - 1 = laki-laki
  - 2 = Perempuan
- 6. Agama :
  - 1 = Islam
  - 2 = Katholik
  - 3 = Kristen
  - 4 = Hindhu
  - 5 = Budha
  - 6 = Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_
- 7. Suku bangsa :
  - 1 = Jawa
  - 2 = Madura
  - 3 = Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_
- 8. Kemampuan baca tulis huruf latin :
  - 1 = Buta Aksara
  - 2 = Bisa membaca dan menulis
- 9. Pendidikan :
  - 1 = Tidak sekolah
  - 2 = SD dan sederajat tamat atau tidak
  - 3 = SMP dan sederajat tamat atau tidak
  - 4 = SMA dan sederajat tamat atau tidak
  - 5 = Akademi tamat atau tidak
  - 6 = Perguruan Tinggi tamat atau tidak
- 10. Status perkawinan :
  - 1 = Janda / duda
  - 2 = Kawin
  - 3 = Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_
- 11. Kondisi keluarga :
  - 1 = Sendiri
  - 2 = Bersama anggota keluarga (besar keluarga: \_\_\_\_\_ orang)
  - 3 = Bersama orang lain (besar keluarga: \_\_\_\_\_ orang)
- 12. Pekerjaan :
  - 1 = Tidak bekerja
  - 2 = Pensiunan
  - 3 = Bekerja, sebutkan : \_\_\_\_\_
- 13. Pengeluaran per bulan :
  - Sendiri: Rp. \_\_\_\_\_
  - Keluarga yang diikuti: Rp. \_\_\_\_\_
- 14. Apakah pernah mengalami jatuh selama 12 bulan terakhir
  - 1 = Ya , berapa kali: \_\_\_\_\_
  - 2 = Tidak

Nama Pewawancara	
Tanggal Pewawancara	
Tanda tangan	

### III. Kecelakaan – Jatuh pada Orang Tua (Beri Tanda ✓ sesuai dengan Pendapatnya)

#### 3.1. Pengetahuan tentang bertahan diri untuk tidak jatuh

Uraian	4=Benar	1=Salah
1. Percaya bahwa risiko kecelakaan – jatuh pada orang tua bisa terjadi		
2. Arti jatuh pada orang tua terjadi karena kondisi fisik yang menurun		
3. Perawatan kesehatan (cek up) sangat penting bagi orang tua		
4. Mengobati penyakit sesegera mungkin adalah lebih baik untuk menjaga kesehatan tubuh		
5. Perlu langkah-langkah keamanan untuk kejadian kecelakaan – jatuh pada orang tua		
6. Tidak ada yang perlu dilakukan agar tidak terjadi kecelakaan – jatuh	1=Benar	4=Salah
Pendapat bapak/ibu bahwa kondisi di bawah ini dapat mencegah jatuh		
7. Kondisi tempat tidur maupun kursi mudah ditempati dan stabil		
8. Sandaran kursi di mana orang tua dapat meletakkan posisi sandaran, dan kemampuan untuk berdiri tanpa bantuan		
9. Pengaturan furniture atau perabotan yang nyaman		
10. Meminimalkan atau membebaskan barang yang berserakan di lingkungan rumah		
11. Menggunakan kaca mata bagi yang kurang jelas		
12. Kondisi penerangan yang cukup di dalam rumah		
13. Berbicara dengan anggota rumah tentang topik kesehatan orang tua		

#### 3.2. Sikap mengenai jatuh – mengarah pada persepsi

Uraian	1	2	3	4
1. Jatuh adalah hal yang biasa dan umum bagi orang tua				
2. Jatuh yang menimpa orang tua biasanya akan terjadi lagi pada orang tua tersebut				
3. Menolak anggapan dirinya sudah tua yang berisiko jatuh	4	3	2	1
4. Mencegah agar tidak jatuh adalah suatu yang penting				
5. Mencegah tidak jatuh artinya menghentikan dari kerugian kesehatan fisik yang menimpa diri sendiri atau kondisi untuk mempertahankan tubuh dari sesuatu yang merugikan kesehatan				
6. Mencegah tidak jatuh selalu menjadi suatu pilihan agar orang tua tidak berisiko untuk kecelakaan				
7. Mencegah tidak jatuh adalah suatu cara yang baik dan bisa diterima oleh orang tua				
8. Mencegah tidak jatuh adalah melanggar kebebasan seseorang	4	3	2	1
9. Mencegah tidak jatuh seharusnya tidak perlu dilakukan bagi orang tua	4	3	2	1
10. Mencegah tidak jatuh sangat tidak mungkin dilakukan dan rumit prosedurnya	4	3	2	1
11. Mencegah tidak jatuh tidak perlu dilakukan jika individu tidak pernah jatuh	4	3	2	1

Keterangan: 1 = Sangat tidak setuju 2 = Tidak setuju 3 = Setuju 4 = Sangat setuju

#### 3.3. Sikap mengenai jatuh

Uraian	1	2	3	4
1. Orang tua perlu hati-hati ketika berjalan pada lantai yang licin				
2. Di saat lantai sedang dibersihkan sebaiknya orang tua menunggu kering agar tidak tergelincir				
3. Kecepatan berjalan pada orang tua tidak perlu diatur	4	3	2	1
4. Orang tua harus terbiasa untuk berdiri langsung tanpa pegangan setelah duduk lama				
5. Sepatu atau sandal perlu disesuaikan dengan kondisi kaki (tidak terlalu sempit atau longgar)				
6. Hak sepatu atau sandal sebaiknya tidak perlu tinggi				
7. Alas sandal dibuat dari bahan yang anti slip				
8. Pemeriksaan kesehatan perlu dilakukan secara rutin				
9. Olah raga perlu dilakukan secara rutin baik di dalam rumah maupun di luar rumah				
10. Berhenti mengkonsumsi obat tidur (pil lelap) karena membahayakan orang tua				
11. Sebagai orang yang sudah lanjut tidak perlu melakukan kegiatan atau aktivitas	4	3	2	1
12. Letak perabotan diatur sedemikian rupa sehingga tidak mengganggu gerakan lansia				
13. Perlu modifikasi atau pengaturan / perbaikan rumah untuk disesuaikan dengan orang tua				
14. Kamar mandi hanya perlu dibersihkan jika sudah kotor dan licin	4	3	2	1
15. Pemakalan atau penggunaan lampu dalam ruangan tidak perlu terang	4	3	2	1
16. Menggunakan baju yang melebihi tumit kaki bisa membahayakan orang tua				
17. Orang tua boleh keluar rumah sendiri dengan jalan kaki atau naik kendaraan umum / pribadi tanpa anggota keluarga	4	3	2	1
18. Orang tua sebaiknya harus takut jatuh	4	3	2	1
19. Mengambil atau memungut sesuatu dari bawah tidak perlu hati-hati dilakukan	4	3	2	1
20. Penampilan gerak fisik (mis. lambaian tangan) harus dijaga oleh orang tua agar tetap kelihatan cantik dan ganteng	4	3	2	1

Keterangan: 1 = Sangat tidak setuju 2 = Tidak setuju 3 = Setuju 4 = Sangat setuju



400