

## **SKRIPSI**

### **ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUNJUNGAN LANSIA DI POSYANDU DESA TANALI PUSKESMAS WELAMOSA KABUPATEN ENDE**

***PENELITIAN CROSS SECTIONAL***



**Oleh :**

**BERTOLOMEUS E. RIMBA**

**NIM : 010730415 B**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2009**

## SKRIPSI

### ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUNJUNGAN LANSIA DI POSYANDU DESA TANALI PUSKESMAS WELAMOSA KABUPATEN ENDE

PENELITIAN *CROSS SECTIONAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

**BERTOLOMEUS E. RIMBA**

**NIM : 010730415 B**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2009**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Surabaya, 20 Februari 2009  
Yang menyatakan,

BERTOLOMEUS E. RIMBA  
010730415 B

**LEMBAR PERSETUJUAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL, 20 FEBRUARI 2009

Oleh

Pembimbing Ketua

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP : 140 238 226

Pembimbing

Retno Indarwati, S.Kep.Ns  
NIK : 139 050 656

Mengetahui  
Pj. Dekan Fakultas Keperawatan UNAIR

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP. 140 238 226

**PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

SKRIPSI INI TELAH DIUJI

Pada Tanggal : 23 Februari 2009

PANITIA PENGUJI :

Ketua : Dr.Nursalam,M.Nurs.(Hons). (\_\_\_\_\_)

Anggota : 1.Ferry Efendi, S.Kep. Ns (\_\_\_\_\_)

2. Retno Indarwati. S.Kep.,Ns. (\_\_\_\_\_)

Mengetahui  
Pj. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga

**Dr. Nursalam, M.Nurs. (Hons)**  
NIP.: 140 238 226

**MOTTO**

*“Jadilah Seperti Lilin, Berani Habis Untuk Menerangi”*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas berkat kasih dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan,
2. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan, sekaligus pembimbing I, yang dengan tulus dan ikhlas telah banyak meluangkan waktunya untuk memberi bimbingan dan masukan bagi terselesainya penelitian ini,
3. Retno Indarwati, S.Kep,Ns., selaku pembimbing II yang dengan sabar dan dengan segenap hati memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis,
4. dr. Agustinus Ngasu, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kab. Ende, yang telah memberikan kesempatan untuk melanjutkan studi.
5. Drs. Kosmas Ketu Kiri, selaku Camat Wewaria dan staf, yang telah memberikan dukungan moral dalam menyelesaikan penelitian.
6. Marianus Gheta, SKM, selaku Kepala Puskesmas Welamosa beserta staf yang telah membantu peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitian
7. Dominggus G. Galgani, selaku Kepala Desa Tanali dan staf yang telah memberi ijin dan bantuan selama penelitian ini,
8. Ana Dera Suali, selaku Bidan Desa Tanali, beserta keluarga yang dengan setia mendampingi peneliti pada seluruh rangkaian kegiatan riset.

9. Kedua orang tuaku tercinta , mama sita, Kakak Elias, Kakak Ludya, Kakak Vincent, Kakak Piter, Kakak Tuty, Sugeng, Yelmin, Antonio, In, Ignatio, Getrice, Dedys, beserta seluruh keluarga (Maurole, Pemo - Wolowaru, Sokolo'o -Wolokota) tercinta yang telah ikhlas memberi dukungan moril dan materiil selama penulis menempuh studi,
10. Yang Terkasih dan tercinta Alm. Bapak Simon Bia, Mama Hadisa, dan Ade Risno, atas segala dukungan dan perhatian yang tulus dan penuh kasih kepada penulis selama menyelesaikan penyusunan skripsi dan studi,
11. Bapa Hendrik, sek, Mas Agus, Kak Ine, Tante Hartini, Ita, atas segala dukungan kepada penulis selama studi
12. Ibu Aida, Kak Yunita, dan Pa' Lalu, yang telah memberi dukungan dan membantu saya baik secara moril maupun materiil kepada penulis selama proses penyusunan proposal, penelitian dan skripsi,
13. Om Domi, Tante Evi (Juan dan Grace), Kak Fenan, Reth, Teguh, Kak Reni, April, Frana dan teman-teman FKp angkatan BX serta semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan bantuan dan dorongan semangat kepada penulis dalam penelitian dan penyusunan skripsi,
14. Kak Dion Dala, Kae Ocha Napu, Ade Lino, Kae Rinus Dawa, Tetin, In, Ekis Leta - Fataatu, Om Linus- Nuabaru, James Kelly – Anaranda, Om Anis- Sokolo'o, Liber – Waka, Viano Rany –Aemuri,
15. Seluruh kader dan responden di desa Tanali yang telah membantu dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Kasih membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

“Tak Ada Gading Yang Tak Retak”, begitu pula penulis menyadari bahwa skripsi ini tak luput dari kekurangan, tetapi penulis berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, Pebruari 2009

Penulis,



**ABSTRACT****THE ANALYSIS OF CORRELATING FACTORS ON ELDER VISITATION AT POSYANDU TANALI VILLAGE, WELAMOSA PUBLIC HEALTH CENTRE IN ENDE DISTRICT****A Cross Sectional Study****By: Bertolomeus E. Rimba**

Posyandu Lansia is one of the health care programme which aimed to serve the elderly. The program's goal was to improve and preserve the health of elder people. Hopefully, those people could take an active and do the routine part to maintain their health. However, some of those didn't come to control routinely. Many factors involved in this situation. The objective of this study was to analyze correlating factors on elder's visitation at Posyandu.

Design used in this research was a cross sectional. The population was the elder whose visiting Posyandu at Tanali's village. This study involved 50 respondents taken by simple random sampling method. The data were collected using questionnaire, and were then analyzed using Spearman's rho with significant level of  $p < 0,05$

Result showed that the visiting of the elder was quite routine, the cognizance of the elder had a weak correlation to their visitation ( $p = 0.03$ ). The elder attitude had also less correlation with their visitation by the level of  $p = 0.024$ . However, family support relatively had a slight correlation with the visits by the level of  $p = 0.015$ . As it was also shown on the correlation between the elder expectation and their visitation, by  $p = 0.022$ . Elder perception on the officer's performance less correlated to the visiting frequency by  $p = 0.02$ . And so did too on the correlation between their perception on the health care service and their visitation ( $p = 0.028$ ).

It can be concluded that knowledge, attitude, expectancy, and perception on the health care service were the correlating factors on the elder visitation at Posyandu Tanali village, Welamosa public health centre in Wewaria subdistrict of Ende. The dominant factor was the family support. Furthermore, cross sectoral cooperation, Health education on the beneficence of Posyandu to families and elder as effort of improving health care service in Welamosa's Health Centre working area in Wewaria subdistrict.

**Keywords:** *Knowledge, attitude, expectancy, family support, perception on officer's performance and health care service, visitation to the posyandu lansia.*

## DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul .....	i
Cover Dalam .....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....	v
Motto .....	vi
Ucapan Terima Kasih.....	vii
Abstract.....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Dasar Lansia .....	8
2.1.1 Pengertian Lansia.....	8
2.1.2 Perubahan Mental Pada Lansia.....	9
2.1.3 Perubahan Psikososial.....	10
2.1.4 Perubahan Spiritual.....	10
2.1.5 Perubahan Pada System Muskuloskeletal.....	11
2.1.6 Konsep non- pelayanan Kesehatan Pada Lansia.....	12
2.1.7 Konsep Pelayanan Kesehatan Pada lansia.....	17
2.1.8 Aspek Hukum Dan Etika.....	18
2.2 Konsep Motivasi.....	21
2.2.1 Pengertian Motivasi.....	22
2.2.2 Proses Motivasi.....	22
2.2.3 Hubungan Motivasi Dan Perilaku.....	23
2.2.4 Macam – macam Motivasi.....	24
2.2.5 Motivasi Dalam Kesehatan.....	26
2.3 Konsep Posyandu Lansia.....	28
2.3.1 Defenisi Posyandu Lansia.....	28
2.3.2 Tujuan Posyandu Lansia.....	29
2.3.3 Kegiatan Pelaksanaan Posyandu Lansia.....	31
2.3.4 Pelayanan Kesehatan Posyandu Lansia.....	32

2.3.5	Jenjang Posyandu Lansia .....	36
2.4	Konsep Perilaku Dan Perilaku Kesehatan.....	37
2.4.1	Klasifikasi Perilaku.....	37
2.4.2	Klasifikasi Perilaku Kesehatan.....	38
2.4.3	Determinan (Faktor Penyebab) Perilaku .....	39
2.5	Pengetahuan.....	40
2.6	Sikap.....	44
2.7	Status Ekonomi.....	46
2.8	Peran dan Dukungan Keluarga.....	47
2.9	Konsep Harapan.....	56
2.9.1	Defenisi Harapan.....	56
2.9.2	Faktor Pembentuk Harapan.....	57
2.9.3	Pengelompokkan Harapan.....	59
2.9.4	Mekanisme Untuk Memahami Harapan.....	61
2.10	Konsep Persepsi.....	62
2.10.1	Defenisi Persepsi.....	62
2.10.2	Proses Persepsi.....	64
2.10.3	Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi.....	70
2.11	Konsep Dukungan Sosial .....	71
2.11.1	Pengertian Dukungan Sosial.....	71
2.11.2	Jenis Dukungan Sosial.....	71
2.11.3	Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kesehatan.....	72
2.11.4	Sumber Dukungan Sosial.....	73
2.11.5	Alasan Menolak Dukungan Sosial.....	74
2.11.6	Manfaat Dukungan Sosial.....	74
2.11.7	Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup.....	75
<b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS</b>		
	<b>PENELITIAN.....</b>	<b>77</b>
3.1	Kerangka Konseptual.....	77
3.2	Hipotesis Penelitian.....	89
<b>BAB IV METODE PENELITIAN.....</b>		<b>80</b>
4.1	Desain Penelitian.....	80
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling.....	80
4.2.1	Populasi.....	80
4.2.2	Sampel.....	81
4.2.3	Besar Sampel.....	81
4.2.4	Sampling.....	82
4.3	Variabel Penelitian.....	82
4.3.1	Variabel Independen.....	83
4.3.2	Variabel Dependen.....	83
4.3.3	Defenisi Operasional.....	83
4.4	Instrumen Penelitian.....	89
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	91
4.6	Prosedur Pengambilan Dan Pengumpulan Data.....	92
4.7	Kerangka Operasional.....	93
4.8	Cara Analisis Data.....	94
4.9	Etik Penelitian.....	95
4.9.1	<i>Inform Consent</i> .....	96

4.9.2	<i>Anonimity</i> .....	96
4.9.3	<i>Confidentiality</i> .....	96
4.10	Keterbatasan penelitian.....	96
4.10.1	Feasibility .....	97
4.10.2	Desain .....	97
4.10.3	Instrumen.....	97
BAB. V HASIL DAN PEMBAHASAN.....		98
5.1	Hasil Penelitian .....	98
5.1.1	Karakteristik Lokasi Penelitian.....	98
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	99
5.1.3	Data Khusus .....	106
5.2	Pembahasan .....	113
BAB. VI KESIMPULAN DAN SARAN.....		122
6.1	Kesimpulan .....	122
6.2	Saran .....	123
DAFTAR PUSTAKA.....		124
LAMPIRAN - LAMPIRAN.....		127

## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual tentang Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia Di Posyandu Lansia.....	78
Gambar 4.1 : Kerangka Operasional tentang Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia Di Posyandu Lansia.....	94
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin .....	101
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan umur.....	101
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan riwayat pekerjaan.....	102
Gambar 5.4 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	102
Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan.....	103
Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Kesehatan Saat Ini .....	103
Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan.....	104
Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap.....	104
Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Harapan.....	105
Gambar 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi .....	105
Gambar 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga...	106
Gambar 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Lansia Terhadap Sikap Petugas.....	106
Gambar 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Kunjungan ke Posyandu Lansia .....	107

**DAFTAR TABEL**

	Hal
Tabel 4.1	Definisi Operasional ..... 84
Tabel 5.1	Distribusi Data Pengetahuan Lansia Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia..... 110
Tabel 5.2	Distribusi Data Sikap Lansia Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia ..... 111
Tabel 5.3	Distribusi Data Harapan Lansia Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia ..... 112
Tabel 5.4	Distribusi Data Persepsi lansia Terhadap Sikap Petugas Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia ..... 113
Tabel 5.5	Distribusi Data Dukungan Keluarga Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia ..... 114
Tabel 5.6	Distribusi Data Persepsi Lansia Tentang Pelayanan Kesehatan Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia..... 115

## DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1 : Lembar Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian .....	127
Lampiran 2 : Lembar permintaan Menjadi Responden .....	128
Lampiran 3 : Surat Keterangan Mengadakan Penelitian.....	130
Lampiran 4 : Lembar pernyataan Menjadi Responden.....	131
Lampiran 5 : Lembar Kuesioner Responden .....	132
Lampiran 6 : Data Demografi Responden.....	140
Lampiran 7 : Data Pengetahuan Responden.....	141
Lampiran 8 : Data Sikap Responden.....	142
Lampiran 9 : Data Harapan Responden.....	143
Lampiran 10 : Data Persepsi Lansia Terhadap Sikap Petugas.....	144
Lampiran 11 : Data Dukungan Keluarga.....	145
Lampiran 12 : Data Persepsi Lansia Terhadap Pelayanan Kesehatan....	146
Lampiran 13 : Data Kunjungan Lansia.....	147
Lampiran 14 : Data Analisis Uji Statistik.....	148
Lampiran 15 : Rekomendasi Izin Penelitian dari Camat Wewaria.....	161
Lampiran 16 : Rekomendasi Izin Penelitian dari Kepala Desa Tanali .....	162
Lampiran 17 : Surat Keterangan Penelitian dari Kepala Puskesmas. Welamosa.....	163
Lampiran 18 : Surat Keterangan Selesai Penelitian dari CamatWewaria.....	164
Lampiran 19 : Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Kepala Desa Tanali.....	165

## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta peningkatan status gizi masyarakat, menurunnya angka kematian bayi dan anak, dan meningkatnya pengawasan terhadap penyakit infeksi maka umur harapan hidup manusia semakin meningkat (Nugroho, 2000). Jumlah penduduk di Indonesia yang berusia lebih dari 60 tahun pada tahun 2005 diperkirakan akan mencapai 19,9 juta (8,48% penduduk Indonesia). Jumlah ini akan meningkat menjadi 11,34 % pada tahun 2020, dengan demikian dapat menimbulkan permasalahan kompleks seperti masalah kesehatan baik fisik maupun mental (Hawort, 2008). Untuk mengantisipasinya dilaksanakan berbagai upaya preventif dan promotif diantaranya program Posyandu lansia di setiap puskesmas (Efendi,2000). Melalui posyandu ini pelayanan kesehatan bagi lansia dapat lebih mudah dilaksanakan dengan tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. Tujuan dari pelayanan ini agar lansia dapat mempertahankan kondisi kesehatannya sehingga tetap produktif dan berperan aktif di lingkungan keluarga dan masyarakat. Namun pada kenyataannya, masih banyak Lansia yang tidak teratur memeriksakan kesehatannya secara rutin baik di Posyandu lansia maupun di puskesmas. Rendahnya jumlah kunjungan lansia tidak terlepas dari masalah sosial ekonomi, pendidikan dan tingkat pengetahuan lansia (Notoadmodjo,2005) serta dukungan keluarga (Depsos, 2006). Disamping itu rendahnya kunjungan lansia di Kab. Ende disebabkan antara lain kondisi geografis yang berbukit – bukit,



anggota keluarga sibuk dengan perannya masing-masing (Murodion,2004). Berdasarkan keterangan petugas kesehatan didapatkan bahwa tingkat pengetahuan dan pendidikan lansia, status ekonomi dan jarak diduga dapat mempengaruhi rendahnya kunjungan, selain itu kurangnya dukungan dari tokoh masyarakat, tokoh adat dan aparatur desa. Selain itu jenis kegiatan yang hanya meliputi pengukuran tekanan darah, penimbangan Berat Badan (BB) dan pengobatan sederhana juga di prediksi dapat berpengaruh terhadap kunjungan posyandu Lansia. Namun faktor – faktor yang berhubungan dengan kunjungan lansia ke posyandu belum diketahui dengan jelas.

Pada lansia terjadi perubahan biologis karena proses penuaan dimana fungsi organ akan berkurang. Adapun penyakit pada populasi lansia berbeda perjalanan dan penampilannya dengan yang terdapat pada populasi lain. Menurut Stiglietz (Darmojo,1997) penyakit ini bersifat multipatologi atau mengenai multi organ yang bersifat degeneratif dan saling terkait. Kurang lebih 75% penduduk lansia menderita penyakit kronik. Di posyandu lansia terdapat 5 (lima) penyakit utama antara lain penyakit autoimun (39,1%), anemia (8,6%), infeksi saluran pernapasan (26,1%), dan penyakit jantung-pembuluh darah yakni hipertensi (17,4%) dan hipotensi (8,6%) (Data Posyandu Lansia Tanali, bulan November 2008,). Penyakit-penyakit tersebut membutuhkan obat-obatan dan perawatan yang berkesinambungan melalui berbagai pusat pelayanan seperti Posyandu lansia. Namun berdasarkan hasil pengumpulan data awal mengenai kunjungan lansia di Posyandu lansia Desa Tanali Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende tahun 2008 adalah jumlah lansia 57 orang namun yang berkunjung dari awal Januari hingga Juni 2008 adalah

23 - 26 orang ( 40 % - 45 %). Hal ini menunjukkan bahwa rendahnya kunjungan para Lansia untuk memeriksakan kesehatan secara berkala di Posyandu lansia, karena masih jauh dari cakupan atau target pelayanan pada lansia sebesar 70% (Dinkes Kab. Ende, 2008).

Puskesmas merupakan salah satu ujung tombak pelayanan di tingkat masyarakat dan berperan dalam membentuk Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) lansia (Effendi, 2000). Oleh karena itu para lansia sebaiknya melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur. Pelayanan oleh posyandu di desa Tanali sudah berlangsung 3 (tiga) tahun dengan jenis kegiatan yang meliputi penimbangan BB, pengukuran Tinggi Badan (TB) dan Tekanan Darah serta pengobatan sederhana (Data Posyandu Lansia Tanali Bulan September, 2008). Berdasarkan standar jenis kegiatan lansia yang ditetapkan oleh pemerintah, beberapa jenis kegiatan belum dilaksanakan seperti pemeriksaan laboratorium sederhana, karena pertimbangan kekurangan sarana dan prasarana. Letak posyandu yang jauh dan kurangnya dukungan keluarga baik material maupun moril seperti berkenan mengantarkan lansia ke Posyandu. Selain itu persepsi lansia menilai bahwa pelayanan posyandu lebih diperuntukkan untuk lansia yang sakit dan petugas kesehatan adalah orang yang mengendalikan pelaksanaan kegiatan posyandu sehingga sangat berdampak pada rendahnya kunjungan lansia ke posyandu. Hal ini tentunya akan berpengaruh pada kesehatan fisik dan psikis lansia itu sendiri. Pada lansia yang tidak mengikuti kegiatan posyandu maka kondisinya tidak terobservasi sehingga status kesehatan tidak dapat terdeteksi bila menderita sakit, misalnya lansia dengan Hipertensi harus teratur memeriksakan tekanan

darah. Pemeriksaan secara teratur mempunyai nilai preventif yang tinggi karena tiap gejala awal yang tidak disadari sebagai permulaan penyakit akan mudah dideteksi dan penanggulangannya juga tidak terlambat.

Berbagai upaya yang dilakukan oleh petugas puskesmas, antara lain memberi informasi kepada aparatur desa jadwal Posyandu lansia sehingga dapat mengingatkan lansia atau keluarga dengan lansia untuk mengikuti kegiatan Posyandu lansia, melakukan kunjungan rumah pada lansia yang sakit kronis dan mengajak memeriksakan kesehatannya serta memberi informasi tentang pentingnya mengikuti pelayanan kesehatan diposyandu lansia dalam mendeteksi perubahan yang menyimpang. Adapun solusi lain yang di berikan antra lain yakni menambah jenis kegiatan di posyandu sesuai dengan standard yang berlaku. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang “ Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende”.

## **1.2 Rumusan masalah**

1. Adakah hubungan antara tingkat pengetahuan lansia dengan kunjungan lansia di posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kab. Ende ?
2. Adakah hubungan antara sikap lansia dengan kunjungan lansia di posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kab. Ende ?
3. Adakah hubungan antara harapan lansia dengan kunjungan lansia di posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kab. Ende ?

4. Adakah hubungan antara persepsi lansia tentang jenis kegiatan dengan kunjungan lansia di posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kab. Ende ?
5. Adakah hubungan antara dukungan keluarga dengan kunjungan lansia di posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kab. Ende ?
6. Adakah hubungan antara persepsi lansia tentang sikap petugas kesehatan dengan kunjungan lansia di posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kab. Ende ?

### **1.3 Tujuan**

#### 1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan faktor yang berhubungan dengan kunjungan Lansia di Posyandu Lansia Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende.

#### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kunjungan lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
2. Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan lansia dengan kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
3. Menganalisis hubungan sikap lansia dengan kunjungan lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
4. Menganalisis hubungan harapan lansia tentang pelayanan di Posyandu dengan kunjungan lansia Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende

5. Menganalisis hubungan persepsi lansia dengan kunjungan lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
6. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
7. Menganalisis hubungan persepsi lansia tentang sikap petugas dengan kunjungan lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende

#### **4) Manfaat penelitian**

##### 1.4.1 Teoritis

Pengembangan *body of knowledge* keperawatan gerontik yaitu mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan kunjungan lansia di Posyandu lansia, sehingga dapat meningkatkan Ilmu Keperawatan Gerontik melalui pendekatan proses keperawatan.

##### 1.4.2. Praktis

###### 1) Lansia

Faktor - faktor yang berhubungan dengan kunjungan lansia di posyandu dapat diketahui sehingga, memotivasi lansia untuk melakukan pemeriksaan di posyandu lansia

###### 2) Perawat Komunitas – Geriatrik

Memudahkan pelayanan keperawatan dalam mengidentifikasi faktor – faktor yang berhubungan dengan kunjungan lansia di Posyandu

3) Puskesmas dan Dinas Kesehatan

1) Meningkatkan pelayanan kesehatan lansia di Puskesmas dengan memperhatikan faktor – faktor yang berhubungan dengan kunjungan lansia di Posyandu

2) Meningkatkan pelayanan kesehatan kepada lansia dengan pemberian sarana dan prasarana yang menunjang di posyandu lansia

4) Penelitian Selanjutnya

Hasil Penelitian ini akan digunakan sebagai acuan penelitian berikutnya yang berhubungan dengan kunjungan lansia di posyandu lansia

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan menguraikan beberapa konsep teori yang terkait antara lain: Konsep Dasar Lansia, konsep motivasi dalam kesehatan, konsep perilaku dan perilaku kesehatan, faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor jangkauan pelayanan kesehatan serta peran dan dukungan keluarga, persepsi dan harapan

#### **2.1 Konsep Dasar Lansia**

##### **2.1.1 Pengertian Lansia**

Menurut para ahli Gerontologi (Nugroho, 2000) bahwa usia lanjut bukan suatu penyakit, melainkan suatu masa atau tahap manusia, dari bayi, anak, dewasa, tua dan usia lanjut.

Menurut WHO lanjut usia meliputi :

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

Dalam mendefinisikan batasan lanjut usia menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, ada tiga aspek yang perlu dipertimbangkan, yaitu aspek biologi, aspek ekonomi dan aspek social (BKKBN,1998). Secara Selanjutnya usia lanjut adalah merupakan suatu proses yang alami. Mengapa terjadi tua merupakan suatu masalah yang secara ringkas dapat dijelaskan sebagai berikut: “ banyak orang ingin panjang umur tetapi tidak mau ingin menjadi tua”.

### 2.1.2 Perubahan mental pada lansia

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental
  - 1) Faktor Perubahan fisik, khususnya organ perasa
  - 2) Kesehatan umum
  - 3) Tingkat pendidikan
  - 4) Keturunan (hereditas)
  - 5) lingkungan
2. Kenangan (memory)
  - 1) Kenangan jangka panjang, dimana dapat berlangsung sehari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan.
  - 2) Kenangan jangka pendek, dimana pada 10 menit pertama  
Menurut Sheiera Saul (Nugroho, 2000) lansia dipandang sebagai masa senium (pikun), yang disebabkan oleh kerusakan bagian-bagian otak, dan menurut Masdani (Nugroho, 2000) dimulai dari usia 65 tahun keatas. Selain itu menurut Kusumoputro (2004) memang benar sebagai warga lansia sering lupa yang wajar (*Benign Forget fullness*), dan terjadi diatas usia 60 tahun.
3. IQ (*Intelegentia Quantion*)
  - 1) Tidak berubah dengan formasi matematika dan perkataan verbal
  - 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor, terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan dari faktor waktu.

### 2.1.3 Perubahan psikososial



Perubahan-perubahan psikomotor pada lansia dapat dipengaruhi oleh faktor :

1. Pensiun, dimana nilai seseorang diukur dari produktivitasnya, identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan
2. Merasakan sadar akan kematian
3. Perubahan dalam cara hidup yaitu memasuki perawatan bergerak lebih sempit
4. Ekonomi, akibat pemberhentian dari jabatan
5. Penyakit kronis dan ketidak mampuan
6. Kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial
7. Gangguan saraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian
8. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan
9. Rangkaian dari kehilangan yaitu kehilangan hubungan dari teman-teman dan famili
10. Hilangnya kekuatan dan ketegangan fisik, perubahan terhadap gambaran diri dan perubahan diri.

#### **2.1.4 Perubahan spiritual**

Perubahan sepiritul pada usia lanjut dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1. Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupan
2. Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaanya, hal ini dapat terlihat dalam berpikir dan bertindak sehari-hari.
3. Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut folwer adalah universalizing

4. Perkembangan yang dicapai pada tingkat bertindak dengan cara memberikan contoh
5. Tindakan rasa bersalah akibat dosa yang diperbuat serta mendekatkan diri pada kehidupan spiritual.

#### **2.1.5 Perubahan Pada System Muskuloskeletal (Stanley,2007)**

1. Penurunan tinggi badan orogresif yang di sebabkan oleh penyempitan discus intervertebra, dengan implikasi postur tubuh bungkuk dengan penampilan *barrel-chest*
2. Kekakuan rangka tulang dada pada keadaan mengembang, dengan implikasi peningkatan risiko jatuh
3. Penurunan produksi tulang kortikal dan trabekular, dengan implikasi klinis peningkatan risiko fraktur
4. Penurunan mass otot dengan kehilangan lemak subkutan, dengan implikasi klinis kontur tubuh yang tajam, penkajian status hidrasi sulit dan penurunan kekuatan otot
5. Waktu untuk kontraksi dan relaksasi muscular memanjang, dengan implikasi perlambatan waktu untuk bereaksi
6. Kekakuan ligament dan sendi, dimana terdapat kemunduran kartilago sendi dan sebagian besar terjadi pada sendi-sendi yang menahan berat serta pembentukan tulang dipermukaan sendi. Komponen-komponen kapsul sendi pecah dan kolagen yang terdapat pada jaringan penyambung meningkatsecara progresif yang jika tidak dipakai lagi, mungkin menyebabkan inflamasi, nyeri, penurunan mobilitas sendi dan deformitas.

Hal tersebut dapat meningkatkan risiko cedera. Salah satu kasus yang sering menyerang system musculoskeletal pada lansia yakni rheumatic.

### **2.1.6 Konsep non-pelayanan kesehatan pada lanjut usia**

Pelayanan non-kesehatan pada lansia bisa diwujudkan melalui pendekatan perawatan yang meliputi :

#### **1. Pendekatan fisik**

Perawatan fisik secara umum dapat dibedakan menjadi :

- 1) Klien lanjut usia yang masih aktif keadaan fisik masih bagus mampu melaksanakan kegiatan sehari-hari tanpa bantuan orang lain
- 2) Klien lanjut usia yang pasif atau tidak bisa bangun, keadaan lumpuh atau sakit.

Sedangkan untuk para lansia yang masih aktif berikan bimbingan mengenai kebersihan gigi dan mulut, badan, rambut dan kuku, kebersihan tempat tidur serta posisi tidur.

Komponen pendekatan fisik yang lebih mendasar adalah memperhatikan dan membantu lansia untuk :

- 1) Makan minum
- 2) Melakukan eliminasi
- 3) Tidur dengan posisi yang baik
- 4) Kebutuhan istirahat
- 5) Kebutuhan kebersihan tubuh

Tugas kita adalah memotivasi klien lansia agar mau melaksanakan komponen diatas sehingga ketahanan tubuh mereka tetap terjaga, selain itu

diperhatikan keluhan dan pendapat mereka, sentuhan terkadang sangat berarti bagi mereka.

## 2. Pendekatan psikis

Perawat mempunyai peranan sangat penting untuk mengadakan pendekatan edukatif. Perawat berperan sebagai supporter interpreter dan sebagai sahabat.

Pada dasarnya lansia membutuhkan rasa aman dan cinta kasih dari lingkungannya sehingga kita harus mampu menciptakan suasana tersebut. Disamping itu kita harus bias membangkitkan semangat dan kreasi dalam memecahkan dan mengurangi rasa putus asa, rendah diri, rasa keterbatasan sebagai ketidakmampuan fisik dan kelainan yang dideritanya. Hal ini perlu dilakukan karena perubahan psikologi terjadi bersamaan dengan lanjutan usia.

Perubahan yang mungkin terjadi yaitu :

- 1) Menurunnya daya ingat
- 2) Berkurangnya gairah dan keinginan
- 3) Peningkatan kewaspadaan
- 4) Perubahan pola tidur
- 5) Pergeseran libido

Bila kita ingin merubah tingkahlaku dan pandangan mereka lakukan secara bertahap dan usahakan agar masa lansia mereka tetap merasa puas dan bahagia.

## 3. Pendekatan sosial

Pendekatan social ini merupakan suatu pegangan bagi perawat bahwa orang yang dihadapi adalah makhluk sosial yang butuh orang lain. Dalam

pelaksanaan perawat dapat melaksanakan hubungan sosial antara mereka dan perawat. Berikan kesempatan yang seluas-luasnya pada lansia untuk berkomunikasi, rekreasi atau aktivitas lain, selain itu juga perlu lansia dilarang untuk mengetahui dunia luar seperti menonton televisi, mendengarkan radio atau membaca surat kabar.

Menurut Darmono (1997), hal-hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan pelayanan kesejahteraan sosial bagi lansia antara lain :

- 1) Pelayanan lansia merupakan populasi heterogen, dimana tidak semua lansia memerlukan pelayanan sosial dalam bentuk yang sama, karena adanya beberapa perbedaan kesehatan maupun kesejahteraan pada lansia.
- 2) Jenis pelayanan yang dibutuhkan sangat bervariasi, aspek fungsional individu lansia tergantung dari tiga faktor yaitu : fisik, psikis, sosial ekonomi. Sehingga banyak segi pelayanan yang dibutuhkan oleh lansia.
- 3) Heterogenitas populasi lansia menurut Allen (Darmojo, 2000) ditinjau dari aspek fungsional dan kesehatannya diklarifikasikan sebagai berikut :
  - (1) Populasi lansia yang sehat, yaitu secara fungsional tidak tergantung pada orang lain.
  - (2) Populasi lansia dengan penyakit akut, dimana perlu pelayanan kesehatan khusus yang meliputi bangsal akut dan rehabilitasi, dibedakan atas
    1. Lansia dengan sakit akut ringan dan sedang
    2. Lansia dengan sakit akut berat, dimana perlu pelayanan geriatrik yang lengkap dan spesialis, perlu dirawat pada bangsal geriatrik akut

3. Lansia yang sakit kronis tapi bisa mandiri dirumah, perlu perawatan dan pelayanan geriatrik dibangsal kronis atau panti rawat werdha
4. Lansia dengan gangguan mental, dimana perlu diberikan pelayanan psikogeriatri
5. Lansia dengan status perlu rehabilitasi
6. Lansia dengan penyakit terminal

Pelayanan kesehatan sosial bagi lansia meliputi :

1. Club lansia
  - 1) *Day care* yaitu pemeriksaan kesehatan bagi lansia
  - 2) Membentuk usaha ekonomi atau koperasi
  - 3) Pengadaan dan pengiriman makanan
  - 4) Upaya pendalaman keagamaan
2. Pelayanan bantuan rumah
  - 1) Mengerjakan berbagai kegiatan rumah tangga
  - 2) Pemberian rawat dan rehabilitasi
3. Hunian khusus lanjut usia
  - 1) Perumahan khusus lansia
  - 2) Perumahan lansia yang terlindungi, yaitu kelompok rumah dengan fasilitas khusus lansia yang mempunyai keterbatasan fisik
  - 3) Panti werdha, yaitu institusi hunian untuk lansia yang secara fisik masih mandiri, tetapi punya keterbatasan dibidang sosial dan ekonomi

- 4) Panti rawat werdha, yaitu institusi hinian lansia yang menderita penyakit kronik sehingga perlu perawatan dan rehabilitasi jangka panjang
- 5) *Respite care*, pelayanan berupa adonesia sementara bagi lansia dengan penyakit kronik yang tadinya dirawat dirumah dengan maksud untuk memberikan istirahat bagi keluarga yang merawatnya agar tidak jenuh.

#### 4. Pendekatan spiritual

Perawat harus memberikan pelayanan yang baik kepuasan batin dalam hubungannya dengan tuhan atau agama yang dianutnya, terutama bila klien lansia dalam keadaan sakit atau mendekati kematian seperti yang dikemukakan oleh Sehabudi (Nugroho, 2000) bahwa maut seringkali menggugah rasa takut. Rasa takut tersebut didasari oleh berbagai macam faktor seperti ketidakpastian akan pengalaman selanjutnya dan akan rasa sakit yang menyertainya, kegelisahan untuk tidak berkumpul lagi dengan keluarga dan lingkungan sekitar.

Perawat bisa memberi kesempatan kepada lansia untuk :

- 1) Melaksanakan kewajiban terhadap agama yang dianut
- 2) Melaksanakan ibadah
- 3) Membaca kitab suci
- 4) Memberikan bimbingan rohani

Bila dikaitkan dengan kematian, umumnya pada waktu kematian menurut agama dan kepercayaan seseorang merupakan faktor yang penting

sekali. Kehadiran rohaniawan mungkin perlu untuk melapangkan dada klien lansia.

### **2.1.7 Konsep Pelayanan Kesehatan Pada Lansia**

Untuk mengatasi masalah kesehatan lansia, upaya yang dilakukan pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi:

#### 1. Upaya pembinaan kesehatan

Tujuan pembinaan kesehatan bagi lansia adalah meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berguna dalam kehidupan sesuai dengan keberadaannya dalam masyarakat. Dengan demikian, kemandirian, kegunaan dan kesejahteraan lansia dapat dijadikan kriteria akan kualitas hidupnya.

#### 2. Upaya pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada lansia dikelompokkan dalam:

- 1) Upaya peningkatan/Promosi kesehatan
- 2) Upaya pencegahan/*Prevention*
- 3) Diagnosa dini dan pengobatan/*Early diagnosis and prompt treatment*
- 4) Pembatasan kecacatan/*Disability limitation*
- 5) Upaya pemulihan/Rehabilitasi

#### 3. Upaya perawatan

Perawatan lansia bertujuan mempertahankan kesehatan dan kemampuan lansia dengan jalan perawatan *peningkatan/promotive, pencegahan/preventive* serta membantu mempertahankan dan membesarkan



semangat hidup mereka, selanjutnya perawatan menolong dan merawat lansia yang menderita penyakit dan gangguan tertentu (Depkes RI,1982).

#### 4. Upaya pelembagaan lansia

Lansia merupakan masalah aktual yang harus diselesaikan secara bersamaan. Untuk itu diperlukan sarana infrastruktur yang baru dalam menghadapi kebutuhan sosial, medik, finansial serta emosional lansia (Hardywineto, 1999). Lansia memerlukan motivasi dan fasilitas dari petugas yang terkait, antara lain dengan membentuk klub lansia atau karang werdha untuk lansia yang berada di lingkungan keluarga atau perumahan, sedangkan untuk lansia yang secara fisik/kesehatan masih mandiri tetapi memiliki keterbatasan sosial ekonomi dapat ditampung di panti werdha dimana seluruh kebutuhan harian lansia disediakan oleh pengurus panti (Darmojo, 1999)

### 2.1.8 Aspek Hukum Dan Etika

#### 1. Hubungan lansia dengan keluarga

Berbagai isu hukum dan etika yang sering terjadi pada hubungan lansia dengan keluarganya adalah :

##### 1. Pelecehan dan ditelantarkan (*abuse and neglect*).

Pelecehan dan ditelantarkan merupakan keadaan atau tindakan yang menempatkan seseorang dalam situasi kacau, baik mencakup status kesehatan, pelayanan kesehatan, pribadi, hak memutuskan, kepemilikan maupun pendapatannya. Pelaku pelecehan dapat dari pasangan hidup, anak lelaki maupun perempuan bila pasangan hidupnya telah meninggal dunia atau orang lain. Pelecehan atau ditelantarkan dapat berlangsung lama

atau dapat terjadi reaksi akut, bila suasana sudah tidak bertanggung lagi.

2. Tindak Kejahatan (*crime*).

Lansia pada umumnya lebih takut terhadap tindak kejahatan bila dibandingkan dengan ketakutan terhadap penyakit dan pendapatan yang berkurang. Kerugian yang diderita oleh mereka tidak melebihi penderitaan yang dialami oleh kaum muda. Hanya akibat yang ditimbulkan pada lansia lebih parah, berupa rasa ketakutan, kesepian, merasa terisolasi dan tidak berdaya.

3. Pelayanan Perlindungan (*Protective Services*)

Pelayanan perlindungan adalah pelayanan yang diberikan kepada para lansia yang tidak mampu melindungi dirinya terhadap kerugian yang terjadi akibat mereka tidak dapat merawat diri mereka sendiri atau dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Pelayanan perlindungan bertujuan memberikan perlindungan kepada lansia, agar kerugian yang terjadi ditekan seminimal mungkin. Pelayanan yang diberikan akan menimbulkan keseimbangan di antara kebebasan dan keamanan. Jenis pelayanan yang diberikan dapat berupa pelayanan medik, sosial, atau hukum.

4. Persetujuan tertulis (*informed consent*)

Persetujuan tertulis merupakan suatu persetujuan yang diberikan sebelum prosedur atau pengobatan diberikan kepada seseorang lansia atau penghuni panti. Syarat bila seseorang lansia memberikan persetujuan adalah ia masih kompeten dan telah

mendapatkan informasi tentang manfaat dan resiko dari suatu prosedur atau pengobatan tertentu yang diberikan kepadanya. Bila seorang lansia inkompeten, persetujuan diberikan oleh pelindung atau seorang wali

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

Berbagai faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan yang mempengaruhi kualitas kehidupan lansia adalah :

- 1) Kemajuan ilmu kedokteran di bidang diagnostik seperti CT-scan dan katerisasi jantung, MRI, dan sebagainya.
- 2) Kemajuan di bidang pengobatan seperti transplantasi organ, radiasi.
- 3) Bertambahnya resiko pengobatan
- 4) Biaya pengobatan yang rneningkat
- 5) Manfaat pengobatan yang masih diragukan
- 6) Data base yang diperlukan sebagai dasar pengambilan keputusan.

2. Keterbatasan sumber daya manusia

Terbatasnya kuantitas dan kualitas tenaga yang dapat memberi pelayanan serta perawatan kepada lansia secara bermutu dan berkelanjutan mengakibatkan keterlambatan dalam mengetahui tanda-tanda dini adanya suatu permasalahan hukum dan etika yang sedang terjadi. Dengan demikian, upaya mengatasinya secara benar oleh

tenaga yang berkompeten sering dilakukan terlambat dan permasalahannya sudah berlarut (Hardywinoto,1999).

### 3. Aspek psikologik dan perilaku (Kepribadian)

Kepribadian tidak lain merupakan suatu kesatuan fungsional yang khas bagi setiap manusia, yang mencerminkan corak kebiasaan seseorang dalam mengadakan reaksi terhadap segala rangsangan (baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya), sehingga setiap individu mempunyai cirri yang saling berbeda. Mengingat komponen yang menggambarkan corak kebiasaan seseorang dalam bereaksi tercermin dalam perilaku sehari-hari, tentunya perilaku para lansia dapat diidentikkan dengan kepribadian mereka.

Pendapat umum sering kali mengidentikkan para lansia sebagai kelompok yang lemah, merepotkan, rapuh, tersingkir, keluhannya selalu bermacam-macam dan kalau sakit sering cerewet, mudah mengalami depresi, sulit menyesuaikan diri dan masih banyak hal lain lagi, yang negatif (Hardywinoto 1999).

## **2.2 Konsep Motivasi**

### **2.2.1 Pengertian motivasi**

Motivasi adalah konsep yang menggambarkan kondisi ekstrinsik yang merangsang perilaku tertentu dan respon intrinsik yang menampakkan perilaku manusia (Swamburg, 2000) menurut pendapat Handoko (1995) motivasi adalah keadaan pribadi seorang yang mendorong keinginan individu melakukan kegiatan guna mencapai suatu tujuan. Menurut Muchlas (1995) motivasi merupakan hasil

dari antara individu dan situasinya, sehingga setiap manusia mempunyai motivasi yang berbeda antar yang satu dengan yang lainnya. Motivasi sukar diukur dan diamati secara langsung, tetapi dapat diduga dari perilaku manusia. Pendapat yang sama dikemukakan oleh Ghiseli & Brown (1995), bahwa motivasi seseorang sangat sukar, namun demikian bukan berarti seseorang tidak dapat diukur. Ada tiga cara melihat motivasi seseorang, yakni :

- (1) Dengan melihat karakteristik perilaku,
- (2) Dengan menggunakan pertanyaan lewat wawancara atau angket,
- (3) Dengan menggunakan sistem proyeksi baik berupa gambar-gambar atau cerita yang bersifat ambisius.

Sedangkan Irwanto (1997) memberi batasan bahwa motivasi merupakan penentu perilaku manusia. Ada tidaknya perilaku manusia ditentukan oleh ada tidaknya motivasi dalam diri manusia tersebut hal ini karena setiap perilaku manusia selalu didasari oleh motivasi.

Motivasi bukan merupakan hal yang dapat diamati secara langsung (Suryabrata, 1995) motivasi adalah konstruk teoritis mengenai terjadinya perilaku (Irwanto, 1997), sedangkan Sumanto (1997) menyatakan bahwa keadaan motivasi diinterpretasikan dari perilaku yang ditampilkan.

### **2.2.2 Proses motivasi**

Dipandang dari segi motivasinya, perilaku manusia selalu terjadi dalam tiga tahap yang berurutan. Tahap-tahap tersebut yaitu pernyataan motivasi, perilaku motivasi dan keadaan kepuasan (Makmun, 2000).

- 1) Pernyataan motivasi

Timbulnya kekuatan dan terjadinya kesiapsiagaan sebagai akibat dirasakan kebutuhan jaringan atau sekresi hormonal didalam diri individu atau terangsang oleh stimuli tertentu. Kebutuhan yang dimaksud disini adalah kekurangan yang dialami atau dirasakan individu pada satu waktu tertentu, baik bersifat fisiologis, psikologis, dan sosiologis.

## 2) Perilaku motivasi

Bergeraknya individu kearah tujuan tertentu sesuai dengan sifat kebutuhan yang hendak dipenuhi dan dipuaskan. Setiap perilaku manusia bersifat instrumental, sadar atau tidak sadar.

## 3) Keadaan kepuasan

Dengan dicapainya tujuan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan, maka keseimbangan dalam diri individu pulih kembali. Kondisi ini dapat dihayati sebagai nikmat yang puas. Dengan demikian Hemeostatis dalam tubuh terpenuhi. Tetapi bila tujuan tidak tercapai, maka terjadi peningkatan ketegangan dan individu dapat jatuh dalam kondisi kecewa, individu mungkin mencari jalan alternatif untuk mencapai tujuan, sehingga proses motivasi terjadi pola melingkar.

### **2.2.3 Hubungan Motivasi Dan Perilaku**

Menurut Irwanto (1997), walaupun motivasi menggerakkan perilaku, tetapi hubungan antara keduanya ini cukup kompleks. Ciri-ciri motivasi dalam perilaku antara lain :

- 1) Penggerakkan perilaku yang menggejala dalam bentuk tanggapan-tanggapan yang bervariasi. Motivasi tidak hanya merangsang suatu perilaku tertentu

saja, tetapi merangsang sebagai kecenderungan berperilaku yang memungkinkan tanggapan yang berbeda-beda.

- 2) Kekuatan dan efisiensi perilaku mempunyai hubungan yang bervariasi dengan kekuatan yang determinan. Rangsangan yang lemah mungkin menimbulkan reaksi hebat atau sebaliknya.
- 3) Memotivasi mengarahkan perilaku pada tujuan tertentu
- 4) Penguatan positif menyebabkan suatu perilaku tertentu cenderung untuk diulang kembali
- 5) Kekuatan perilaku akan melemah bila akibat perbuatan itu bersifat tidak menyenangkan.

#### **2.2.4 Macam-macam motivasi**

Klasifikasi motivasi ada beberapa macam, tergantung pada para ahli masing-masing menurut Woodward (Suryabrata, 1995), motivasi dibedakan menjadi tiga macam yaitu :

- (1) Kebutuhan-kebutuhan organik,
- (2) Motif-motif darurat, dan
- (3) Motif-motif objektif.

Kebutuhan-kebutuhan organik meliputi kebutuhan makan, minum, bernapas, seksual, berbuat dan beristirahat. Motif-motif darurat merupakan motif yang ada sejak lahir, tetapi timbul adanya rangsangan dari luar. Rangsangan model ini meliputi dorongan untuk menyelamatkan diri, membalas, berusaha dan memburu. Sedangkan motif objektif merupakan motivasi yang timbul karena dorongan untuk menghadapi dunia luar secara efektif. Motif objektif tersebut

terdiri dari kebutuhan untuk melakukan eksplorasi, manipulasi, dan menaruh minat.

Ada ahli yang menggolongkan motivasi menurut terbentuknya motivasi tersebut. Berdasarkan bentuk ini dikenal motivasi bawaan dan dipelajari. Motivasi bawaan merupakan motivasi yang dibawa sejak lahir dan tanpa dipelajari misalnya dorongan untuk makan, minum, bergerak, dan istirahat.

Sedangkan motivasi yang dipelajari adalah merupakan motivasi yang timbul karena dipelajari, misalnya dorongan belajar hal tertentu, mengajar suatu kedudukan dalam masyarakat dan sebagainya. Menurut Herzberg (Swamburg, 2000) motivasi dibedakan menjadi motivasi intrinsik dan eksterinsik. Motivasi intrinsik adalah motivasi yang fungsinya tidak perlu dirangsang dari luar, tetapi berasal dari individu itu sendiri. Faktor intrinsik ini diantaranya : prestasi, pekerjaan menantang, kreatif, dan tanggung jawab serta peningkatan. Sedangkan motivasi eksterinsik timbul bila mendapat rangsangan dari luar yang dipandang meningkatkan motivasi seseorang, diantaranya :

- (1) Dukungan sosial,
- (2) Biaya,
- (3) Informasi,
- (4) Jarak (Sarwono, 1997),
- (5) Pendidikan (Notoatmojo, 2000).

Berdasarkan isi sangkut-pautnya, motivasi dapat dibedakan atas jasmaniah dan rohaniah, motivasi jasmaniah merupakan refleksi, instink, otomatisme, nafsu, hasrat, dan sebagainya. Sedangkan motivasi rohaniah merupakan kemauan yang



terbentuk melalui empat momen yaitu momen timbulnya alasan-alasan, pilih, putusan dan terbentuknya kemauan.

### **2.2.5 Motivasi Dalam Kesehatan**

Masalah kesehatan masyarakat terutama dinegara berkembang pada dasarnya menyangkut dua aspek utama, yang pertama aspek fisik seperti tersedianya sarana kesehatan dan yang kedua yakni aspek non fisik yang menyangkut perilaku kesehatan, faktor perilaku ini mempunyai pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu, perilaku sendiri dapat timbu akibat adanya motivasi (Sarwono, 1997).

Motivasi itu sendiri adalah dorongan bertindak untuk memuaskan suatu kebutuhan, dorongan ini diwujudkan dalam bentuk tindakan/perilaku. Motivasi itu timbul karena adanya suatu keinginan atau kebutuhan yang harus dipenuhi. Seseorang psikolog yang bernama A. Maslow (Imron, 1996) mengembangkan teori hirarki motivasi yang menunjukkan tingkat motivasi individu (kebutuhan fisiologis, kebutuhan keamanan/perlindungan, kebutuhan kasih sayang, harga diri dan aktualisasi diri). Pemuasan kebutuhan itu terjadi secara bertahap, dan dimulai dari kebutuhan yang paling mendasar, artinya motivasi untuk memenuhi kebutuhan dasar dalam hal ini kebutuhan fisiologis, misalnya seorang lansia teladan lebih senang diberi uang dari pada piagam sebagai lansia teladan pemerhati anak-anak jalanan karena dapat dipakai untuk pembiayaan kesehatan dan kegiatannya.

Selain itu motivasi timbul akibat kombinasi dari dalam diri orang dan lingkungan sosial terdekatnya, mislnya keluarga (Suadi, 2001).

Menurut mechanic (Sarwono, 1997) sehingga seorang termotivasi mencari upaya pengobatan, antara lain :

1. Dampak gejala itu terhadap hubungan dengan keluarga
2. Informasi, pengetahuan dan asumsi budaya tentang penyakit itu
3. Tersedia sarana kesehatan, kemudahan mencapai sarana tersebut (jarak).

Tersedianya biaya dan kemampuan untuk mengatasi stigma dan jarak sosial.

Menurut Sukman (Notoatmojo, 2000) menganalisa pola proses pencarian pengobatan dan segi individu maupun petugas kesehatan. Menurut pendapatnya salah satu macam reaksi dalam proses pencarian pengobatan, yakni : *Shopping*, adalah mencari alternatif sumber pengobatan guna menemukan seseorang yang dapat memberikan diagnosa dan pengobatan sesuai dengan harapan sisakit, pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu (Notoatmojo, 2000). Dalam peningkatan pengetahuan, seseorang dituntut memiliki pendidikan yang baik sehingga mendapat pengetahuan yang baik pula. Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang covert behavior (Notoatmojo, 2000). Menurut Mechanik (Sarwono, 1997) pengetahuan mempengaruhi motivasi, sedangkan menurut Notoatmojo, (2000) pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan, pendidikan sendiri merupakan proses perubahan sikap dan tingkah-laku seseorang atau kelompok orang dalam proses mendewasakan orang melalui upaya, pengajaran dan pelatihan (Diknas, 2001) dan tingkat pendidikan diukur melalui Ijazah terahir yang dimiliki. Pernyataan ini secara tidak langsung mengemukakan adanya hubungan yang positif antara pendidikan dan motifasi. Hal ini diperkuat oleh Drucker (Swamburg, 2000) yang

menyatakan bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi akan memiliki motivasi yang kuat. Dalam melaksanakan kegiatan seseorang dituntut untuk memiliki suatu kondisi fisik dan mental yang kuat serta sehat, jika kondisi fisiknya dalam keadaan lemah, umumnya motivasi seseorang akan menurun (Imron, 1996). Hal ini umumnya dialami oleh orang yang telah tua dan berusia mulai 45 tahun (Nugroho, 2000), dimana terjadi penurunan kondisi fisik dan mentalnya, misalnya penurunan daya tahan tubuh, sehingga mudah terkena penyakit-penyakit akut (Darmojo, 2000), selain itu mulai terjadi kelemahan fisik akibat penurunan fungsi dari tulang dan otot (Nugroho, 2000), dan hal tersebut mulai dirasakan pada usia tua. Pernyataan ini secara tidak langsung mengemukakan adanya hubungan yang positif antara kelompok umur terhadap motivasi seseorang. Hal ini juga telah disampaikan oleh Notoatmojo (2000) yang menyatakan bahwa seseorang yang berpengetahuan dipengaruhi oleh faktor usia dan pengetahuan merupakan faktor dari motivasi.

## **2.3 Konsep Posyandu Lansia**

### **2.3.1 Definisi Posyandu Lansia**

Posyandu (pos pelayanan terpadu) adalah kegiatan keterpaduan di tingkat desa atau RW/RT yang dikelola dan diselenggarakan untuk dan oleh masyarakat dengan dukungan teknik dari petugas (Depkes RI 1995). Posyandu lansia adalah suatu upaya kesehatan paripurna dari puskesmas untuk lansia yang diselenggarakan secara khusus maupun umum yang terintegrasi dengan kegiatan pokok Puskesmas lainnya (Depkes RI 1996).

Pos pelayanan terpadu untuk masyarakat lanjut usia di suatu wilayah tertentu yang telah di sepakati, yang digerakan oleh masyarakat, dan tempat

dimana mereka biasa mendapatkan pelayanan kesehatan dan pelayanan di bidang lain dengan tujuan agar masyarakat lanjut usia menjadi sehat, bahagia, mandiri dan produktif (posyandu lanjut usia merupakan bentuk peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan usia lanjut)

Peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan lansia ialah peran serta masyarakat baik sebagai pemberi pelayanan maupun penerima pelayanan yang berkaitan dengan mobilisasi sumber daya, dalam pemecahan masalah lansia, dalam bentuk pelaksanaan, pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan lansia (Depkes RI, 1995).

Upaya tersebut dilaksanakan oleh petugas kesehatan Puskesmas dengan dukungan peran serta aktif masyarakat baik di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas. Sasarannya ditujukan pada kelompok usia lanjut dengan resiko tinggi tanpa mengabaikan kelompok lainnya, dengan menggunakan teknologi tepat guna yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat. Teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan lansia adalah teknologi yang mengacu pada masalah lansia setempat, didukung sumber daya yang tersedia di masyarakat, terjangkau oleh masyarakat, diterima oleh masyarakat, sesuai dengan asas manfaat.

### **2.3.2 Tujuan Posyandu lansia**

Tujuan umumnya adalah meningkatkan derajat kesehatan lansia untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya-guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan eksistensinya dalam strata kemasyarakatan dalam mencapai mutu kehidupan lansia yang optimal (Matrat, 1996).

Sedangkan tujuan khususnya adalah meningkatnya kesadaran pada lansia untuk membina sendiri kesehatannya, meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat dalam menghayati dan mengatasi masalah kesehatan lansia secara optimal, meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan lansia, meningkatnya jenis dan mutu pelayanan kesehatan lansia (Depkes RI 1995). Mengenai kapankah orang disebut lansia, sulit untuk dijawab secara memuaskan.

Sasaran langsung dari Posyandu lansia adalah (1) Kelompok usia menjelang 45-54 thn dan dalam masa verilitas, didalam keluarga ataupun masyarakat luas dengan paket pembinaan yang meliputi KIE dan pelayanan kesehatan fisik, gizi agar dapat mempersiapkan diri menghadapi masa tua. (2) Kelompok lansia dalam masa pra senium (55-64 tahun) dalam keluarga, organisasi masyarakat lansia dan masyarakat pada umumnya, dengan paket pembinaan yang meliputi KIE dan pelayanan agar dapat mempertahankan kondisi kesehatannya agar tetap dapat produktif. (3) Kelompok lansia dalam masa senescent (65 tahun) dan lansia dengan resiko tinggi ( 70 tahun) hidup sendiri, terpencil, menderita penyakit berat, cacat, dan lain lain, dengan paket pembinaan yang meliputi KIE dan pelayanan kesehatan agar dapat selama mungkin mempertahankan kemandiriannya. (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2000)

Sasaran tidak langsung dari Posyandu lansia adalah (1) Keluarga dimana lansin berada. (2) Organisasi sosial yang berkaitan dengan pembinaan lansia. (3) Institusi pelayanan kesehatan dan non-kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan dasar dan pelayanan rujukan. (4) Masyarakat luas (Depkes RI 1995).

### 2.3.3 Kegiatan Pelaksanaan Posyandu Lansia

#### 1. Persiapan

- 1) Pendekatan kepada petugas puskesmas
- 2) Pendekatan Kepada pamong, PKK, dan Kader
- 3) Persiapan dana dan Sarana
- 4) Pengumpulan data dasar lansia
- 5) Pilihan sasaran
- 6) Pilihan nama posyandu
- 7) Penyuluhan rencana kegiatan dan jadwal

#### 2. Pelaksanaan

- 1) Pencatatan : Kartu Menuju Sehat (KMS) Usila
- 2) Mekanisme Kegiatan : Sistem Tiga Meja
  - (1) Meja 1 : Pendaftaran dan pengisian tgl kunjungan
  - (2) Meja 2 : Pemeriksaan
  - (3) Meja 3 : Pelayanan kesehatan oleh petugas kesehatan.

#### 3. Penilaian Terhadap Masukan Dan Proses

Penilaian dilakukan oleh puskesmas dimana posyandu tersebut bertanggung jawab dan masukan dari pemuka masyarakat atau masyarakat dimana posyandu tersebut dilaksanakan.

#### Prinsip Dasar Pelayanan Posyandu Lansia

- 1) Posyandu merupakan usaha masyarakat dimana terdapat perpaduan antara pelayanan professional dan non professional (masyarakat)

- 2) Adanya kerja sama lintas program yang baik (keluarga, gizi) maupun lintas sektoral (Depkes RI,1998)
- 3) Kelembagaan masyarakat, (Pos Desa, Pos timbang, Pos kesehatan, dll)
- 4) Mempunyai sasaran penduduk yang sama (lansia)

Pelayanan kesehatan lansia mempunyai beberapa upaya kesehatan, yaitu :

- 1) Upaya peningkatan, yaitu upaya menggairahkan semangat hidup bagi lansia agar mereka tetap dihargai dan tetap berguna baik bagi dirinya sendiri, keluarga maupun masyarakat.
- 2) Upaya pencegahan, yaitu upaya pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya penyakit maupun komplikasi penyakit yang disebabkan oleh proses ketuaan.
- 3) Upaya pengobatan, yaitu upaya pengobatan bagi lansia.
- 4) Upaya pemulihan, yaitu upaya mengembalikan fungsi organ yang telah menurun (Depkes RI 1997).

Jenis kegiatan yang cenderung monoton dan tidak dihadiri oleh dokter Puskesmas dapat mempengaruhi fluktuasi jumlah peserta Posyandu lansia. Variasi seperti pengobatan sederhana, senam lansia, dan karaoke dapat dijadikan alternatif kegiatan (Nurkusuma 2001).

#### **2.3.4 Pelayanan kesehatan Posyandu lansia**

Mengingat sifat dan karakteristik penderita lanjut usia, maka penanganan yang diberikan juga harus bersifat *holistic*. Aspek *holistic* dari pelayanan lansia harus tercermin dari pemberian pelayanan kesehatan vertikal, yaitu pelayanan yang diberikan dari Puskesmas sampai ke pusat rujukan *geriatric* tertinggi, yaitu

di rumah sakit propinsi. Pelayanan kesehatan horisontal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan merupakan bagian dari pelayanan kesejahteraan menyeluruh. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus meliputi aspek *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan rehabilitasi dengan memperhatikan aspek psiko-sosial, serta lingkungan (Darmojo 2002).

Pelayanan pembinaan kesehatan lansia di Puskesmas perlu dilakukan dengan manajemen yang baik dengan memperhatikan aspek perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan pembinaan, serta penilaian dan pengembangan (Agus A Yaumil 2002). Menurut Depkes RI (2000) standar secara umum dapat diartikan sebagai suatu patokan atau syarat yang telah disepakati bersama untuk mengukur mutu. Standard dibagi menjadi 3 golongan :

1. Standard dalam arti spesifikasi alat yang dipakai atau jenis petugas dengan kemampuannya yang diperlukan disebut "*standard input*".
2. Standard dalam arti pedoman pelaksanaan suatu pekerjaan misal pedoman teknis pelayanan kesehatan (protokol teknis), pedoman pelaksanaan manajemen (prosedur tetap) yang disebut sebagai "*standard process*".
3. Standard untuk mengukur hasil dari suatu pekerjaan, misahya kriteria yang ditetapkan untuk mengukur hasil dari pekerjaan tertentu sesuai tujuan pekerjaan tersebut. Biasanya dipakai untuk mengukur efektivitas pekerjaan, yang disebut "*standard outcome*".

*Standard input* dan *standard process* digunakan untuk memonitor mutu proses pelayanan kesehatan, sedangkan *standard outcome* dipakai untuk melakukan evaluasi mutu atau efektivitas hasil pelayanan kesehatan.



Penilaian keberhasilan pembinaan lansia dilakukan dengan menggunakan data pencatatan dan pelaporan, pengamatan khusus dan penelitian. Beberapa indikator yang dipakai yaitu, (1) Meningkatnya jumlah organisasi masyarakat kelompok lansia yang berperan secara aktif dalam pelayanan kesehatan lansia. (2) Berkembangnya jenis pelayanan kesehatan lansia di masyarakat. (3) Berkembangnya jangkauan pelayanan kesehatan bagi lansia yang dilaksanakan oleh 50% Puskesmas. (4) Menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit degeneratif dengan jangkauan pelayanan yang mencakup 40% lansia (DepkesRI 1997). Kegiatan Posyandu Lansia:

1. Pendataan
2. *Screnning*
3. Pemeriksaan kesehatan (diusahakan di Posyandu) : mengenai tekanan darah, mata, jiwa, gizi; (TB,BB), Laboratorium sederhana (protein urin, Hb, gula darah)
4. Pengobatan sederhana
5. Pemberian suplemen : vitamin, makanan bergizi (PMT)
6. Kegiatan pengembangan ketrampilan : olah raga ringan, kesenian, santapan rohani, bina usaha, kredit usaha, pengajian, simpan pinjam / arisan.

Untuk penderita disarankan :

1. Hidup sehat dapat dicapai dengan : BB berlebih supaya dihindari, makan lebih beragam, hindari makanan berlemak, kurangi garam dan gula, awasi kesehatan dengan pemeriksaan berkala

## 2. Segi kejiwaan

Salah satu bentuk pelayanan penunjang yang harus diberikan ialah penyuluhan, penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan bila perlu. Tujuan dari penyuluhan kesehatan yang dilakukan agar tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Dinas Bina Penyuluhan Kesehatan masyarakat 1995).

Agar kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat mencapai hasil optimal, perlu perencanaan yang terarah. Dalam proses perencanaan tersebut terdapat langkah-langkah yang setiap langkah perlu analisa yang tepat. Langkah-langkah perencanaan penyuluhan kesehatan masyarakat adalah

- 1) Mengenal masalah masyarakat dan wilayahnya
- 2) Menentukan prioritas masalah
- 3) Menentukan tujuan penyuluhan
- 4) Menentukan sasaran penyuluhan
- 5) Menentukan misi penyuluhan
- 6) Menentukan metode penyuluhan
- 7) menentukan metode atau alat bantu peraga penyuluhan
- 8) Membuat rencana penilaian

- 9) Membuat rencana jadwal pelaksanaan (Matra 19S/5).

Tabel 2.1 Standard Peralatan Penyuluhan Puskesmas

No	Nama alat	Jumlah
1	Bulletin board	1
2	Fantom manusia	1
3	Gambar anatomi tubuh manusia	2
4	Layar ukuran 1 x 1,5 meter	1
5	Lemari alat-alat audiovisual	1
6	Papan tulis putih	1
7	Proyektor	1
8	Radio kaset	1
9	Flannel board	1
10	Wireless system	1
11	Brosur, poster, <i>leaflet</i> , <i>flash card</i> ,	1

Sumber : daftar peralatan Puskesmas dalam gambar Depkes RI 1993

### 2.3.5 Jenjang Posyandu Lansia

Jenjang Posyandu menurut "Konsep Soewarta" dapat dikelompokkan menjadi 4 tingkatan yaitu :

#### 1. Posyandu Pratama (Warna Merah)

Posyandu tingkat pratama adalah Posyandu yang masih belum menetap, kegiatan belum menetap. kegiatan bisa rutin setiap bulan dan kadernya masih terbatas.

#### 2. Posyandu Madya (Warna Kuning)

Posyandu tingkat Madya adalah Posyandu yang sudah melaksanakan kegiatan lebih teratur dengan jumlah kader yang bertugas 5 orang.

#### 3. Posyandu Purnama (Warna Hijau)

Posyandu tingkat purnama adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan secara teratur dengan jumlah kader 5 orang cakupan program / kegiatan sudah baik dan sudah mempunyai program tambahan.

#### 4. Posyandu Mandiri (Warna Biru)

Posyandu tingkat Mandiri adalah Posyandu yang sudah mantap, artinya posyandu tersebut dapat melaksanakan kegiatan secara teratur setiap bulan dengan cakupan program / kegiatan yang sudah baik, mempunyai program tambahan dan telah memiliki dana sehat jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang mantap (Soewarta, 2004).

### 2.4 Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan

Menurut Skinner (Notoatmodjo, 2005), perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Berdasarkan perilaku tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan.

#### 2.4.1 Klasifikasi Perilaku

Berdasarkan respons terhadap stimulus, maka perilaku dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2005) :

##### 1) Perilaku Tertutup

Respons seseorang dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*.

## 2) Perilaku Terbuka

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu overt behavior, tindakan nyata atau praktek (*practice*) misalnya : seorang ibu membawa anak balitanya untuk imunisasi.

### 2.4.2 Klasifikasi Perilaku kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku kesehatan tersebut di atas, Maka perilaku kesehatan diklasifikasikan menjadi 3 kelompok (Notoatmodjo, 2005) :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah perilaku atau usaha-usaha untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek:
  - (1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan bilamana sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari sakit.
  - (2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat, perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan seoptimal mungkin.
  - (3) Perilaku makanan (gizi) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi dapat juga menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan. Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan ini dimulai dari mengobati sendiri sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan, adalah bagaimana seseorang mengelola lingkungan sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga atau masyarakatnya.

### **2.4.3 Determinan (faktor penyebab) Perilaku**

Menurut Lawrence Green (Notoatmodjo,2005), ia mencoba menganalisa perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan, bahwa seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Perilaku terhadap perannya pada tingkat kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor pokok, yaitu:

1. Faktor dasar / predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor predisposisi ini dapat terwujud dengan pengetahuan, sikap, keyakinan, pengalaman, nilai dan tradisi masyarakat terhadap hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi.

2. Faktor pendukung (*Enabling factor*)

Faktor pendukung ini terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan secara umum dan khususnya serta jarak rumah dengan unit pelayanan kesehatan (UPK).

3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor pendorong terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, dorongan keluarga masyarakat sekitar, budaya, agama serta

kebiasaan yang ada dalam keluarga, termasuk juga disini undang-undang, peratran-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Model diatas dapat digambarkan sebagai berikut :

**B : f (PF,EF,RF)**

Dimana :

B : *Behaviour*

PF : *Predisposing Factor*

EF : *Enabling Faktor*

RF : *Reinforcing Factor.*

F : Fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

## 2.5. Konsep Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu bangunan statistik yang berisi fakta-fakta, dibangun secara bertahap, langkah demi langkah dan mencakup tentang ide bahwa pengetahuan merupakan cara pandang terhadap sesuatu, sebuah perspektif yang belum tentu benar tapi cukup baik, sampai ditemukan sesuatu yang cukup baik (Kate dan Barbara, 1995).

Pengetahuan (*knowledge*), merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmojo, 2003).

Benyamin Bloom (1908) dalam Soekidjo Notoatmojo (2003), mengatakan bahwa pengetahuan pengetahuan itu tercakup dalam domain kognitif, dan pada dasarnya mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali pada sesuatu spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi ini dapat



diartikan penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

#### 4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitan satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja, dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

#### 5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis ini adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi yang baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan dan sebagai terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

#### 6 Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada

Menurut Rogers (Notoatmodjo, 2005) mengungkapkan bahwa orang sebelum mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni: 1) *awareness* (kesadaran); 2) *interest* (tertarik); 3) *evaluation* (evaluasi); 4) *trial* (mencoba); 5) *adoption* (penerimaan).

Perilaku yang di dasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Adapun berbagai faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Notoatmojo, 2003) adalah :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha mengembangkan kepribadian atau kemampuan didalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup (Notoatmodjo, 2005). Pendidikan mempengaruhi proses belajar, menurut I.B Matra (1999) makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa, semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang di dapat tentang kesehatan.

2) Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan ketrampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan (Joeses & Black, 1996).

3) Umur

Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup manusia/individu:

- a. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan dan semakin banyak menambah pengetahuannya.
- b. Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran fisik maupun mental. Dapat diperkirakan banyak IQ akan menurun karena bertambahnya usia, khususnya beberapa kemampuan yang lain seperti kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (Malcom&Steve H, 1995).

## 2.6 Konsep Sikap

Menurut Allport (Notoatmodjo, 2003) Sikap (*attitude*), merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Newcomb, salah satu ahli psikologi menyatakan bahwa sikap itu merupakan kegiatan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu.

Komponen pokok sikap, menurut Allport ( Notoatmodjo, 2005), adalah :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap obyek.
- b. Kehidupan emosional/ evaluasi emosional terhadap obyek.
- c. Kecendrungan untuk bertindak (*trend to Behave*)

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2005), yaitu:

- 1) Menerima (*Receiving*)

Diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek), misalnya sikap seseorang terhadap kesehatan dapat dilihat dari kesediaan dan perhatiannya terhadap anjuran petugas kesehatan.

2) Merespon (*Responding*)

Menanggapi diartikan sebagai memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3) Menghargai (*Valuing*)

Menghargai diartikan subjek, atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

4) Bertanggung jawab (*Responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya atau bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala risikonya.

Sikap mempunyai perbedaan dengan pendorong-pendorong yang lain dalam diri manusia itu. Untuk membedakan sikap dengan pendorong-pendorong yang lain, ada beberapa ciri atau sikap dari sikap tersebut.

Adapun ciri-ciri sikap adalah (Walgito, 2003):

1. Sikap itu tidak dibawa sejak lahir, sikap terbentuk dalam perkembangan individu yang bersangkutan. Oleh karena itu, sikap dapat dipelajari dan dapat berubah. Tetapi sikap mempunyai kecenderungan yang agak tetap dan stabil.
2. Sikap itu selalu berhubungan dengan obyek sikap. Oleh karena itu sikap selalu terbentuk dan dipelajari melalui proses persepsi terhadap obyek tertentu

3. Sikap dapat tertuju pada satu obyek saja, tetapi dapat juga terdapat pada sekumpulan obyek-obyek. Bila seseorang mempunyai sikap yang negatif pada suatu obyek, orang tersebut akan mempunyai kecenderungan untuk menunjukkan sikap yang negatif pula pada kelompok dimana obyek tersebut tergabung didalamnya.
4. Sikap itu dapat berlangsung lama atau sebentar, tergantung apakah sikap tersebut sudah menjadi nilai dalam diri seseorang tersebut atau belum.
5. Sikap itu mengandung faktor perasaan dan motivasi. Ini berarti bahwa sikap terhadap suatu obyek tertentu akan selalu diikuti oleh perasaan yang dapat bersifat positif atau menyenangkan dan juga negatif atau tidak menyenangkan. Sikap mengandung motivasi, berarti sikap mempunyai daya dorong bagi individu untuk berperilaku secara tertentu terhadap obyek yang dihadapinya.

Setiap orang tua atau masyarakat memiliki sikap yang berbeda-beda terhadap pentingnya pemeriksaan kesehatan di posyandu (perubahan biopsiko sosial kultural yang merupakan proses yang memerlukan adaptasi yang baik ). Hal ini disebabkan oleh tingkat pengetahuan dan pengalaman sebelumnya.

## **2.7 Status Sosial Ekonomi/Tingkat Ekonomi (Penghasilan)**

Tingkat ekonomi adalah sebuah komponen kelas sosial, mengacu pada tingkat pendapatan, keluarga dan sumber pendapat. Tingkat ekonomi yang dimaksud disini adalah kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, diantaranya adalah untuk memenuhi pemeliharaan kesehatan. Semakin baik tingkat ekonominya, semakin baik pula kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan. Masalah kemiskinan akan sangat mengurangi kemampuan keluarga

untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga mereka terhadap perumahan, lingkungan yang sehat, pendidikan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Kondisi sosial ekonomi itu sendiri, mungkin tidak hanya berhubungan secara langsung, namun dapat merupakan penyebab tidak langsung seperti adanya kondisi gizi memburuk, serta perumahan yang tidak sehat, dan akses terhadap pelayanan kesehatan juga menurun kemampuannya.

Tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, mungkin tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi (Notoatmodjo, 1997).

Tingkat ekonomi dapat mempengaruhi kunjungan lansia ke posyandu dalam perawatan kesehatan, karena untuk mendapatkan pengobatan harus mengeluarkan sejumlah biaya. Kerugian ekonomi secara langsung dialami oleh lansia dan keluarganya, meliputi biaya pengobatan, biaya transportasi menuju tempat berobat (Puskesmas dan posyandu), bersama keluarga yang mengantar dan menunggunya, serta waktu yang harus dikorbankan keluarga atau orang tua (Achmadi, 2005).

## **2.8 Peran Dan Dukungan Keluarga**

### **1. Definisi Keluarga**

Keluarga didefinisikan oleh beberapa ahli sebagai berikut : Keluarga menurut Depkes R.I (1998) adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Effendy. N,

1998). Sedangkan menurut Keliat B. A (1995) keluarga merupakan tempat individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya dan merupakan institusi pendidikan utama bagi individu untuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku. Menurut Friedmen (1998) mendefenisikan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Menurut Sayekti (1994) yang dikutip oleh Suprajitno (2004) menuliskan bahwa keluarga adalah suatu ikatan/persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Menurut UU No. 10 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya.

Menurut Ballon dan Maglaya (Effendy, 1998) Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

Dari semua pengertian, mempunyai persamaan bahwa keluarga adalah:

- 1) Unit terkecil masyarakat
- 2) Terdiri dari dua orang atau lebih
- 3) Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah
- 4) Hidup dalam satu rumah tangga
- 5) Di bawah asuhan seorang kepala rumah tangga
- 6) Berinteraksi di antara sesama anggota keluarga
- 7) Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing
- 8) Menciptakan dan mempertahankan suatu kebudayaan

## 2 Peran Keluarga dalam Kesehatan Keluarga

Sebelum membahas peran keluarga secara detail, maka perlu diketahui pengertian peran itu sendiri. Berbagai pendapat tentang peran antara lain:

Menurut Friedman (1998) dalam buku *Keperawatan Keluarga: Teori dan Prakteknya* (1976) berpendapat, terdapat dua perspektif dasar menyangkut peran-orientasi strukturalis yang menekankan pengaruh normatif (kultural) yaitu pengaruh yang berkaitan dengan status-status tertentu dan peran-peran terkaitnya ( Linton 1945) dan orientasi interaksi dari Tunner (1970) menekankan timbulnya kualitas peran yang lahir dari interaksi sosial.

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial yang berhubungan dengan fungsi individu masyarakat (Notoatmojo, 2003 ). Adapun berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah:



Dalam konteks ini, peran didefinisikan dalam pemahaman interaksi sosial pendapat Turner. Peran menurut Nye (1976) didasarkan pada proskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu-individu harus lakukan dalam situasi sosial tertentu agar dapat memahami harapan mereka sendiri atau harapan orang lain (Friedman, 1998). Lebih diterangkan lagi bahwa peran selain didefinisikan secara normatif atau kultur tetapi tidak semua peran keluarga bersifat normatif secara merata. Menurut Jackson (1966) yang dikutip Friedman (1998) menulis bahwa beberapa peran keluarga lebih "terkonstalisasi" – diutarakan dengan jelas sebagai perilaku yang diharapkan daripada yang lain.

Menurut Friedman dalam buku *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*, peran keluarga dibagi dua bagian, yaitu peran formal dan informal keluarga:

1) Peran Formal

Peran formal keluarga antara lain: *provider*/penyedia, pengatur rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi anak, rekreasi, persaudaraan, terapeutik (memahami kebutuhan afektif) dan seksual (Friedman, 1998)

2) Peran Informal

Peran informal bersifat implisit, biasanya untuk memenuhi kebutuhan emosional individu (Satir, 1967) dan menjaga keseimbangan dalam keluarga. Peran-peran informal antara lain: pendorong, pengharmonisan, inisiator, kontributor, pendamai, penghalang, dominator, penyalah, pengikut, pencari pengakuan, martir, keras hati,

sahabat, kambing hitam keluarga, penghibur, perawat keluarga, pioner keluarga, koordinator keluarga, penghubung keluarga dan saksi.

Menurut Friedman (1998) bahwa peran keluarga tidak dilakukan secara terpisah oleh tiap anggota keluarga, akan tetapi peran-peran tersebut ditanggung secara bersama dengan anggota dari suatu kelompok/keluarga. Pada kenyataannya, terkadang peran itu berubah seiring dengan kondisi dan situasi, hal ini dapat diketahui apabila terdapat salah satu anggota keluarga yang sakit, peran keluarga selama sehat dan sakit terdapat peran yang menjadi primer yaitu menjadi perawat.

Pada saat anggota keluarga sakit, maka dibutuhkan kemampuan keluarga dalam hal pengetahuan, pembuatan keputusan tentang kesehatan, tindakan untuk mengatasi penyakit atau perawatan, penggunaan layanan kesehatan serta sikap dan ekspresi emosi (Friedman, 1998)

Secara umum keluarga mampu melaksanakan perannya apabila keluarga mampu melaksanakan 5 tugas kesehatan. Menurut Baylon dan Maglaya (Efendy, 1998), yaitu :

- 1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan. Karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua / keluarga. Hal yang perlu dikaji untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengetahui fakta dari

masalah kesehatan antara lain: pengertian, tanda dan gejala, faktor yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan terutama yang dialami anggota keluarga.

2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang dilingkungan tempat tinggal keluarga agar memperoleh bantuan. Hal yang perlu dikaji untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat, antara lain:

1. Kemampuan keluarga memahami sifat dan luasnya masalah
2. Apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga?
3. Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami?
4. Apakah keluarga merasa takut terhadap akibat dari masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga?
5. Apakah keluarga mempunyai sikap yang tidak mendukung (negatif) terhadap upaya kesehatan yang dapat dilakukan pada anggota keluarga?

6. Apakah keluarga mempunyai kemampuan untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan?
  7. Apakah keluarga mempunyai kepercayaan terhadap tenaga kesehatan?
  8. Apakah keluarga telah memperoleh informasi tentang kesehatan yang tepat untuk melakukan tindakan dalam rangka mengatasi masalah kesehatan?
- 3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan
- Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di Institusi pelayanan kesehatan atau di rumah, apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama. Hal yang perlu dikaji untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, antara lain:
1. Pengetahuan keluarga tentang penyakit yang dialami anggota keluarga (sifat, penyebaran, komplikasi, kemungkinan setelah tindakan, dan cara perawatannya)
  2. Pemahaman keluarga tentang perawatan yang perlu dilakukan keluarga.

3. Pengetahuan keluarga tentang peralatan, cara dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan
  4. Pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki keluarga (anggota keluarga yang mampu dan dapat bertanggung jawab, sumber keuangan / finansial, fasilitas fisik, dukungan psikososial)
  5. Bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit atau membutuhkan bantuan kesehatan.
- 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Hal yang perlu dikaji antara lain:
1. Pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki oleh keluarga di sekitar lingkungan rumah
  2. Kemampuan keluarga melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan.
  3. Pengetahuan keluarga tentang pentingnya dan sikap keluarga terhadap sanitasi lingkungan yang higienis sesuai syarat kesehatan.
  4. Pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penyakit yang dapat dilakukan keluarga.
  5. Kebersamaan anggota keluarga untuk meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan keluarga
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga. Hal yang perlu dikaji, antara lain :
1. Pengetahuan keluarga tentang keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau keluarga.

2. Pemahaman keluarga tentang keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
3. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas dan petugas kesehatan yang melayani
4. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan dan bila tidak dapat apa penyebabnya.

Sedangkan menurut Effendy (1998) menyatakan peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut:

1. Peranan Ayah : Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, berperanan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
2. Peranan Ibu : Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3. Peranan Anak : Anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

Menurut House (Smert, 1994) membedakan dalam 3 (tiga) jenis atau dimensi dukungan sosial keluarga :

1. Dukungan Emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan (misalnya umpan balik, penegasan)

2. Dukungan Instrumental atau material

Mencakup bantuan langsung seperti kalau orang – orang memberi pinjaman kepada orang itu.

3. Dukungan Informatif

Mencakup memberi nasehat, petunjuk – petunjuk, saran – saran atau umpan balik.

## **2.9 Konsep Harapan**

### **2.9.1 Definisi Harapan**

Harapan (expectation) merupakan dasar kepuasan konsumen. Menurut Berry, dalam pelayanan kesehatan, harapan diformulasikan sebagai pelayanan dipikirkan akan diterimanya (Sumaryoto,2002). Menurut Olson San Dover (Tjiptono,2004), mengatakan bahwa Harapan pelanggan merupakan keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli suatu produk.

## 2.9.2 Faktor Pembentuk Harapan

Zeithaml and Bitner (Suteja,2004), melakukan penelitian khusus dalam sektor jasa dan mengemukakan bahwa harapan dari pelanggan terhadap kualitas suatu jasa terbentuk oleh beberapa faktor berikut :

### 1. *Enduring Service Intensifiers*

Faktor ini merupakan faktor yang stabil dan mendorong pelanggan untuk meningkatkan sensitivitas terhadap jasa. Harapan yang timbul karena orang lain dan filosofi pribadi yang dimiliki seseorang, tentang jasa. Seorang *customer* akan berharap dan menuntut untuk dilayani dengan baik apabila orang lain juga dilayani dengan baik

### 2) *Personal Needs*

Kebutuhan yang dirasakan seseorang, yang mendasar bagi kesejahteraannya, yang juga menentukan harapannya. Kebutuhan tersebut meliputi. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisik, sosial dan psikologis.

### 3) *Transitory Service Intensifier*

Faktor ini merupakan faktor individual yang bersifat sementara, yang meningkatkan sensitivitas pelanggan terhadap jasa, yang meliputi :

- a. Situasi darurat pada saat pelanggan sangat membutuhkan jasa dan ingin penyedia jasa dapat membantunya.
- b. Jasa terakhir yang dikonsumsi pelanggan dapat pula menjadi acuannya untuk menentukan baik – buruknya jasa berikutnya



4) *Perceived Service Alternative*

Merupakan persepsi *customer* terhadap tingkat atau derajat pelayanan pelayanan perusahaan lain yang sejenis, jika *customer* memiliki beberapa pilihan alternatif maka harapan terhadap suatu jasa akan semakin besar.

5) *Self-perceived service role*

Faktor tingkat keterlibatan dari *customer* adalah penting dalam menentukan persepsinya, apabila memiliki tingkat keterlibatan yang tinggi bila terjadi maka *customer* akan menyalahkan penyedia jasa.

6) *Situational Factor*

Faktor situasi dapat mempengaruhi kinerja dari jasa yang terjadi diluar kendali penyedia jasa.

7) *Explicit service promises*

Faktor ini merupakan pernyataan secara personal atau non personal oleh organisasi tentang jasanya kepada *customer*. Janji ini bisa berupa iklan, perjanjian, atau komunikasi karyawan organisasi tersebut.

8) *Implicit service promises*

Faktor ini merupakan petunjuk yang berkaitan dengan jasa, yang memberikan kesimpulan bagi pelanggan tentang jasa yang bagaimana yang seharusnya dan yang akan diberikan. Petunjuk yang memberikan gambaran jasa ini meliputi biaya untuk memperolehnya (harga) dan alat – alat pendukung jasanya. *Customer* biasanya menghubungkan harga dengan peralatan pendukung jasa dengan kualitas jasa.

9. *Word-of-mouth* (rekomendasi atau saran dari orang lain)

Merupakan pernyataan yang di sampaikan oleh orang lain, yang tidak memiliki hubungan terikat dengan perusahaan, kepada *customer*. Orang lain tersebut bagi *customer* adalah orang dapat dipercaya dan dikenal olehnya. *Word-of-mouth* lebih cepat di terima karena adanya kesulitan dalam mencari preferensi yang baik oleh *customer*.

10. *Past Experience*

Pengalaman di sini adalah hal – hal yang pernah dirasakan atau diterima oleh *customer*, yang selalu dipelajari dan selalu diingat. Harapan dari customer akan selalu meningkat seiring dengan banyaknya informasi dan pengalaman yang diterimanya.

Harapan pengguna pelayanan jasa berasal dari citra pemberi pelayanan. Berry dan Pasuraman (1991), mengembangkan zona toleransi yang merupakan rentang antara tingkat harapan akan jasa pelayanan yang adekuat dan diinginkan, juga diuraikan tentang harapan akan hasil dan harapan terhadap proses yang sangat berarti dalam jasa pelayanan kesehatan.

### **2.9.3 Pengelompokkan harapan**

Menurut Stimson and Web (Sitzia,1997), ada tiga kelompok harapan, sebagai berikut :

1. *Background*

Merupakan harapan dari hasil yang realistis, dan sesuai dengan apa yang dipercayai akan terjadi bila berhubungan dengan jasa pelayanan tersebut. Pada umumnya merupakan hasil dari pengalaman sebelumnya, mendengar dari orang lain ataupun melalui media.

## 2. *Interaction*

Mewakili apa yang mungkin dan harus terjadi yang sesuai dengan apa yang telah disampaikan kepada pengguna jasa pelayanan.

## 3. *Action*

Yaitu aspirasi, keinginan atau hasil yang lebih disenangi untuk di capai, yang berkaitan dengan keadaan ideal dari keyakinan seseorang yang sesuai dengan perspektif pengguna terhadap potensi pelayanan.

Menurut Gasperz (2005) karakteristik produk yang diharapkan oleh pelanggan dapat dipandang sebagai hirarki progresif dari tiga tingkat, yaitu :

### 1. Ekspektasi dasar (*base expectation*)

Pada Ekspektasi tingkat dasar mencakup tingkat performansi minimum yang selalu diasumsikan ada (*implicit*), sehingga apabila karakteristik produk ini hilang, pelanggan akan selalu tidak puas.

### 2. Spesifikasi dan kebutuhan (*specification and requirements*)

Pada ekspektasi tingkat kedua ini mencakup spesifikasi dan kebutuhan yang terdiri dari kebutuhan yang terdiri dari pilihan – pilihan yang tersedia untuk di pilih oleh pelanggan.

### 3. Kesenangan atau kegembiraan (*delight*)

Pada ekspektasi pelanggan pada tingkat tertinggi merupakan nilai tambah dari karakteristik yang tidak di ketahui sebelumnya oleh pelanggan, sehingga apabila karakteristik ini ada pada produk itu maka pelanggan akan senang atau gembira

Persepsi kualitas yang baik atau positif di peroleh bila kualitas yang di alami (*experience quality*) memenuhi harapan pelanggan (*expected quality*).

#### **2.9.4 Mekanisme Untuk Memahami Harapan**

Pemahaman akan harapan adalah prasyarat untuk peningkatan kualitas dan pencapaian kepuasan pelanggan. Menurut Gasperz (Supriyanto,2005), mekanisme untuk memahami harapan pelanggan dapat dibagi kedalam tiga tingkat (level), yaitu :

##### **1. Pemahaman Tingkat I**

Pemahaman tingkat I merupakan pemahaman tingkat rendah dari pemasok terhadap ekspektasi pelanggan yang di cirikan oleh mode reaktif. Pendekatan ini terutama hanya ditujukan untuk menampung keluhan dari pelanggan, kemudian baru dicari langkah penyelesaiannya. Pendekatan ini tidak efektif dalam manajemen kualitas modern yang berfokus pada pelanggan.

##### **2. Pemahaman Tingkat 2**

Merupakan pemahaman terhadap ekspektasi pelanggan pada tingkat yang lebih tinggi, dan ditandai dengan pendekatan aktif dari pemasok untuk mendengarkan pelanggan. Mekanisme pada tingkat 2 ini di defenisikan sebagai pendekatan yang berkomunikasi dengan pelanggan, tetapi masih memandang ekspektasi pelanggan sebagai tujuan kedua, bukan sasaran utama yang ingin dipahami.

Tujuan utama dari pemasok dalam pendekatan ini sering hanya untuk menjawab pertanyaan pelanggan atau menjual lebih banyak produk baru.

Meskipun pendekatan kedua ini lebih efektif dari pada pendekatan pertama yang bersifat reaktif, namun kemampuan mekanisme tingkat 2 untuk menjaring pandangan pelanggan tidak optimum karena mekanisme ini didesain terutama hanya memenuhi tujuan utama, yaitu menjawab pertanyaan pelanggan, bukan untuk mendengarkan harapan pelanggan.

### 3. Pemahaman Tingkat 3

Pemahaman tingkat 3 merupakan pemahaman terhadap harapan pelanggan pada tingkat yang lebih tinggi dan ditandai dengan pendekatan proaktif dari pemasok untuk mendengarkan ekspektasi pelanggan.

Pendekatan ini akan mampu mengungkapkan ekspektasi pelanggan karena mekanisme tingkat 3 memang khusus di desain secara spesifik untuk menjaring informasi dari pelanggan. Pendekatan pada tingkat 3 ini mencakup wawancara pribadi dengan pelanggan, kelompok fokus, dan survey yang di desain khusus untuk menjaring informasi pelanggan. Mekanisme lain pada tingkat tertinggi ini adalah *mystery shopper* dan *benchmarking*.

## 2.10 Konsep Persepsi

### 2.10.1 Definisi persepsi

Masing-masing manusia memandang segala fenomena yang terjadi di dunia ini secara berbeda. Hal ini tergantung dari persepsi tiap-tiap manusia itu sendiri. Persepsi memiliki makna bagaimana individu itu memandang dunia disekitarnya. Dua individu mungkin saja dihadapkan pada stimulus yang sama pada kondisi yang berbeda tetapi bagaimana tiap-tiap individu tadi mengenali, memilih, dan mengorganisasikan serta menginterpretasikan stimulus ini

tergantung sepenuhnya pada masing-masing individu karena hal tersebut didasarkan pada kebutuhan seseorang, nilai-nilai yang dianut oleh tiap-tiap individu dan harapan harapan yang dimilikinya (Kotler, 2004:158).

Secara etimologis, persepsi atau dalam bahasa Inggris *perception* berasal dari bahasa Latin *perception* dari *percipere*, yang artinya menerima atau mengambil. Persepsi menurut Pareek (Sobur, 2003) adalah proses menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji, dan memberikan reaksi kepada rangsangan panca indera atau data. Persepsi merupakan proses yang mengorganisir dan menggabungkan data-data indera kita untuk dikembangkan sedemikian rupa sehingga kita dapat menyadari sekeliling sangat dipengaruhi oleh pengetahuan masa lampau, anggapan-anggapan sebelumnya, prasangka dan sinyal-sinyal sensoris (Solso, 2001:78).

Beragam pendefinisian persepsi tersebut mengarah pada kesimpulan bahwa persepsi adalah proses seseorang dalam menyeleksi, mengorganisasikan dan menginterpretasi berbagai informasi untuk menjadi suatu makna yang dipengaruhi oleh faktor dari dalam maupun luar diri individu.

### **2.10.2 Proses Persepsi**

Persepsi merupakan sumber pengetahuan kita tentang dunia. Kita ingin mengenali dunia dan lingkungan yang mengelilinginya. Tanpa pengetahuan, kita tidak dapat bertindak secara efektif. Persepsi adalah sumber utama untuk pengetahuan itu. Dalam defenisi persepsi yang dikemukakan Pareek (1996) ini, mencakup beberapa segi atau proses. Pareek selanjutnya menjelaskan tiap proses sebagai berikut:

## 1) Proses Menerima Rangsangan

Proses pertama dalam persepsi ialah menerima rangsangan atau data dari berbagai sumber. Kebanyakan data diterima melalui panca indera. Kita melihat sesuatu, mendengar, mencium, merasakan, atau menyentuhnya, sehingga kita mempelajari segi-segi lain dari sesuatu itu (Sobur, 2003). Dalam tahap ini proses-proses yang terjadi adalah sebagai berikut:

### 1. Sensasi

Sensasi ini didefinisikan sebagai respon panca indera secara langsung dan tiba-tiba terhadap suatu stimulus. Stimulus ini bisa berupa produk, merek, iklan dan lain-lain. Stimulus tersebut diterima oleh panca indera. Sensasi ini sangat dipengaruhi oleh kepekaan terhadap reaksi pada masing-masing individu. Sensasi ini sendiri tergantung pada perubahan energi dan input. Ketika *sensory input* meningkat, maka kemampuan kita untuk mendeteksi perubahan yang terjadi akan menurun dan membuat kita kurang sensitif dalam situasi tersebut. Apabila kita berada pada lingkungan dimana rangsangan yang masuk sangat rendah, maka kemampuan kita untuk mendeteksi perubahan input akan meningkat. Misalnya, bila kita berada dalam lingkungan yang sepi kita lebih peka terhadap suara-suara disekitar kita (Kotler, 2004).

### 2. Batas ambang

Batas ambang adalah titik terendah dimana seseorang masih dapat mengalami sensasi terhadap rangsangan yang masuk. Apabila rangsangan yang masuk lebih rendah dari titik tersebut maka individu tidak dapat mendeteksi adanya reaksi (Kotler, 2004).

### 3. Ambang perbedaan

Adalah perbedaan minimal yang masih bisa dideteksi oleh individu terhadap dua stimulus sama yang diterimanya. Pada abad ke-19 seorang peneliti Jerman bernama Ernst Weber menemukan bahwa ambang perbedaan antara dua stimulus bukanlah jumlah absolut, melainkan jumlah relatif terhadap intensitas stimulus yang pertama, konsep yang dikemukakan Weber tersebut kemudian dinamakan hukum Weber (Simamora, 2002:

### 4. Persepsi bawah sadar

Manusia dapat distimulus dibawah level kesadarannya. Hal ini dapat terjadi karena stimulus tersebut terlalu lemah atau terlalu singkat untuk bisa didengar atau dilihat tetapi cukup kuat untuk diterima oleh sel-sel reseptor, proses inilah yang disebut sebagai persepsi bawah sadar (Simamora, 2002).

## 2) Proses Menyeleksi Rangsangan

Setelah diterima, rangsangan atau data diseleksi. Tidaklah mungkin untuk memperhatikan semua rangsangan yang telah diterima. Dua kumpulan faktor menentukan seleksi rangsangan itu, yaitu faktor *intern* dan faktor *ekstern* (Sobur, 2003:).

### 1. Faktor-faktor intern yang mempengaruhi seleksi persepsi

Dalam menyeleksi berbagai gejala untuk persepsi, faktor-faktor intern berkaitan dengan diri sendiri yaitu:

#### (1) Kebutuhan psikologis



Ada hal yang "kelihatan" (yang sebenarnya tidak ada), karena kebutuhan psikologis. Misalnya, seseorang yang haus bisa melihat air dibanyak tempat; fatamorgana seperti ini biasa sekali terjadi di padang pasir. Jika orang-orang kehilangan hal tertentu yang dibutuhkan, mereka lebih sering melihat barang itu.

(2) Latar belakang

Orang-orang dengan latar belakang tertentu mencari orang dengan latar belakang yang sama. Mereka mengikuti dimensi tertentu yang serupa dengan mereka.

(3) Pengalaman

Pengalaman mempersiapkan seseorang untuk mencari orang-orang, hal-hal, dan gejala-gejala yang mungkin serupa dengan pengalaman pribadinya. Seseorang yang mempunyai pengalaman buruk dalam bekerja dengan jenis orang tertentu, mungkin akan menyeleksi orang-orang ini untuk jenis persepsi tertentu. Mereka akan lebih mudah mengalami dan cepat menarik perhatiannya, begitu pula pada pengalaman yang menyenangkan.

(4) Kepribadian

Seseorang yang *introvert* mungkin akan tertarik kepada orang-orang yang serupa atau sama sekali berbeda.

(5) Sikap dan kepercayaan umum

Orang-orang yang mempunyai sikap tertentu terhadap karyawan wanita atau karyawan yang termasuk kelompok bahasa tertentu, besar

kemungkinan akan melihat berbagai hal kecil yang tidak diperhatikan orang lain.

(6) Penerimaan diri

Mereka yang lebih ikhlas menerima kenyataan diri akan lebih cepat menyerap sesuatu daripada mereka yang kurang ikhlas menerima realitas dirinya.

2. Faktor-faktor ekstern yang mempengaruhi seleksi persepsi

(1) Intensitas

Rangsangan yang lebih intensif, mendapatkan lebih banyak tanggapan daripada rangsangan yang kurang intens.

(2) Ukuran

Pada umumnya, benda-benda yang lebih besar lebih menarik perhatian. Barang yang lebih besar lebih cepat dilihat.

(3) Kontras

Biasanya, hal-hal lain dari yang biasa kita lihat akan cepat menarik perhatian. Jika orang biasa mendengar suara tertentu dan sekonyong-konyong ada perubahan dalam suara itu, hal itu akan menarik perhatian. Demikian pula, seseorang pekerja yang sangat berlainan dari pekerja lain, akan menonjol.

(4) Gerakan

Hal-hal yang bergerak lebih menarik perhatian daripada hal-hal yang diam.

(5) Ulangan

Banyak hal yang berulang dapat menarik perhatian sehingga lebih mudah diingat. Akan tetapi, ulangan yang terlalu sering, dapat menghasilkan

kejenuhan semantik dan dapat kehilangan arti perspektif. Oleh karena itu, ulangan mempunyai nilai yang menarik perhatian selama digunakan dengan hati-hati.

(6) Keakraban

Hal-hal yang akrab atau dikenal lebih menarik perhatian. Hal ini terutama jika hal tertentu tidak diharapkan dalam rangka tertentu.

(7) Sesuatu yang baru

Faktor ini kedengarannya bertentangan dengan faktor keakraban. Namun hal-hal baru juga menarik perhatian. Jika orang sudah biasa dengan kerangka yang sudah dikenal, sesuatu yang baru akan menarik perhatiannya.

3) Proses Pengorganisasian

Rangsangan yang diterima selanjutnya diorganisasikan dalam suatu bentuk. Ada tiga dimensi utama dalam pengorganisasian rangsangan, yakni:

(1) Pengelompokan

Berbagai rangsangan yang telah diterima dikelompokkan dalam suatu bentuk. Beberapa faktor yang digunakan untuk mengelompokkan rangsangan itu antara lain *kesamaan* (rangsangan-rangsangan yang mirip dikelompokkan), *kedekatan* (hal-hal yang lebih dekat dijadikan satu), melengkapi hal-hal yang dianggap belum lengkap.

(2) Bentuk timbul dan latar

Dalam melihat rangsangan atau gejala, ada kecenderungan untuk memusatkan perhatian pada gejala-gejala tertentu yang timbul menonjol, sedangkan rangsangan atau gejala lainnya berada di latar belakang.

### (3) Kemantapan persepsi

Ada suatu kecenderungan untuk menstabilkan persepsi. dan perubahan-perubahan konteks tidak mempengaruhinya.

### 4) *Proses Penafsiran*

Setelah rangsangan atau data diterima dan diatur, si penerima lalu menafsirkan data itu dengan berbagai cara. Dikatakan bahwa telah terjadi persepsi setelah data itu ditafsirkan. Persepsi pada pokoknya memberikan arti pada berbagai data dan informasi yang diterima.

### 5) *Proses Pengecekan*

Proses pengecekan ini mungkin terlalu cepat dan orang mungkin tidak menyadarinya. Pengecekan ini dapat dilakukan dari waktu ke waktu untuk menegaskan apakah penafsiran atau persepsi dibenarkan oleh data baru.

### 6) *Proses Reaksi*

Tahap terakhir dari proses perseptual ialah bertindak sehubungan dengan apa yang telah dicerap. Hal ini biasanya, dilakukan bila seseorang berbuat sesuatu sehubungan dengan persepsinya. Lingkaran persepsi itu belum sempurna sebelum menimbulkan suatu tindakan. Tindakan itu bisa tersembunyi bisa pula terbuka. Tindakan tersembunyi berupa pendapat atau sikap, sedangkan tindakan yang terbuka berupa tindakan nyata sehubungan dengan persepsi itu.

## 2.10.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang dapat dikategorikan menjadi faktor fungsional, faktor struktural, faktor situasional, dan faktor personal (Sobur, 2003).

### 1) Faktor fungsional

Faktor fungsional dihasilkan dari kebutuhan, kegembiraan (suasana hati), dan ditentukan oleh jenis atau bentuk stimuli, tetapi bergantung pada karakteristik orang yang memberikan respons terhadap stimuli tersebut. Persepsi bersifat selektif secara fungsional. Ini berarti seseorang mempersepsi sesuatu akan memberikan tekanan yang sesuai dengan tujuan orang tersebut. *Frame of reference* (kerangka rujukan) merupakan faktor fungsional yang mempengaruhi persepsi. Dalam kegiatan komunikasi kerangka rujukan mempengaruhi cara orang memberi makna pada pesan yang diterimanya.

### 2) Faktor struktural

Faktor struktural berarti bahwa faktor tersebut timbul atau dihasilkan dari bentuk stimuli dan efek-efek netral yang ditimbulkan dari sistem saraf individu. Menurut Gestalt, bila memersepsi sesuatu, kita mempersepsinya sebagai keseluruhan. Meskipun stimuli yang diterima tidak lengkap, kita akan menginterpretasinya secara konsisten dengan rangkaian stimuli yang kita persepsi. Bila seseorang termasuk dalam kelompok tertentu, semua sifat individu yang berkaitan dengan sifat kelompok akan dipengaruhi oleh keanggotaan kelompok. Selain itu, objek yang berdekatan dalam ruang dan waktu, menyerupai satu sama lain, cenderung ditanggapi sebagai bagian dari struktur yang sama.

### 3) Faktor situasional

Faktor ini banyak berkaitan dengan bahasa nonverbal. Seperti, petunjuk kinesik (gerak), petunjuk wajah, petunjuk paralinguistik (berkaitan dengan bunyi).

#### 4) Faktor personal

Faktor personal yang turut mempengaruhi adalah pengalaman, motivasi, dan kepribadian. Pengalaman tidak selalu lewat proses belajar formal. Pengalaman bertambah melalui rangkaian peristiwa yang pernah dihadapi. Motivasi seseorang dengan kebutuhan hubungan interpersonal yang sangat tinggi lebih memperhatikan tingkahi laku kolega terhadap dirinya daripada orang yang kebutuhan interpersonalnya rendah.

### **2.11 Konsep Dukungan Sosial**

#### **2.11.1 Pengertian Dukungan Sosial**

Dukungan sosial (*social support*) merupakan informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya, dalam hal ini orang yang memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Gottlieb, 1983 dikutip Smert, 1994).

#### **2.11.2 Jenis Dukungan Sosial**

House (Andika,2007) membedakan empat jenis atau dimensi dukungan sosial, yaitu:

##### 1. Dukungan Emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.

## 2. Dukungan Penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif untuk orang tersebut, dorongan maju dan perbandingan positif orang tersebut dengan orang lain.

## 3. Dukungan Instrumental

Mencakup bantuan langsung, bantuan bentuk ini untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya.

## 4. Dukungan Informatif

Mencakup memberi nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik.

### **2.11.3 Hubungan Dukungan Sosial dengan Kesehatan**

Penelitian terutama memusatkan pengaruh dukungan sosial pada stress sebagai variabel penengah dalam perilaku kesehatan dan hasil kesehatan. Dua teori pokok diusulkan, hipotesis penyangga dan hipotesis efek langsung (Gottlieb,1983 dikutip Smert, 1994).

#### 1. Hipotesis penyangga (*Buffer Hypothesis*)

Menurut hipotesis penyangga, dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dan melindungi orang itu terhadap efek negatif dari stress berat. Fungsi yang bersifat melindungi ini hanya atau terutama efektif kalau orang itu menjurhpai stress yang kuat. Di dalam keadaan stress rendah, terjadi sedikit atau tidak ada penyanggaan.

#### 2. Hipotesis efek langsung (*Direct effect hypothesis*)

Hipotesis efek langsung tetap berpendapat bahwa dukungan sosial itu bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan tidak peduli banyaknya stress

yang dialami orang-orang. Menurut hipotesis ini efek dukungan sosial yang positif sebanding dengan intensitas-intensitas stress tinggi dan rendah.

#### **2.11.4 Sumber Dukungan Sosial**

Sumber dukungan sosial dibagi menjadi tiga (Smert, 1994)

1. Berasal dari keluarga

Keluarga merupakan kelompok sosial utama yang mempunyai ikatan emosi paling besar dan terdekat dengan lansia.

2. Berasal dari teman dekat

Terkadang seseorang lebih dekat dan terbuka kepada teman terdekat, sehingga memungkinkan untuk bisa tercapainya tujuan dukungan sosial.

3. Berasal dari orang yang mempunyai ikatan emosi

Yang dimaksud adalah perawat, dokter, pekerja sosial. Ikatan profesional ini secara langsung, akan menimbulkan minat untuk memberikan dukungan kepada lansia, misalnya memberikan informasi tentang penyakit, pengobatan dan bimbingan lainnya.

Pilihan dukungan sosial menurut Siswanto (2006) yaitu:

1. Suami/Istri
2. Pacar
3. Pendeta, Pastur, Biarawati, Ustad, Ustadzah, Alim ulama
4. Kelompok relawan
5. Dokter atau perawat
6. Rekan kerja



7. Teman dekat
8. Konselor krisis
9. Hewan peliharaan

#### **2.11.5 Alasan Menolak Dukungan Sosial**

Alasan-alasan seseorang akan menolak dukungan sosial (Siswanto,2006)

1. Tidak tahu apa yang mereka inginkan
2. Tidak ingin merepotkan orang lain
3. Ingin menghindari untuk memikirkan atau merasakan peristiwa traumatis
4. Merasa malu atau lemah
5. Meragukan bahwa hal tersebut dapat membantunya atau orang lain tidak dapat mengerti
6. Merasa orang lain akan kecewa dan menghakiminya
7. Merasa akan kehilangan kontrol diri
8. Sudah putus asa mencari bantuan dan merasa sebelumnya tidak ada yang membantu.
9. Tidak tahu harus meminta pertolongan kepada siapa

#### **2.11.6 Manfaat Dukungan Sosial**

- 1 Dengan berjalannya waktu stres dapat berangsur-angsur pulih serta melindungi dari efek negatif dari stres berat
- 2 Meringankan beban bagi lansia
- 3 Memberikan suatu dorongan untuk meningkatkan semangat hidupnya, menyadari bahwa masih ada orang lain yang peduli

- 4 Memberikan penghargaan diri yang lebih tinggi, merasa dirinya masih berharga
- 5 Dapat berkomunikasi dengan baik setiap saat
- 6 Perubahan peran yang terkit dengan usia melibatkan tanggung jawab yang lebih besar, otoritas, dan kemampuan untuk memberi nasehat.
- 7 Keluarga besar merupakan bentuk keluarga yang umum dalam kebudayaan, dan orang lanjut usia terintegrasi di dalamnya.
- 8 Kebudayaan bersifat kolektivistik daripada individualistic

Berdasarkan faktor-faktor tersebut, sangatlah relevan bahwa faktor ini terjadi di masyarakat kita, dimana para lanjut usia masih diberikan tempat. Namun sejauh apa penghargaan itu diberikan, dan alasan-alasan dibalik itu tentunya sangat beragam.

#### **2.11.7 Hubungan Variabel Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup**

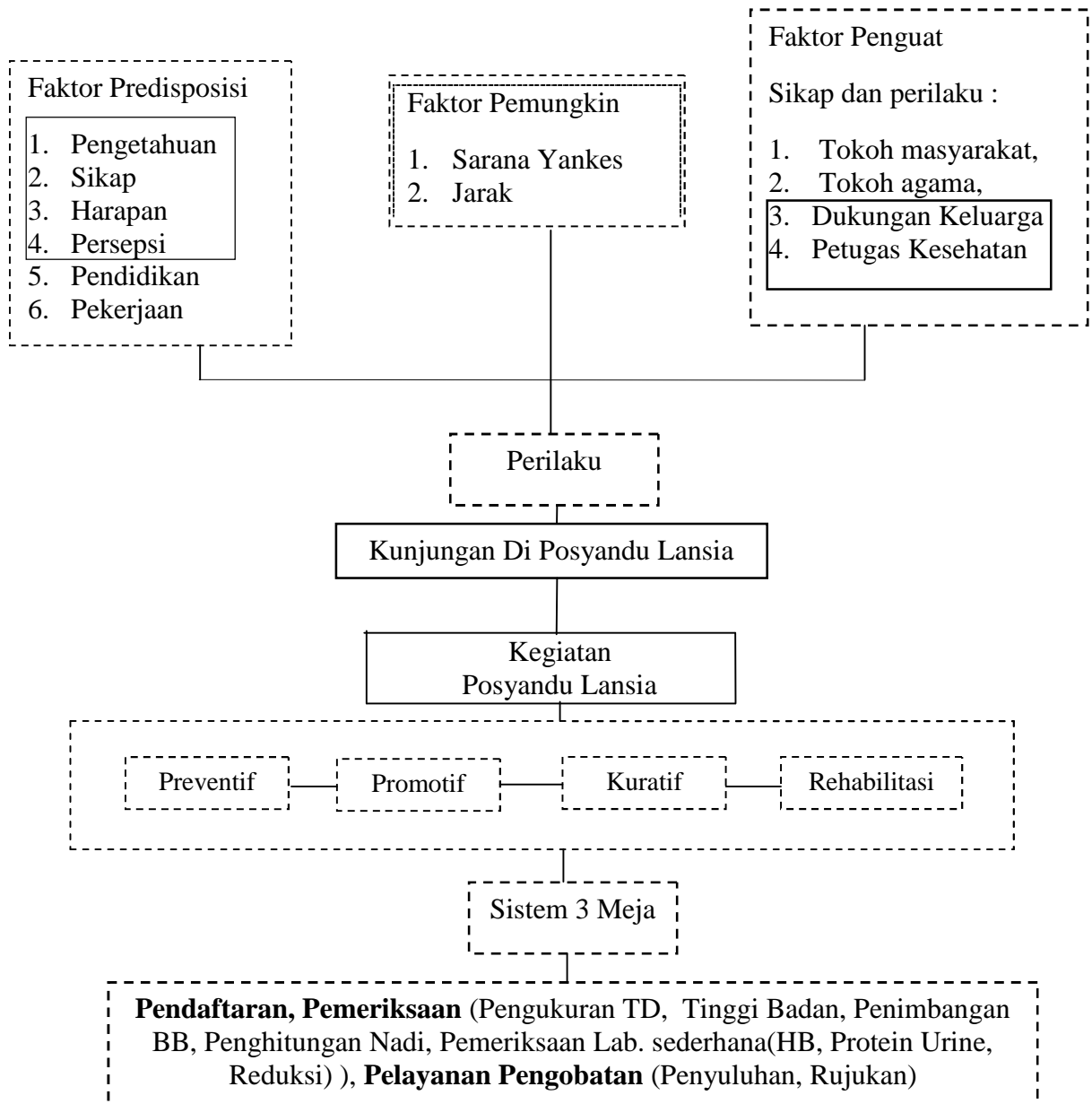
Sejak tahun 1970-an, terjadi peningkatan jumlah riset empirik terhadap hubungan integrasi sosial atau dukungan sosial dengan kesehatan (Rohrle, 1994; dalam Bruggeman, 2007). Kualitas hidup sebagian besar dibangun dari kontak sosial (Bigelow, dkk., 1991; dalam Shark, dkk., 2007). Kontak sosial memenuhi kebutuhan personal individu, yakni kebutuhan afeksi dan meningkatkan *self-esteem*. Kontak sosial juga berkontribusi terhadap pemenuhan rasa afiliasi seseorang terutama yang memiliki kondisi guncangan mental (Corrigan, 2003; dalam Sharir dkk, 2007). Seseorang yang memiliki akses terhadap layanan dukungan sosial dilaporkan memiliki tingkat kepuasan hidup yang memuaskan atau *acceptable* (Trauer, dkk., 1998; dalam Sharir dkk, 2007)

Dalam Bruggemann (2007) disebutkan bahwa dukungan sosial secara predominan menunjukkan bahwa adanya pengaruh positif terhadap *well-being* emosional (Beck, 1976), *well-being* secara umum Schwarzer dan Leppin, 1994), penurunan degradasi kondisi psikis (Holahan dkk., 1995; Reis dan Meyer Probst, 1995; Sarason, dkk., 2001), dan lebih mampu menghadapi masalah kesehatan (Hessel dkk, 2000; Vossler dkk, 2001). Kuantitas hubungan sosial yang bersifat mendukung merupakan aspek prediktif (terhadap kualitas hidup pada seseorang (Baker dkk, 1992; Bengtsoon dkk, 2001; Caon dkk, 1998; Hannson dkk, 2002; Lam dan Rosencheck, 2000, Rudnick dan Kravetz, 2001, dalam Sharir dkk, 2007). Dari berbagai penemuan para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup. Umumnya dukungan sosial membantu individu untuk mencapai kondisi mental yang sehat, atau *well-being*. Dukungan sosial yang diperoleh juga membuat individu lebih menerima hidupnya, atau dengan kata lain memiliki kepuasan hidup yang tinggi. Dukungan sosial yang diterima oleh seseorang, dapat membantu individu mencapai kondisi kualitas hidup yang optimal, karena dukungan sosial merupakan salah satu aspek prediktif (Raharjo, 2008).

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Keterangan :

- : Di ukur
- : Tidak di ukur

Gambar 3.1 : Kerangka konseptual penelitian tentang Analisis Faktor – Faktor yang berhubungan dengan Kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Pusk. Welamosa Kab. Ende

Berdasarkan teori perilaku menurut Lawrence Green ada tiga faktor yang mempengaruhi seseorang mencari pengobatan dan perawatan antara lain : faktor predisposisi , faktor penguat, faktor pemungkin. Pada penelitian ini peneliti mengambil beberapa variabel pada Teori L. Green, yang mempengaruhi lansia untuk mengunjungi Posyandu Lansia antara lain : Faktor predisposisi (sikap, pengetahuan, harapan dan persepsi) dan faktor penguat (dukungan keluarga, sikap petugas kesehatan). Pada variabel sikap lansia terhadap pelayanan yang diberikan di posyandu, dapat kita ketahui respon sikap dari lansia yang berhubungan dengan keteraturan kunjungannya ke posyandu akibat dari pelayanan yang diberikan di posyandu. Persepsi lansia merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kunjungannya di posyandu dimana dengan adanya persepsi yang baik akan mempengaruhi perilaku dan sikap lansia itu sendiri, bagaimana ia memutuskan untuk melakukan tindakan atau perawatan bagi dirinya. Dari dua variabel diatas tingkat pengetahuan juga merupakan faktor penting dalam mempersepsikan hingga memutuskan apakah tindakan ini baik atau tidak untuk dirinya. Faktor eksternal atau penguat yang paling penting dalam memotivasi lansia sekaligus pendorong yakni dukungan keluarga, karena dengan penurunan kemampuan fisik dan psikis akan mempengaruhi lansia dalam mengambil atau memutuskan tindakan yang baik untuk dirinya. Perilaku dan sikap petugas turut mempengaruhi lansia dalam kunjungannya ke pelayanan karena perawatan yang akan di berikan akan makin kompleks, memerlukan berbagai disiplin ilmu dan memakan waktu yang lama, hal ini tentunya akan berpengaruh pada harapan lansia terhadap pelayanan yang diberikan.

Dari beberapa variabel di atas, jenis kegiatan yang beragam juga sangat mendukung lansia dalam memeriksakan kesehatan di Posyandu baik mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitasi. Kegiatan konkrit di Posyandu Lansia meliputi Pengukuran TD dan Tinggi Badan, Penimbangan BB, Penghitungan Nadi, Pemeriksaan (HB, Protein Urine, Reduksi), penyuluhan dan rujukan.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

H 1 =

1. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
2. Ada hubungan antara sikap dengan kunjungan lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
3. Ada hubungan antara harapan dengan kunjungan lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
4. Ada hubungan antara persepsi dengan kunjungan lansia di posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
5. Ada hubungan antara persepsi tentang sikap petugas dengan kunjungan lansia ke posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende
6. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Desain penelitian**

Desain penelitian pada hakekatnya merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian. (Nursalam dan Pariani S, 2000)

Jenis desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik *Cross Sectional*, yaitu penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2008). Pada desain ini peneliti mengumpulkan data dengan cara observasi sekaligus dengan pembagian kuesioner pada lansia sebagai obyek penelitian. Selain itu peneliti juga memverifikasikan dengan data kunjungan bulanan baik pada KMS maupun di buku registrasi bulanan. Desain ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan lansia di posyandu lansia desa Tanali kecamatan Wewaria kabupaten Ende.

#### **4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmojo, 2005) Populasi dalam penelitian ini adalah semua Lansia di Desa Tanali berjumlah 57 orang

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini telah ditentukan yang memenuhi kriteria inklusi.

##### (1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi dalam penelitian ini, adalah: Lansia berusia diatas 45 tahun di desa Tanali

##### (2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi berbagai sebab (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini:

- 1) Lansia yang menolak untuk diteliti
- 2) Lansia yang sakit dengan tingkat ketergantungan tinggi (tak bisa beranjak dari tempat tidur)
- 3) Lansia tinggal sendirian

#### 4.2.3 Besar sampel :

Untuk menentukan besar sampel minimum yang dipandang sesuai diambil dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

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

dimana :     n = Besar sampel  
               N = Besar populasi  
               d = Tingkat signikansi (P)

pada penelitian ini perkiraan besar sampel adalah :



$$n = \frac{57}{1 + (57 (0,05)^2)}$$

$$n = \frac{57}{1,1425}$$

$$n = 49,89$$

$$n = 50 \text{ orang}$$

#### 4.2.4 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008)

Pada penelitian ini menggunakan *Probability Sampling* dengan metode *Simple Random Sampling* dimana sampel dipilih diantara populasi secara acak oleh peneliti (Nursalam,2008). Hakekat dari teknik ini adalah bahwa setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk di seleksi sebagai sampel. Apabila besarnya sampel yang di inginkan itu berbeda – beda, maka besarnya kesempatan bagi setiap satuan elementer untuk terpilihpun berbeda – beda pula (Notoadmodjo,2001). Pada penelitian ini peneliti menggunakan *lottery technique*.

### 4.3 Variabel Penelitian

Variabel merupakan karakteristik yang memberi nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dll) (Taat Putra, et al 2000). Dalam suatu penelitian, variabel merupakan konsep dari berbagai level dari abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi penelitian

(Nursalam, 2008). Semua variabel yang diteliti harus diidentifikasi, mana yang merupakan variabel bebas (*independent variabel*), variabel tergantung (*dependent variabel*), dan variabel pengontrol, perancu (*confounding variabel*) serta random.

#### 4.3.1 Variabel Independen (Variabel bebas)

Adalah variabel yang menentukan variabel lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor – faktor , yakni Pengetahuan, Sikap Lansia, Sikap Petugas Kesehatan, Harapan, Persepsi, Dukungan Keluarga.

#### 4.3.2 Variabel Dependen (Tergantung)

Adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Dengan kata lain variabel tergantung adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini variabel dependen adalah Kunjungan Lansia di Posyandu.

#### 4.3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut, karakteristik yang diamati dan diukur itulah yang menjadi kunci definisi operasional (Nursalam, 2008). Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau kontrak dengan memberi arti atau memverifikasi kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nasir, 1999)

Tabel 4.1 Defenisi operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1	<b>Variabel Independen</b> Pengetahuan tentang pentingnya posyandu	Sesuatu yang di ketahui oleh lansia tentang pentingnya Posyandu Lansia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian posyandu lansia</li> <li>2. Tujuan posyandu lansia</li> <li>3. Sasaran usia posyandu lansia</li> <li>4. Upaya pokok posyandu</li> <li>5. Kegiatan di meja 1</li> <li>6. Pemeriksaan pokok / wajib di posyandu</li> <li>7. Jadwal posyandu</li> <li>8. Pemeriksaan laboratorium sederhana</li> <li>9. Warna garis pada KMS untuk berat badan lebih</li> <li>10. Sasaran tidak langsung posy.</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	Nilai 1 jawaban benar, nilai 0 jawaban salah, selanjutnya dikelompokkan ke dalam skala kualitatif : Penilaian tingkat pengetahuan Baik : 76 % - 100% Cukup : 51 % - 75 % Kurang : < 50 %
2	Sikap Lansia	Reaksi atau respon dari lansia terhadap pelayanan Posyandu lansia	Data Sikap Lansia  Saya sebaiknya : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa diri pada posyandu</li> <li>2. Tidak harus ke posy. bila sehat</li> <li>3. Mengikuti arahan oleh nakes</li> <li>4. Tidak perlu percaya dengan semua penyuluhan nakes</li> <li>5. Mengikuti ajakan kader bila waktunya posyandu</li> <li>6. Tidak perlu menanggapi ajakan lansia lain untuk pergi ke posyandu</li> </ol>	Skala Likert  Kuesioner	Ordinal	Penilaian respon sikap Lansia  Positif : 51 % - 100% Negatif : 0 % - 50 %  Skor Penilaian Positif <ul style="list-style-type: none"> <li>• SS : 4</li> <li>• S : 3</li> <li>• TS : 2</li> <li>• STS : 1</li> </ul> Skor Penilaian Negatif <ul style="list-style-type: none"> <li>• SS : 1</li> <li>• S : 2</li> </ul>

						<ul style="list-style-type: none"> <li>• TS : 3</li> <li>• STS : 4</li> </ul> <b>Skoring maksimal = 24</b>
3	Harapan Lansia	Perkiraan atau keyakinan lansia tentang apa yang akan di terimanya pada saat berkunjung ke Posyandu lansia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posyandu akan menyediakan semua kebutuhan lansia</li> <li>2. Posyandu di buka lebih dari 1 x dlm sebulan</li> <li>3. Pelayanan gratis di Posyandu lansia</li> <li>4. Pelayanan di Posyandu lansia sebaiknya dihadiri oleh Nakes</li> <li>5. Pelayanan pengobatan tidak perlu diberikan di posyandu</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	<p>Nilai 1 jawaban benar, nilai 0 jawaban salah, selanjutnya dikelompokkan ke dalam skala kualitatif :</p> <p>Penilaian harapan lansia</p> <p>Baik : 76 % - 100%</p> <p>Cukup : 51 % - 75 %</p> <p>Kurang : &lt; 50 %</p>
4	Persepsi lansia tentang pelayanan Posyandu Lansia	Proses yang dilakukan oleh lansia dalam menginterpretasi berbagai informasi tentang pelayanan di posyandu lansia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan yang tidak tepat waktu</li> <li>2. Pelayanan posyandu bukan untuk lansia sehat</li> <li>3. Saya ikut pelayanan kesehatan di posyandu karena lebih mudah dijangkau</li> <li>4. Kegiatan di posyandu tidak ada perubahan ditiap bulannya</li> <li>5. Pelayanan kurang ramah di Posyandu oleh kader atau Bidan</li> <li>6. Saya ke posyandu nakes</li> </ol>	Skala Likert Kuesioner	Ordinal	<p>Penilaian respon persepsi Lansia</p> <p>Positif : 51 % - 100%</p> <p>Negatif : 0 % - 50 %</p> <p>Skor Penilaian Positif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SS : 4</li> <li>• S : 3</li> <li>• TS : 2</li> <li>• STS : 1</li> </ul> <p>Skor Penilaian Negatif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SS : 1</li> <li>• S : 2</li> <li>• TS : 3</li> <li>• STS : 4</li> </ul>

			<p>berhalangan</p> <p>7. Pelayanan posyandu dilanjutkan di rumah lansia yang sakitt</p> <p>8. Tujuan Pelayanan diposyandu untuk mengecek kesehatan</p> <p>9. Tujuan lain dari Pelayanan posyandu supaya lansia tidak bekerja di kebun</p> <p>10. Saya ke posyandu karena ada perintah dari bapak desa dan ketua adat</p>			<b>Skoring maksimal = 40</b>
5	Dukungan Keluarga	Seperangkat tindakan keluarga yang mendorong lansia untuk berkunjung ke Posyandu lansia	<p>1. Dukungan emosional (Pendampingan keluarga, memberi pujian dan perhatian, mencintai dan memperhatikan, memaklumi kondisi</p> <p>2. Dukungan fasilitas (Menyediakan waktu dan fasilitas, berperan dalam pengobatan dan perawatan, membiayai perawatan dan pengobatan, memenuhi kebutuhan yang kurang)</p> <p>3. Dukungan Informasi /Pengetahuan (menerangkan hasil pemeriksaan di posyandu, mengingatkan waktu minum obat dan kontrol serta</p>	Skala likert	Ordinal	<p>Penilaian dukungan keluarga :</p> <p>Positif : 51 % - 100%</p> <p>Negatif : 0 % - 50 %</p> <p>Skor :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S : 4</li> <li>• Sr : 3</li> <li>• KK : 2</li> <li>• TP : 1</li> </ul> <p>Skoring maksimal : 40</p>

			latihan dan makan)			
6	Persepsi lansia tentang Sikap Petugas	Reaksi atau respon dari lansia tentang sikap petugas kesehatan di Posyandu lansia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas Kesehatan sebaiknya tidak menerima setiap usulan dari lansia pada tiap kunjungan</li> <li>2. Petugas sebaiknya tidak merespon setiap permintaan dari lansia</li> <li>3. Petugas kurang menghargai setiap pertanyaan lansia</li> <li>4. Petugas sebaiknya melayani setiap permintaan kunjungan rumah para lansia yang sakit berat</li> <li>5. Petugas sebaiknya mengunjungi keluarga yang mempunyai lansia sakit. Petugas sebaiknya memberi penyuluhan ke lansia setiap kali ke posyandu</li> </ol>	Skala Likert  1. Positif (2,4,5)  2. Negatif (1,3)	Ordinal	<p>Penilaian respon sikap petugas</p> <p>Positif : 51 % - 100%</p> <p>Negatif : 0 % - 50 %</p> <p>Skor sikap positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SS : 4</li> <li>• S : 3</li> <li>• TS : 2</li> <li>• STS : 1</li> </ul> <p>Skor sikap negatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• STS : 4</li> <li>• TS : 3</li> <li>• S : 2</li> <li>• SS : 1</li> </ul> <p>Skoring maksimal = 24</p>

	<b>Variabel Dependen</b> Kunjungan Lansia per tahun	Kehadiran lansia dalam kegiatan posyandu lansia 1 tahun terakhir	Data kunjungan lansia di posyandu pada KMS dalam 1 tahun terakhir	Observasi data sekunder	Interval	Penilaian data kunjungan Rutin : 10 – 12 Cukup : 6 - 9 Tidak rutin : 5
--	--	--	---	-------------------------	----------	---

#### 4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan untuk mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis, sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2002). Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah untuk kuesioner data dukungan keluarga (Nursalam,2008), Data harapan (Suteja,2004), data persepsi (Sobur,2003), untuk data sikap (Notoadmodjo,2005) baik lansia dan petugas kesehatan, berasal dari modifikasi peneliti berdasarkan teori para ahli, begitupun juga data pengetahuan lansia.

Jenis instrumen dalam penelitian ini adalah Kuesioner, skala, dan observasi yang disusun oleh peneliti berdasarkan mempertimbangkan kebutuhan data dengan bentuk:

1. *Dichotomy Question*, untuk pertanyaan dengan jawaban ya atau tidak dan benar atau salah :
  - 1) Untuk data pengetahuan lansia tentang posyandu lansia dimana menggunakan parameter (terlampir), alat ukur kuesioner dengan dan skala ordinal dengan skoring nilai 1 jawaban benar, nilai 0 jawaban salah, selanjutnya dikelompokkan ke dalam skala kualitatif yakni Penilaian tingkat pengetahuan Baik : 76 % - 100%, Cukup : 51 % - 75 %, Kurang : < 50 %.
  - 2) Untuk data harapan lansia, dimana menggunakan parameter (terlampir), alat ukur kuesioner dan skala ordinal dengan skoring yakni nilai 1 jawaban benar, nilai 0 jawaban salah, selanjutnya



dikelompokkan ke dalam skala kualitatif yakni Penilaian tingkat harapan Baik : 76 % - 100%, Cukup : 51 % - 75 %, Kurang : < 50 %

2. *Likert Scale*, responden di minta pendapatnya dengan menjawab, Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS) atau Selalu (S), Sering (Sr), Kadang-Kadang (KK) dan Tidak Pernah (TP).
  - 1) Untuk data Sikap lansia, dimana menggunakan parameter (terlampir), instrument skala likert dan skala ordinal dengan skoring yakni penilaian respon sikap lansia positif : 51 % - 100%, Negatif : 0 % - 50 % . Skor Penilaian Positif, SS : 4, S : 3, TS : 2, STS : 1. Untuk skor Penilaian Negatif SS : 1, S : 2, TS : 3, STS : 4, dengan skoring maksimal = 24
  - 2) Untuk data persepsi lansia, dimana menggunakan parameter (terlampir), instrumen skala likert dan skala ordinal dengan skoring yakni penilaian respon persepsi lansia positif : 51 % - 100%, Negatif : 0 % - 50 % . Skor penilaian positif, SS : 4, S : 3, TS : 2, STS : 1. Untuk skor penilaian negatif SS : 1, S : 2, TS : 3, STS : 4, dengan skoring maksimal = 40
  - 3) Untuk data dukungan keluarga lansia, dimana menggunakan parameter (terlampir), instrumen skala likert dan skala ordinal dengan skoring yakni Penilaian dukungan keluarga: lansia positif : 51 % - 100%, Negatif : 0 % - 50 % . Skor Penilaian SS : 4, S : 3, TS : 2, STS : 1. Total skoring maksimal = 40.

- 4) Untuk data persepsi lansia tentang sikap petugas , dimana menggunakan parameter (terlampir), instrumen skala likert dan skala ordinal dengan skoring yakni Penilaian respon sikap petugas : Positif : 51 % - 100%, Negatif : 0 % - 50 %. Skor Penilaian Positif, SS : 4, S: 3, TS: 2, STS: 1. Untuk skor Penilaian Negatif SS : 1, S: 2, TS: 3, STS : 4, dengan skoring maksimal = 24
3. Observasi, digunakan untuk data kunjungan lansia dimana peneliti melakukan verifikasi data pada laporan kunjungan bulanan pertahun dengan jawaban responden dikuesioner. Adapun skala yang digunakan adalah interval dengan penilaian data kunjungan rutin yakni 10-12 kali kunjungan, cukup : 7 – 9 kali kunjungan dan kurang adalah < 6 kali kunjungan. Selain itu untuk data demografi yang menggunakan *checklist*, pengelolaan data dengan cara data ditabulasikan untuk mengetahui karakteristik responden yang disajikan dalam bentuk diagram dan narasi.

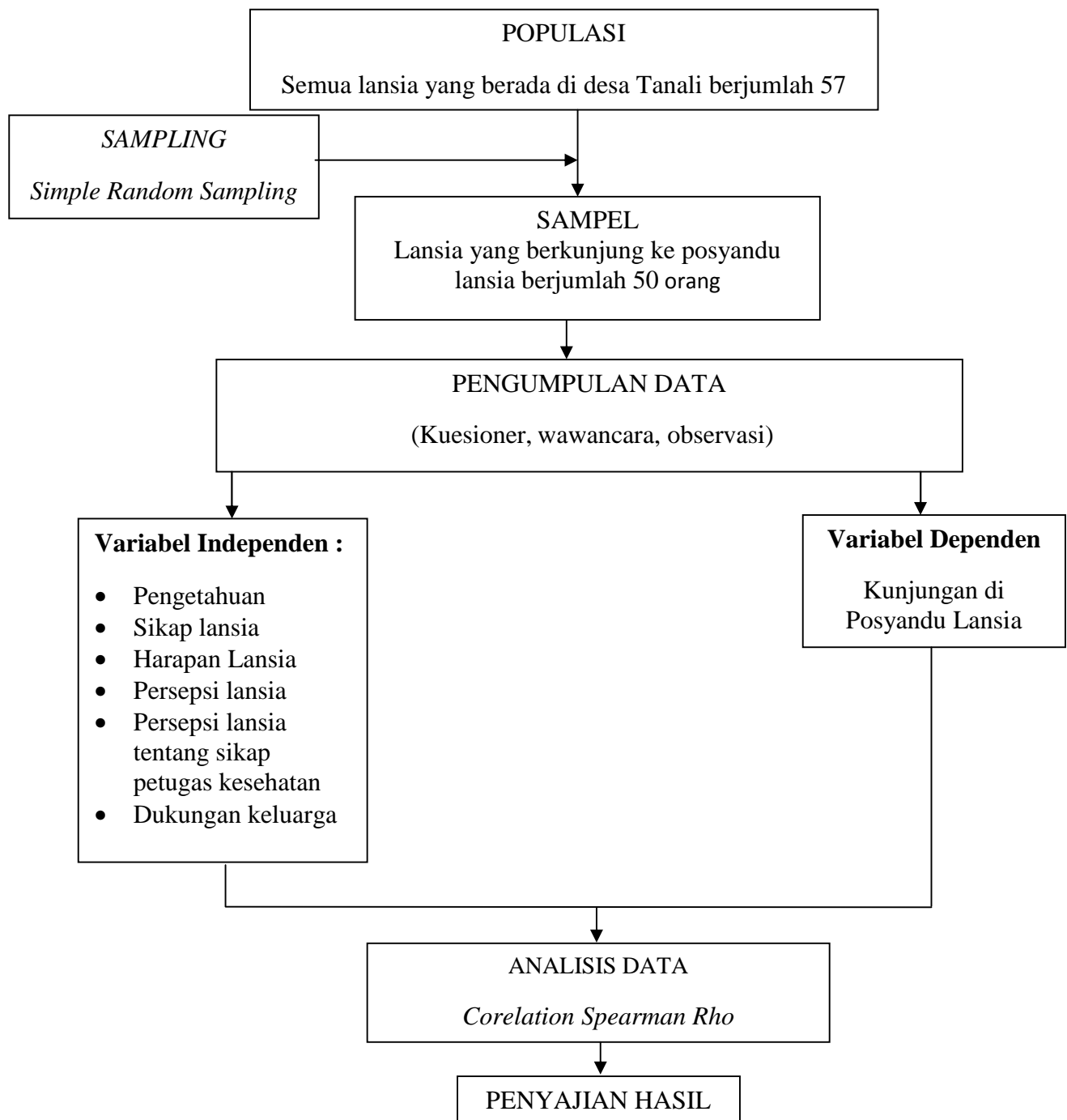
#### **4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian ini di Posyandu Lansia Desa Tanali Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende dan dilakukan selama 14 hari kerja, pada tanggal 19 Januari 2009 sampai dengan 31 Januari 2009

#### 4.6 Prosedur Pengambilan Dan Pengumpulan Data

Langkah awal adalah mengobservasi kunjungan lansia di posyandu lalu mengidentifikasi jumlah responden sebanyak 50 orang dengan cara acak dengan teknik melakukan undian. Teknik undiam (*Lottery Tehnic*) yang dilaksanakan oleh peneliti yakni dari total lansia sebanyak 57 orang, masing-masing lansia diberi kesempatan mengambil gulungan kertas, dimana terdapat angka 1 sampai dengan 50 pada setiap gulungan, sehingga terpilih 50 lansia yang akan mendapat kesempatan untuk menjadi responden. Setelah mendapatkan jumlah responden kemudian memberikan *informed consent* untuk meminta persetujuan responden. Langkah berikut memberikan kuesioner penelitian pada responden serta menjelaskan bagaimana cara pengisian kuesionernya. Setelah pengisian kuesioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan, dikumpulkan lalu di verifikasi yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang. Lalu setelah data terkumpul, maka selanjutnya data diolah secara manual. Hasil perhitungan untuk data pengetahuan, harapan dan data kunjungan lansia, langsung di hitung besarnya persentasi sesuai skoring (Baik, cukup, kurang atau rutin, cukup rutin, kurang rutin). Setelah diketahui hasil rekap manual untuk variabel sikap, persepsi dan dukungan keluarga, data tersebut di cari standar deviasi lalu dihitung t skornya, untuk mengetahui hasilnya (positif atau negatif). Kemudian semua data diatas di *cross table* dengan data kunjungan, menggunakan uji *Correlation Spearman Rho*.

#### 4.7. Kerangka Kerja ( *Frame Work* )



Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kab. Ende

#### 4.8 Cara Analisis Data

Data yang telah terkumpul kemudian dianalisa. Adapun tahap – tahap dari analisis tersebut antara lain :

##### 1. Persiapan

Langkah persiapan bermaksud untuk merapikan data agar bersih, rapi sehingga tinggal mengadakan pengolahan atau menganalisa (Arikunto, 1998).

Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah :

- 1) Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan atau kekurangan data identitas sampel.
- 2) Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen pengumpulan data.
- 3) Mengecek isian data untuk menghindari ketidak tepatan data.

##### 2. Tabulasi data

Tabulasi data merupakan suatu kegiatan untuk mengelompokkan data sesuai dengan item yang ditentukan oleh peneliti (Arikunto, 1998). Langkah yang dilakukan dalam langkah tabulasi data adalah:

- 1) Memberikan skoring terhadap item-item yang perlu diberi skor sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional.
- 2) Mengubah jenis data bila diperlukan, disesuaikan atau dimodifikasi dengan teknis analisis yang akan digunakan

##### 3. Analisis data sesuai dengan pendekatan penelitian

Data yang telah disunting kemudian diolah dan dianalisis. Analisis pada tahap pertama dihasilkan tabel-tabel frekwensi dan diagram untuk

memberikan gambaran secara umum mengenai semua variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusi frekwensi dan persentasi dengan rumus :

$$P = \frac{Sp}{Sn} \times 100\%$$

Keterangan :

Sp : poin yang didapat

Sn : poin keseluruhan

Pengolahan data kualitatif yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan wawancara terstruktur, sehingga analisa data yang digunakan adalah menggunakan uji statistik *Corelation Spearman Rho*, dengan interpretasi nilai antara 0,800 – 1,00 adalah Tinggi, antara 0,600 – 0,800 adalah Cukup, antara 0,400 – 0,600 adalah agak rendah, antara 0,200 – 0,400 adalah rendah dan antar 0,000 – 0,200 adalah sangat rendah (tidak berkorelasi). Setelah semua data yang diperlukan terkumpul, peneliti akan menganalisa jawaban yang dituliskan responden untuk dapat diambil suatu kesimpulan dari jawaban yang dibuktikan tersebut.

#### 4.9 Etik penelitian

Penelitian yang menggunakan manusia sebagai subyek, tidak boleh bertentangan dengan etik. Tujuan penelitian harus etis dalam arti hak pasien harus dilindungi (Nursalam, 2008). Dalam melaksanakan penelitian, setelah mendapatkan rekomendasi dari bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, persetujuan dari Camat Wewaria, Kepala Dinas

Kesehatan Kab. Ende, Kepala Puskesmas Welamosa dan Kepala Desa Tanali, peneliti baru melakukan penelitian dengan menekankan pada masalah etik yang meliputi:

#### 4.9.1 Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan sebelum penelitian dilaksanakan agar subjek mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Jika subjek bersedia menjadi responden, maka subjek akan menandatangani lembar persetujuan, jika subjek menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan akan tetap menghormati haknya.

#### 4.9.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama pada lembar observasi. Lembar tersebut hanya kode tertentu.

#### 4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti. Hanya data tertentu saja (yang dibutuhkan) akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.

### **4.10 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burns & Grove, 1991, dikutip oleh Nursalam, 2008). Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

#### 4.10.1 Faktor *Feasibility* (Kelemahan penulis)

Sebagai penulis pemula dengan keterbatasan pengetahuan, pengalaman, tenaga dan waktu yang dimiliki serta hambatan etik, sehingga peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam melakukan dengan penelitian ini.

#### 4.10.2 Desain

Karena proses pengamatan antara variabel dependen dan independen dilakukan pada satu waktu akibat keterbatasan waktu, sehingga hasilnya kurang optimal dalam menggambarkan kebenaran dari variabel yang diteliti

#### 4.10.3 Sampel

Responden yang terlokalisasi pada satu daerah sehingga hasil yang didapat belum dapat digeneralisasi pada daerah lain.

#### 4.10.4 Instrumen

1. Beberapa instrumen dalam pengumpulan data dirancang sendiri oleh peneliti tanpa melakukan uji coba, oleh karena itu validitas dan reliabilitasnya masih perlu di uji coba untuk kepentingan penelitian selanjutnya.
2. Pengumpulan data dengan kuesioner memiliki jawaban yang lebih banyak opini pribadi yang mungkin dipengaruhi oleh situasi saat itu, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil pengumpulan data yang diperoleh sejak tanggal 20 Januari 2009 sampai 31 Januari 2009. Data diperoleh dari Posyandu Lansia Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende. Penyajian dimulai dari gambaran umum lokasi penelitian dan karakteristik responden.

Hasil penelitian akan disampaikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi yang meliputi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan tentang karakteristik lokasi penelitian dan karakteristik responden, sedangkan data khusus menjelaskan tentang Faktor yang berhubungan dengan Kunjungan Lansia di Posyandu.

Pada bagian pembahasan diuraikan tentang hasil uji *Correlation Spearman Rho*, untuk mengetahui hubungan variabel independen terhadap variabel dependen, dengan hasil kemaknaan  $p < 0,05$ .

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Karakteristik Lokasi Penelitian**

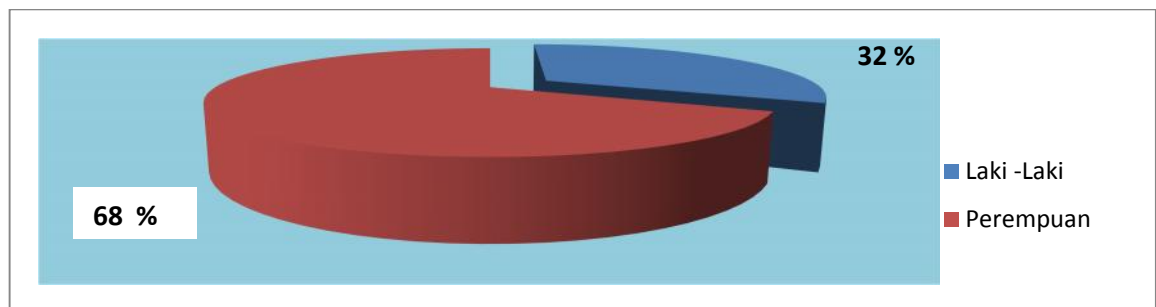
Penelitian dilakukan di Posyandu Lansia Desa Tanali dan merupakan wilayah kerja Puskesmas Welamosa yang terletak di Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende. Pelayanan kesehatan lanjut usia di desa Tanali sejak tahun 2005, dimulai dengan hadirnya bidan desa. Secara administrasi desa Tanali berada di

Kecamatan Wewaria, dengan batas-batas wilayah administrasi, sebelah utara berbatasan dengan desa Mautenda, sebelah timur berbatasan dengan desa Numba, sebelah barat berbatasan dengan desa Mautenda Barat, sebelah selatan berbatasan dengan desa Mautenda.

Dari pencatatan di posyandu lansia didapatkan 5 (lima) penyakit terbanyak bulan Januari 2009, yaitu, Rheumatoid Arthritis, Anemia, ISPA, malaria dan hipertensi.

### 5.1.2 Karakteristik demografi responden

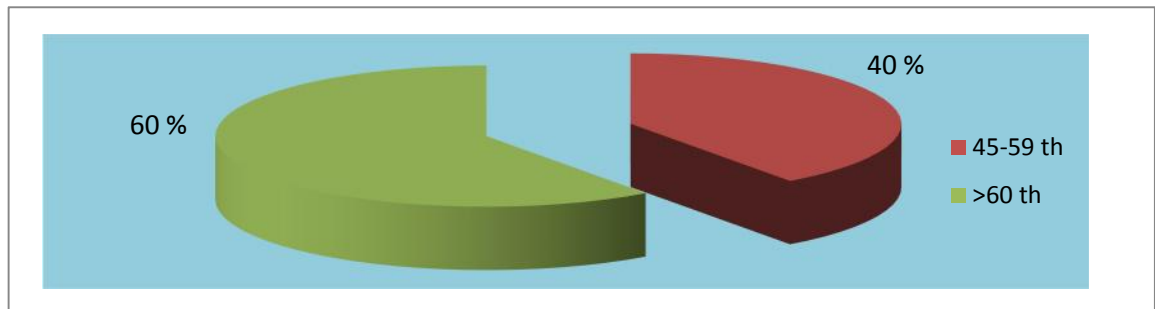
#### 1) Jenis Kelamin Responden



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Posyandu Lansia Desa Tanali wilayah kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende pada tanggal 20 s/d 31 Januari 2009.

Berdasarkan diagram di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah berjenis kelamin perempuan (68 %) orang.

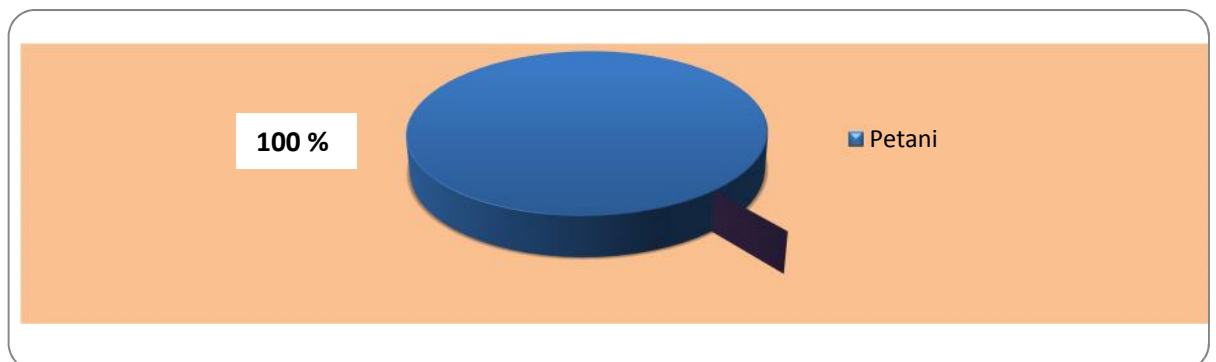
## 2) Umur Responden



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan umur di Posyandu Lansia Desa Tanali wilayah kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende pada tanggal 20 s/d 31 Januari 2009.

Berdasarkan diagram Pie gambar 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar umur responden adalah kelompok umur lebih dari 60 tahun (60 %) orang.

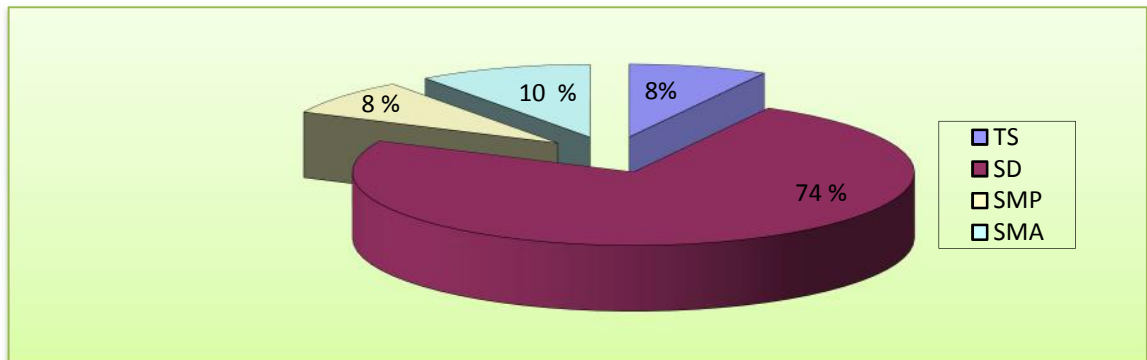
## 3). Riwayat Pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan riwayat pekerjaan di Posyandu Lansia Desa Tanali wilayah kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende pada tanggal 20 s/d 31 Januari 2009.

Dari gambar 5.3 di atas menunjukkan bahwa semua responden memiliki riwayat dan bekerja sebagai petani yaitu sebanyak 100 % (50 orang).

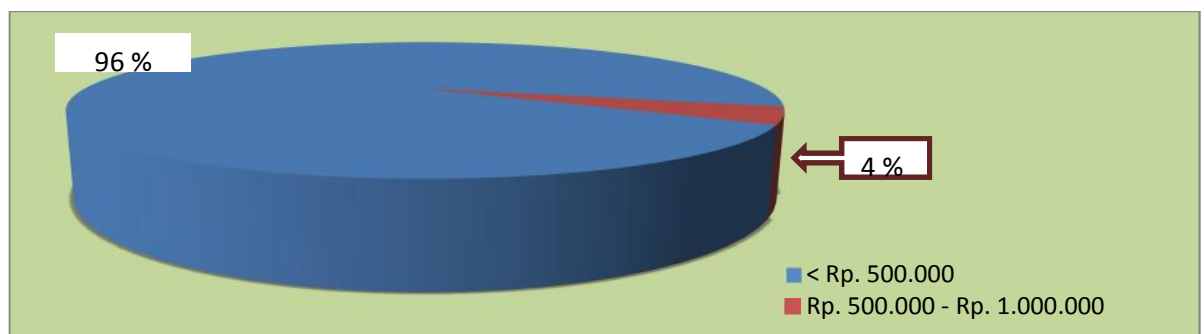
## 4). Tingkat Pendidikan



Gambar 5.4 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

Berdasarkan diagram pie gambar 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan responden adalah SD sebanyak 37 responden (74 %).

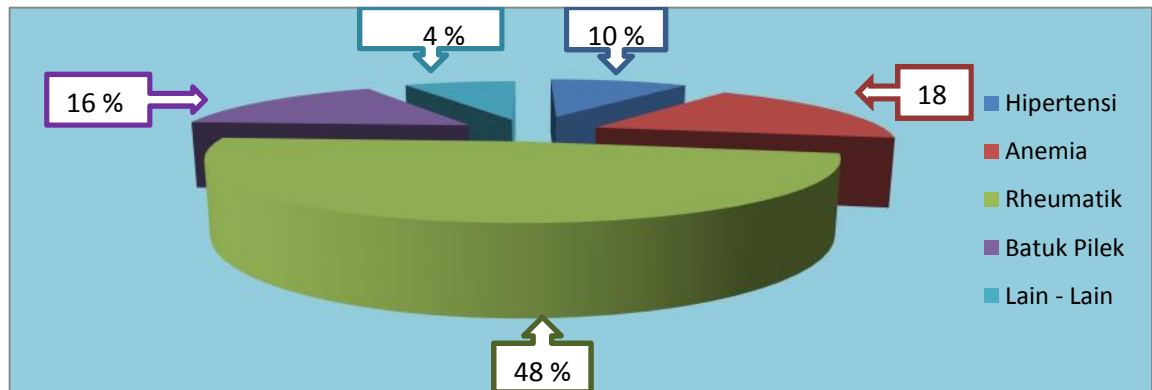
## 5). Penghasilan



Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

Berdasarkan diagram Pie gambar 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar penghasilan responden adalah < Rp. 500.000,- sebanyak 48 ( 96 %) responden sedangkan penghasilan Rp 500.000 – Rp. 1.000.000, sebanyak 2 orang ( 4 %).

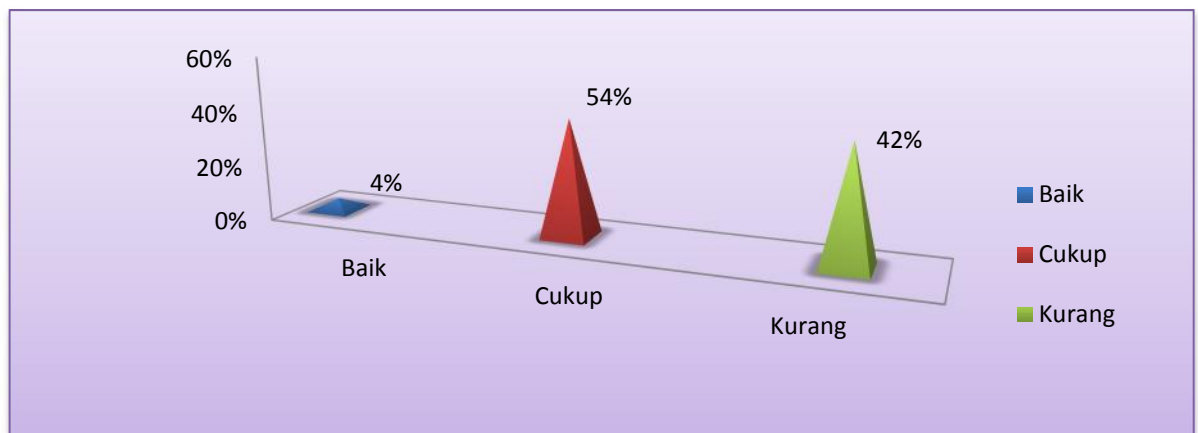
6) Riwayat Kesehatan.



Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Kesehatan Saat Ini Di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

Berdasarkan diagram Pie gambar 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden menderita penyakit Rheumatik sebanyak 24 orang (48%) dan 4% responden menderita sakit lain – lain seperti malaria, gastritis, dan mialgia.

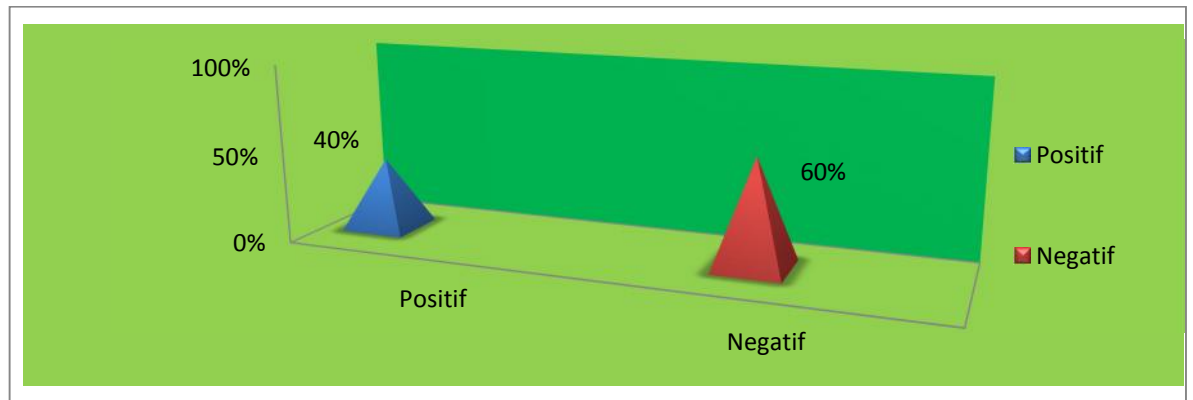
7) . Tingkat Pengetahuan Lansia



Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

Berdasarkan gambar 5.7, 54 % responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup, dan hanya 2 % responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik.

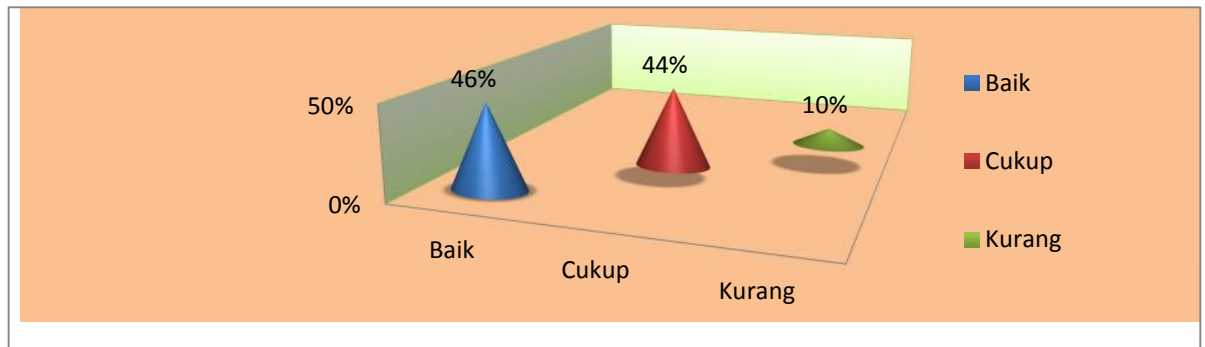
#### 8). Sikap Lansia Di Posyandu



Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Lansia di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

Berdasarkan gambar 5.8, 40 % responden memiliki sikap yang positif dan 60 % responden memiliki sikap yang negatif.

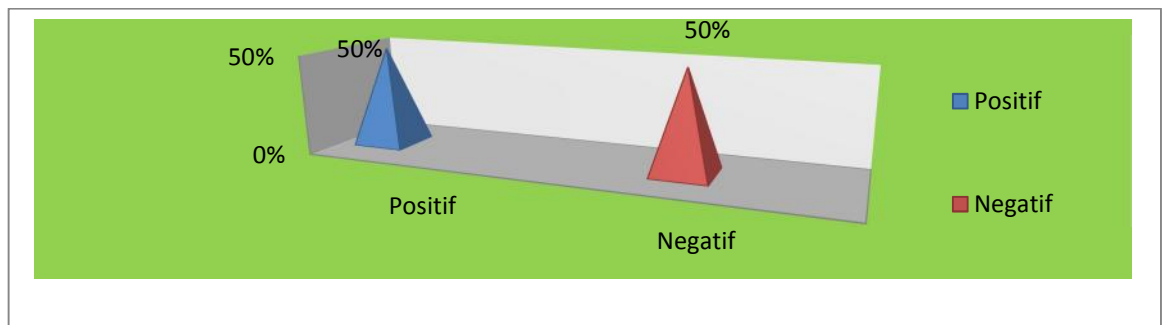
## 9). Harapan Lansia di Posyandu



Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Harapan Lansia di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

Berdasarkan gambar 5.9, 46 % responden memiliki harapan yang baik dari pelayanan kesehatan di posyandu dan 10 % responden memiliki harapan yang kurang.

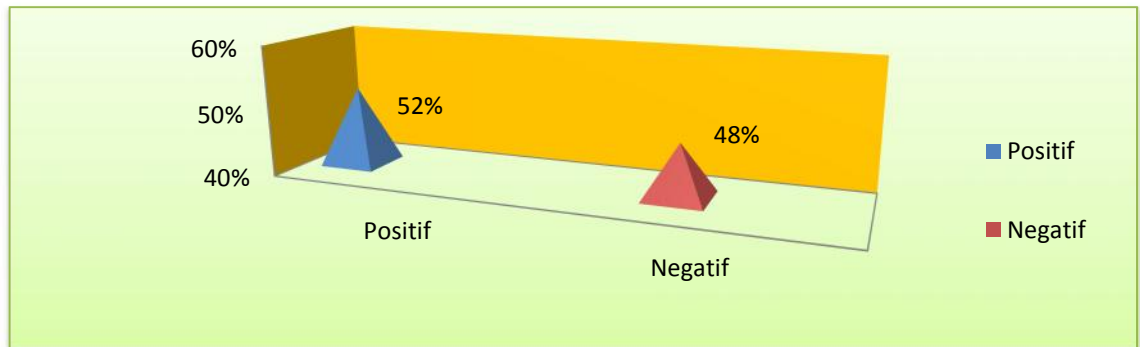
## 10). Persepsi Lansia Terhadap Pelayanan Kesehatan



Gambar 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Lansia Terhadap Pelayanan Kesehatan di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

Berdasarkan gambar 5.10, 50 % responden memiliki persepsi yang positif dan negatif terhadap Pelayanan Kesehatan di Posyandu.

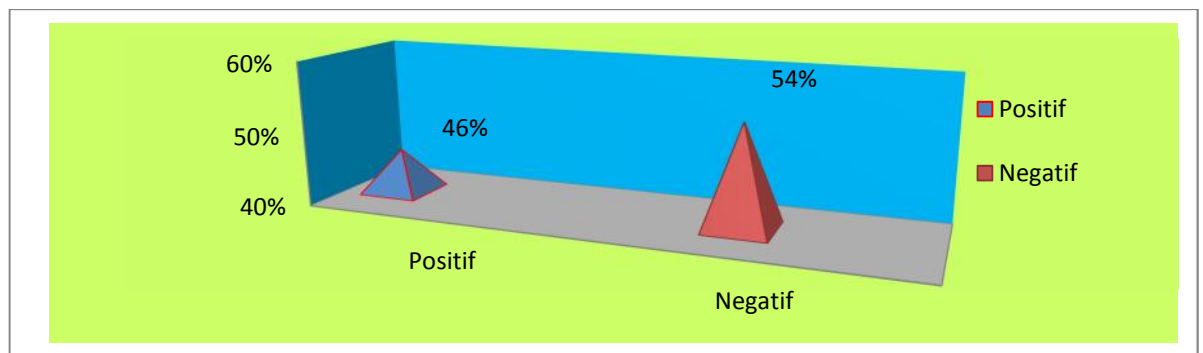
## 11). Dukungan Keluarga Lansia



Gambar 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga, di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

Berdasarkan gambar 5.11, 52 % responden mendapat dukungan positif dari keluarga dan 48 % responden mendapat dukungan negatif dari keluarga. Hal yang ini tentunya akan mempengaruhi kunjungan lansia ke posyandu.

## 5.12) Persepsi Lansia Terhadap Sikap Petugas



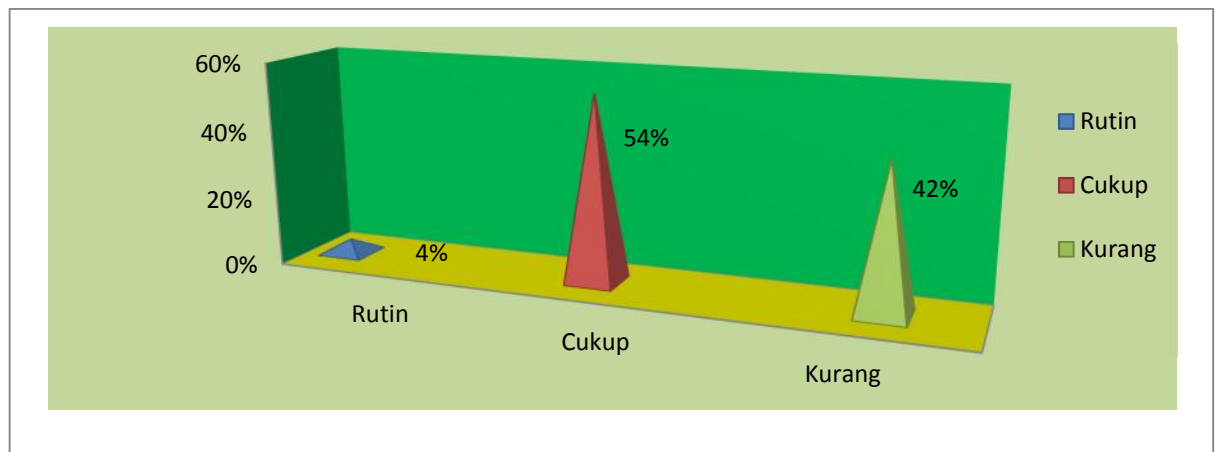
Gambar 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Lansia Terhadap Sikap Petugas di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.



Berdasarkan gambar 5.12 , 54 % responden memiliki persepsi yang negatif terhadap petugas.

### 5.1.3 Data Khusus

#### 1. Data Kunjungan Lansia Tahun 2008



Gambar 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Kunjungan ke Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tahun 2008

Berdasarkan Gambar 5.13, 54 % responden cukup rutin mengunjungi posyandu, dan hanya 2 % responden yang rutin mengunjungi posyandu. Hal ini dapat berdampak pada meningkatnya masalah kesehatan pada lansia.

## 2. Hubungan Pengetahuan Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu

Tabel 5.1 Distribusi Data Pengetahuan Lansia Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia Di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

KATEGORI	Kunjungan Lansia Desa Tanali						Total	
	Kurang Rutin		Cukup Rutin		Rutin		n	%
<b>Pengetahuan</b>	n	%	n	%	n	%		
Baik	0	0	0	0	2	4	2	4
Cukup	7	14	14	28	0	0	21	42
Kurang	14	28	13	26	0	0	27	54
<b>TOTAL</b>	21	42	27	54	2	4	50	100
				Hasil uji statistic <i>Spearman's Rho</i> = 0.03				

Sesuai tabel 5.1, dapat diketahui bahwa responden dengan kategori pengetahuan kurang, 28% responden adalah kurang rutin mengunjungi pelayanan kesehatan di Posyandu, namun 26% respondennya cukup rutin mengunjungi posyandu. Adapun responden kategori pengetahuan cukup, 14% responden adalah kurang rutin mengunjungi pelayanan kesehatan di Posyandu, dan 28% respondennya cukup rutin mengunjungi posyandu. Selain itu responden kategori pengetahuan baik, 4% responden adalah rutin mengunjungi pelayanan kesehatan di Posyandu.

Analisis menggunakan uji statistik *Spearman's Rho* diperoleh nilai  $=0,030$  yang artinya  $H_1$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kunjungan Lansia di Posyandu

### 3. Hubungan Sikap Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu

Tabel 5.2 Distribusi Data Sikap Lansia Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/d 31 Januari 2009.

KATEGORI	Kunjungan Lansia Desa Tanali						Total	
	Kurang Rutin		Cukup Rutin		Rutin		n	%
Sikap	n	%	n	%	n	%		
Positif	5	10	13	26	2	4	22	40
Negatif	16	32	14	28	0	0	30	60
TOTAL	21	42	27	54	2	4	50	100
					Hasil uji statistic <i>Spearman's Rho</i> $= 0.024$			

Berdasarkan tabel 5.2, menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap negatif dan kurang rutin mengunjungi pelayanan kesehatan di Posyandu sebanyak 32 % dan cukup rutin mengunjungi posyandu sebanyak 28%. Responden yang memiliki kategori sikap positif dengan kunjungan ke posyandu kurang rutin sebanyak 10%, cukup rutin mengunjungi pelayanan kesehatan di Posyandu sebanyak 26% serta yang rutin 4%.

Analisis menggunakan uji statistik *Spearman's Rho* diperoleh nilai  $=0,024$  yang artinya  $H_1$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap Lansia dengan kunjungan Lansia di Posyandu

#### 4. Hubungan Harapan Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu

Tabel 5.3 Distribusi Data Harapan Lansia Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia Di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

KATEGORI	Kunjungan Lansia Desa Tanali						Total	
	Kurang Rutin		Cukup Rutin		Rutin		n	%
<b>Harapan</b>	n	%	n	%	n	%		
Baik	6	12	15	30	2	4	23	46
Cukup	12	24	10	20	0	0	22	44
Kurang	3	6	2	4	0	0	5	10
TOTAL	21	42	27	54	2	4	50	100
					Hasil uji statistic <i>Spearman's Rho</i> = 0.022			

Berdasarkan tabel 5.3, responden yang memiliki kategori harapan kurang dan dalam mengunjungi pelayanan kesehatan di posyandu kurang rutin sebanyak 6 % serta cukup rutin adalah 4%. Pada data harapan responden dengan kategori cukup, sebanyak 24 % responden kurang rutin mengunjungi posyandu namun 20 % respondennya cukup rutin, sedangkan data harapan responden yang dengan kategori baik, 12 % kurang rutin dan 30% lainnya cukup rutin mengunjungi posyandu.

Analisis menggunakan uji statistik *Spearman's Rho* diperoleh nilai  $=0,022$  yang artinya  $H_1$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara harapan dengan kunjungan lansia di posyandu

#### 5. Hubungan Persepsi Terhadap Sikap Petugas Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu

Tabel 5.4 Distribusi Data Persepsi lansia Terhadap Sikap Petugas Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia Di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009

KATEGORI	Kunjungan Lansia Desa Tanali						Total	
	Kurang Rutin		Cukup Rutin		Rutin		n	%
<b>Persepsi Terhadap Sikap Petugas</b>	n	%	n	%	n	%		
Positif	6	12	15	30	2	4	23	46
Negatif	15	30	12	24	0	0	27	54
TOTAL	21	42	27	54	2	4	50	100
					Hasil uji statistic <i>Spearman's Rho</i> = 0.020			

Sesuai tabel 5.4, dapat diketahui bahwa responden dengan kategori persepsi negatif terhadap petugas, 30% adalah responden yang kurang rutin mengunjungi posyandu, namun 24% cukup rutin mengunjungi posyandu. Adapun responden dengan kategori persepsi positif terhadap petugas, 12 % adalah responden yang kurang rutin mengunjungi posyandu dan 30% cukup rutin mengunjungi posyandu dan 4% adalah rutin mengunjungi posyandu.

Analisis menggunakan uji statistik *Spearman's Rho* diperoleh nilai  $=0,020$  yang artinya  $H_1$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi lansia terhadap sikap petugas dengan kunjungan Lansia di Posyandu.

#### 6. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu

Tabel 5.5 Distribusi Data Dukungan Keluarga Lansia Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia Di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

KATEGORI	Kunjungan Lansia Desa Tanali						Total	
	Kurang Rutin		Cukup Rutin		Rutin			
<b>Dukungan Keluarga</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Positif	7	14	17	34	2	4	26	52
Negatif	14	28	10	20	0	0	24	48
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
				Hasil uji statistic <i>Spearman's Rho</i> $= 0.015$				

Dari tabel 5.5, diketahui bahwa responden dengan kategori dukungan keluarga negatif, 28% adalah responden yang kurang mengunjungi posyandu, namun 20% cukup rutin mengunjungi posyandu, sedangkan responden dengan kategori dukungan keluarga positif, 14% adalah responden yang kurang mengunjungi posyandu, dan 34% cukup rutin mengunjungi posyandu serta 4%, adalah rutin mengunjungi posyandu.

Analisis menggunakan uji statistik *Spearman's Rho* diperoleh nilai  $\rho = 0,015$  yang artinya  $H_1$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kunjungan lansia di Posyandu

#### 7. Hubungan Persepsi Terhadap Pelayanan Kesehatan Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu

Tabel 5.6 Distribusi Data Persepsi Lansia Tentang Pelayanan Kesehatan Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia Di Posyandu Lansia Desa Tanali Wilayah Kerja Puskesmas Welamosa, Kecamatan Wewaria Kabupaten Ende Pada Tanggal 20 Januari S/D 31 Januari 2009.

KATEGORI	Kunjungan Lansia Desa Tanali						Total	
	Kurang Rutin		Cukup Rutin		Rutin		n	%
<b>Persepsi Terhadap Yankes</b>	n	%	n	%	n	%		
Positif	7	14	16	32	2	4	25	50
Negatif	14	28	11	22	0	0	25	50
TOTAL	21	42	27	54	2	4	50	100
				Hasil uji statistic <i>Spearman's Rho</i> = 0.028,				

Sesuai tabel 5.6, dapat diketahui bahwa responden dengan kategori persepsi negatif terhadap pelayanan kesehatan diposyandu, 28% adalah responden yang kurang rutin mengunjungi posyandu, namun ada 22% cukup rutin mengunjungi posyandu. Adapun responden dengan kategori persepsi positif

terhadap pelayanan kesehatan terdapat 14% responden yang kurang rutin , 32% cukup rutin mengunjungi posyandu dan 4% adalah rutin mengunjungi posyandu.

Analisis menggunakan uji statistik *Spearman's Rho* diperoleh nilai  $\rho = 0,028$  yang artinya  $H_1$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi lansia tentang pelayanan kesehatan dengan kunjungan Lansia di Posyandu.

## 5.2 Pembahasan

Berdasarkan angka kunjungan lansia di posyandu diketahui bahwa 42% responden kurang rutin mengunjungi pelayanan kesehatan di posyandu, hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga (52%), persepsi yang negatif terhadap sikap petugas (46%) dan pelayanan kesehatan di posyandu (54%). Faktor lain yang mempengaruhi kunjungan lansia adalah sosial ekonomi. Berdasarkan riwayat pekerjaan menunjukkan secara keseluruhan responden yang bekerja sebagai petani 50 orang (100 %). Jenis pekerjaan seseorang mempengaruhi tingkat ekonominya. Menurut Notoatmodjo (2003), tingkat ekonomi/penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, karena mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi. Adapun berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar lansia yang mengunjungi pelayanan kesehatan di posyandu lansia dengan latar belakang pendidikan SD (74%). Meskipun demikian standar pendidikan yang saat ini tergolong rendah namun masa lalu sudah terbilang tinggi. Menurut Latipun (2001), pendidikan seseorang mempengaruhi cara pandang



terhadap diri dan lingkungannya, karena itu akan berbeda sikap dari responden dengan tingkat pendidikan rendah, menengah dan tinggi dalam melakukan suatu tindakan kesehatan. Dengan tingginya tingkat pendidikan yang ditempuh maka diharapkan tingkat pengetahuan dari individu yang bersangkutan akan bertambah, sehingga akan memudahkan dalam menerima/mengadopsi perilaku kesehatan yang positif. Dilihat dari penghasilan responden, dapat diketahui bahwa sebagian besar (96 %) penghasilan responden adalah < Rp. 500.000,-. Menurut Achmadi (2005), Kondisi sosial ekonomi itu sendiri, mungkin tidak hanya berhubungan secara langsung, namun dapat merupakan penyebab tidak langsung seperti akses terhadap pelayanan kesehatan juga menurun kemampuannya. Walaupun dengan kondisi sosial ekonomi yang rendah, para lansia termotivasi mengunjungi posyandu akibat pelayanan yang diberikan secara gratis (100%). Adapun riwayat kesehatan yang sering dialami oleh lansia adalah masalah pada sistem muskuloskeletal yakni rheumatik (48%). Menurut Stigietz (Darmojo 1997) penyakit ini bersifat multipaltologi atau mengenai multi organ yang bersifat degeneratif dan saling terkait. Dan penyakit ini biasanya bersifat kronis dan cenderung menyebabkan kecacatan lama sebelum terjadinya kematian. Rheumatoid Arthritis merupakan suatu kondisi inflamasi dan bersifat kronis, yang menyerang persendian tubuh. Penyakit ini terutama menyerang pada usia tua, dan berkaitan dengan proses autoimun tubuh. Nyeri pada persendian terutama pada pagi hari merupakan suatu gejala khas. Pada lansia sering mengalami nyeri saat pergerakan sendi akibat menurunnya volume cairan sinovial pada sendi. Hal ini secara tidak langsung mempengaruhi kunjungannya ke posyandu. Pekerjaan lansia di lokasi penelitian adalah sebagai petani sehingga meningkatkan angka

kejadian kasus rheumatik, yang diakibatkan karena beban kerja pada usia tua. Oleh karena itu diperlukan pembinaan usila yang terpadu dan berkesinambungan baik upaya preventif, kuratif, maupun rehabilitasi seperti penambahan kegiatan yang bermanfaat seperti senam lansia pada posyandu lansia.

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kunjungan Lansia di Posyandu dengan nilai  $p=0,015$ . Pengetahuan (*knowledge*), merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Terdapat responden dengan kategori pengetahuan kurang, 28% responden adalah kurang rutin mengunjungi pelayanan kesehatan di Posyandu. Adapun faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan (Notoadmodjo,2003). Dilihat dari data di atas, tingkat pengetahuan yang menyebabkan kunjungan ke posyandu menjadi kurang adalah sebagian besar ( 40 %), dengan latar belakang pendidikan SD, dan 4 % , tidak sekolah. Dalam peningkatan pengetahuan, seseorang dituntut memiliki pendidikan yang baik sehingga mendapat pengetahuan yang baik pula. Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang covert behavior (Notoatmodjo, 2000). Menurut Mechanik (Sarwono, 1997) pengetahuan mempengaruhi motivasi, sedangkan menurut Notoatmodjo, (2000) pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan, pendidikan sendiri merupakan proses perubahan sikap dan tingkah-laku seseorang atau kelompok orang dalam proses mendewasakan orang melalui upaya, pengajaran dan pelatihan (Diknas, 2001) dan tingkat pendidikan diukur melalui Ijazah terakhir yang dimiliki. Pernyataan ini

secara tidak langsung mengemukakan adanya hubungan yang antara pengetahuan dan kemauan lansia mengunjungi pelayanan kesehatan di posyandu.

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap lansia dengan kunjungan lansia di posyandu nilai  $r = 0,024$ . Sikap merupakan suatu respon atau reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Allport, 1995). Pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap negatif, kurang mengunjungi pelayanan kesehatan di Posyandu (32%), dan cukup mengunjungi posyandu (28%). Hal ini berarti 60 % responden memiliki sikap yang negatif, dimana sebagian besar responden (62%) tersebut memiliki latar belakang pendidikan sekolah dasar. Sikap sendiri mengandung faktor perasaan dan motivasi. Ini berarti bahwa sikap terhadap suatu obyek tertentu akan selalu diikuti oleh perasaan yang dapat bersifat positif atau menyenangkan dan juga negatif atau tidak menyenangkan. Sikap mengandung motivasi, berarti sikap mempunyai daya dorong bagi individu untuk berperilaku secara tertentu terhadap obyek yang dihadapinya. Irwanto (1997) memberi batasan bahwa motivasi merupakan penentu perilaku manusia. Ada tidaknya sikap manusia ditentukan oleh ada tidaknya motivasi dalam diri manusia tersebut hal ini karena setiap perilaku manusia selalu didasari oleh motivasi. Menurut Mechanik (Sarwono, 1997) pengetahuan mempengaruhi motivasi, sedangkan menurut Notoatmodjo, (2000) pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan. Pernyataan ini secara tidak langsung mengemukakan adanya hubungan yang positif antara pendidikan dan motivasi untuk bersikap. Asumsi peneliti bahwa sikap lansia, secara tidak langsung dipengaruhi oleh tingkat pendidikannya.

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara harapan dengan kunjungan lansia di posyandu dengan nilai  $r=0,022$ . Harapan (expectation) merupakan dasar kepuasan konsumen. Menurut Berry, dalam pelayanan kesehatan, harapan diformulasikan sebagai pelayanan dipikirkan akan diterimanya (Sumaryoto,2002). Menurut Zeithaml and Bitner (Suteja,2004), salah satu factor yang membentuk harapan dari konsumen terhadap kualitas suatu jasa pelayanan adalah *Implicit service promises*, dimana memberikan pelayanan jasa ini meliputi biaya. *Customer* biasanya menghubungkan harga dengan peralatan pendukung jasa dengan kualitas jasa. Pada tabel 5.3 diketahui bahwa harapan responden kategori baik, 30% cukup rutin mengunjungi posyandu dan 4 % yang rutin. Hal ini dapat disebabkan karena 100 % responden, menyatakan pelayanan di Posyandu tidak dipungut biaya. *Personal needs* (Suteja,2004), merupakan faktor lain yang mendukung harapan lansia dengan kunjungannya ke posyandu dimana kebutuhan yang dirasakan seseorang, yang mendasar bagi kesejahteraannya, yang juga menentukan harapannya. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisik, sosial dan psikologi. Selain tidak adanya pungutan biaya di posyandu, harapan lansia di tanggap oleh hadirnya petugas pada setiap kunjungan bulanan yakni 88 %. Dengan adanya harapan yang baik diharapkan kunjungan di posyandu menjadi rutin.

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi lansia terhadap sikap petugas dengan kunjungan Lansia di Posyandu dengan nilai  $r=0,020$ . Persepsi merupakan proses yang mengorganisir dan menggabungkan data-data indera kita untuk dikembangkan

sedemikian rupa sehingga kita dapat menyadari sekeliling sangat dipengaruhi oleh pengetahuan masa lampau, anggapan-anggapan sebelumnya, prasangka dan sinyal-sinyal sensoris (Solso, 2001:78). Terdapat 30% responden dengan kategori persepsi negatif terhadap petugas, adalah responden yang kurang rutin mengunjungi posyandu. Persepsi sebagai suatu proses seseorang dalam menyeleksi, mengorganisasikan dan menginterpretasi berbagai informasi untuk menjadi suatu makna yang dipengaruhi oleh faktor dari dalam maupun dari luar diri individu. Dari data diatas adanya angka kunjungan lansia ke posyandu yang rendah akibat persepsi yang negatif terhadap sikap petugas, dapat di sebabkan oleh dasar pendidikan yang rendah pada lansia dimana 44 % responden dengan kategori pendidikan SD, dan 2 % responden tidak bersekolah. Faktor personal yang turut mempengaruhi persepsi adalah pengalaman dan motivasi (Sobur,2003). Pengalaman tidak selalu lewat proses belajar formal. Pengalaman bertambah melalui rangkaian peristiwa yang pernah dihadapi. Motivasi seseorang dengan kebutuhan hubungan interpersonal yang sangat tinggi lebih memperhatikan tingkah laku kolega terhadap dirinya daripada orang yang kebutuhan interpersonalnya rendah. Ada tidaknya sikap manusia ditentukan oleh ada tidaknya motivasi dalam diri manusia tersebut hal ini karena setiap perilaku manusia selalu didasari oleh motivasi. Pengetahuan mempengaruhi motivasi (Sarwono, 1997) dan pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan (Notoatmodjo, 2000). Pernyataan ini secara tidak langsung mengemukakan adanya hubungan yang positif antara pendidikan dan persepsi. Menurut Pareek (1996), proses pertama dalam persepsi ialah menerima rangsangan atau data dari berbagai sumber. Kebanyakan data diterima melalui panca indera. Kita melihat sesuatu,

mendengar, mencium, merasakan, atau menyentuhnya, sehingga kita mempelajari segi-segi lain dari sesuatu itu (Sobur, 2003), sedangkan pada lansia Pada lansia terjadi perubahan biologis karena proses penuaan dimana fungsi organ akan berkurang seperti penurunan fungsi indra pendengaran dan persarafan pada pen. Hal ini secara tidak langsung akan mempengaruhi persepsi lansia terhadap informasi atau penjelasan petugas di posyandu.

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan ada hubungan kemaknaan dengan nilai nilai  $=0,015$ . Dukungan sosial (*social support*) merupakan informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan instrumenta, informatif dan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya, dalam hal ini orang yang memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Gottlieb, 1983 dikutip Smert, 1994). Keluarga merupakan kelompok sosial dan sumber dukungan utama yang mempunyai ikatan emosi paling besar dan terdekat dengan lansia (Smert,1994). Pada penelitian ini terdapat 28 % responden dengan kategori dukungan keluarga yang negatif, kurang mengunjungi pelayanan kesehatan di posyandu. Responden tersebut hanya berharap dari penghasilan < Rp.500.000, untuk memenuhi semua kebutuhan hidupnya. Walaupun biaya pelayanan kesehatan gratis, diperlukan biaya transportasi untuk mengunjungi posyandu, sehingga frekuensi kunjungan menjadi rendah. Dukungan keluarga merupakan suatu unsur utama dalam

pelayanan kesehatan kepada lansia karena pada umumnya lansia tinggal bersama atau dekat dengan keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi lansia terhadap sikap petugas dengan nilai  $r=0,028$ . Terdapat 28% responden dengan kategori persepsi negatif terhadap pelayanan kesehatan diposyandu, adalah responden yang kurang rutin mengunjungi posyandu. Masing-masing manusia memandang segala fenomena yang terjadi di dunia ini secara berbeda. Hal ini tergantung dari persepsi tiap-tiap manusia itu sendiri. Persepsi memiliki makna bagaimana individu itu memandang dunia disekitarnya. Dua individu mungkin saja dihadapkan pada stimulus yang sama pada kondisi yang berbeda tetapi bagaimana tiap-tiap individu tadi mengenali, memilih, dan mengorganisasikan serta menginterpretasikan stimulus ini tergantung sepenuhnya pada masing-masing individu karena hal tersebut didasarkan pada kebutuhan seseorang, nilai-nilai yang dianut oleh tiap-tiap individu dan harapan harapan yang dimilikinya (Kotler, 2004:158). Dari data diatas adanya angka kunjungan lansia ke posyandu yang rendah akibat persepsi yang negatif terhadap pelayanan kesehatan di posyandu (28%), dapat di sebabkan oleh tingkat pengetahuan yang rendah pada lansia, dimana 38 % responden dengan kategori pendidikan SD, dan 4 % responden tidak bersekolah. Hal lain yang menyebabkan kunjungan yang kurang akibat persepsi yang positif dan negatif adalah pelayanan posyandu yang tidak tepat waktu (33%) dan 70 % responden memberi jawaban bahwa kegiatan posyandu kurang melakukan variasi jenis pelayanan kesehatan pada pertemuan rutin bulanan. Jenis kegiatan yang cenderung monoton dan tidak dihadiri oleh dokter Puskesmas dapat mempengaruhi fluktuasi jumlah peserta posyandu lansia.

Variasi seperti pengobatan sederhana, senam lansia, dan karaoke dapat dijadikan alternatif kegiatan (Nurkusuma, 2001).



## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende.

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan tujuan, hasil dan pembahasan, dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Hampir sebagian besar responden kurang rutin mengunjungi posyandu lansia, hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga dan persepsi yang negatif terhadap sikap petugas
2. Pada penelitian ini tingkat pendidikan terbanyak pada responden adalah SD, hal ini mempengaruhi pengetahuan, sikap dan persepsi lansia
3. Responden yang memiliki harapan positif, hampir sebagian cukup rutin mengunjungi posyandu, hal ini disebabkan pelayanan di posyandu yang tidak dipungut biaya.
4. Persepsi lansia yang negatif terhadap sikap petugas, dipengaruhi oleh pengetahuan dan penurunan fungsi tubuh.
5. Kunjungan lansia di posyandu sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga dimana, dengan keterbatasan aktifitas akibat penurunan fungsi tubuh, sebagian besar lansia berpenghasilan rendah.
6. Sebagian kecil responden yang memiliki persepsi negatif terhadap pelayanan kesehatan, disebabkan karena tingkat pendidikan yang rendah,

pelayanan yang tidak tepat waktu dan kurang adanya perubahan serta variasi pada setiap kegiatan di posyandu.

## **6.2 Saran**

1. Perlu diberikan penyuluhan yang berkesinambungan kepada keluarga dan lansia tentang manfaat posyandu lansia
2. Peningkatan kerja sama lintas sektoral antara pihak puskesmas dan kecamatan tentang pelayanan kesehatan lansia seperti penyuluhan yang intensif mengenai manfaat posyandu lansia dan pengadaan kelengkapan fasilitas pada posyandu
3. Upaya meningkatkan jenis kegiatan yang bermanfaat untuk peningkatan kesehatan lansia seperti kegiatan senam bagi lansia.
4. Penelitian selanjutnya bisa diteliti tentang faktor eksternal lansia yang berhubungan dengan kunjungan ke posyandu atau sarana pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andika, (2007), *Penurunan Depresi Pada Manula Dengan Pemberian Dukungan Sosial Dari Teman Dekat Di Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Bangkalan*. Skripsi Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan di Universitas Airlangga. Surabaya
- Arikunto, S (1998), *Prosedur Penelitian Praktek*. Jakarta:Rineka Cipta.hal 115-116
- Darmojo, B (2000), *Buku Ajar Geriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. Hal 209 - 301
- Davidoff, L (1988), *Psikologi Suatu Pengantar*. Jakarta : Erlangga. Hal 232
- Departemen Kesehatan RI (1998), *Pedoman Kerja Puskesmas I*. Jakarta. Hal 67 – 99
- Departemen Kesehatan RI (1995), *Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia*. Jakarta. Hal 46
- Effendi,A (1995), *Metode Penelitian Survey*. Jakarta : LP3ES
- Efendi,N (2000), *Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC. Hal 32 -37
- Friedman, (1998), *Keperawatan Keluarga, Teori Dan Praktek*, Jakarta; EGC. hal ; 24.- 26.
- Gasperz, V (2003), *Total Quality Manajement*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka. Hal 39 - 45
- Handoko (2002), *Motivasi Penggerak Tingkah Laku*. Jogjakarta : Kanisius
- Hawort (2006). *Housing For Elderly*, Journal For Social Science. Hawortpress.
- Imron (1996), *Belajar dan Pembelajaran*. Malang : Pustaka Jaya
- Irwanto (1997), *Psikologi Umum*, Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama
- Kusumoputro, S (2004), *Mengenal Awal Pikun Alzheimer*. Jakarta : EGC

- Kotler (2004), *Principles Of Marketing*, 10th Edition. New Jersey : Pearson Education. p 158
- Makmun (2000), *Psikologi Kependidikan*. Bandung : PT. Remaja Rosda Karya
- Muchlas (2000), *Perilaku Organisasi*. Jogjakarta : UGM Press
- Murodion, (2004). Lansia Harus Tetap Bergairah Hidup Sehat.  
[http:// www.depkes.com](http://www.depkes.com). Tanggal 4 Oktober 2008. Jam 18.30 WIB
- Notoatmodjo (2002), *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta.hal.122-128
- Notoatmodjo (2005), *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta:Rineka Cipta, hal. 19-69
- Nugroho (2000), *Keperawatan Gerontik*. Jakarta : EGC
- Nursalam dan Pariani S (2001) *Pendekatan Praktis Metodologi RISET Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Sagung Seto.
- Nursalam (2008), *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan:Pedoman skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 81-128
- Notoatmodjo (2005), *Promosi kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta:Rineka Cipta.hal 16-21
- Raharjo, (2008), *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Lanjut Usia*. Skripsi Diajukan Intuk Memperoleh Gelar Sarjana Psikologi Di Universitas Airlangga. Surabaya
- Prijono T, Budhi S (1994), *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta, hal. 253-296
- Sarwono (2000), *Sosiologi Kesehatan*. Jogjakarta : UGM Press
- Simamora (2002), *Panduan Riset Perilaku Konsumen*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka. Hal 104-105
- Smeth (1994), *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : PT. Gravindo. Hal 124 - 147
- Sobur, Alex (2003), *Psikologi Umum*. Bandung : CV Pustaka. Hal 460 - 462
- Soemanto (1998), *Keperawatan Komunitas dan Kesehatan Rumah*. Jakarta: EGC
- Soewondo ES (2002), *Seri Penyakit Tropik Infeksi*. Surabaya : Airlangga University Press.

- Solso, L (2001), *Cognitive Psychology*, Needham Heights : Allyn and Bacon. P78
- Stanhope (1998), *Keperawatan Komunitas dan Kesehatan Rumah*. Jakarta: EGC
- Stanley (2007), *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta ; EGC
- Suadi (2001), *Pengendalian Manajemen*. Jogjakarta : BPFE
- Suryabrata (1998), *Metodelogi Penelitian*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada
- (1995), *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada
- Sustina P (2004), *Malaria secara Ringkas Dari Pengetahuan Dasar Sampai Terapan*. Jakarta:EGC, hal 34 Sastroasmoro (2002), *Dasar-dasar metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta:Sagung Seto
- Swamburg (2001), *KepemimpinanDan Manajemen Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Wahid I.M.,dkk, (2007), *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar Dalam Pendidikan*. Jogyakarta:Graha Ilmu. hal 24-28
- Wiku Adisasmito (2007), *Sistem Kesehatan*. Jakarta :Raja Grafindo Persada, hal 213-296

## Lampiran 3

**Lembar Permintaan Menjadi Responden Pada Penelitian**

Nama saya Bertolomeus E. Rimba, mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Program B Angkatan X (Sepuluh). Saya akan melakukan penelitian dengan judul: “**Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kunjungan Lansia di Posyandu Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende**”. Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Untuk itu kami mohon partisipasi Saudara untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya persiapkan dengan sejujur-jujurnya. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan Gerontik dan tidak digunakan untuk maksud-maksud yang lain..

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas partisipasi Saudara dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan saya ucapkan terima kasih.

Tanali, Januari 2009

Hormat Saya,

**Bertolomeus E. Rimba**  
NIM. 010730415B

## Lampiran 4

**Pernyataan Bersedia Menjadi Responden**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul: “**Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Lansia di Posyandu Lansia Desa Tanali Puskesmas Welamosa Kabupaten Ende**”, yang dilakukan oleh Saudara Bertolomeus E. Rimba dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan akademik pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanali, Januari 2009

Responden

---

(Tanda Tangan)

Lampiran 5

**LEMBAR KUESIONER****ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUNJUNGAN  
LANSIA DI POSYANDU LANSIA**

No Responden : .....

Alamat : .....

Tanggal Pengisian : .....

Petunjuk pengisian : Berilah **tanda kali ( X )** pada salah satu jawaban yang anda pilih dibawah ini.

**A. DATA DEMOGRAFI****Kode****(Diisi oleh Petugas)**

Score

**1. Jenis Kelamin**

1. Laki-laki
2. Perempuan

**2. Umur Responden**

1. 45 – 59 tahun
2. 60 tahun

**3. Riwayat Pekerjaan**

1. PNS/ABRI
2. Wiraswasta/Swasta
3. Petani
4. Tidak bekerja



**4. Riwayat Pendidikan**

1. SMA
2. SMP
3. SD
4. Tidak sekolah

**5 . Jika di rata-rata berapa penghasilan sebulan**

1. < Rp. 500.000
2. Rp. 500.000 – Rp. 1.000.000
3. > Rp. 1.000.000

**6. Riwayat Kesehatan Saat ini**

1. Hipertensi
2. Anemia /kurang darah
3. Rheumatik
4. Batuk Pilek
5. Lain – lain

**B. DATA SIKAP LANSIA**

Petunjuk :

- 1) Jawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda **cek** ( ) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan anda.
- 2) Mohon tidak memberi tanda apapun pada kotak sebelah kanan (kode)
- 3) Keterangan kolom **SS** : Sangat Setuju, **S** : Setuju, **TS** : Tidak Setuju, **STS** : Sangat Tidak Setuju
- 4) Teliti ulang jawaban anda agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

No.	Pertanyaan	SS	S	TS	STS	Kode
1	Saya sebaiknya teratur memeriksakan diri ke posyandu					
2.	Saya sebaiknya tidak harus ke posyandu bila tidak sakit					
3.	Saya sebaiknya mengikuti semua arahan dari petugas					
4.	Saya sebaiknya tidak perlu percaya semua penyuluhan oleh petugas kesehatan					
5	Saya sebaiknya mengikuti ajakan kader bila waktunya posyandu					
6	Saya sebaiknya tidak perlu menanggapi ajakan lansia lain untuk pergi ke Posyandu					

**C. DATA PENGETAHUAN**

Petunjuk :

- 1) Jawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda **cek** ( ) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan anda.
- 2) Mohon tidak memberi tanda apapun pada kolom sebelah kanan (kode)

- 3) Keterangan kolom **B** : Benar, **S** : Salah.  
 4) Teliti ulang jawaban anda agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

No.	Pertanyaan	B	S	Kode
1	Posyandu Lansia adalah sarana pelayanan dari, oleh dan untuk lansia			
2	Tujuan posyandu lansia agar status kesehatan lansia dapat di pertahankan dalam kondisi yang sehat			
3	Sasaran untuk posyandu lansia dimulai pada usia 55 tahun			
4.	Kegiatan pokok utama yang dilaksanakan di posyandu lansia adalah pengobatan			
5	Kegiatan di meja 1 adalah penimbangan berat badan			
6	Mengukur Tekanan darah merupakan salah satu pemeriksaan yang wajib dilakukan di posyandu			
7	Pelayanan posyandu dapat dilaksanakan tiap 4 minggu			
8	Salah satu pemeriksaan laboratorium sederhana di posyandu untuk lansia yang kurang darah lansia adalah menghitung Hb/zat warna darah			
9	Pada KMS lansia garis merah untuk menunjukkan berat badan kurang			
10	Keluarga merupakan salah satu sasaran/obyek posyandu lansia			

#### D. DATA HARAPAN LANSIA

Petunjuk :

- 1) Jawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda **cek** (  ) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan anda.
- 2) Mohon tidak memberi tanda apapun pada kolom sebelah kanan (kode)
- 3) Keterangan kolom **Y** : Ya, **T** : Tidak
- 4) Teliti ulang jawaban anda agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

No.	Pertanyaan	Y	T	Kode
1	Posyandu tidak menyediakan semua kebutuhan lansia			
2	Posyandu di buka lebih dari 1 x dalam sebulan			
3	Pelayanan gratis di Posyandu lansia			
4.	Pelayanan di Posyandu lansia sebaiknya dihadiri oleh petugas kesehatan			
5	Pelayanan pengobatan tidak perlu diberikan di posyandu			

#### E. DATA PERSEPSI LANSIA DENGAN PELAYANAN POSYANDU

Petunjuk :

- 1) Jawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda **cek** (  ) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan anda.
- 2) Mohon tidak memberi tanda apapun pada kotak sebelah kanan (kode)
- 3) Keterangan kolom **SS** : Sangat Setuju, **S** : Setuju, **TS** : Tidak Setuju, **STS** : Sangat Tidak Setuju
- 4) Teliti ulang jawaban anda agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

No.	Pertanyaan	SS	S	TS	STS	Kode
1	Pelayanan di posyandu yang tidak tepat waktu					
2.	Pelayanan posyandu bukan untuk lansia sehat					
3.	Saya ikut pelayanan kesehatan di posyandu karena lebih mudah dijangkau					
4.	Pelayanan Posyandu kurang melakukan perubahan di setiap kegiatan bulanan					
5	Pelayanan di Posyandu kurang ramah oleh kader atau Bidan					
6	Saya ke posyandu walaupun ibu Bidan berhalangan					
7	Pelayanan posyandu dilanjutkan di rumah lansia yang sakit					
8	Tujuan Pelayanan diposyandu untuk mengecek kesehatan					
9	Tujuan lain dari Pelayanan posyandu supaya lansia tidak kerja di kebun					
10	Saya ke posyandu karena ada perintah dari bapak desa dan ketua adat					

**F. DATA DUKUNGAN KELUARGA**

Petunjuk :

- 1) Jawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda **cek** (  ) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan anda.
- 2) Mohon tidak memberi tanda apapun pada kotak sebelah kanan (kode)
- 3) Keterangan kolom **S** : Selalu, **Sr** : Sering , **KK** : Kadang - Kadang, **TP** : Tidak Pernah,
- 4) Teliti ulang jawaban anda agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

No.	Pertanyaan	S	Sr	KK	TP	Kode
1	Keluarga selalu mendampingi saya ke posyandu					
2	Keluarga selalu memberi pujian dan perhatian kepada saya					
3	Keluarga tetap mencintai, dan memperhatikan keadaan saya selama sakit					
4.	Keluarga dan tetangga memaklumi bahwa sakit yang saya alami sebagai suatu musibah					
5	Keluarga selalu menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan					
6	Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya					
7	Keluarga bersedia membiayai perawatan dan pengobatan					
8	Keluarga selalu berusaha untuk mencarikan kekurangan sarana dan prasarana perawatan yang saya perlukan					

9	Keluarga selalu memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari petugas kesehatan yang merawat saya					
10	Keluarga selalu mengingatkan saya untuk jadwal kontrol, minum obat, makan					

### G. DATA PERSEPSI LANSIA TERHADAP SIKAP PETUGAS

Petunjuk :

- 1) Jawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda cek ( ) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan anda.
- 2) Mohon tidak memberi tanda apapun pada kotak sebelah kanan (kode)
- 3) Keterangan kolom **SS** : Sangat Setuju, **S** : Setuju, **TS** : Tidak Setuju, **STS** : Sangat Tidak Setuju
- 4) Teliti ulang jawaban anda agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

No.	Pertanyaan	SS	S	TS	STS	Kode
1	Petugas Kesehatan sebaiknya tidak menerima setiap usulan dari lansia pada tiap kunjungan					
2.	Petugas sebaiknya tidak merespon setiap permintaan dari lansia					
3.	Petugas kurang menghargai setiap pertanyaan lansia					
4.	Petugas sebaiknya melayani setiap permintaan kunjungan					
5	Rumah para lansia yang sakit berat					
6	Petugas sebaiknya mengunjungi keluarga yang mempunyai lansia sakit					
6	Petugas sebaiknya memberi penyuluhan ke lansia setiap kali ke posyandu					

## Lampiran 12

## DATA UJI ANALISIS STATISTIK

## Frequencies

		Statistics												
		Jenis Kelamin	umur	Riwayat Pekerjaan	Riwayat Pendidikan	Penghasilan	Riwayat Kesehatan	Sikap Lansia	Harapan Responden	Kunjungan Lansia Desa Tanali	Dukungan Keluarga	Pengethuan	Persepsi Lansia Terhadap Sikapa Petugas	Persepsi Lansia Dengan Pelayanan Posyandu
N	Valid	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1.68	1.40	3.00	2.80	1.04	3.0000	1.40	2.36	1.62	1.52	1.52	1.46	1.50
Mode		2	1	3	3	1	3.00	1	3	2	2	2	1	1(a)
Std. Deviation		.471	.495	.000	.728	.198	1.01015	.495	.663	.567	.505	.505	.503	.505
Minimum		1	1	3	1	1	1.00	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		2	2	3	4	2	5.00	2	3	3	2	2	2	2

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frequency Table

## Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	16	32.0	32.0	32.0
	Perempuan	34	68.0	68.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

## umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-59 tahun	30	60.0	60.0	60.0
	> 60 tahun	20	40.0	40.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

## Riwayat Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petani	50	100.0	100.0	100.0

## Riwayat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMA	5	10.0	10.0	10.0
	SMP	4	8.0	8.0	18.0
	SD	37	74.0	74.0	92.0
	Tidak Sekolah	4	8.0	8.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	



**Penghasilan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 500.000	48	96.0	96.0	96.0
500.000- 1 juta	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Riwayat Kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Hipertensi	4	8.0	8.0	8.0
Anemia	9	18.0	18.0	26.0
Rheumatic	24	48.0	48.0	74.0
Batuk Pilek	9	18.0	18.0	92.0
Lain-lain	4	8.0	8.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Sikap Lansia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	30	60.0	60.0	60.0
positif	20	40.0	40.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Harapan Responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	5	10.0	10.0	10.0
Cukup	22	44.0	44.0	54.0
Baik	23	46.0	46.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Kunjungan Lansia Desa Tanali**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	21	42.0	42.0	42.0
Cukup	27	54.0	54.0	96.0
Rutin	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Dukungan Keluarga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	24	48.0	48.0	48.0
positif	26	52.0	52.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Pengetahuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	27	54.0	54.0	54.0
Cukup	21	42.0	42.0	96.0
Baik	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Persepsi Lansia Terhadap Sikapa Petugas**

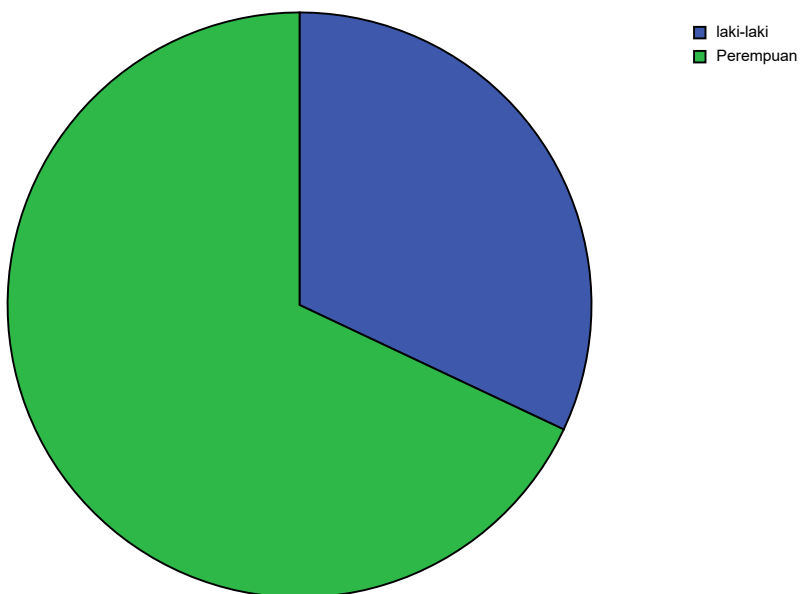
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	27	54.0	54.0	54.0
positif	23	46.0	46.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Persepsi Lansia Dengan Pelayanan Posyandu**

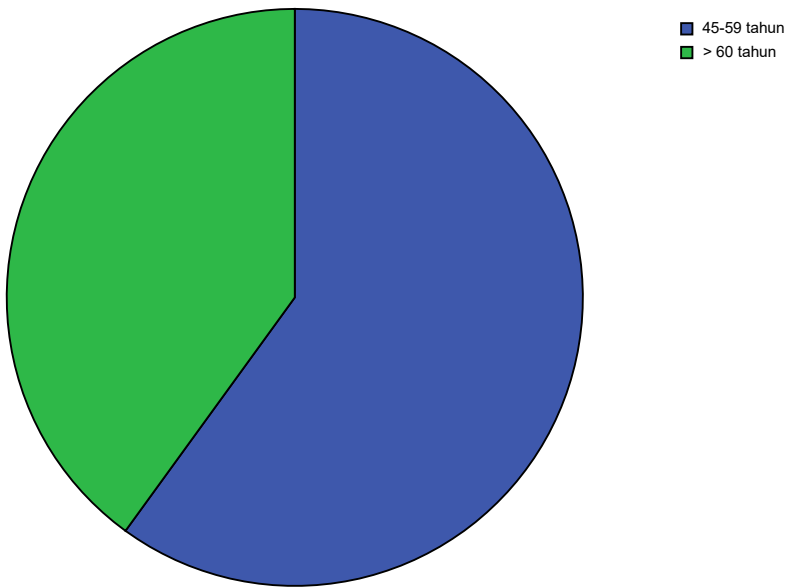
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	25	50.0	50.0	50.0
positif	25	50.0	50.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**Pie Chart**

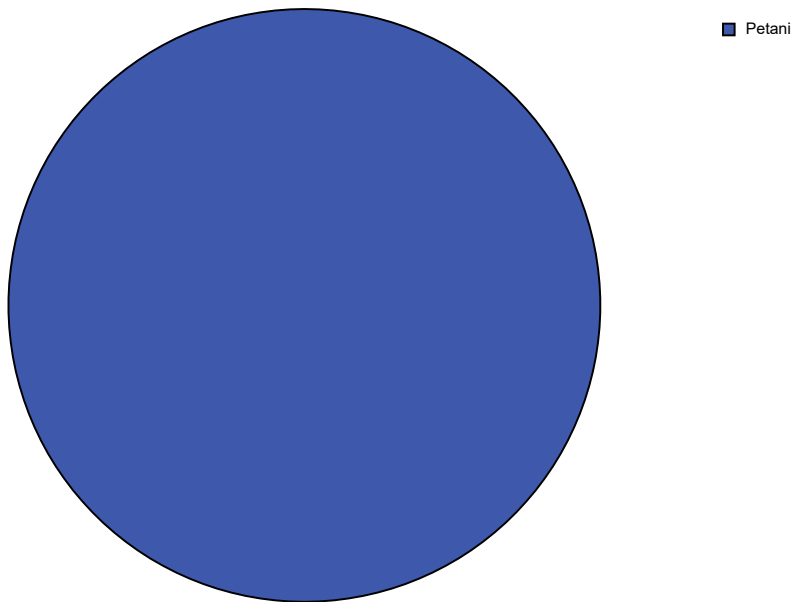
**Jenis Kelamin**



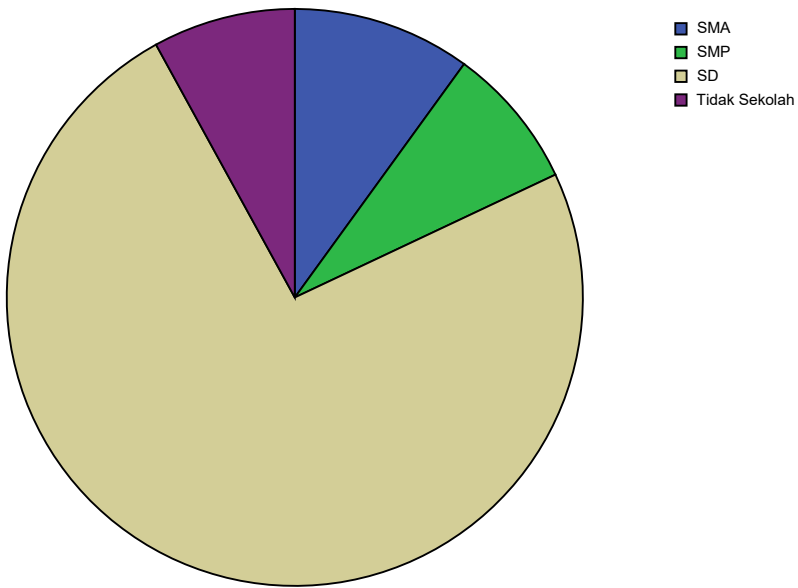
umur



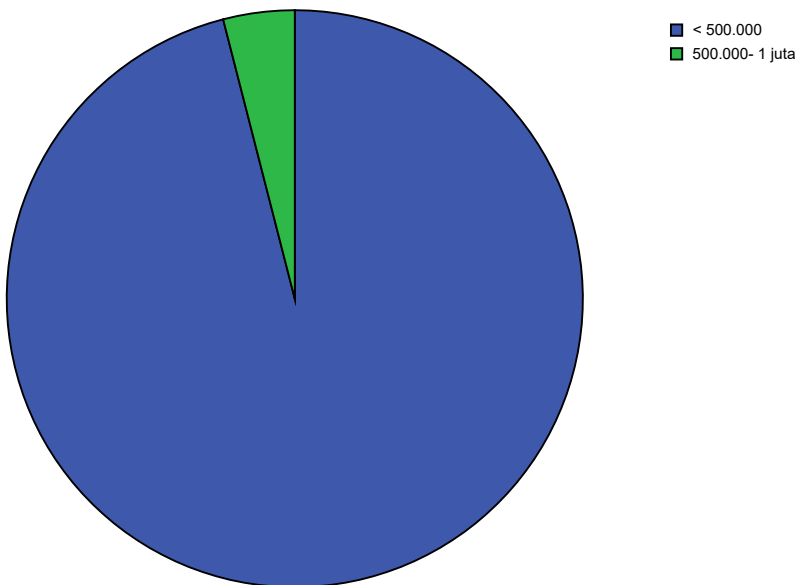
Riwayat Pekerjaan



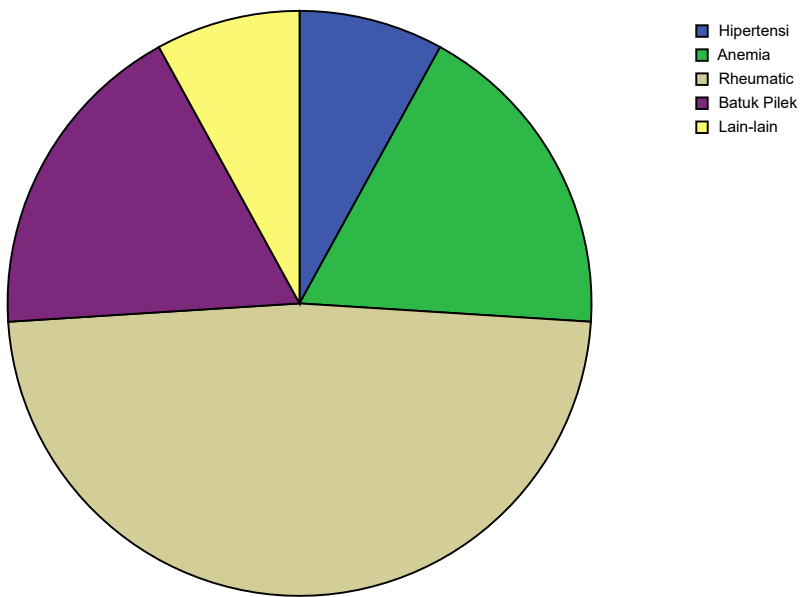
**Riwayat Pendidikan**



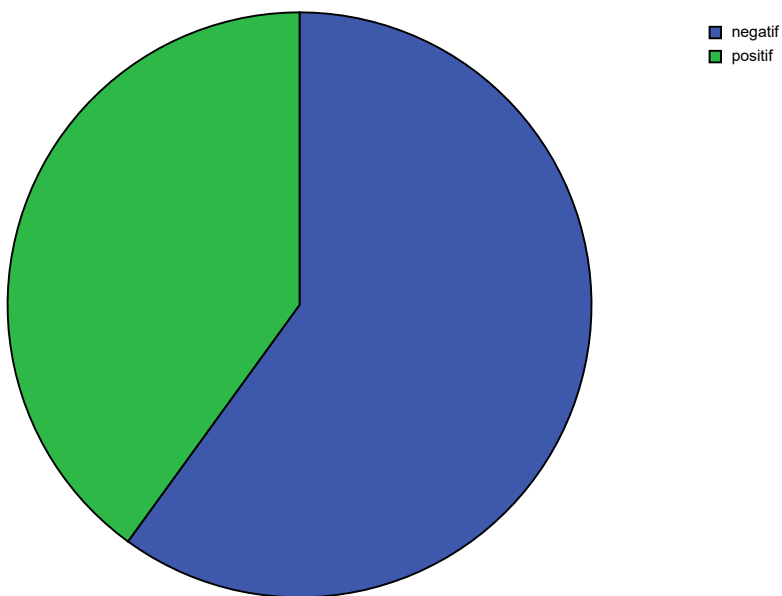
**Penghasilan**



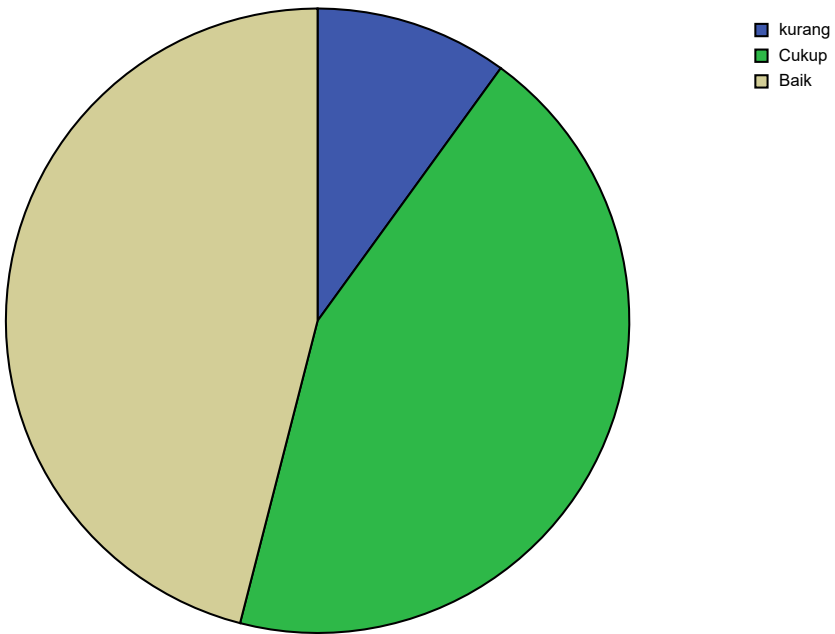
**Riwayat Kesehatan**



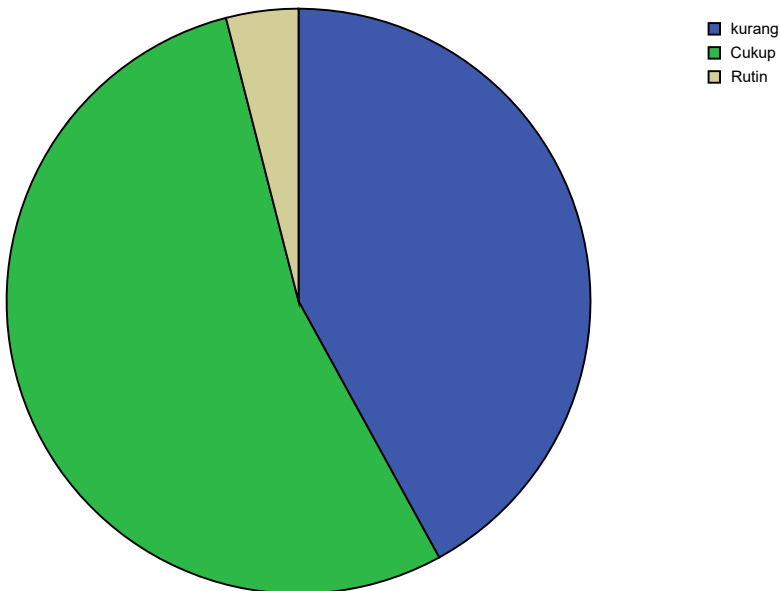
**Sikap Lansia**



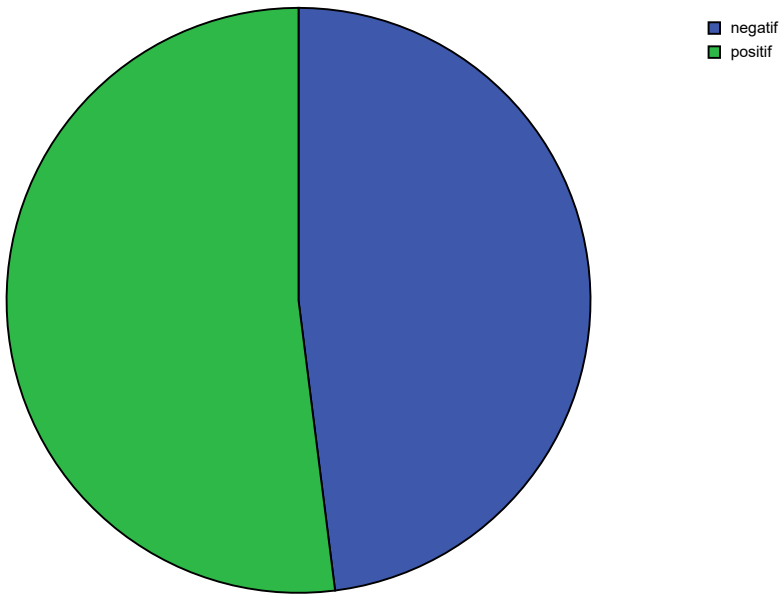
**Harapan Responden**



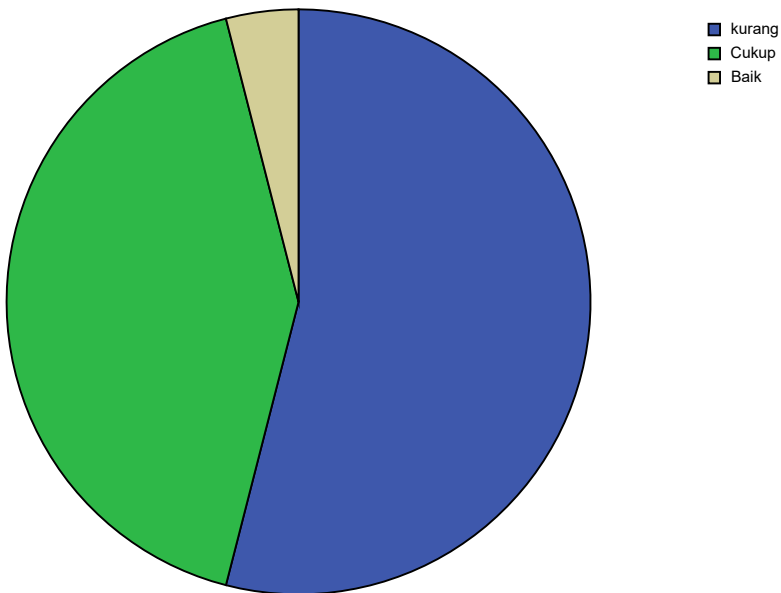
**Kunjungan Lansia Desa Tanali**



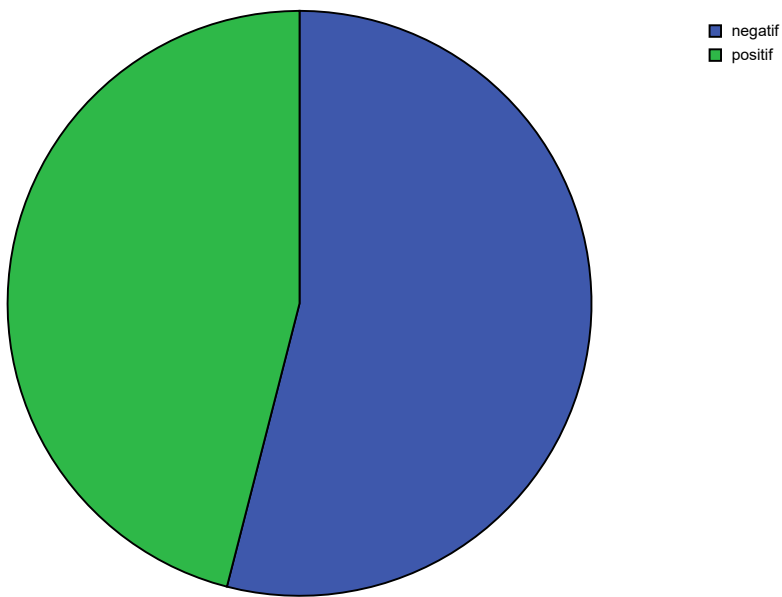
Dukungan Keluarga



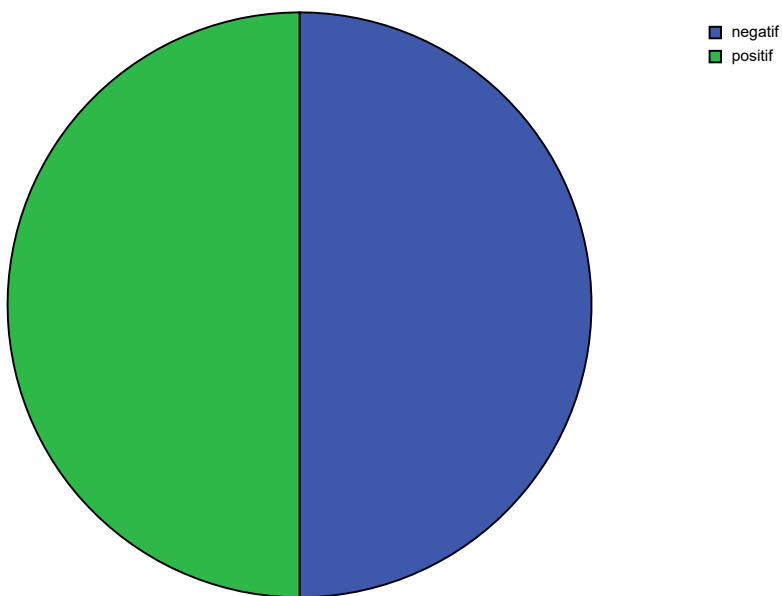
Pengetahuan



**Persepsi Lansia Terhadap Sikapa Petugas**



**Persepsi Lansia Dengan Pelayanan Posyandu**





## Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap Lansia * Kunjungan Lansia Desa Tanali	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
Harapan Responden * Kunjungan Lansia Desa Tanali	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
Dukungan Keluarga * Kunjungan Lansia Desa Tanali	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
Pengetahuan * Kunjungan Lansia Desa Tanali	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
Persepsi Lansia Terhadap Sikapa Petugas * Kunjungan Lansia Desa Tanali	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
Persepsi Lansia Dengan Pelayanan Posyandu * Kunjungan Lansia Desa Tanali	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

## Sikap Lansia \* Kunjungan Lansia Desa Tanali

Crosstab

			Kunjungan Lansia Desa Tanali			Total
			kurang	Cukup	Rutin	
Sikap Lansia	negatif	Count	16	14	0	30
		% of Total	32.0%	28.0%	.0%	60.0%
	positif	Count	5	13	2	20
		% of Total	10.0%	26.0%	4.0%	40.0%
Total		Count	21	27	2	50
		% of Total	42.0%	54.0%	4.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.334	.125	2.457	.018(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.319	.129	2.336	.024(c)
N of Valid Cases		50			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

## Harapan Responden \* Kunjungan Lansia Desa Tanali

**Crosstab**

			Kunjungan Lansia Desa Tanali			Total
			kurang	Cukup	Rutin	
Harapan Responden	kurang	Count	3	2	0	5
		% of Total	6.0%	4.0%	.0%	10.0%
	Cukup	Count	12	10	0	22
		% of Total	24.0%	20.0%	.0%	44.0%
	Baik	Count	6	15	2	23
		% of Total	12.0%	30.0%	4.0%	46.0%
Total	Count	21	27	2	50	
	% of Total	42.0%	54.0%	4.0%	100.0%	

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.317	.123	2.315	.025(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.322	.129	2.359	.022(c)
N of Valid Cases		50			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

## Dukungan Keluarga \* Kunjungan Lansia Desa Tanali

**Crosstab**

			Kunjungan Lansia Desa Tanali			Total
			kurang	Cukup	Rutin	
Dukungan Keluarga	negatif	Count	14	10	0	24
		% of Total	28.0%	20.0%	.0%	48.0%
	positif	Count	7	17	2	26
		% of Total	14.0%	34.0%	4.0%	52.0%
Total	Count	21	27	2	50	
	% of Total	42.0%	54.0%	4.0%	100.0%	

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.348	.122	2.570	.013(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.342	.128	2.519	.015(c)
N of Valid Cases		50			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

## Pengetahuan \* Kunjungan Lansia Desa Tanali

**Crosstab**

		Kunjungan Lansia Desa Tanali			Total	
		kurang	Cukup	Rutin		
Pengetahuan	kurang	Count	14	13	0	27
		% of Total	28.0%	26.0%	.0%	54.0%
	Cukup	Count	7	14	0	21
		% of Total	14.0%	28.0%	.0%	42.0%
	Baik	Count	0	0	2	2
		% of Total	.0%	.0%	4.0%	4.0%
Total		Count	21	27	2	50
		% of Total	42.0%	54.0%	4.0%	100.0%

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.403	.151	3.049	.004(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.307	.143	2.238	.030(c)
N of Valid Cases		50			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

## Persepsi Lansia Terhadap Sikapa Petugas \* Kunjungan Lansia Desa Tanali

**Crosstab**

			Kunjungan Lansia Desa Tanali			Total	
			kurang	Cukup	Rutin		
Persepsi Lansia Terhadap Sikapa Petugas	negatif	Count	15	12	0	27	
		% of Total	30.0%	24.0%	.0%	54.0%	
	positif	Count	6	15	2	23	
		% of Total	12.0%	30.0%	4.0%	46.0%	
	Total		Count	21	27	2	50
			% of Total	42.0%	54.0%	4.0%	100.0%

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.339	.123	2.493	.016(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.328	.129	2.408	.020(c)
N of Valid Cases		50			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

## Persepsi Lansia Dengan Pelayanan Posyandu \* Kunjungan Lansia Desa Tanali

Crosstab

			Kunjungan Lansia Desa Tanali			Total
			kurang	Cukup	Rutin	
Persepsi Lansia Dengan Pelayanan Posyandu	negatif	Count	14	11	0	25
		% of Total	28.0%	22.0%	.0%	50.0%
	positif	Count	7	16	2	25
		% of Total	14.0%	32.0%	4.0%	50.0%
Total		Count	21	27	2	50
		% of Total	42.0%	54.0%	4.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.320	.124	2.343	.023(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.311	.130	2.270	.028(c)
N of Valid Cases		50			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.